

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

TATIANE CAETANO

A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo sobre a violência nas Unidades Básicas de Saúde

**Belo Horizonte
2015**

TATIANE CAETANO

A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo sobre a violência nas Unidades Básicas de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Orientador: Prof. Dr. Antônio Leite Radicchi

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Soraya Almeida Belisário

**Belo Horizonte
2015**

Caetano, Tatiane.
C128r A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte [manuscrito]: um estudo sobre a violência nas unidades básicas de saúde. / Tatiane Caetano. -- Belo Horizonte: 2015.
65f.
Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi.
Coorientador: Soraya Almeida Belisário.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

I. Atenção Primária à Saúde. 2. Violência. 3. Pessoal de Saúde. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Entrevista. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Radicchi, Antônio Leite Alves. II. Belisário, Soraya Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84.6

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA TATIANE CAETANO - 2013712604

Realizou-se, no dia 29 de setembro de 2015, às 16:00 horas, Faculdade de Medicina da UFMG, 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *A RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO SOBRE A VIOLÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE*, apresentada por TATIANE CAETANO, número de registro 2013712604, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi - Orientador (UFMG), Prof(a). Soraya Almeida Belisario (UFMG), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG), Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

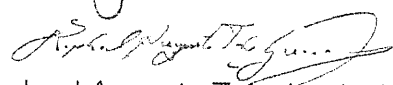
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.


Prof. Antonio Leite Alves Radicchi


Prof(a). Soraya Almeida Belisario


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge


Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitor

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Tarcizo Afonso Nunes

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Antônio Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Elza Machado de Melo

Sub-Coordenadora

Cristiane de Freitas Cunha

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Membros titulares

Elza Machado de Melo

Andréa Maria Silveira

Antônio Alves Leite Radicchi

Eliane Dias Gontijo

Efigênia Ferreira e Ferreira

Soraya Almeida Belisário

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Membros suplentes

Stela Máris Aguiar Lemos

Eugênia Ribeiro Valadares

Izabel Christina Friche Passos

Marcelo Grossi Araújo



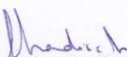
FOLHA DE APROVAÇÃO

A RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO SOBRE A VIOLÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

TATIANE CAETANO

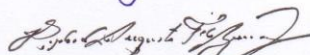
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA. área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

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


Prof. Antonio Leite Alves Radicchi - Orientador
UFMG


Prof(a). Soraya Almeida Belisario
UFMG


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG


Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
UFMG

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por estar sempre ao meu lado, por ser luz em meu caminho, minha constante inspiração e meu refúgio nas horas em que parece que não vou suportar.

Aos meus pais, por terem me ensinado o valor da persistência e da dedicação. Às minhas irmãs e aos meus sobrinhos, presença constante em minha vida e razão da minha alegria de viver.

Ao professor Antônio Leite Radicchi, pelo apoio e pela compreensão nos momentos difíceis.

À professora Soraya Almeida Belisário, pela sua dedicação, pelo incentivo e pela generosidade em partilhar seus conhecimentos.

À professora Elza Machado de Melo, pela sua incrível dedicação, generosidade, respeito e carinho com todos os mestrandos.

Aos trabalhadores dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, pelo comprometimento, confiança e generosidade de compartilhar suas experiências.

Aos gerentes dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte que, com muita competência, abriram suas portas, organizaram e disponibilizaram o tempo de suas equipes para a pesquisa.

Em especial, ao meu marido Marcus Vinícius, singular em sua generosidade. Agradeço pelo carinho, apoio e companheirismo e por permanecer ao meu lado mesmo quando me fiz ausente.

“A violência destrói o que ambiciona defender: a dignidade, a vida e a liberdade dos seres humanos. Por isso, torna-se indispensável promover uma grande obra educadora das consciências que forme a todos, sobretudo às novas gerações, para o bem, abrindo-lhes o horizonte do humanismo integral e solidário, com gestos de paz concretos nas famílias, nos lugares de trabalho, nas comunidades, no conjunto da vida civil, nas organizações sociais, nacionais e internacionais.”

(João Paulo II)

RESUMO

CAETANO, T. **A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo sobre a violência nas Unidades Básicas de Saúde.** 2015. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

A violência no trabalho, aí incluído o trabalho em Saúde, tem atingido proporções cada dia mais alarmantes, com repercussões na vida e na saúde dos trabalhadores, em diferentes graus, seja em sua integridade física, emocional, moral ou espiritual, constituindo-se como um importante problema de Saúde Pública. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do Sistema de Saúde, tem serviços localizados preferencialmente em áreas de maior vulnerabilidade social, atende a todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais e lida com uma clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Os trabalhadores que atuam na APS estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Este trabalho objetivou analisar a relação usuário-profissional da APS do município de Belo Horizonte, no que se refere à violência. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Os informantes-chave foram 22 profissionais integrantes de equipes do Programa de Saúde da Família. Os dados foram coletados em três Centros de Saúde de Belo Horizonte, inseridos em diferentes áreas de risco social e sanitário, conforme Índice de Vulnerabilidade em Saúde utilizado no município. Os dados foram organizados em categorias: percepção do trabalho na Saúde da Família; relação profissional-usuário na APS; violência por parte do usuário; afastamento em decorrência de violência; sentimento em relação à situação vivenciada; formas de lidar com a violência. Os resultados demonstram que: os profissionais da APS de Belo Horizonte encontram-se expostos a diferentes tipos de violência: agressão verbal, ameaça, intimidação, *bullying* e assédio sexual, sendo a agressão verbal a mais comum; a relação profissional-usuário se manifesta de formas distintas; há pouco absenteísmo em decorrência da violência; os trabalhadores apresentam sentimentos variados em relação à violência sofrida, bem como diferentes formas de lidar com a mesma.

Palavras-chave: Violência. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

CAETANO, T. **The professional-user relationship in the Primary Health Care in Belo Horizonte: a study on the violence inside the Basic Health Units.** 2015. Dissertation (Masters in Health Promotion and Violence Prevention) – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

Violence at work, specially the work in healthcare, has been reaching alarming proportions every day, not only impacting the life and health of workers to varying degrees, but also affecting their physical, emotional, moral or spiritual integrity, constituting, as a result, an important public health problem. The Primary Health Care (PHC), as the health system gateway, offers services that are preferably located in areas of great social vulnerability, catering to every type of demand from the different social groups. Also, it deals with a diverse clientele, often composed by psychiatric patients, intravenous drug users, among others. The PHC workers are likely to be subjected to violence in their daily work. This work aimed to analyze the professional-user relationship in the PHC located in the municipality of Belo Horizonte, with regard to violence. This is a qualitative and exploratory research of case study type, which used the semi-structured interview as a tool for data collection. Key informants were 22 professional members of the Family Health Programme team. The data were collected in three Health Centers of Belo Horizonte, placed in different areas of social and health risk, according to Health Vulnerability Index used in the municipality. The data were organized into categories: perception of the work in the Family Health Programme, professional-user relationship in the PHC; violence committed by users; expulsion as a result of violence; feelings related to the situation experienced; ways to deal with violence. The results have shown that the PHC professionals in Belo Horizonte are exposed to different types of violence: verbal aggression, threat, intimidation, bullying and sexual harassment, the most common being the verbal aggression; Professional-user relationship is expressed in different ways; There is little absenteeism as a result of violence; The workers have presented mixed feelings towards the violence they suffer, as well as different ways to deal with it.

Keywords: Violence. Primary Health Care. Worker's health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAL/OSHA	Occupational Safety & Health Administration/California
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Centro de Saúde
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IVS	Índice de Vulnerabilidade de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
OIT	Organização Internacional do Trabalho
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
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	MÉTODO	19
3.1	Período e local do estudo	19
3.2	Sujeitos do estudo	21
3.3	Coleta de dados.....	21
3.4	Análise dos dados.....	22
3.5	Aspectos éticos.....	23
4	ARTIGO.....	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICE A - Entrevista semiestruturada para profissionais da APS	61
	ANEXO A - Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	62
	ANEXO B - Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	63
	ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada (MALTA *et al.*, 2007).

Para Ferreira e Schramm (2000),

A violência tem aumentado de forma assustadora, se constituindo hoje em um problema mundial, social e histórico e, tal qual uma moléstia contagiosa, tomou proporções de uma verdadeira epidemia, tornando-se motivo de preocupação e estudo por parte de autoridades sanitárias e legais (FERREIRA; SCHRAMM, 2000, p. 655).

A violência, apesar de ter conceito amplo, complexo, polissêmico e controverso, pode ser genericamente entendida como o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros (MINAYO, 1998).

De acordo com Chauí (1998),

Violência significa desnaturar, agir usando a força para ir contra a natureza de outrem; constranger, agir contra a vontade de outrem; transgredir coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como um direito; um ato de abuso físico e/ou psíquico contra alguém, caracterizando relações intersubjetivas definidas pela opressão, intimidação e pelo medo (CHAUÍ, 1998, p. 32).

Para Schraiber (2006), a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública e é identificada atualmente nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz. Não há elementos suficientes para lidar com domínio tão amplo, alimentado por interconexões ainda pouco conhecidas.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de

urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p.5).

Devido à importância e à magnitude da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2002, o relatório mundial sobre violência e saúde, o qual define violência como:

O uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si própria, 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 também apresenta uma tipologia para a violência, classificando-a em três categorias segundo o sujeito que a comete: violência auto-provocada; violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (social, política e econômica) (OMS, 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 o sexual. Já os maus tratos são classificados como negligência e privação de cuidados (KRUG *et al.*, 2002; OMS, 2002).

No Brasil, a violência tem tomado proporções alarmantes e a sociedade tem convivido diariamente com o medo e a insegurança. A violência se inscreve, então, num clima psicológico coletivo, cujos significados e preço são muito pesados, pagando-se caro, em dinheiro e em vidas humanas (CHESNAIS, 1999).

O crescimento da violência no País mostra o agravamento nas relações sociais, devido ao aumento das desigualdades, ao efeito do crescente desemprego, à falta de perspectiva do mercado de trabalho, ao aumento do contrabando de armas, ao número de armas da população civil, à organização do crime, à impunidade e à ausência ou omissão das políticas públicas. A violência tornou-se um indicador negativo para a qualidade de vida, tanto nas regiões rurais, quanto nas urbanas. É um problema social e pode ser combatido por projetos de sociedade que envolvam todos, ensejando boa qualidade de vida (MINAYO, 2000).

Ainda para esta autora, a violência e os acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, configuram, na atualidade, um novo perfil do quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo. Nesse novo perfil, ressalta-se o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade na

qualidade de vida, exigindo novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado (MINAYO, 2006).

A partir dos anos 1980 e 1990, observou-se um aumento da preocupação com a violência no trabalho, em especial, ao final da década de 1990, quando no Campo da Saúde do Trabalhador, os olhares também se voltaram para o problema (CAMPOS, 2004).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS, passaram a realizar os primeiros esforços concentrados sobre o tema da violência no trabalho. Até então, os ambientes de trabalho eram vistos, de forma geral, como locais relativamente seguros em relação à violência. O trabalho em si não era considerado como possível fonte de violência e agressão (CAMPOS, 2004).

Atualmente, a violência no local de trabalho é uma das principais causas de mortes e ferimentos no mundo. Essas violências manifestam-se de várias formas, que vão desde a violência psicológica até os homicídios.

A violência ocupacional está constituída por incidentes nos quais os trabalhadores sofrem abusos, ameaças ou ataques em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo o trajeto de ida e volta, que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança, seu bem-estar ou sua saúde (ILO; ICN; WHO; PSI, 2002).

Nos Estados Unidos, segundo estatísticas oficiais, o assassinato representa a primeira causa de morte no local de trabalho para as mulheres e a segunda principal entre os homens. Na União Europeia, cerca de três milhões de trabalhadores (2% do total) já foram submetidos a alguma forma de violência física no trabalho, e na Suécia, calcula-se que tal comportamento seja o fator responsável por 10% a 15% dos suicídios. Pesquisa realizada no Reino Unido revelou que 53% dos funcionários já sofreram intimidação no trabalho e 78% testemunharam tal comportamento. Na África do Sul, um estudo mostrou que 78% dos entrevistados tinham experimentado *bullying* no local de trabalho. (KRUG, 2002; SANTOS, 2011).

Estudos da União Europeia revelaram que 4% da população economicamente ativa afirmam ter sofrido alguma forma de violência no trabalho e que os ambientes de maior risco concentravam-se no setor de serviços (saúde, transporte, comércio varejista e educação) (PALÁCIOS, 2002; LANCMAN, 2007).

Assim, no que tange aos trabalhadores da saúde, segundo Kingma (2001), eles são os maiores alvos ou vítimas de violência no local de trabalho. Para a autora, o risco que esses trabalhadores enfrentam é 16 vezes maior que o risco de profissionais de outras áreas, ou seja, os trabalhadores da saúde são mais suscetíveis de serem atacados em seu local de trabalho que guardas prisionais, agentes da polícia, trabalhadores do transporte, varejo ou empregados de bancos.

De acordo com o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2002) os trabalhadores de serviços de saúde têm um risco muito baixo de sofrer homicídio no trabalho, entretanto possuem um risco consideravelmente alto de sofrer agressões não fatais, tais como: agressão verbal, agressão física, agressão psicológica e *bullying*.

A OIT aponta vários fatores que podem contribuir para a ocorrência da violência no trabalho em saúde, quais sejam, a precariedade da infraestrutura dos estabelecimentos, caracterizados por ambientes desconfortáveis, com ausência de insumos adequados e superlotação para o atendimento; a privação dos direitos trabalhistas e previdenciários; as características individuais dos trabalhadores, como seu nível de escolaridade, a função que exercem, o tempo de serviço, as dificuldades que apresentam para relacionar-se com a equipe de trabalho, dentre outros (OIT; OMS, 2002).

Para Di Martino, fatores como a pressão crescente e o estresse do trabalho, a instabilidade social e a deterioração de relações pessoais, fizeram com que a violência no local de trabalho se espalhasse rapidamente no setor de saúde. Para esse autor, a violência no local de trabalho no setor saúde é universal, afeta tanto homens como mulheres e pode acometer mais da metade dos trabalhadores de saúde (DI MARTINO, 2002).

Acredita-se que, entre os trabalhadores da saúde, aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), também estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a APS a porta de entrada do sistema de saúde, esta atende a todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais, além de lidar com uma clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Associe-se a isso, o fato dos serviços estarem preferencialmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social.

Por serem os trabalhadores da APS o objeto deste estudo, far-se-á aqui uma breve abordagem sobre Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a escolha da Atenção Primária como reordenadora do sistema, por meio da Estratégia Saúde da Família, cujos pressupostos aproximam e aprofundam a relação profissional-usuário, não afastando, contudo, a possibilidade de conflitos.

Assim, foi com a promulgação da Constituição de 1988, a qual assimilou proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que a saúde no Brasil foi reconhecida como direito e dever do Estado, quando da criação do Sistema Único de Saúde , universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

Associe-se a isso a afirmação dos princípios de universalidade, integralidade, equidade da atenção e a adoção do conceito ampliado de saúde, concebida não só como ausência de doença, mas diretamente relacionada à qualidade de vida e aos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2011).

O movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde no Brasil iniciou-se após a implantação do SUS e, sobretudo, a partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (SILVA, J.M; CALDEIRA, A.P, 2010).

O PSF surgiu como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS, como o de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital.

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL,1998).

O PSF, posteriormente assumido como estratégia de reorganização da Atenção Básica, constituiu-se em todo território nacional como a porta de entrada dos serviços de saúde, o primeiro nível de atenção, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Segundo essa Política,

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).

A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Segundo Mendes (2010), o PSF representa certamente a proposição de mais largo alcance para organização da APS no Brasil. Para o autor, a rápida expansão do programa e ampliação do acesso aos serviços básicos, especialmente para as populações mais carentes, proporcionadas pelo programa, garantiu um reconhecimento de sua importância. Ao longo dos últimos anos, o PSF foi incorporado aos discursos e às agendas daqueles envolvidos com a gestão do setor saúde no País.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), os princípios fundamentais da APS no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adesão de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e com a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando a uma maior resolubilidade da atenção, no âmbito da qual a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal da atenção primária, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

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 Belo Horizonte a rede de serviços de saúde se articula de forma poliárquica e subdivide-se em Atenção Primária, Atenção Especializada, Urgência e

Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar e da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde.

A rede básica de saúde é composta por 147 Centros de Saúde (CS), distribuídos nos nove Distritos Sanitários que funcionam como unidades administrativas regionalizadas, com autonomia própria e vinculadas à Prefeitura, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

Cada Regional tem um conjunto de Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas às suas respectivas áreas de abrangência.

Voltadas para o atendimento da população da área de abrangência, as UBS devem ser o primeiro nível de atenção a ser procurado no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Atualmente a rede conta com 587 equipes de PSF.

Cada CS é organizado através da formação das Equipes de Saúde da Família e a assistência realizada tem como eixo o atendimento nas seguintes áreas: Saúde do Adulto e dos Idosos, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Bucal e Saúde Mental.

Dos 147 CS da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e todos oferecem atendimento odontológico. Todos possuem equipes de zoonoses, responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Algumas unidades também contam com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que poderá ser composta por assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico, psicólogo e fonoaudiólogo.

A partir de 2003, foram desenvolvidas iniciativas no sentido de organizar, fortalecer e qualificar a APS em BH. Tais iniciativas resultaram na realização de oficinas de Atenção Primária, as quais objetivaram consolidá-la como eixo estruturador da Atenção à Saúde no município. Nesse processo ficou evidenciada, entre outras questões, a existência de situações de violência sofridas tanto pela população em geral como pelos profissionais atuantes no PSF, exigindo novas posturas e estratégias de enfrentamento a essas situações.

Segundo Ferreira *et al.* (2011), “[...] a implantação da SF [Saúde da Família] em BH desnudou questões amplas e delicadas como a violência em todos os seus

matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar” (FERREIRA *et al.*, 2011, p. 4).

Para alguns autores, o conjunto de fatores que caracterizam o trabalho no PSF, se, por um lado, aproxima as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS, pode, por outro, influenciar na ocorrência de violências no trabalho das equipes de SF’ (LANCMAN, 2009; SANTOS, 2011; KAISER, 2008).

De acordo com a *Occupational Safety & Health Administration/California* (CAL/OSHA), citado por Contrera-Moreno (2004), a violência no ambiente de trabalho se caracteriza de três formas: a violência externa, que é provocada por alguém que não pertence à organização, ou seja, este tipo de violência é reflexo da violência que se tem nas ruas e é provocado por alguém desconhecido; a violência provocada pelo cliente e a violência interna, que é aquela que ocorre entre trabalhadores de uma mesma instituição, podendo vir tanto da hierarquia como de outros colegas de trabalho, sendo um exemplo deste tipo de violência, o assédio moral.

Acredita-se que os profissionais da APS BH apresentam maior possibilidade de sofrer as duas primeiras formas de violência apresentadas, uma vez que atuam na porta de entrada do Sistema de Saúde, em serviços geralmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social e lidam com diversificada clientela.

Segundo Wynne *et al.* (1997), citado por Lancman *et al.* (2009), a violência no trabalho envolve a relação com chefias, pares, clientes e com o público no exercício das atividades, e acrescentam a este conceito os incidentes relacionados a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores. Entende-se por violência psicológica, formas de agressão verbal, ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos.

Para Lancman *et al.* (2009),

Essas violências ficam acentuadas em serviços como PSF, que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que preveem um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência (LANCMAN *et al.*, 2009, p.79-92).

Concorda-se com Rios (2009), na afirmação de que, na área da Saúde, o trabalho é quase uma missão, cercada de muitas exigências, as quais se manifestam na forma como o trabalho é desenvolvido – reflexivo, técnico, ético, realizado em diferentes cenários e com interação entre vários atores. Associe-se a isso, o fato de se trabalhar num campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte (RIOS, 2009).

Portanto, esse panorama amplo e complexo, pode propiciar a ocorrência de situações de violência por parte dos atores, inclusive dos usuários, contra os trabalhadores de saúde, situações essas que, como gestora de uma UBS em BH, tive a oportunidade de presenciar e vivenciar, bem como buscar estratégias de enfrentamento.

Pelo exposto, acredita-se na necessidade de se realizar investigações que abordem esta temática, dando voz a esta imprescindível categoria profissional, qual seja, os trabalhadores da APS. Assim, este trabalho objetivou estudar a relação usuário–profissional no que se refere à violência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a violência sofrida pelos profissionais da APS de Belo Horizonte no processo de interação com os usuários.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a existência de violência no processo de interação profissional-usuário;
- Analisar a violência como causa de afastamento do trabalho;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde para lidar com a violência.

3 MÉTODO

Esta pesquisa integra o Projeto de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária, que tem como objetivo principal investigar o perfil da violência e suas formas de abordagem pautadas, principalmente, nas ações de promoção da saúde, no âmbito da Atenção Básica dos municípios de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia.

O recorte aqui apresentado objetiva estudar a violência sofrida pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no processo de interação com o usuário.

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

A adoção da abordagem qualitativa se justifica por propiciar o conhecimento das representações do sujeito por meio de seu relato, permitindo que o pesquisador mais se aproxime da realidade dos atores sociais, uma vez que ela engloba o universo das percepções, significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionados ao processo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2007).

O estudo de caso possibilita uma observação direta sobre um fenômeno e investigação ampla de alguns objetos, o que permite um maior detalhamento dos mesmos (YIN, 2005).

A entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam ao estudo. Os questionamentos dão fruto a novas hipóteses elaboradas a partir das respostas dos informantes, sendo que o foco principal é colocado pelo investigador-entrevistador. A entrevista semiestruturada favorece a descrição e a explicação dos fenômenos sociais, compreendendo-os em sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987).

3.1 Período e local do estudo

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

Esse distrito possui população de 237.441 habitantes (BRASIL, 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 e um Centro de Testagem e Aconselhamento.

Foram selecionados três Centros de Saúde (CS) do referido Distrito para a realização do estudo, 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 saúde. Esse indicador tem como objetivo evidenciar populações com maior risco de adoecer e de morrer, baseado nas condições de saúde, e classificar os setores censitários municipais como de risco *muito elevado*, *elevado*, *médio* e *baixo*. É utilizado desde 1998 e foi atualizado em 2012, baseado em dados populacionais do Censo 2010 (IVS-BH, 2012).

Foram então escolhidos três CS, cada um classificado em uma das modalidades de risco: muito elevado, elevado, médio e baixo. A escolha de unidades com diferentes perfis de vulnerabilidade de risco foi proposital, para analisarmos a ocorrência de violência em diferentes cenários da sociedade.

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 adscrita de 33.974 pessoas, sendo que 75,7% são moradoras de área de baixo risco. Possui cinco 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 três Equipes de Saúde da Família que se responsabilizam por 9.314 pessoas (BRASIL, 2010). Dessas, 100% se inserem em área de médio risco.

Já o CS3 conta com quatro Equipes de Saúde da Família e, de acordo com o IBGE 2010, possui uma população total adscrita de 10.450 pessoas, sendo que

26,6% estão em área de muito elevado risco, 73,4% residem em área de elevado risco, totalizando 100% de residentes em área de risco muito elevado e elevado.

3.2 Sujeitos do estudo

Foram entrevistados 22 profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família dos três Centros de Saúde pesquisados. Participaram da pesquisa três médicos; três enfermeiras; quatro auxiliares de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. As equipes foram sorteadas de forma aleatória, tendo participado uma equipe de cada unidade.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da APS dos Centros de Saúde descritos anteriormente.

O roteiro da entrevista foi elaborado com a finalidade de ter uma linguagem acessível, uma vez que a pesquisa foi direcionada a diferentes profissionais da área da saúde, ou seja, trata-se de atores sociais com níveis de formação heterogêneos. Nesse sentido, o objetivo foi facilitar o processo de comunicação entre os diferentes atores sociais e, ao mesmo tempo, criar um ambiente de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, para que a comunicação pudesse fluir mais facilmente.

O roteiro deve contribuir para fazer emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, sob o ponto de vista dos entrevistados (MINAYO, 1992).

Para registrar a fala dos depoentes, utilizou-se um gravador e, em seguida, as informações foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, que procurou ser fiel ao conteúdo gravado. Adotou-se como critério para encerramento das entrevistas a saturação das falas.

Todas as entrevistas foram gravadas e em nenhuma delas houve perda do material gravado.

3.4 Análise dos dados

Os dados produzidos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, objetivando descobrir os núcleos de sentido da comunicação, a fim de revelar os valores presentes nos discursos.

Para Bardin (1977),

A análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de 'fala' a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes, dificilmente transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da decodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas (BARDIN, 1977, p. 54).

Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é "compreendida muito mais como um conjunto de técnicas". Nesse sentido, para a autora, pode-se destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

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 foram 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, e numeradas de 1 a 4; e as agentes comunitárias de saúde, pelas letras ACS, e numeradas de 1 a 12.

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: percepção do trabalho na Saúde da Família; relação profissional- usuário na APS; violência por parte do usuário; afastamento em decorrência de violência; sentimento em relação à situação vivenciada; formas de lidar com a 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 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob o parecer 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 de 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 sob o título: **A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a violência nas Unidades Básicas de Saúde.**

4 ARTIGO

A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a violência nas Unidades Básicas de Saúde

Resumo

A violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa e que tem aumentado tanto em âmbito nacional como em internacional, nos mais diversos setores da sociedade, entre eles, o da Saúde, atingindo também seus trabalhadores. Acredita-se que, entre os trabalhadores da saúde, aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no Programa de Saúde da Família (PSF), também estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a APS a porta de entrada do Sistema de Saúde, esta atende a todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais, além de lidar com uma clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Associe-se a isso, o fato dos serviços estarem preferencialmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social. Este trabalho objetivou estudar a relação profissional-usuário na APS em Belo Horizonte no que se refere à violência. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Foram entrevistados os profissionais das Equipes de Saúde da Família de três Centros de Saúde inseridos em diferentes áreas de risco social e sanitário, integrantes de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte. Os resultados apontaram que: os profissionais estavam expostos a situações de violência advindas do usuário, sendo a violência verbal a mais comum; a relação profissional-usuário se manifesta de formas distintas; há pouco absenteísmo em decorrência da violência; os trabalhadores apresentam sentimentos variados em relação à violência sofrida, bem como diferentes formas de lidar com ela.

Palavras-chave: Violência. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador.

Abstract

Violence is a historical phenomenon which rounds off events of different nature and has increased both in national and international levels in various sectors of society, including healthcare, affecting directly the workers in this area. It is believed that among the health workers, those who work in Primary Health Care (PHC), especially in the Family Health Program (PSF), are also likely to be subjected to violence in their daily work. Since the PHC functions as the health system gateway, it caters to all kinds of demands from different social groups, apart from dealing with a diverse clientele often composed by psychiatric patients, intravenous drug users, among others. Add to this the fact that the services are preferably located in areas of great vulnerability and social risk. This work aimed to study the professional-user relationship in the PHC located in Belo Horizonte, with regard to violence. This is qualitative and exploratory research of case study type, which used the semi-structured interview as a tool for data collection. Professional members of the Family Health Program teams have been interviewed and data have been collected from three health centers placed in different areas of social and sanitary risk, under one sanitary district in Belo Horizonte. The results showed that the professionals have been exposed to situations of violence coming from the users, the most common being the verbal aggression; Professional–user relationship is manifested in different ways; there is little absenteeism as a result of violence; the workers present mixed feelings towards the violence suffered, as well as different ways to deal with it.

Keywords: Violence. Primary Health Care. Worker's Health.

1 Introdução

A violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada (MALTA *et al.*, 2007).

Para Ferreira e Schramm (2000),

A violência tem aumentado de forma assustadora, se constituindo hoje em um problema mundial, social e histórico e, tal qual uma moléstia contagiosa, tomou proporções de uma verdadeira epidemia, tornando-se motivo de preocupação e estudo por parte de autoridades sanitárias e legais (FERREIRA; SCHRAMM, 2000, p. 659).

A violência, apesar de ter conceito amplo, complexo, polissêmico e controverso, pode ser genericamente entendida como o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros (MINAYO, 1998).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p.5).

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) publicou um relatório de âmbito internacional que, entre outras questões, apresentou um conceito de violência e uma tipologia para a mesma. A violência foi classificada em três categorias, segundo o sujeito que a comete: *violência auto-provocada*; *violência interpessoal*, subdividida em intrafamiliar e comunitária e *violência coletiva*, subdividida em social, política e econômica. Já a natureza dos atos violentos foi classificada como *abusos*, subdivididos em físico, psicológico e sexual, e *maus tratos*, subdivididos em negligência e privação de cuidados (KRUG *et al.*, 2002; OMS, 2002).

No Brasil, a violência tem tomado proporções alarmantes e a sociedade tem convivido diariamente com o medo e a insegurança. A violência se inscreve, então, num clima psicológico coletivo, cujos significados e preço são muito pesados, pagando-se caro, em dinheiro e em vidas humanas (CHESNAIS, 1999) e tornou-se um indicador negativo para a qualidade de vida, tanto nas regiões rurais, quanto nas urbanas (MINAYO, 2000).

A partir dos anos 1980 e 1990, observou-se um aumento da preocupação com a violência no trabalho, em especial, ao final da década de 1990, quando no Campo da Saúde do Trabalhador, os olhares também se voltaram para o problema (CAMPOS, 2004).

No que tange aos trabalhadores da Saúde, segundo Kingma (2001), eles são os maiores alvos ou vítimas de violência no local de trabalho e enfrentam um risco 16 vezes maior de sofrer algum tipo de violência, se comparados a profissionais de outras áreas.

A Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde (OIT; OMS, 2002) apontam vários fatores que podem contribuir para a ocorrência da violência no trabalho em Saúde, quais sejam, a precariedade da infraestrutura dos estabelecimentos, caracterizados por ambientes desconfortáveis, com ausência de insumos adequados e superlotação para o atendimento; a privação dos direitos trabalhistas e previdenciários; as características individuais dos trabalhadores, como seu nível de escolaridade, a função que exercem, o tempo de serviço, as dificuldades que apresentam para relacionar-se com a equipe de trabalho, dentre outros.

Acredita-se que, entre os trabalhadores da Saúde, aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no Programa de Saúde da Família (PSF), também estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a APS a porta de entrada do sistema de saúde, esta atende a todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais, além de lidar com uma clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Associe-se a isso, o fato dos serviços estarem preferencialmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social.

O PSF surgiu como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, tais como a

atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Tal fato vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1998).

O PSF, posteriormente assumido como estratégia de reorganização da Atenção Básica (AB)¹, constituiu-se em todo território nacional como a porta de entrada dos Serviços de Saúde, o primeiro nível de atenção, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

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 Belo Horizonte a Rede Básica de Saúde é composta por 147 Centros de Saúde (CS), distribuídos nos nove Distritos Sanitários, que funcionam como unidades administrativas regionalizadas, com autonomia própria e vinculadas à Prefeitura, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

Cada Regional tem um conjunto de Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculados às suas respectivas áreas de abrangência.

Voltadas para o atendimento da população da área de abrangência, as UBS devem ser o primeiro nível de atenção a ser procurado no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Atualmente a rede conta com 587 equipes de PSF.

Cada CS é organizado através da formação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e a assistência realizada tem como eixo o atendimento nas seguintes áreas: Saúde do Adulto e dos Idosos, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Bucal e Saúde Mental.

Em que pese os pressupostos da Saúde da Família, os quais aproximam e aprofundam as relações dos profissionais com os usuários, a implantação da Saúde da Família no município, segundo Ferreira *et al.*, (2011, p. 4), “[...] desnudou

¹ Neste trabalho os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) serão utilizados como sinônimos.

questões amplas e delicadas como a violência em todos os seus matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar”.

Para alguns autores, o conjunto de fatores que caracterizam o trabalho no PSF, se, por um lado, aproxima as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS, pode, por outro, influenciar na ocorrência de ‘violências no trabalho das equipes de SF’ (LANCMAN, 2009; SANTOS, 2011; KAISER, 2008).

De acordo com a *Occupational Safety & Health Administration/California* (CAL/OSHA), citado por Contrera-Moreno (2004), a violência no ambiente de trabalho se caracteriza de três formas: a violência externa, que é provocada por alguém que não pertence à organização, ou seja, este tipo de violência é reflexo da violência que se tem nas ruas e é provocado por alguém desconhecido; a violência provocada pelo cliente e a violência interna, que é aquela que ocorre entre trabalhadores de uma mesma instituição, podendo vir tanto da hierarquia como de outros colegas de trabalho, sendo um exemplo deste tipo de violência, o assédio moral.

Acredita-se que os profissionais da APS BH apresentam maior possibilidade de sofrer as duas primeiras formas de violência descritas anteriormente, uma vez que atuam na porta de entrada do Sistema de Saúde, em serviços geralmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social e lidam com uma diversificada clientela.

Para Lancman, (2009),

Essas violências ficam acentuadas em serviços como PSF, que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que preveem um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência (LANCMAN *et al.*, 2009, p. 684).

Concorda-se com Rios (2009), na afirmação de que, na área da Saúde, o trabalho é quase uma missão, cercada de muitas exigências, as quais se manifestam na forma como o trabalho é desenvolvido – reflexivo, técnico, ético, realizado em diferentes cenários e com interação entre vários atores. Associe-se a isso, o fato de se trabalhar num campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte (RIOS, 2009).

De acordo com Melo (2010),

[...] a violência aflige a todos os cidadãos do mundo. É certamente dentre nossos comportamentos aquele que mais nos rouba a condição humana; por isso se impõe como um grande desafio a exigir superação e, para tanto, a participação e contribuição de todos (MELO, 2010).

Portanto, esse panorama amplo e complexo, pode propiciar a ocorrência de situações de violência entre os atores envolvidos, em especial dos usuários, contra os trabalhadores de Saúde. A realização de investigações nessa temática poderá possibilitar não só a melhor visualização do problema, como também dar voz a esta imprescindível categoria profissional, qual seja, os trabalhadores da APS.

Assim, este trabalho objetivou estudar a relação profissional-usuário na APS em Belo Horizonte no que se refere à violência.

2 Método

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada.

O estudo de campo foi realizado no Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, no período compreendido entre março a maio de 2015. Para a realização das entrevistas foram selecionadas três UBS com características distintas de vulnerabilidade de risco social, quais sejam: CS1 (unidade de baixo risco de vulnerabilidade social); CS2 (unidade de médio risco de vulnerabilidade social) e CS3 (unidade de alto risco de vulnerabilidade social).

A escolha de unidades com diferentes perfis de vulnerabilidade de risco foi proposital, para analisarmos a ocorrência de violência em diferentes cenários da sociedade.

A população do respectivo estudo foi constituída por 22 trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, lotados em Equipes de Saúde da Família, pertencentes às seguintes categorias: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Para a escolha desses profissionais foi realizado um sorteio pela própria pesquisadora, na presença do gerente de cada UBS, para a definição de quais

equipes dos respectivos Centros de Saúde mencionados seriam as selecionadas para participar da pesquisa.

Para registrar a fala dos depoentes utilizou-se um gravador e, em seguida, as informações foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, que procurou ser fiel ao conteúdo gravado. Adotou-se como critério para encerramento das entrevistas a saturação das falas. Todas as entrevistas foram gravadas e em nenhuma delas houve perda do material gravado.

A discussão dos dados produzidos foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, objetivando descobrir os núcleos de sentido da comunicação, a fim de revelar os valores presentes nos discursos.

Foram estabelecidas as seguintes categorias de análises: percepção do trabalho na Saúde da Família; relação profissional-usuário na APS; violência por parte do usuário; afastamento em decorrência de violência; sentimento em relação à situação vivenciada e formas de lidar com a 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 e pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob o parecer 01140812.1.3001.5140.

Todos os entrevistados 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, garantindo a participação voluntária e anônima.

3 Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados segundo as categorias definidas: percepção do trabalho na Saúde da Família; relação profissional-usuário na APS; violência por parte do usuário; afastamento em decorrência de violência; sentimento em relação à situação vivenciada e formas de lidar com a violência.

3.1 Percepção do trabalho na Saúde da Família

Um dos entrevistados relatou estar satisfeito com a profissão e considera importante o trabalho do médico na Saúde da Família (SF). Considera que a sua UBS é uma das poucas que realmente trabalham na proposta da SF, com um bom trabalho de equipe e resultados positivos tanto para os profissionais como para os usuários.

[...] a nossa Unidade é uma das poucas Unidades no Serviço Municipal que eu conheço [...] a gente tem as três equipes atendendo realmente medicina de Saúde da Família, porque na maioria das Unidades o médico às vezes não faz o pré-natal, às vezes não atende a criança, enfim, não tem todas as qualificações. Aqui a gente tem uma fala mais ou menos uniforme [...] (M2).

Para Franco e Mehry (1999), a forma como os profissionais realizam a assistência, muitas vezes, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças. Nesse sentido, a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão desses trabalhadores ao novo projeto. Por esse motivo é tão comum encontrar diferentes formas de se construir os processos de trabalho pelas equipes do PSF (FRANCO; MEHRY, 1999).

A fala de outra entrevistada quanto ao trabalho na SF mostrou que, para a ela, no PSF os profissionais lidam com outros problemas além da saúde, ou seja, coexistem problemas de saúde e problemas sociais advindos do grande número de pessoas carentes que são atendidas. Para ela esse é um gerador de conflitos porque a saúde não consegue resolver as diversas demandas apresentadas pelos usuários.

[...] cai tudo pra saúde e a gente não tem como resolver tudo [...] são pessoas carentes, com vários problemas sociais. Aí fica um impasse muito grande com o usuário que está aqui na sua porta ou que você está dentro da casa dele [...] com o ACS, com a responsabilidade dessa família (E2).

Apesar dos avanços observados com a implantação do PSF, muitos desafios ainda persistem para que essa estratégia possa ser utilizada de forma mais acolhedora e resolutiva. De acordo com o Ministério da Saúde, citado por Costa *et al.*, 2009, a Atenção Básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de

situações, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada UBS, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população, não alcançando o parâmetro universal de resolução de 90% dos problemas de saúde demandados neste nível.

3.2 Relação profissional-usuário na APS

A grande maioria dos entrevistados relatou ter boa relação com os usuários, demonstrando a existência de vínculo, mesmo em áreas de maior vulnerabilidade social.

A minha relação com os usuários eu defino como ótima, em alguns casos, excelente (M1).

Hoje eu tenho uma relação de vínculo com os usuários, eu conheço bastante as famílias, me dou bem dentro do profissional, porque eu separo o pessoal do profissional. Eu definiria como vínculo entre a saúde e o cuidado. É uma relação boa, tranquila (ACS6).

Para Gomes e Sá (2007, p. 366) “o conceito de vínculo assume uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública, como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização e da integralidade”. Nesse sentido, essas relações se estabelecem com ênfase na confiança, na cooperação e na interdependência.

Vale ressaltar que, os pressupostos da SF, tais como, a adscrição da clientela em um território definido, o processo de vinculação do usuário a uma determinada Equipe de Saúde da Família e a forma como o programa foi elaborado, para permitir a proximidade e o vínculo do usuário com a sua equipe, favorecem a integração e a boa relação entre profissionais e usuários.

A minha relação com o usuário de maneira geral é boa [...] eu tenho vínculo com a maioria. Pra tentar me aproximar mais até puxo um assunto, eles me contam, eu me interesso, eu procuro saber, eu vou atrás [...] tem até usuários que, mesmo fora da área de trabalho, [...] eu encontro de vez em quando, a gente conversa (ACS5).

Para Santos *et al.* (2008), citado por Ilha *et al.* (2014):

[...] o vínculo pode ser considerado uma ferramenta que realiza a troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convertendo-os para a realização de atos terapêuticos, por considerar as singularidades de cada indivíduo bem como as de sua família (ILHA *et al.*, 2014, p. 558).

No estudo realizado por Ilha *et al.* (2014), com a finalidade de identificar o que é necessário para estabelecer o vínculo profissional-usuário na perspectiva dos usuários, esses, em sua maioria, relataram que, para que o mesmo se estabeleça, é importante que o profissional reconheça a realidade singular e subjetiva de cada indivíduo e família, levando em consideração, entre outros pontos, que os usuários vivem diferentes histórias, apresentam diferentes dificuldades e problemas e possuem diversas expectativas e sonhos.

Contudo, três entrevistados relataram dificuldades de relacionamento com alguns usuários. Um deles apontou a baixa escolaridade e a situação de extrema vulnerabilidade dos mesmos como as prováveis causas das dificuldades.

A minha área é um pouquinho complicada, tem muitas pessoas ignorantes [...]. Quando não tem atendimento no posto corretamente, eles acham que a gente é que é o culpado, aí tem vezes que eles xingam você [...] (ACS9).

[...] tem algumas pessoas que já chegam violentas [...] às vezes é a demanda que eles querem e eles acham que a gente tem que resolver tudo pra eles e a gente não tem capacidade [...] para fazer isso. Tem horas que a gente se sente impotente (AE2).

De acordo com Lancman (2009), determinados tipos de violência ficam mais acentuados em serviços como o Programa Saúde da Família, pelo fato de o mesmo ter privilegiado em sua implantação, áreas de maior vulnerabilidade e risco social e, também, ter possibilitado o contato mais próximo entre a equipe e a população, aumentando a vulnerabilidade dos trabalhadores. Para esta autora, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência (LANCMAN *et al.*, 2009).

Outro entrevistado acredita que as dificuldades de relacionamento com os usuários podem estar relacionadas à postura defensiva que os mesmos apresentam diante de algumas situações de conflitos.

[...] Eu fico assim, frustrado, muitas vezes, porque por mais que você tente esclarecer, conversar, ser amigo, geralmente o paciente entra numa posição muito defensiva, de que ele está com a razão, de que o médico é que foi grosseiro (M2).

O mesmo entrevistado acredita que a pressão constante nas UBS e a falta de amparo institucional também contribuem para fomentar as dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os usuários.

[...] pressão que está aumentando progressivamente na medida em que as pessoas se acham com mais direitos do que deveres, os pacientes são sempre os que têm razão. A Prefeitura dá essa razão o tempo todo para o usuário, e nunca para o profissional, e com isso a gente se sente às vezes muito desamparado, nesse embate no dia a dia (M2).

Contudo, outros fatores podem corroborar para que essa relação, em alguns momentos, seja estremecida e/ou conflituosa.

Vale ressaltar que muitas vezes as demandas dos usuários ultrapassam o poder de resolutividade dos profissionais de Saúde e essa incapacidade de resolução de problemas externos à Saúde pode ser um gerador de conflitos.

Eu tenho uma boa relação, eu tenho um vínculo muito grande com a comunidade [...] Eu diria que a relação é boa, mas com alguns entraves por causa mesmo da situação desses usuários [...] São pessoas carentes, com vários problemas sociais [...]. A Saúde não está conseguindo resolver tudo, então acaba que isso é um complicador (E2).

No estudo realizado por Azambuja *et al.* (2007), com o objetivo de compreender os significados do trabalho no processo de viver de trabalhadores (as) do PSF, o trabalho também aparece como um gerador de angústias pelas responsabilidades assumidas e pela impotência sentida na resolução dos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais presentes na comunidade.

É importante salientar que os diversos profissionais reagem de formas diferentes em sua interação com os usuários. Estas vão desde uma relação de transparência, na qual o diálogo tem um papel central mesmo em situações negativas, até o estabelecimento de relações de conformidade, onde os profissionais acabam se acostumando com os maus tratos.

A minha relação com os usuários é uma relação de muita transparência, porque até quando eles me desagradam de alguma forma eu faço questão

de conversar, de explicar e de falar também que eu fiquei chateada com a situação, que eu não gosto de ser tratada assim [...]. Eu mantenho a minha postura [...], sou bem honesta também com os meus sentimentos e com a situação (E1).

A relação com os usuários às vezes é difícil [...] no início a gente assusta. Quando eu cheguei aqui eu falei “Nossa como a gente trabalha assim?”, mas agora eu já acostumei. Agora quando eles falam “Você não faz nada”, eu nem ligo, eu finjo que nem escuto, eu já acostumei. Hoje eu lido de forma mais tranquila (AE4).

Santos *et al.* (2010), ao estudar a violência institucional, avaliaram que a violência vivenciada pelos profissionais de Saúde vem causando uma consequente naturalização do fenômeno, uma aceitação, como se fosse algo normal, que não comove e não choca mais, principalmente, acredita-se, devido ao fato de estar próxima e presente cotidianamente na rotina de trabalho.

3.3 Violência por parte do usuário

A maioria dos entrevistados relatou já ter sofrido algum tipo de violência advinda dos usuários, dentre elas: agressão verbal, apontada como a mais comum, ameaça, intimidação e assédio sexual.

Esse achado corrobora o que foi avaliado no estudo de Molinos (2012), no qual os profissionais da ESF sofreram vários tipos de violência, entre elas, ameaças, intimidação, assédio sexual e provocação.

A fala desse entrevistado que trabalha em uma área de baixa vulnerabilidade social exemplifica a existência de agressão verbal contra os profissionais da APS nos diferentes cenários da Saúde.

Eu acredito que 100% de nós trabalhadores aqui, nós já sofremos algum tipo de agressão. No meu caso eu já sofri agressão verbal várias vezes. Já teve um caso até mesmo de intervenção policial. [...] A agressão física, ela não acomete aqui, mas a agressão verbal, constantemente a gente está sofrendo e você se sente muito vulnerável mediante a situação [...] (AE1).

O depoimento acima reitera o que foi avaliado por Kingma (2001), a qual verificou que os profissionais de Saúde são os maiores alvos ou vítimas de violência no local de trabalho. De acordo com a autora, o risco que esses trabalhadores enfrentam é 16 vezes maior que o risco de profissionais de outras áreas.

Em consonância com o resultado apresentado, os estudos de Cezar (2006), Palácios (2002) e Silva (2014), também evidenciaram a agressão verbal como o tipo mais comum de violência praticada contra profissionais de Saúde.

A violência praticada no trabalho caracteriza-se por “qualquer ação, todo incidente ou comportamento que não se pode considerar uma atitude razoável e com a qual se ataca, prejudica, degrada ou fere uma pessoa dentro do ambiente de seu trabalho” (KHALEF, 2003, p.16).

Acredita-se que a violência pode se manifestar de forma explícita ou velada, mas em ambas, a agressividade encontra-se presente, como exemplifica o depoimento que segue.

[...] eu escutava muito quando eu passava no corredor [...] “Aí, tá desfilando, não faz nada, só fica andando à toa” [...]. A gente tem que passar por eles o tempo todo, em todo lugar que a gente vai, [...] então, eu acho que na cabeça deles eles acham que a gente não faz nada [...], ainda mais enfermeiro [...]. Eu escutei muito isso já aqui [...], porque era no momento que eu passava, como se fosse uma violência velada (E1).

Vale ressaltar que a violência velada, disfarçada, pode ser tão cruel quanto a física, porque degrada, fere, intimida e muitas vezes causa medo ou pânico, como exemplificado no depoimento que segue.

[...] ele começou a falar assim comigo, “Ah, porque hoje tá tudo tão perigoso, não é minha filha?, quando a gente vai embora do trabalho até a gente chegar à nossa casa, tá tendo muita coisa ruim que acontece com a gente e com os nossos filhos, não é?”. E aí eu achei que ele tava comentando da violência do mundo [...], aí ele repetiu, repetiu e aí na quarta vez que ele falou a mesma coisa, [...] eu vi que ele tava me coagindo. Eu fiquei, assim, muito impressionada porque veio de um senhor de idade [...] e eu fiquei assustada e com medo também (E1).

A *Agency Facts*, (2002), citada por Lancman, (2007), afirma que

[...] a violência no local de trabalho engloba insultos, ameaças, agressão física ou psicológica originadas de pessoas exteriores à organização, incluindo clientes, contra alguém que está trabalhando constituindo um risco para a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores (Lancman, 2007, p. 3).

Pelo exposto fica evidente que a violência não tem cara, que ela pode surgir em situações inusitadas e pode ser perpetrada por diferentes atores, mesmo por aqueles que aparentemente parecem inocentes e incapazes de atos violentos.

A depoente E3 relata já ter sofrido vários tipos de violências, tais como agressão verbal, moral, *bullying*, ameaça e intimidação.

Eu já sofri agressão verbal, moral [...], paciente me chamou de vários nomes assim por causa de um atestado que ele queria [...] e eu também já sofri *bullying*. Como eu sou enfermeira responsável pela sala de vacina, quando chega essas épocas de campanha, que a gente tem que seguir as normas do Ministério, então a pessoa não entende, aí ela te intimida, fala que vai chamar a polícia, que vai fazer reportagem, então, eu já sofri isso aqui (E3).

Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), citado por Contrera-Moreno (2004), os profissionais de enfermagem em geral estão mais sujeitos a sofrerem agressões, porque eles estão na linha de frente da Unidade, realizam um trabalho de interação face a face com o usuário, de muita proximidade. Para eles, o contato face a face entre profissional de Saúde e cliente já é um fator de risco para o trabalhador sofrer violência.

Outro fator que também está associado à ocorrência de violência é o fato de os profissionais da APS lidarem com uma clientela muito diversificada e com pacientes muitas vezes alterados, como relatado no depoimento que segue.

[...] foi uma violência mais tranquila, foi na rua e o paciente estava alcoolizado, ele usa drogas, ele usa álcool. Ele me abordou xingando o Posto [...]. Foi uma agressão verbal, não chegou a nada físico [...]. Eu fiquei com medo, eu acho que se ele tivesse um pouco mais alterado, talvez eu tivesse sofrido uma violência física, eu não sei. Se fosse dentro da casa talvez eu tivesse sofrido um outro tipo de violência [...] (ACS1).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a violência também está associada a alterações comportamentais, como o uso de álcool e drogas, tabagismo e inatividade física – com novos desdobramentos para a Saúde (WHO, 2008). O depoimento a seguir reitera esta afirmação.

[...] o problema mais grave que eu vivi [...], que eu me senti mais aflita [...], foi um usuário de drogas que veio querendo ser atendido na hora [...] e que se eu não marcasse ele ia me pegar. Na hora eu fiquei com muito medo, porque ele me olhou bem firme nos olhos e falou que lá fora ele ia me pegar (E2).

Para Levin *et al.* (1998), citado por Contrera-Moreno (2004), outro fator associado à ocorrência de violência é o tipo de cliente atendido, como pacientes psiquiátricos, com demência, drogados e pessoas envolvidas em gangues, pois geralmente possuem armas.

Além do perfil da clientela atendida nas UBS, outro fator que pode contribuir para a ocorrência de conflitos é a escassez de recursos humanos que se contrapõe à necessidade de atendimento do usuário, como fica explícito nos depoimentos que seguem.

[...] é a pressão da porta, porque você está aqui para atender todo mundo e o recurso é bem limitado, a oferta é menor que a demanda [...]. A demanda é grande e a oferta aqui, ela não dá para resolver tudo (E2).

Sim, eu já sofri violência verbal [...]. Às vezes tem coisas que não tá no seu alcance resolver, às vezes não tem um médico na Unidade na hora, aí o paciente te xinga bastante, só porque você não pode resolver aquilo pra ele na hora que ele quer [...] (AE2).

Para Kaiser e Bianchi (2010), o não atendimento às necessidades de Saúde gera desconforto e até agressões aos profissionais. A dificuldade de acessibilidade e o acolhimento deficitário do usuário na Atenção Primária são reconhecidos como vilões da qualidade de atendimento em Saúde, assim como a estrutura física inadequada dos Serviços de Saúde e a deficiência de recursos humanos também foram indicados como geradores de conflito.

Segundo Di Martino (2002), a violência sofrida por trabalhadores do setor Saúde vai além das agressões e das ofensas individuais, pois coloca em perigo a qualidade da assistência prestada, a produtividade e o desenvolvimento; considera ainda que suas consequências repercutem consideravelmente na eficácia dos Sistemas de Saúde, sobretudo em países em desenvolvimento.

Situações de abandono e negligência familiar também foram apontadas pelos depoentes como fatores que podem gerar violência, porque muitas vezes os profissionais lidam com o abandono de incapazes e as mais diversas situações de risco e, ao questionarem os familiares, muitas vezes sofrem violências, como no depoimento que segue.

[...] um dia eu cheguei à casa de uma paciente e a encontrei em uma situação de risco [...], e eu liguei para a filha dela que me agradeiu

verbalmente, pelo telefone [...]. Eu falei o que estava acontecendo e ela falou assim: “Você não tem nada a ver com isso, você está sendo atrevida, você está entrando em uma relação de família, eu vou te denunciar para o SOS Saúde”. Aí eu falei assim, “Nós vamos nós duas juntas, você me denuncia para o SOS Saúde e eu te denuncio para o Estatuto do idoso” (ACS5).

De acordo com Arnetz (2001), citado por Contrera-Moreno (2004), tanto as agressões físicas como as verbais trazem efeitos negativos à saúde dos trabalhadores como tristeza, raiva, desapontamento, medo e perda da satisfação com o trabalho. O depoimento a seguir exemplifica o exposto.

[...] agressão verbal constantemente [...]. Eles ficam falando assim: “Esse Posto não presta pra nada, ninguém lá presta”, então eles colocam a gente como se não prestasse também. Então a gente fica meio assim, um pouco triste. Algumas vezes eu perco a vontade de trabalhar (ACS3).

A discriminação racial também foi apontada entre os tipos de violência sofridos pelos entrevistados.

[...] ela ficou falando “Tinha que ser negra mesmo, trabalhando” [...]. Aí eu falei assim “Eu sou negra e você é muito ignorante” (ACS9).

De acordo com Contrera-Moreno (2004), as agressões verbais são aquelas que resultam muitas vezes em humilhação e indicam falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Geralmente ocorre em forma de insultos, ofensas, tom de voz alto e agressivo. No exemplo citado evidenciamos uma situação de violência verbal e discriminação racial.

Era de se esperar que nas Unidades de Saúde, situadas em locais de grande insegurança e alta vulnerabilidade, como comunidades de baixa renda, regiões de conflito ou de criminalidade elevada, os trabalhadores estivessem mais expostos a riscos de violência. No entanto, os depoimentos demonstram que a violência se encontra disseminada, tanto nas áreas de alto risco de vulnerabilidade, como visto em alguns depoimentos, quanto nas áreas de médio e baixo risco, o que pode ser visualizado na fala a seguir.

Violência verbal, várias vezes, todo dia, [...] com tudo. Consulta especializada, por exemplo, o médico mandou eu retornar em 30 dias, aí você joga no sistema e demora não sei quanto tempo para sair [...], aí ele te agride. Ele acha que você tem o poder de resolver tudo pra ele. Quer

dizer, não é a gente que resolve, existe uma norma maior que a gente. [...] Aqui, o tipo de violência é mais verbal mesmo, graças a Deus (AE2).

Observou-se neste depoimento certa banalização da violência, uma vez que a agressão verbal é vista como algo normal, do dia a dia, ao mesmo tempo em que a não existência de outros tipos de violência é vista como motivo de comemoração.

Constatou-se que a agressão verbal foi frequente e direcionada a todos os profissionais da Unidade de forma indistinta, sendo praticada por diferentes motivos. Houve um tempo em que o profissional médico era respeitado de maneira diferenciada, um tempo em que se ouvia falar em agressões contra vários profissionais, mas que o médico não “engrossava” essa estatística. No entanto, verificou-se que todos os profissionais da Saúde sofreram violência em seu local de trabalho. A fala a seguir ilustra essa situação.

Aqui no Posto a gente tem, quase uma vez por mês ou uma vez a cada dois meses, a gente tem no mínimo um usuário que verbalmente nos agride por alguma coisa, seja por uma receita que está vencida e ele quer renovar o medicamento controlado, sem nem ter vindo consultar. Às vezes o paciente nunca consultou na Unidade, ou consultou há mais de um ano e meio, dois anos, e às vezes ele quer, ele precisa e ele não lida bem com a negativa (M2).

No estudo de Kaiser e Bianchi (2010), alguns sujeitos mencionaram que o paciente não gosta de receber a palavra “não” e que isso gera grande estresse, tanto no paciente quanto no profissional.

Uma discussão que surgiu na fala dos depoentes relacionou-se às diferenças entre os tipos de agressão ocorridas nas diferentes áreas de risco. Enquanto nas regiões de alta vulnerabilidade social, muitas vezes, a agressão verbal aconteceu de forma mais ofensiva, com palavras de baixo calão e pejorativas, nas regiões de baixa vulnerabilidade, as ofensas aconteceram de forma mais velada e disfarçada.

Eu já sofri violência verbal, tipo de “essa piranha” a gente ouve muito. “Cachorra, vagabunda, vocês não fazem nada, só ficam andando pelo Posto”, esse tipo de agressão (AE3).

Verbal e agressão psicológica também. A verbal é que eles xingam a gente de piranha, de vagabunda, que eu sou vagabunda igual ao pessoal do Posto, que ninguém trabalha (ACS1).

[...] eu pensava que era só em área de risco que isso poderia acontecer e, por incrível que pareça, eu tenho tido mais problemas aqui [...], que é área de baixo risco, do que eu tive em uma área de muito elevado risco que eu trabalhei por quatro anos [...] (E1).

Vale ressaltar que, como relata Rosenfeld (2015), a violência verbal pode manifestar-se através de 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, frequentemente, sem condição de defesa, afinal, é apenas uma “brincadeira”.

No entanto, Krug *et al.* (2002), assumem que nenhum fator etiológico único é capaz de explicar por que um indivíduo comete um ato violento contra outro, ou por que a prevalência da violência varia entre diferentes comunidades.

Os entrevistados relataram ter vivenciado situações de intimidação por parte dos usuários, quando estes se sentem insatisfeitos em suas demandas ou quando os profissionais não contemplam suas expectativas.

[...] eu já sofri intimidação de alguns usuários aqui, por conta de requerer atendimentos não agendados, preenchimento de relatórios na hora que ele quer [...]. Eu acho que isso é uma questão de desrespeito ao meu trabalho [...] (M1).

Eu já sofri violência algumas vezes, a mais grave já deve ter uns 15 anos [...]. Um paciente entrou no meu consultório porque ele queria um atestado depois de ter ficado quatro meses afastado [...] por uma hepatite, mas ele já não tinha mais sinais clínicos, nem sintomas, nem nada [...]. Quando eu recusei, ele levantou, foi até a porta, pegou a chave e trancou a gente dentro do consultório, e ele falou: “Eu não saio daqui se você não fizer o atestado”. Ele me intimidou (M2).

Outro tipo violência cometida pelos usuários contra os profissionais foi a ameaça. As ameaças foram expressas das mais diferentes intensidades e formas, englobando tanto a possibilidade da morte, como desafiando as instituições do Estado, numa nítida queda de braço com os profissionais.

De acordo com Oliveira e Nunes (2008), as violências psicológicas, caracterizam-se por comportamentos repetidos, inoportunos e não recíprocos, que, cumulativamente, têm um efeito devastador na vítima, e podem ser subdivididas em: ameaça, assédio e *bullying*. Para os autores, a ameaça caracteriza-se pela promessa ou insinuação do uso ilegal de força, visando coagir, inibir ou constranger

uma pessoa ou grupo e provocando medo de dano psicológico, sexual, físico, ou outra consequência negativa para a vítima.

Os depoimentos a seguir ilustram as situações relatadas.

O tipo de violência mais séria que eu já tive aqui nesses 12 anos foi uma vez, uma criança que eu atendi com estomatite. Eu orientei a mãe tudo direitinho, aí a mãe forçou a alimentação da criança, a criança broncoaspirou e faleceu. Aí o pai da criança me ameaçou de morte (M3).

[...] a médica tomou a minha defesa, a médica falou que ia chamar a polícia porque a usuária estava me agredindo verbalmente, aí ela falou assim: “Pode chamar a polícia que eu vou chamar os bandidos, vamos ver quem pode mais” (AE4).

De acordo com Levin *et al.* (1998), citado por Contrera-Moreno (2004), a localização geográfica dos Serviços de Saúde, em regiões com elevados índices de violência externa, como periferias e locais em que há tráfico de drogas, propicia também que haja a violência no ambiente de trabalho. No entanto, o depoimento citado anteriormente nos faz repensar a violência como um fenômeno mais amplo, que hoje atinge vários espaços geográficos e que, portanto, deve ser analisado em sua complexidade.

Outro tipo de violência relatado por uma das depoentes foi o assédio sexual. De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), o assédio sexual é uma manifestação sensual ou sexual, alheia à vontade da pessoa a quem se dirige. Ou seja, abordagens grosseiras, ofensas e propostas inadequadas que constroem, humilham, amedrontam (DPESP, 2011).

[...] já fiquei com medo de ser agredida sexualmente, mas ele só falou [...], só ficou me cantando. Acontece muito, principalmente os homens, eles cantam mesmo, não tem jeito e isso é muito ruim. Eu fico com medo (ACS3).

Por fim, uma das depoentes atribuiu a ocorrência de violências contra profissionais da Saúde à precariedade da Saúde no Brasil.

A saúde em si do Brasil não tá muito boa. Eu acho que essas violências acontecem porque a Saúde no Brasil não está muito boa, e eles acham que a gente é que é o culpado, mas na verdade a gente não é, eu simplesmente falo [...] (ACS9).

De acordo com Polignano (2000), a crise do Sistema de Saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia, podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos, como: filas frequentes de pacientes nos Serviços de Saúde, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os Serviços de Saúde operando com eficácia e eficiência.

Vale ressaltar que, se essa situação de precariedade dos Serviços de Saúde persistir, pode-se estabelecer um ciclo vicioso de violências, no qual o usuário é violentado em seu direito de cidadania e, por esse motivo, se sente no direito de violentar o profissional de Saúde que não o atendeu. Nesse sentido, é necessário buscar alternativas para romper com esse ciclo vicioso, com a finalidade de garantir o acesso à Saúde de forma igualitária e integral aos cidadãos e garantir que os profissionais de Saúde sejam respeitados em seu local de trabalho.

3.4 Afastamento do trabalho em decorrência de violência

De acordo com Lancman (2009), citado por Molinos (2012), a violência contra profissionais de Saúde pode acarretar na ocorrência de absenteísmo, licenças, rotatividade, ou mesmo a mudança de profissão devido a adoecimentos psíquicos como depressão, ocorrência de sintomas psicossomáticos, desânimo, além de conflitos no relacionamento entre colegas.

Contudo, a despeito de os entrevistados terem vivenciado situações de violência, como se observou anteriormente, apenas dois relataram a necessidade de se afastar do trabalho em decorrência de tais situações.

Eu já precisei de me afastar. Houve um momento de muito estresse e aí junta tudo e eu fiquei afastado por causa disso (AE1).

Sim. Eu tive uma semana de ocorrências e eu resolvi a me ausentar para decidir o que eu iria fazer, porque eu não estava dando conta [...] (M1).

3.5 Sentimento em relação à situação vivenciada

Os entrevistados reagiram de formas diferentes em relação às agressões sofridas. Os relatos apontaram manifestações de medo, decepção, raiva, indignação, impotência e falta de proteção.

Então, quando a gente sofre alguma violência, nesse momento é uma mistura de sentimentos, porque ao mesmo tempo em que dá uma raiva, [...] dá uma tristeza, uma decepção [...] de você pensar assim “Gente, eu estou aqui trabalhando, estou dando o meu melhor, estou dando um duro danado e eu ainda ter que passar por isso?”. E ao mesmo tempo a gente fica com medo [...]. É uma mistura de sentimentos (E1).

Oliveira *et al.* (2013), em um estudo sobre a violência relacionada ao trabalho na Saúde da Família, encontraram um resultado no qual os sentimentos referidos entre os trabalhadores pesquisados, após terem sofrido algum tipo de violência, foram de tristeza, raiva e humilhação e a consequência dos atos de violência mais citada, entre todas as categorias profissionais da SF, foi a perda da satisfação pelo trabalho.

[...] porque você trabalha com Saúde e aí você é agredido acerca daquilo que você guarda pela vida das pessoas, e aí você não quer que aquilo se prolongue, mas o sentimento, você não trata o sentimento com remédio, você não vai lá à farmácia e pega o medicamento e toma [...]. Você acaba levando esse sentimento aí, que é ruim e que te atrapalha no dia a dia (AE1).

Eu me sinto impotente diante disso, inclusive eu estou saindo daqui por conta desse problema. Por esse motivo eu estou para sair dessa Unidade, eu vou transferir dessa Unidade. O meu sentimento aqui é como se eu estivesse desprotegida. Eu já trabalhei em outra Unidade e eu sei que usuários problemáticos existem em todo lugar, mas, quando a gente não tem o apoio de quem está aqui para isso, é muito complicado e eu acho que aqui o guarda municipal incita os pacientes (M1).

Estudo realizado por Molinos (2012), com trabalhadores da Atenção Básica no interior da Amazônia, demonstrou que 95,7% dos participantes não pensaram em abandonar ou solicitar transferência do local de trabalho em virtude de episódios de violência sofridos no trabalho, sendo que, para os profissionais de nível superior, este valor atingiu 100%. Contudo, essa entrevistada não suportou o peso da violência e se transferiu de Unidade.

Para Cezar (2006),

[...] as conseqüências individuais desta violência podem ir desde a desmotivação, diminuição na qualidade dos serviços de saúde, estresse, medo, fobias e perturbações do sono até o impacto na organização afetando a qualidade no serviço de saúde, a redução da produtividade, a deterioração nas relações interpessoais, colaborando para o aumento do absenteísmo (CEZAR, 2006, p.35).

3.6 Formas de lidar com a violência

A insegurança e o medo da violência são uma constante na vida de muitos trabalhadores da Saúde, o que os obriga não só a lidar com as mais diferentes situações, muitas vezes sem o devido respaldo institucional, como a criar estratégias próprias para o enfrentamento da questão.

A gente lida com o famoso jogo de cintura. Só raramente a gente tem respaldo, a gente não tem nenhum respaldo institucional. Não adianta você fazer uma queixa porque nunca é investigado pro lado do usuário, nunca se procura saber se o usuário tem essa razão ou não [...] (M2).

Eu fico muito chateado. Eu não lido bem comigo mesmo, eu fico assim frustrado e indignado muitas vezes [...], mas do ponto de vista institucional, eu não lido [...], porque a gente não tem nenhum respaldo, você simplesmente não tem respaldo (M2).

Constatou-se que alguns dos profissionais entrevistados conseguiam lidar com as situações de violência que ocorriam no dia a dia e se mantinham firmes em seu trabalho. Outros já evidenciaram maior dificuldade em enfrentar essas situações violentas e/ou constrangedoras e preferiram mudar de local de trabalho a ter que vivenciar o estresse da violência.

Depois de vivenciar algumas situações violentas e pela falta de segurança, ultimamente eu estou sendo obrigada a abandonar um trabalho que eu comecei, alguns projetos que eu tinha, para não ter que passar por isso de novo, porque eu não quero estar aqui no dia em que alguém mais irritado chegue e vá às vias de fato. Eu me sinto muito frustrada de ter que ir, de ter que sair, um monte de coisas que eu tinha planejado, e ter que abandonar no meio do caminho, por causa da violência (M1).

A violência a que foi submetida essa entrevistada a levou a tomar a atitude de abandonar seus sonhos e seus projetos como medida para proteger a sua integridade física e mental. As situações vivenciadas pelos trabalhadores levam a crer que a mesma sociedade que os pune e vitimiza será prejudicada pela sua ausência quando, à semelhança do ocorrido com essa profissional, eles não puderem mais tolerar o peso da violência e abandonarem seus postos de trabalho em busca de um futuro mais ameno e em paz.

A violência no setor da Saúde é terrivelmente destrutiva e tem um impacto negativo não apenas na vida pessoal e profissional dos trabalhadores, mas também sobre a qualidade e a cobertura dos cuidados prestados (KINGMA, 2001).

De acordo com Rios (2009), trabalhar é meio de prover sustento para o corpo e para a alma. No trabalho passamos a vida, desenvolvemos nossa identidade, experimentamos situações, construímos relações, realizamos nosso espírito criativo, sendo também onde adoecemos.

Além de causar frustração e indignação para alguns, a situação de violência foi encarada de forma tranquila e mesmo aguçou sentimentos inusitados, como no exemplo citado a seguir, quando o profissional agredido não só compreendeu o ocorrido, como se colocou no lugar do agressor.

Eu vejo da seguinte forma, todas as agressões que eu já sofri, desse termo, foi porque a pessoa estava numa situação difícil, aí eu me coloco no lugar dela, eu penso assim “Se eu estivesse na situação dela, será como que eu iria reagir?” [...]. A minha família sempre fala “Na hora que a gente tá nervoso, fica calada, para, pensa, relaxa primeiro, depois vai resolver”, então é assim que eu sou nessa situação (ACS8).

[...] normalmente quando o usuário está nervoso, que ele vem agredir de forma verbal, eu converso calmamente, eu não levanto o tom de voz [...] e tento chegar num ponto que seja bom pra mim e bom pra ele, que eu não fique irritado e ele não fique irritado também [...] (ACS7).

Em casos de violência eu tento amenizar a situação de uma forma geral, amenizar o máximo possível, para que tanto eu quanto o usuário saíamos o mais ileso possível da situação (AE1).

Aprender a conhecer a si e ao outro faz avançar a construção de personalidades autônomas e sensíveis, característica necessária na escolha e organização de estratégias não violentas na resolução dos conflitos (DANI, 2008).

Eu procuro mais é ouvir, eu deixo a pessoa descarregar, deixo a pessoa falando sozinha e saio. Eu acho que a melhor forma de eu me prevenir, [...] porque se eu for debater com a pessoa, fica pior [...] (AE3).

Outra forma de lidar com a violência foi a indiferença, numa postura de certa banalização da situação. Tal afirmativa pode ser exemplificada pela fala que segue, de um entrevistado que atua numa área de alta vulnerabilidade de risco.

Aqui, no início, a gente assusta. Quando eu cheguei aqui eu falei “Nossa, como a gente trabalha assim?”, mas agora eu já acostumei. Agora quando eles falam “Você não faz nada”, eu nem ligo, eu finjo que nem escuto, eu já acostumei. Hoje eu lido de forma mais tranquila (AE4).

Outra depoente relatou lidar de forma natural com a violência, um processo de aprendizado e de superação de situações muito comuns em seu cotidiano.

Eu lido o mais naturalmente possível [...]. Se eu sou ameaçada por algum motivo, eu tento, assim, não ficar apegada àquilo [...], porque se não eu não trabalho [...]. Eu já fiquei muitas vezes intimidada, amedrontada, mas aí eu fui aprendendo a lidar com isso, porque eu não estava ficando legal, eu estava me sentindo mal [...] até na saúde. Então eu comecei a aprender a lidar com isso porque nem todas as ameaças são cumpridas, então eu comecei a aprender a lidar com esse tipo de coisa (AE3).

Para Dani (2008), mesmo que o profissional aprenda a lidar com a violência e desenvolva estratégias para agir de forma aparentemente natural, a violência é uma maneira inadequada para lidar com os conflitos, porque lança mão de posturas coercitivas, autoritárias e impositivas, inibindo soluções que consideram a possibilidade de pensar e gestionar os impasses de forma positiva.

4 Considerações finais

Conforme já destacado, a violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada (MALTA *et al.*, 2007).

Abordar a violência é algo complexo, não apenas pela multicausalidade do fenômeno, mas também pela sua polissemia e controvérsias.

No Brasil, a violência tem tomado proporções alarmantes e a sociedade tem convivido diariamente com o medo e a insegurança, tornando-se um indicador negativo para a qualidade de vida, tanto nas regiões rurais, quanto nas urbanas (MINAYO, 2000).

A violência no trabalho, aí incluído o trabalho em Saúde, tem se alastrado de forma assustadora e se constitui, na atualidade, em um grave problema de Saúde Pública, com repercussões na vida e na integridade física e mental de muitos trabalhadores.

Entre os trabalhadores da Saúde, aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no Programa de Saúde da Família (PSF), também estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a APS a porta de entrada do Sistema de Saúde, esta atende a todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais, além de lidar com uma clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Associe-se a isso, o fato dos serviços estarem preferencialmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social.

Este trabalho evidenciou que, a despeito de a maioria dos entrevistados ter relatado boa relação com os usuários, tal fato não foi impeditivo para que ocorressem situações de violência dos segundos contra os primeiros, e que esta relação se manifesta de formas distintas. Demonstrou também que os profissionais da APS de Belo Horizonte encontram-se expostos a diferentes tipos de violência - agressão verbal, ameaça, intimidação, *bullying* e assédio sexual, sendo a agressão verbal a mais comum, e que os trabalhadores apresentam diferentes sentimentos e formas para lidar com a violência.

Não foram encontradas diferenças relativas ao índice de vulnerabilidade dos três Centros de Saúde pesquisados, o que demonstra que a violência ocorreu de forma indiscriminada e disseminada nas áreas de baixa, média e alta vulnerabilidade de risco.

Os achados evidenciaram a necessidade e a importância de se resgatar valores como o diálogo, o respeito e a convivência harmônica entre usuários e profissionais de Saúde, num momento em que a cultura da violência suscita cada vez mais o medo e a insegurança.

Nesse sentido, acredita-se que o impacto causado pela violência contra os trabalhadores de Saúde, em especial os da APS, poderá acarretar sérias

consequências para o atendimento, interferindo na qualidade dos cuidados prestados. Poderá também fazer com que os trabalhadores da Saúde abandonem o trabalho, no intuito de proteger a sua integridade física e mental.

Infere-se que a violência contra os profissionais de Saúde pode ser reflexo da própria violência de que muitos usuários são vítimas em relação ao seu direito de acesso à Saúde, devido, entre outros fatores, aos longos tempos de espera, à pouca resolutividade dos Serviços, à sobrecarga de trabalho imputada aos trabalhadores, prejudicando o atendimento.

Ressaltam-se as limitações deste estudo, uma vez que ele foi circunscrito a um grupo de profissionais atuantes na Rede de Serviços de BH. Contudo, os resultados encontrados e o fato de não ter havido diferença entre os índices de vulnerabilidade pesquisados, permitem inferir sobre a ocorrência de situações semelhantes em toda a Rede. Novas pesquisas poderão auxiliar no aprofundamento das questões levantadas.

Por ora, acredita-se que os achados aqui apresentados acerca da existência de violência na relação profissional–usuário, do afastamento em decorrência de violência, do sentimento em relação à situação vivenciada e das formas de lidar com a violência, podem contribuir para o estabelecimento de práticas e processos de gestão que auxiliem os trabalhadores e os usuários, tanto do SUS/BH como da APS, a lidar e a superar as difíceis situações presentes em seu cotidiano.

Referências

AGENCY FACTS. FACTS 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. **Violência no trabalho**, 2002.

ARNETZ, J.E.; ARNETZ. B.B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of the patient care. **Social Science and Medicine**, v. 52, p. 417-27, 2001.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online], v.16, n.1, p. 71-79, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998.

CAMPOS, A. Violência e trabalho. In: MENDES. R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, cap. 40, p.1642-1655, 2004.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p. 217-21, 2006.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1999.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 6, p. 746-9, 2004.

DANI, L. S. C. Conflitos, sentimentos e violência escolar. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 8, 2008. Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: PUCPR, 2008. p. 11379-11391. Disponível em: <www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/201_443.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (DPESP). **Vamos falar sobre Assédio Sexual**, 2011. Disponível em: <www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/folderassedio.pdf>. Acesso em: mai 2015.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector country case studies** (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Genebra: OIT/OMS/CIE/ISP, 2002.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações Éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n. 6, p.659-665, dez. 2000.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde on-line. **Anais...** Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 27 maio 2015.

GOMES, A. L. C.; SA, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, jun. 2009.

ILHA, S. *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.13, n.3, p 556-62, 2014.

KAISER, D.E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n.3, p. 362-6, set. 2010.

KHALEF, A. ¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad? In: OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. La violencia en el trabajo. **Educación Obrera**, n. 133, p 13-19, 2003/2004.

KINGMA, M. Workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. **International Nursing Review**, v. 48, n. 3, p. 129-130, 2001.

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

LANCMAN, S. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface Comunicação Saúde Educ.**, v.11, n. 21, p.79-92, 2007.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-8, 2009.

LEVIN, P. F.; HEWITT, J. B.; MISNER, S. T. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 30, n. 3, p. 249-54, 1998.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, p. 45-55, 2007.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. Rio de Janeiro, 1998.

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de qualidade de vida. **ACTA Paulista Enfermagem**, v.13, n. Esp., p.159-180, 2000.

MOLINOS, B.G. *et al.* Violência com profissionais da Atenção Básica: Estudo no interior da Amazônia Brasileira. **Cogitare Enferm.**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 239-47, 2012.

OLIVEIRA, L.P; CAMARGO F.C; IWAMOTO, H.H. Violência relacionada ao trabalho das equipes de Saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde-REAS – Internet**, v. 2, n. 2 Nesp, p. 46-56, 2013.

OLIVEIRA, R.P.; NUNES, M.O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 22-34, 2008.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud**. Ginebra: OIT/OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Ginebra. 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violencia y salud: resolución en el XIX**. Washington, 1994.

PALACIOS, M. Violência no ambiente de trabalho no setor de saúde da cidade do Rio de Janeiro: trabalhadores da saúde - vítimas e algozes. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. Supl 2, p. 214-20, 2002.

POLIGNANO, M. V. História das políticas públicas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. In: CURY, G. E. *et al.* **Cadernos do Internato Rural. Depto. de Medicina Preventiva e Social**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, v.12, n.16, p. 11, 2000.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

ROSENFELD, S. **O mal da violência verbal – Sociedade Brasileira de Coaching**. Disponível em: <<http://www.sbcoaching.com.br/blog/colaboradores/o-mal-da-violencia-verbal/>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, 2008.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 84-90, fev. 2010.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.10, p. 2112-2122, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help**. France: WHO, 2008.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já destacado, a violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada (MALTA *et al.*, 2007).

Abordar a violência é algo complexo, não apenas pela multicausalidade do fenômeno, mas também pela sua polissemia e controvérsias.

No Brasil, a violência tem tomado proporções alarmantes e a sociedade tem convivido diariamente com o medo e a insegurança, tornando-se um indicador negativo para a qualidade de vida, tanto nas regiões rurais, quanto nas urbanas (MINAYO, 2000).

A violência no trabalho, aí incluído o trabalho em Saúde, tem se alastrado de forma assustadora e se constitui, na atualidade, em um grave problema de Saúde Pública, com repercussões na vida e na integridade física e mental de muitos trabalhadores.

Entre os trabalhadores da Saúde, aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no Programa de Saúde da Família (PSF), também estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a APS a porta de entrada do Sistema de Saúde, esta atende a todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais, além de lidar com uma clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Associe-se a isso, o fato dos Serviços estarem preferencialmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social.

Este trabalho evidenciou que, a despeito de a maioria dos entrevistados ter relatado boa relação com os usuários, tal fato não foi impeditivo para que ocorressem situações de violência dos segundos contra os primeiros e que esta relação se manifesta de formas distintas. Demonstrou também que: os profissionais da APS de Belo Horizonte encontram-se expostos a diferentes tipos de violência - agressão verbal, ameaça, intimidação, *bullying* e assédio sexual, sendo a agressão verbal a mais comum; o absentismo em

decorrência da violência é baixo e que os trabalhadores apresentam diferentes sentimentos e formas para lidar com a violência.

Não foram encontradas diferenças relativas ao índice de vulnerabilidade dos três Centros de Saúde pesquisados, o que demonstra que a violência ocorreu de forma indiscriminada e disseminada nas áreas de baixa, média e alta vulnerabilidade de risco.

Os achados evidenciaram a necessidade e a importância de se resgatar valores como o diálogo, o respeito e a convivência harmônica entre usuários e profissionais de Saúde, num momento em que a cultura da violência suscita cada vez mais o medo e a insegurança.

Nesse sentido, acredita-se que o impacto causado pela violência contra os trabalhadores de Saúde, em especial os da APS, poderá acarretar sérias consequências para o atendimento, interferindo na qualidade dos cuidados prestados. Poderá também fazer com que os trabalhadores da Saúde abandonem o trabalho, no intuito de proteger a sua integridade física e mental.

Infere-se que a violência contra os profissionais de Saúde pode ser reflexo da própria violência de que muitos usuários são vítimas em relação ao seu direito de acesso à Saúde, devido, entre outros fatores, aos longos tempos de espera, à pouca resolutividade dos Serviços, à sobrecarga de trabalho imputada aos trabalhadores, prejudicando o atendimento.

Ressaltam-se as limitações deste estudo, uma vez que ele foi circunscrito a um grupo de profissionais atuantes na Rede de Serviços de BH. Contudo, os resultados encontrados e o fato de não ter havido diferença entre os índices de vulnerabilidade pesquisados, permitem inferir sobre a ocorrência de situações semelhantes em toda a Rede. Novas pesquisas poderão auxiliar no aprofundamento das questões levantadas.

Por ora, acredita-se que os achados aqui apresentados acerca da existência de violência na relação profissional–usuário, do afastamento em decorrência de violência, do sentimento em relação à situação vivenciada e das formas de lidar com a violência, podem contribuir para o estabelecimento de práticas e processos de gestão que auxiliem os trabalhadores e os usuários, tanto do SUS/BH como da APS, a lidar e a superar as difíceis situações presentes em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988 - atualizada até a Emenda Constitucional n. 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: mar. 2015.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CAL/OSHA. **Guidelines for workplace security**. Disponível em: <<http://www.osha.gov>>. Acesso em: 29 Apr. 2015.

CAMPOS, A. **Violência e trabalho**. In: MENDES. R. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu, cap. 40, p.1642-1655, 2004.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia sobre a violência**. São Paulo: Ática, 1998.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 217-21, 2006.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1999.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 6, p. 746-9, 2004.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector country case studies** (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Geneva: OIT/OMS/CIE/ISP, 2002.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações Éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, dez. 2000.

FERREIRA, J.M.; MEIRELES, A.L.; ANDRADE, R.M.G.; SANTOS, M.A. **Relato de experiência vivenciada em Belo Horizonte com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde**. 2011. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc>. Acesso em: 15 maio 2015.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde on-line. **Anais...** Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 27 maio 2015.

GOMES, A. L. C.; SA, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, jun. 2009.

ILHA, S. *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.13, n.3, p 556-62, 2014.

ILO/ICN/WHO/PSI. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI. Joint Programme on workplace violence in the health sector; 2002. 31p.

INDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE – **IVS 2012**. Disponível em: <<http://www.portalpbh.gov.br/pbh/ecp/files>>. Acesso em: 29 mar 2015.

KAISER DE, B. F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.29, n.3, p.362-6, set. 2008.

KHALEF, A. ¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad? In: OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. La violencia en el trabajo. **Educación Obrera**, n. 133. p. 13-19, 2003/2004.

KINGMA, M. Workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. **International Nursing Review**, v. 48 (3), p. 129-130, 2001.

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

LANCMAN, S. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface Comunicação Saúde Educ.**, v.11, n.21, p.79-92, 2007.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, p.682-8, 2009.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, p.45-55, 2007.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. Rio de Janeiro, 1998.

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de qualidade de vida. **ACTA Paulista Enfermagem**, v.13, n. Esp., p.159-180, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 375-383, abr./jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2007.

MOLINOS, B.G. *et al.* Violência com profissionais da Atenção Básica: Estudo no interior da Amazônia Brasileira. **Cogitare Enferm.**, Florianópolis, v. 17 , n. 2, p. 239-47, 2012.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH NIOSH. **Centers for Disease Control and Prevention. Violence occupational hazards in hospitals**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/2002-101.html>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

OLIVEIRA, R.P.; NUNES, M.O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.4, p. 22-34, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Ginebra: OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.** Ginebra: OIT/OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD E INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.** Ginebra: OIT/CIE/OMS/ISP, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. International Council of Nurses; Organização Mundial da Saúde. **Workplace Violence In The Health Sector: Country Case Studies Research Instruments.** Research Protocol. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violencia y salud: resolución en el XIX.** Washington: OPAS, 1994.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

POLIGNANO, M. V. História das políticas públicas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. In: CURY, G. E. *et al.* **Cadernos do Internato Rural. Depto. de Medicina Preventiva e Social.** Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2000. p 11.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea, 2009.

ROSENFELD, S. **O mal da violência verbal – Sociedade Brasileira de Coaching.** Disponível em: <<http://www.sbcoaching.com.br/blog/colaboradores/o-mal-da-violencia-verbal/>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 84-90, fev. 2011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. Esp., p.112-20, 2006.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.10, p. 2112-2122, 2014.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence and reducing its impact**: how development agencies can help. France: WHO, 2008.

WYNNE, R.; CLARKIN, N.; COX, T.; GRIFFITHS, A. **Guidance on the prevention of violence at work**. Bruxelles, Commission européenne, 1997. In: Happell, D.; Di Martino, V. La violence au travail. Genève: Bureau international du travail; 2000. p.15.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - Entrevista semiestruturada para profissionais da APS

VIOLÊNCIA NAAPS

1. Como você definiria a sua relação com os usuários?
2. Você já sofreu alguma violência advinda de um usuário?
Se sim, qual?
3. Você já precisou ficar afastado do trabalho em decorrência de violência provocada por usuário?
4. Como você lida com as situações de violência provocadas pelo usuário?

ANEXO A - Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

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

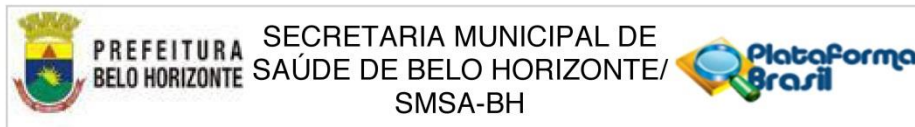
DECISÃO

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.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



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:

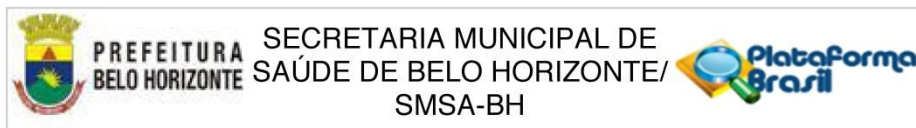
Trata-se de estudo qualiquantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários 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 o 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.

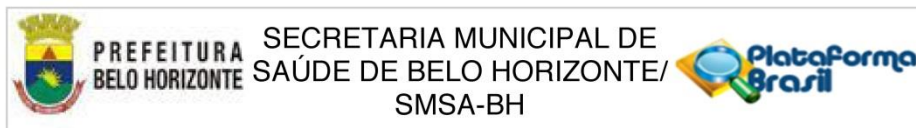
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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:

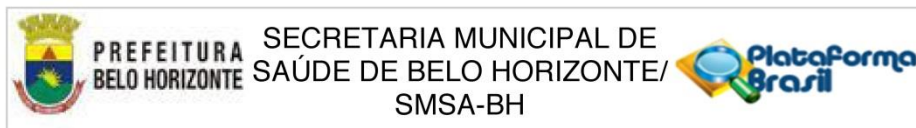
Não

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 senhora está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “A relação profissional-usuário na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo sobre a violência nas Unidades Básicas de Saúde” **a ser realizada no período de março a maio de 2015.**

Para participar, você deverá responder a uma entrevista elaborada pelos pesquisadores, que será gravada, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Suas respostas são confidenciais e os seus dados serão mantidos em segredo. Toda informação que possa identificá-lo (a) será acessada apenas pelos pesquisadores envolvidos e com o propósito da pesquisa. A sua participação é gratuita e voluntária e a qualquer momento você poderá retirar-se da pesquisa, se assim desejar, sem que isso lhe cause nenhum tipo de problema.

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 elaboração do trabalho.

Durante a entrevista, poderá haver algum constrangimento referente a alguma pergunta. Neste caso, você poderá se recusar a respondê-la.

Durante toda a realização do trabalho você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa da qual está participando.

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.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Nome Completo

Assinatura