

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)**

**Faculdade de Medicina**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DE  
SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Silvilene Giovane Martins Pereira

**O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS:  
a voz do usuário e do profissional de saúde.**

Belo Horizonte  
2017

Silvilene Giovane Martins Pereira

**O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS:  
a voz do usuário e do profissional de saúde.**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Efigênia Ferreira e Ferreira  
Có-orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Carlos José de Paula Silva

Belo Horizonte  
2017

Pereira, Silvilene Giovane Martins.  
P436e O evento de violência urbana e o serviço de emergência do SUS [manuscrito]: a voz do usuário e do profissional de saúde. / Silvilene Giovane Martins Pereira. - - Belo Horizonte: 2017.  
75f.: il.  
Orientador (a): Efigênia Ferreira e Ferreira.  
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.  
  
1. Violência. 2. Emergências. 3. Pessoal de Saúde. 4. Comportamento do Consumidor. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Ferreira e Ferreira, Efigênia. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WX 185.5

Silvilene Giovane Martins Pereira

**O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS:  
a voz do usuário e do profissional de saúde.**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Efigênia Ferreira e Ferreira  
Có-orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Carlos José de Paula Silva

Banca Examinadora:

Professora Doutora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Professora Doutora: Alzira de Oliveira Jorge

Professora Doutora: Juliana Vilela Bastos

Aprovada em Belo Horizonte 29/06/2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

**Vice-Reitora**

Prof.<sup>a</sup> Sandra Goulart Almeida

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof.<sup>a</sup> Adelina Martha dos Reis

**FACULDADE DE MEDICINA**

**Diretor**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

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

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

**Subchefe do Departamento**

Prof.<sup>a</sup> Palmira de Fátima Bonolo

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

**Coordenadora**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora**

Prof.<sup>a</sup> Cristiane de Freitas Cunha

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

Prof.<sup>a</sup> Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.<sup>a</sup> Efigenia Ferreira e Ferreira

Prof.<sup>a</sup> Eliane Dias Gontijo

Prof.<sup>a</sup> Soraya Almeida Belisario

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

“Mãe, ô mãe, ô pai, meu pai.  
Onde estão escondidos?  
É dentro de mim que eles estão”.

(Adélia Prado)

Aos meus Pais, Maria e José.

Ao meu Pai que os céus muito cedo levou, do qual, eu  
sei, herdei alegria de viver.

À minha mãe, me faltam forças para descrever, pelo fardo que é levar a vida sem ela.  
Paradigma de coragem, que de uma menina da roça transformou-se em grandiosa mulher,  
enfrentou e ensinou-me a enfrentar as intempéries e possuir

“a estranha mania de ter fé na a vida”.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo livre arbítrio e por me fortalecer durante toda a caminhada. À minha filha Bárbara, que a cada dia me faz empoderar como mulher e me deu forças para enfrentar a trilogia trabalho-estudo árduo-lar, porém exitosa e gratificante. Ao meu marido Walmir que de mãos dadas, “nem na frente nem atrás, sempre ao lado”, dando forças para realização dos meus sonhos.

À minha grande e preciosa família, irmãs e irmãos, cunhadas e cunhado, sobrinhas e sobrinhos, esteio donde emerge tudo que tenho e sou, pela troca de saberes, valores e afetos que tornam a vida com mais cor e alegria, através dos encontros e desencontros sempre marcados pelo calor humano. A minha irmã Patrícia, pela preciosa contribuição na construção deste trabalho.

Aos meus colegas do Mestrado, por dividirem suas experiências e enriquecerem a caminhada.

A Pós-Graduação na pessoa da Profa. Elza Machado de Melo, que soube e sabe, de forma única, respeitar e valorizar cada um na sua individualidade e subjetividade despertando o que há de melhor em todos.

A todas as funcionárias do Pós-Graduação, em especial Amanda e Laurisa que sempre me receberam da melhor forma.

A Thaís Reis do Departamento de Odontologia Restauradora da FO/UFMG, pela preciosa colaboração, mesmo que indiretamente.

A minha especial orientadora Professora Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira, que compartilhou conhecimento científico e mais ainda, sabedoria de vida, algo grandioso, que nenhum título pode dar, que de forma sutil, com risadas vindas da alma, nas entrelinhas mostrou que é possível, é preferível “ser humano”. Há gestos que palavras não podem mensurar... . Ao meu Cór-orientador, Prof. Dr. Carlos José de Paula Silva, que de forma generosa compartilhou os seus dados da pesquisa do Doutorado para desenvolvimento do meu Mestrado.

Aos demais Professores que tive o privilégio do ensino desfrutar. À Profa. Dra. Carolina Pereira Nemésio, da UFMG, pela disponibilidade e carinho.

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais na pessoa do ilustre Prof. Dr. Allyson Nogueira Moreira, meu Chefe imediato. A quem, entre todos os títulos já alcançados o que me apresentou maior grandiosidade foi a nobreza do seu gesto ao me propiciar igualdade de oportunidade frente a todos os docentes do Departamento de Odontologia Restauradora e por sua compreensão e flexibilidade, facilitando a difícil tarefa de trabalhar e estudar simultaneamente.

Além dos meus próprios passos, outros pés partilharam desta conquista. A todos amigos, em especial, Yone Gonzaga, que desde em tempos da graduação me abriu o olhar e fez com que eu pudesse alçar vôos até então quase impossíveis ao negro e mulher.



## RESUMO

**OBJETIVOS:** Avaliar a experiência das vítimas de trauma maxilofacial decorrente da violência urbana, diante dos serviços de saúde e diante dos profissionais/atendimento imbuído de violência, como vítimas ativa ou passiva de violência urbana e quais as implicações envolvidas nessa experiência.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal desenvolvido nos Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Pronto Socorro João XXIII (HPS), Hospital Odilon Behrens (HOB) e Hospital Maria Amélia Lins (HMAL), em Belo Horizonte MG. Essas unidades são hospitais de urgência e emergência especializados no atendimento a politraumatizados e referência no atendimento às vítimas de traumatismos maxilofaciais para Belo Horizonte e Região Metropolitana. A coleta dos dados epidemiológicos ocorreu diretamente nos arquivos de atendimento dos hospitais do estudo e os dados de percepção do atendimento, por meio de questionários (Apêndice 1), no período de outubro a dezembro de 2008, 2009 e 2010. Foram incluídos neste estudo, dados epidemiológicos de 813 vítimas de ambos os sexos e de todas as faixas etárias e 45 profissionais especialistas em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, que participaram desta fase do estudo. Os pacientes e profissionais entrevistados foram selecionados por conveniência, ou seja, aqueles que estiverem nos hospitais procurando o serviço de urgência nos dias escolhidos para a aplicação dos questionários e os profissionais que estavam no atendimento. Foi considerado paciente passível de responder ao questionário aquele com condições de ler/ouvir e responder ao questionário, diagnosticados com trauma maxilofacial, maior de 18 anos, vítimas de qualquer tipo de violência urbana (agressões interpessoais) e que concordaram em responder ao questionário. No caso de menores, o questionário foi respondido pelos pais ou responsáveis. Da mesma maneira foram incluídos no estudo, os dados dos profissionais em plantão nos dias de coleta de dados, que aceitarem responder o questionário. Os questionários foram aplicados, sob a forma de entrevista, no próprio ambulatório onde ocorria o atendimento. O dos pacientes constou de 16 itens abordando idade, gênero, considerações sobre o evento (oito itens), sobre o atendimento recebido (quatro itens) e sobre as possíveis implicações em suas vidas (dois itens). O dos profissionais constou de 12 itens que abordaram a rotina da instituição no atendimento de urgência (quatro itens) e a relação estabelecida com o paciente (oito itens). As análises envolveram estatísticas descritivas.

**RESULTADOS:** O Estudo permitiu identificar que os profissionais de saúde não estão imunes a experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho que leva ao sofrimento destes diante do trauma físico e emocional, da dor do outro. Para suportar a dor do outro, os profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade, ou ainda a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência o que impõe as vítimas de violência um modelo médico que lhe nega as prerrogativas de sujeito e que tem como consequência a despersonalização dos pacientes, o rompimento com um atendimento humanizado, a negação como sujeito de direito.

**CONCLUSÕES:** A violência se faz presente nos serviços de emergência como demanda concreta do dia a dia. As relações que se travam entre profissionais de saúde e usuários vítimas de violência, estão imbuídas pelo poder e pela violência simbólica. Vítimas e perpetradores da violência, profissionais de saúde e usuários podem, a partir da humanização estabelecer relações positivas e propositivas indispensável à consolidação e à sustentação de uma política e uma cultura de paz.

**DESCRITORES:** Violência, vítimas, trauma maxilofacial, dor, emergência de saúde, violência urbana, profissionais de saúde, usuários.

## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** Evaluate the experience with victims of maxillofacial trauma due to urban violence, in front of health services and professionals/attendance imbued with violence, as active or passive victims of urban violence and what implications involved in this experience.

**METHODS:** this is a transversal study developed in the Surgery Services and oral maxillofacial Traumatology in the Hospital of João XXIII (HPS), Odilon Behrens Hospital (HOB) and Maria Amélia Lins Hospital (HMAL) in Belo Horizonte city, Minas Gerais State. These units are emergency hospitals specialized in the treatment of polytraumatized. they are reference in the medical assistance of the victims of maxillofacial trauma for Belo Horizonte and metropolitan region.

The data were collected through questionnaires (Appendix 1) during a doctorate research realized between the months October to December at the years 2008, 2009 and 2010 respectively, in the college of Dentistry of UFMG. It will be Included in this study data of 813 victims of both sexes and all age groups and 45 professionals specialized in buccomaxillofacial surgery and traumatology participated in this study phase.

The patients were selected for convenience, that is, those who were in the hospitals seeking the emergency service on the selected days for the questionnaires. It was considered the patient able to read/listen and respond to the questionnaire, diagnosed with maxillofacial trauma, over 18 years of age, victims of any type of urban violence (interpersonal aggression and traffic accidents) and who agreed to respond the questionnaire.

In the case of minors, the questionnaire was answered by the parents or guardians. The same form was included in the study the data of the professionals on duty on days selected for the questionnaire, who agreed to respond to the questionnaire were included in the study.

The questionnaires were applied using the same form of interview during the attendance time. The patients questionnaire consisted of 16 items, such as age, gender, event considerations about event (eight items), about the attendance received (four items) and about the possible implications in their lives (two items). The professional questionnaire included 12 items, the

institution's routine in the emergency (four items) and the relations established with the patient (eight items). The analyzes had involved descriptive statistics.

**RESULTS:** The study allowed us to identify that the health professionals are not immune at the violence of the cases assisted in the job process that leads the suffering of these that faced a physical and emotional trauma, in the pain of other. Support the pain of other the health professionals adopt a posture of defense, impartiality, or even the annihilation of the action capacity to confront the violence, which imposes the victims of violence a medical model that denies the prerogatives of subject is the patients depersonalization, the disruption with a humanized care, denial as the subject of right.

**CONCLUSIONS:** The violence is present in the emergency services as concrete demand day by day. The relations between the health professionals and victims of violence are imbued with power and symbolic violence too. The victims and perpetrators of violence, health professionals and users victims of Violence can use the humanization to establish positive relations and propositive indispensable for the consolidation and sustentation of a policy and a the culture of peace.

**KEY WORDS:** Violence, Victims, maxillofacial trauma, pain, health emergency, urban violence, health professionals, users

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Modelo ecológico da violência

22

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição e modelo multivariado das variáveis associadas ao gênero, de vítimas de traumatismo maxilofacial decorrente de violência interpessoal e fatores associados, Belo Horizonte, 2010. 48

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

COEP-UFMG: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

CTBMF: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

FHEMIG: Fundação Hospitalar de Minas Gerais

FOUFMG: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

HMAL: Hospital Maria Amélia Lins

HMOB: Hospital Municipal Odilon Behrens

HPS: Hospital de Pronto Socorro João XXIII

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

### PARTE 1

<b>1.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	18
1.1	Revisão de Literatura	19
1.1.1	Violência	19
1.1.2	Modelo Ecológico da Violência	22
1.1.3	Violência Simbólica e suas vítimas: usuários vítimas de violência e profissionais de saúde	23
1.1.4	Violência e Humanização	25
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	28
2.1	Geral	28
2.1	Específicos	29
<b>3.</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	30

### PARTE 2

<b>4.</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS DESENVOLVIDOS</b>	33
4.1	O evento de violência urbana e o serviço de emergência do SUS: profissionais de saúde diante da dor do usuário	33
4.2	A vítima de agressão no serviço de emergência: a situação da mulher no atendimento	43

### PARTE 3

<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	61
<b>6.</b>	<b>ANEXOS E APENDICES</b>	62



PARTE 1

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A transformação de um mundo cada vez mais violento é fruto de práticas cada vez mais violentas, é a afirmação de Hannah Arendt a partir do questionamento sobre a violência em uma de suas obras *Da Violência*, (2009): "A prática da violência, como toda ação, transforma o mundo, mas a transformação mais provável é em um mundo mais violento".

Como bem pontua Minayo (2006), "a violência, em si, faz parte das grandes questões sociais, sendo o setor da saúde um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno", onde "convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade":

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas (SIC) 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 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5).

São nos órgãos públicos/hospitais que o processo de dominação de classe e discriminação aparecem com toda a sua dramaticidade, o que entende-se como violência institucional, "a ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas cujo o objetivo seria prestar serviços ao cidadão". (MINAYO, 2010, p. 65).

Verifica-se que, a violência como um problema de saúde pública busca do setor saúde uma tutela que vai além da prestação de serviços técnicos. Portanto, necessário se faz compreender e perceber as demandas e expectativas do paciente e dos profissionais de saúde, dentro dos serviços de emergência mediado pela violência e atentar para o fenômeno em todas as suas manifestações e complexidades. Desta forma, verifica-se que o grande "desafio da sociedade é submetê-la e submeter-se à ação política transformadora que se oriente para construção de uma cidadania vigorosa persistente e inclusiva". (MINAYO, 2010, p. 14).

Desta forma, surge a indagação, por que compreender e atentar para o fenômeno violência?

A resposta mais simples e direta é que uma ação transformadora, não apenas a reação indignada diante das coisas e das situações, uma verdadeira ação transformadora exige que se compreenda o que se quer transformar, e essa compreensão não é imediata, mas impõe um paciente trabalho de interpretação [...] E aqui uma outra resposta pode ser dada: as novas figuras da violência [...] convergem na interdição da compreensão. No nosso mundo ou na nossa época, que

se caracteriza como uma ausência de mundo e de história, a hermenêutica tornou-se impossível, pois não conseguimos mais interpretar ou pensar a realidade. (ROSÁRIO *et al.*, 2011, p. 26).

## 1.1 Revisão de Literatura

### 1.1.1 Violência

A violência um fenômeno complexo e por isso conceituá-la requer uma interpretação que não seja reducionista, fixa e simplista, fazendo-se necessário sua articulação com o todo trazido nas relações micro e macrosociais. Desta forma o conhecimento deste fenômeno envolve teorias das diversas áreas do saber, sociologia, psicologia, antropologia, direito, filosofia, história, e saúde, sendo analisada a partir da determinação biológica, segundo a qual existem características orgânicas e genéticas similares entre os agressores, até a teoria da desorganização social que destaca a ruptura da coesão social como principal agente motor dos eventos violentos. (MINAYO, 2006; MELO, 2010). Ressalta-se a existência várias outras teorias para conceituar o fenômeno.

Como bem pontua Minayo (2010), é muito mais profícuo, para efeito de análise trabalhar com a proposta de que existem violências em lugar de violência:

“Mutante, a violência designa, pois – de acordo com a época, locais, circunstâncias-, realidades muito diferentes [...] E, desde o nascimento do *homo sapiens* e, mais especificamente, desde o início da modernidade, ela se enriquece de novas formas, cada vez mais complexas e, ao mesmo tempo, mais fragmentadas e articuladas. (MINAYO, 2006, p. 34).

Pelo caráter desestabilizador da cidadania e da convivência, a violência, com suas múltiplas formas e manifestações, em si, é uma expressão da exacerbação dos conflitos sociais. “Ela não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar queixas e trazê-las à atenção pública” (ARENDRT, 2009, p. 99).

Hannah Arendt (2009), ao apresentar o conceito de violência, destaca a falta de grandes estudos sobre o fenômeno e a conseqüente banalização do conceito:

Ninguém que se tenha dedicado a pensar a história e a política pode permanecer alheio ao enorme papel que violência sempre desempenhou nos negócios humanos, e, à primeira vista, é surpreendente que a violência tenha sido raramente escolhida como objeto de consideração especial. (Na última edição da Enciclopédia de Ciências Sociais, a "violência" nem sequer merece menção.) Isto indica o quanto a violência e sua arbitrariedade foram consideradas corriqueiras e, portanto, desconsideradas; ninguém questiona ou examina o que é óbvio para todos. Aqueles

que viram apenas violência nos assuntos "sempre fortuitos, nem sérios nem precisos" (Renan), ou de que Deus sempre esteve com os maiores batalhões, nada mais tinham a dizer a história. Quem quer que tenha procurado alguma forma de sentido nos registros do passado viu-se quase que obrigado a enxergar a violência como um fenômeno marginal (ARENDR, 2005, p. 23).

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Portaria que delinea a Política de Redução de Morbimortalidade e por Acidentes e Violências, introduziu o conceito de violência análogo ao da OMS qualquer “ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais, espirituais a si próprios ou aos outros” (BRASIL, 2001, p.7).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), divulgou o Relatório mundial sobre violência que define violência:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

Nessa perspectiva, a OMS desenvolveu uma tipologia da violência que caracteriza os diferentes tipos de violência e os vínculos entre eles, definidos como: autoinfligida, interpessoal, coletiva e estrutural, conforme descrito a seguir:

- a) **violência auto infligida** concerne à violência auto infligida (suicídio e auto abuso) (KRUG *et al.*, 2002);
- b) violência interpessoal refere-se a violência intrafamiliar ou comunitária (KRUG *et al.*, 2002);
- c) **violência coletiva** é subdividida em violência social, política e econômica, isto é, atos violentos cometidos por grupos (crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas, guerras e conflitos de, etc.) (KRUG *et al.*, 2002);
- d) **violência estrutural** diz respeito aos processos sociais, políticos e econômicos que perpetuam uma cultura de dominação e privilégios por meio da subjugação de grupos marginalizados como os pobres, negros, mulheres e crianças (KRUG *et al.*, 2002);

As manifestações da violência podem ser classificadas de acordo com a natureza do ato violento em quatro tipos de abuso ou maus-tratos físico, psicológico, sexual e negligência (KRUG *et al.*, 2002):

- a) **o abuso físico** ocorre quando há utilização da força com o intuito de causar lesões, feridas e incapacidade no outro;

- b) **o abuso psicológico** diz respeito às agressões verbais ou gestuais, visando ofender, humilhar ou isolar a vítima;
- c) **o abuso sexual** pode ocorrer nas relações hétero ou homossexuais por meio de aliciamento, violência física ou ameaças, na tentativa de se obter excitação e/ou relações sexuais;
- d) **negligência ou abandono** diz respeito às situações de privação de cuidados a um indivíduo dependente.

Minayo (2006), baseada na interpretação de vários autores do ponto de vista da filosofia popular e erudita, preconiza três definições implícitas de violência na abordagem comum/popular que, contemplam tanto o âmbito individual quanto o coletivo. Adverte que sempre é dirigida pelo julgamento social:

- **Violência física:** que atinge diretamente a integridade corporal e que pode ser traduzida nos homicídios, agressões, violações, roubos a mão armada. Etc.
- **Violência econômica:** que consiste no desrespeito apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens.
- **Violência moral e simbólica:** é aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos dos outros; (MINAYO, 2006, p. 26).

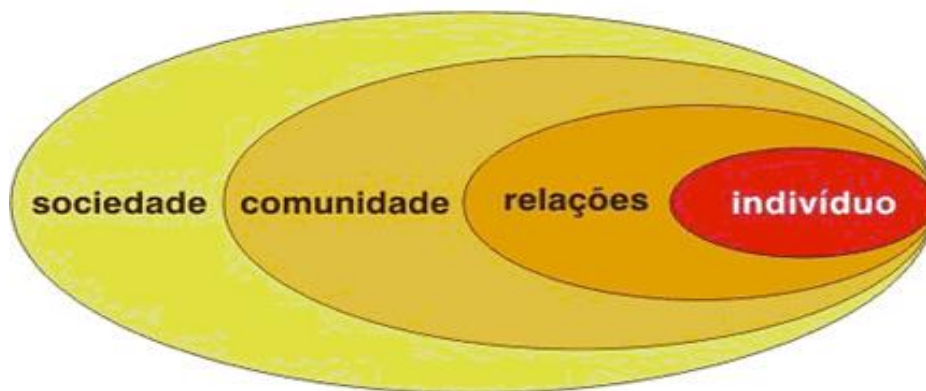
No nível do conhecimento erudito, a autora conceitua violência a partir de vários estudiosos, filósofos e cientistas, valorizando a obra de Arendt (1994) que possui uma das mais vigorosas reflexões sobre o assunto, e na visão dessa autora “a violência é um meio para conquista do poder, (mas não se confunde com o poder, pelo contrário, demonstra a incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém”. (MINAYO, 2006, p. 27).

Após estabelecido o conceito de violência e considerando a complexidade e a multicausalidade do constructo violência, a OMS adotou a teoria ecológica para compreensão do fenômeno e propõe o modelo ecológico da violência a seguir descrito.

### 1.1.2 Modelo ecológico da violência

O modelo ecológico aborda os atos violentos enfatizando as interações entre as características individuais; as relações interpessoais; os fatores sociais, a cultura e o ambiente. Tais dimensões seriam articuladas em quatro níveis de interação, conforme ilustra a Figura 1.

**Figura 1 – Modelo ecológico da violência**



**Figura 1 -** Modelo ecológico da violência, proposto pela Organização Mundial da Saúde

**Fonte:** Traduzido de KRUG *et al.*, 2002, p. 13

- a) primeiro nível – Individual: Busca identificar os fatores biológicos e pessoais que uma pessoa carrega em seu comportamento. Foca nas características que aumentam a possibilidade de o indivíduo ser a vítima ou o agressor, como abuso de substâncias tóxicas, histórico de agressão. (KRUG *et al.*, 2002).
- b) segundo nível – Relações interpessoais: verifica como as relações sociais próximas (com membros da família, companheiro...) aumentam o risco para vitimização violenta e perpetração da violência. (KRUG *et al.*, 2002).
- c) terceiro nível – Comunidade: considera os contextos comunitários em que as relações estão embutidas - como escolas, locais de trabalho e vizinhança - e busca identificar as características desses cenários que estão associadas ao fato de a pessoa ser vítima ou perpetrador da violência. (KRUG *et al.*, 2002).
- d) quarto nível – Social: pondera os fatores sociais mais amplos. O quarto e último nível do modelo ecológico - normas culturais – aceitação de autoflagelo - normas que validam o uso abusivo da força pela polícia. (KRUG *et al.*, 2002).

A estrutura ecológica defende que não há um fator único que explique as causas da violência e revela as diversas causas da violência a partir da interação dos fatores individuais com as relações interpessoais de risco dentro da família da comunidade, cultural e o econômico.

O conceito e o modelo teórico da Organização Mundial da Saúde (OMS) possuem caráter universal. Desta forma, optou-se por adotar o Modelo Ecológico da violência para analisar o fenômeno de forma globalizada.

### **1.1.3 Violência Simbólica e suas Vítimas: usuários e profissionais de saúde dos serviços de emergência do SUS**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil adentra o século e o milênio com mais um grave desafio de Saúde Pública: a violência. Os dados são alarmantes: no Brasil foram registrados 48.032 homicídios no ano de 2005 e no período de 1991 a 2007 morreram 665.199 pessoas por homicídio e 111.311 por suicídio. No período de 1998-2009, foram 8.962.470 internações hospitalares por causas externas, com um custo crescente no período (MELO, 2010).

Os dados acima são preocupantes, entretanto, somente epidemias como, por exemplo, a dengue e a cólera, que representam menos de 50% dos casos mencionados, provocaram uma forte mobilização tanto da mídia quanto da opinião pública. Destaca-se que os números visíveis correspondem a muitos outros invisíveis, como lesões que não demandam cuidados de saúde e não são notificados, e ainda aquelas difíceis de medir e, até mesmo de perceber, como por exemplo, a violência psicológica (MELO, 2010).

Existem, de fato, várias formas de violência, algumas manifestas, outras ocultas. São, sobretudo, nos Órgãos Públicos e hospitais, que os aspectos ocultos da violência institucional aparecem em toda a sua dramaticidade como séria ameaça à saúde pessoal e coletiva, decorrentes de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Trata-se de uma forma particular de violência sutil e perniciosas, que se desenvolve em um ambiente hostil, em que um ou mais indivíduos coagem um terceiro indivíduo de tal forma que ele é levado a uma posição de fraqueza psicológica, o termo usado é violência simbólica e violência institucional, que consiste na constante e deliberada desqualificação da vítima, levando-a a uma posição de fragilidade, com o intuito de neutralizá-la em termos de poder. (PEREIRA, 2004; SANTOS, 2010; BOURDIEU, 1989).

O trauma maxilofacial é um tipo de trauma ocorrido na face e na cabeça. É imperioso destacar que as lesões na face podem levar a incapacidade ou inaptidão, produzindo um grande número de vítimas, seqüelas físicas e emocionais. Traz consigo alteração funcional e também influenciam a estética, afetando diretamente as relações sociais do indivíduo. Por conseguinte, as lesões que resultam em desfiguração da face são traumáticas para os pacientes, familiares e amigos e pode ser associada a uma tentativa de desfigurar a face das vítimas de agressão, ou seja, elas afetam o indivíduo na sua integridade física e moral (Almeida *et al.* 1995).

Como bem pontua Deslandes, “frequentemente colocados em oposição, população e profissionais amargam outras formas de violência” de natureza simbólica. (DESLANDES, 2002, p. 136). Dos usuários, a violência simbólica do não atendimento dos seus anseios mínimos de dignidade, do não encontro do amparo à sua dor. Dos profissionais de saúde a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência. (DESLANDES, 2002).

A violência simbólica, de forma sutil e perniciosa, traz consigo a banalização da dor e do sofrimento e cria condições ideais para que se inicie o processo de dominação simbólica que dá outras faces a violência, fazendo com quem a sofre, parecer algo natural do atendimento do serviço de emergência. “Ressalta-se que, essa face opaca/invisível da violência é tão grave como qualquer outra”. (CALDAS & GESSOLO, 2008, p. 6 *apud* ALVES, *et al.*, 2011; BOURDIEU, 1989).

Neste sentido, a violência simbólica pode ser determinada como uma:

Violência suave onde se apresentam encobertas as relações de poder que regem os agentes e a ordem da sociedade global. Neste sentido, o reconhecimento da legitimidade dos valores produzidos e administrados pela classe dominante implicam o “desconhecimento” social do espaço onde se trava, simbolicamente, a luta de classes. (BORDIEU, 1989).

No campo da saúde, o poder simbólico se estrutura mais especificamente sobre três pilares: na generosidade de tratar dos que precisam e não podem pagar, caracterizado pela transfiguração das relações de dominação e de submissão em relações afetivas, a transformação do poder em carisma. Segundo, o monopólio sobre o corpo e como nele intervir, e por último a desqualificação e objetificação das vítimas de violência como sujeito de direito (PEREIRA, 2004).

Desta forma, como bem pontuam Minayo (2006) e Bourdieu, (1989), a leitura adotada como “atitude natural” pelos profissionais de saúde dos serviços de emergência e dos usuários



vítimas de violência, que levam ambos a naturalizar suas ações e práticas, e que impelem estes mesmos indivíduos a produzir regras que são vistas como naturais, entretanto, não podem, mas são lidas por um prisma de voluntarismo individual, pelo contrário, o indivíduo incorpora os aspectos simbólicos das relações sociais engessadas pela classe a que pertencem, e que de forma inconsciente operam distinguindo e distanciando os diferentes grupos sociais o que pode gerar a violência.

#### **1.1.4 Violência e Humanização**

Como bem pontua Pereira (2000), como as relações de conhecimento técnico do profissional de saúde e a necessidade do paciente, não podem ser consideradas como uma violência suave, decerto ela ocorre pela naturalização destes serviços em produzi-la. Compreendemos, daí, que de um lado, as práticas dos profissionais de saúde reproduzem um agir cotidiano sem um olhar para a angústia e humilhação dos pacientes vítimas de violência, que vai além do trauma físico e, de outro lado, os pacientes que carregam a cultura dominada de sujeição. Neste sentido, emerge a necessidade de um atendimento mais humanizado, diferente do imbuído no sistema frio, neutro e tecnicista do Sistema de Saúde: “Movem-se e falam, quando falam, como seres que ninguém vê. (FILHO, 1998, p. 53).

As vítimas de violência, ao buscar atendimento, são submetidas a um modelo médico de assistência que termina por lhes acarretar uma outra violência de natureza simbólica. Lado outro, os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência. (DESLANDES, 2002).

Pela magnitude do problema, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, 2000 (PNHAH), que se “destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde [...], com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais, hospital e comunidade com o intuito de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços com alteração do padrão de assistência aos usuários nos hospitais públicos. (BRASIL, 2000).

Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de hospitais, a falta de medicamentos, etc. (BRASIL, 2001, p. 5).

“E porque falar de humanização hoje, século XXI”, Trajano, (2010, p. 113). Essa reflexão pede um olhar para ações e práticas dos profissionais de saúde, usuários vítimas de violência e para o Sistema Único de Saúde (SUS), para onde convergem todas as repercussões da violência, pela pressão que exercem as vítimas sobre os serviços de urgência e pela necessidade de reconhecer as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais somada a violência institucional.

Falar de humanização em pleno século XXI, “tem importância crucial e contribui para a retomada da nossa natureza humana conversacional, languageira, como seres de linguagem”. (TRAJANO, 2010, p. 113).

Neste contexto, a humanização surge como um desafio no novo século para os profissionais de saúde e para sociedade, e se faz necessário estimar as possibilidades de controle ou prevenção da violência em favor da saúde humana (BRASIL, 2001).

Das vertentes adotadas pela PNHAH, verifica-se que, recuperar a humanidade do atendimento, é ir contra a violência, visto que esta representa o desprezo do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade, é a compreensão do ser humano como um ser de linguagem. (AYRES, 2004).

Neste sentido, destaca-se a “humanização como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos “maus-tratos”, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e suas expectativas”. (DESLANDES, 2004, p. 09)

Quando trabalhamos em saúde, entendemos que não vamos tirar de ninguém a sua condição de mortal, e que ocasionalmente temos a vida das pessoas em nossas mãos, mas dependendo da maneira como as tratamos temos, sim, a sua dignidade. Estar atentos a esses detalhes transmite às pessoas a mensagem, independente do resultado do tratamento, de que nos preocupamos que elas mantenham a preservação de suas dignidades. (SILVA, 2002, p. 85)

Dessa maneira, a humanização volta-se como melhoria das condições de trabalho do profissional de saúde. No caput do PNHAH considera-se que para tal tarefa é necessário cuidar dos próprios profissionais da área de saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis (BRASIL, 2000), com melhores condições de trabalho.

Da mesma forma, a humanização direciona para melhora da qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, a humanização visa oferecer atendimento de qualidade. Noutro dizer “a necessidade de articular qualidade técnica dos atendimentos aos usuários com a qualidade

das relações” (AYRES 2004, pag. 17). É o encontro harmônico do uso de recursos tecnológicos com fator humano. É imperioso destacar que o “fator humano” é considerado o mais estratégico pelo documento do PNHAH. (DESLANDES, 2004, p. 10).

Para efetivação da humanização se faz necessário a sinergia de todas estas iniciativas para tal, a PNHAH, aponta como diretriz mais central da proposta o respeito ao processo comunicacional, o diálogo. “A importância de ampliar o processo comunicativo”. Em outros termos, o desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promove a violência. (DESLANDES, 2004).

Ainda que o uso do termo humanização possa carregar um sentido dualista, “seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética”. (RIOS, 2009, p. 09).

Neste sentido, emprega-se o entendimento de humanização:

A forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes. (DESLANDES, 2004, p. 08)

Estabelecida pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade em meio a atenção e gestão, a ‘humanização’ se expressa a partir de 2003 como Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico, também conhecido como “Humaniza SUS”.

Neste sentido, a PNH adota como princípios norteadores a Transversalidade a Indissociabilidade e o Protagonismo:

- Transversalidade: concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias do SUS; aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; transformação dos modos de relação e de comunicação entre sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. (TRAJANO, 2010. p. 11)

- Indissociabilidade entre atenção e gestão: modos de cuidar inseparáveis dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos. (TRAJANO, 2010. p. 11).
- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: trabalhar implica a produção de si e a produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar. (TRAJANO, 2010. p. 11).

Verifica-se que a PNH se “contrapõe às manifestações de violência”, Trajano, 2010 e lança estratégias que fomentam a mudança do modelo de saúde vigente, nos trazendo à reflexão sobre a prática das ações de saúde, que busquem resgatar os valores entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital, , resgatando um atendimento qualificado, que cuide da pessoa humana, salvaguardando a sua dignidade e que alivie sua dor, na sua totalidade, não em partes, mas na sua complexidade física, emocional e psicológica, indo de encontro a humanização.

Assim, redefinindo o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 391).

Neste sentido, “a humanização exigiria um reposicionamento dos sujeitos e mudanças nos modos de fazer, de trabalhar, de praticar e produzir saúde, mantendo-se a constante preocupação de evitar a dissociação entre o cuidado e a gestão do cuidado. (HENNINGTON, 2008, p. 557).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a experiência das vítimas (ativa ou passiva) de trauma maxilofacial decorrente da violência urbana, diante do evento e das implicações no atendimento pelos serviços de saúde.

## **2.2 Específicos**

- Avaliar a existência de atos violentos a partir do atendimento do trauma maxilo facial, em indivíduos usuários do serviço de emergência em hospitais de referência.
- Avaliar a repercussão desses eventos nos serviços de saúde e na rotina de atendimento, na perspectiva dos profissionais de saúde.
- Avaliar a experiência das vítimas de trauma maxilofacial diante dos serviços de saúde e diante dos profissionais/atendimento imbuído de violência, como vítimas ativa ou passiva de violência urbana e quais as implicações envolvidas nessa experiência.

### 3 REFERÊNCIAS

- ALVES, R. et al. **Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana.** Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 871-883, 2012.
- ARENDDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal.** São Paulo: Schwarcz, 2015.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética médica.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BOURDIEU, P. O poder simbólico. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1E.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.
- CALDAS, J. M. P.; GESSOLO, K. M. Violencia de género: nuevas realidades y nuevos retos. Saúde e Sociedade, v. 17, n. 3, p. 161-170, 2008. apud ALVES, R. et al. **Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana.** Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 871-883, 2012.
- DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MELO, E. M. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: 2005.

MINAYO, S. M. C.; SOUZA, R. E. (Orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Resolución XIX: violência y salud. Washington, 1994. apud MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: 2005.

\_\_\_\_\_. Resolución XIX: violência y salud. Washington: 1994.

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

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos e um serviço público de saúde que atende à mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.** 2000. 175 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas.** 1996. 347 p. Tese (Doutorado) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

## PARTE 2



## **4 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS DESENVOLVIDOS**

Os artigos científicos aqui apresentados, conterão o teor correspondente aos capítulos metodologia, resultados e discussão.

Os artigos foram elaborados de acordo com as regras para submissão do periódico de escolha.

### **4.1 Artigo 1:**

**O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS:  
profissionais de saúde diante da dor do usuário**

**THE URBAN VIOLENCE EVENT AND THE SUS EMERGENCY SERVICE: health  
professionals facing the pain of the user**

Silvilene Giovane Martins Pereira <sup>1</sup>, Carlos José de Paula Silva <sup>2</sup>, Ana Pitchon <sup>3</sup>, Marcelo Drummond Naves <sup>4</sup>, Elza Machado de Melo<sup>5</sup>, Efigênia Ferreira e Ferreira <sup>6</sup>

Submetido ao periódico: *Revista Médica de Minas Gerais (RMMG)*

Qualis/Capes: A (Saúde Coletiva)

Fator de impacto: 0,81

Comprovante de submissão: Anexo 4

Aceito para publicação

## RESUMO

A compreensão da interferência cotidiana da violência na dinâmica organizacional dos serviços de emergência de saúde é bastante complexa. Observa-se que em nenhum outro serviço, a violência adquire tamanha visibilidade e constância, entranhada ao processo de trabalho específico do serviço de emergência e nas relações entre profissionais de saúde e usuários. Neste estudo, buscou-se conhecer entre profissionais de saúde, de um lado regidos por um sistema de regras próprias, por outro regulados pelas regras sociais e institucionais que interferem em sua prática profissional, o modo como veem e reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência, bem como a compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência. O estudo está apoiado na teoria de Pierre Bourdieu (1989), que aborda como o poder simbólico se impõe na área da saúde, e de Hannah Arendt, que trata da banalização da violência na sociedade (2015). Utilizou-se a abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista estruturada. A coleta de dados foi realizada nos Hospitais Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens, especializados em politraumatismos - unidades de referência no atendimento às vítimas de traumatismo maxilofacial em Belo Horizonte -MG. A amostra da pesquisa constituiu-se de cirurgias bucomaxilofaciais do serviço de emergência dos hospitais, que aceitaram participar do estudo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. O Estudo permitiu identificar que os profissionais da saúde não estão imunes a experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho que leva ao sofrimento destes diante do trauma físico e emocional, da dor do outro. Ficou evidenciado que para suportar a dor do outro, profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade, ou ainda a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência o que impõe as vítimas de violência um modelo médico que lhe nega as prerrogativas de sujeito, o rompimento com um atendimento humanizado. É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e a sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

**Palavra-chave: dor, violência, emergência de saúde, profissionais de saúde, usuários.**

## ABSTRACT

The understanding of the violence interference in the organisational dynamics of the emergency health services is quite complex. It is observed that in no other service, the violence acquires such visibility and constancy, embedded to the specific work process of the emergency service and the relationship between health professionals and users. In this study, we sought to know among health professionals, regulated by a system of rules of their own, and by social and institutional rules that interfere with their professional practice, the way they see and react to the pain of physical and emotional trauma, from the suffering of the other person disguised in something common in the daily life of the emergency service, as well as to understand the sense attributed by them to the humanization of care. The study is based on the theory of Pierre Bourdieu (2008, 2010), which discusses how symbolic power

imposes itself in the health area, and Hannah Arendt, who deals with the banalization of violence in society (2015). The qualitative approach was used, through a structured interview. The data collection was performed at the Maria Amélia Lins Hospital, João XXIII Emergency Hospital and Odilon Behrens Municipal Hospital, specialised in polytrauma patients - reference units in the care of victims of maxillofacial trauma in Belo Horizonte - MG. The research sample consisted of buccomaxillofacial surgeons from the hospital emergency service, who agreed to participate in the study. The data was submitted to thematic content analysis. The study allowed us to identify that health professionals are not immune to the experience of violence in cases assisted in the work process, which leads to their suffering in the face of physical and emotional trauma, the pain of the other. It was evidenced that to support the pain of the other person; health professionals adopt a stance of defence, impartiality, or even the annihilation of the capacity for action to confront violence which imposes to the victims of violence a medical model that denies the prerogatives of the subject, the interruption with a humanised care. It is in the formation process of the institutions and health professionals that values and attitudes of respect for human life can be rooted, indispensable for the consolidation and support of a new culture of health care.

**Key words:** pain, violence, health emergency, health professionals, users.

1 Bacharel em Direito - Especialista em Direito Civil e Processo Cível - Mestranda do Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

2 Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Mestranda em Promoção à Saúde pelo Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UFMG e especialista em Gestão de Sistemas de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

4 Doutor em Odontologia. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

5 Doutora em Saúde na Comunidade. Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

6 Doutora em Epidemiologia. Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

## INTRODUÇÃO

A violência tem importante impacto para a saúde e as sequelas são enormes tanto para o sistema de saúde, com ocupação de leitos e consequente aumento de gastos, como para a sociedade, seja financeiro ou pelo alto custo emocional (MELO, 2010).

Neste sentido, exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Como lembra um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde (1994):

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas (SIC) 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).

Verifica-se que, a violência ultrapassa com suas diversas faces, os limites da ação médica e busca do setor de saúde, uma tutela que vai além da prestação de serviços técnicos. Portanto, não buscar compreender e perceber as demandas e expectativas do paciente e dos profissionais de saúde, dentro do contexto de saúde mediado pela violência é colocar a pessoa humana em segundo plano. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Pela magnitude do problema, se faz premente atentar para o fenômeno violência em todas as suas manifestações e complexidades, confrontar e estabelecer elos com as diversas ciências e desta maneira buscar novos olhares que complementem os já existentes. É preciso verificar seus efeitos na saúde dos profissionais de saúde e assim, empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que envolvem a assistência emergencial a vítimas de violência urbana. (DESLANDES, 2002).

São, sobretudo, nos Órgãos Públicos, hospitais, que os aspectos ocultos da violência institucional aparecem em toda a sua dramaticidade, como séria ameaça à saúde dos profissionais de saúde, decorrentes de relações mediadas pela violência dos casos assistidos. (MELO, 2010).

No processo de trabalho da emergência, muitos são os sujeitos que encarnam as múltiplas faces da violência com agressões desferidas contra a face, as quais podem originar um tipo de traumatismo bastante específico, que é o traumatismo maxilofacial. As vítimas desse tipo de agressão podem ser do gênero masculino e feminino de todas as faixas etárias: crianças vitimizadas pelos pais, companheiros e pela própria família; mulheres que sofrem agressões frequentes dos companheiros; pacientes grávidas que agredidas e violentadas fisicamente; enteadas que sofreram abuso sexual na frente das mães; moradores de rua que sofreram violência; pacientes que não têm condições de atendimento privado; homens que levaram facada da mulher, bandidos capturados por policiais, entre outros atores, agressores ou vítimas do processo de violência urbana/interpessoal.

Como bem pontua Deslandes (2002), “frequentemente colocados em oposição, população e profissionais amargam outras formas de violência”. De um lado os usuários, e a violência simbólica do não atendimento dos seus anseios mínimos de dignidade, do não encontro do amparo à sua dor. De outro, os profissionais, responsabilizados pela peregrinação daqueles que buscam o “mínimo” de atendimento, o qual é mitigado pelo Estado. Na afirmação de Deslandes (2002): “Vítimas reincidentes da violência, cada um a seu termo é

perpetrador de mais violência”. Os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência.

Os profissionais de saúde, na dinâmica da emergência do atendimento a estes sujeitos, vítimas de violência, poderão fazer uso do emprego de estratégias distintas de conduta, emoções e reações positivas ou negativas para enfrentamento da violência. Da dicotomia existente entre a qualidade de atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde e a violência urbana, cotidiana do trabalho dos profissionais dos serviços de emergência, emerge a necessidade de um atendimento mais humanizado, diferente do imbuído no sistema frio, neutro e tecnicista do Sistema de Saúde. (DESLANDES, 2002).

Pela magnitude do problema, o Ministério da Saúde implantou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Quando da implantação do PNHAH, de acordo com os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços, ficou demonstrado que a qualidade da atenção oferecida ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001).

Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de hospitais, a falta de medicamentos, etc. (BRASIL, 2001, p. 5).

Neste contexto, a humanização surge como um desafio no novo século para os profissionais de saúde e para sociedade, e se faz necessário estimar as possibilidades de controle ou prevenção da violência institucional em favor da saúde humana (BRASIL, 2001).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi conhecer entre profissionais de saúde o modo como veem e reagem diante das sutis formas de violência simbólica, noutro dizer, como reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência.

## **MÉTODOS**

A coleta de dados foi realizada nos Hospitais Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens, especializados em politraumatismos - unidades de referência no atendimento às vítimas de traumatismo maxilofacial em Belo Horizonte - MG. As coletas foram realizadas entre 2008 e 2010, entre outubro e dezembro de cada ano. A amostra da pesquisa constituiu-se de 45 cirurgões bucomaxilofaciais do serviço de emergência dos hospitais, que aceitaram participar do estudo. Utilizou-se a abordagem metodológica qualitativa e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas. As entrevistas foram aplicadas por um único pesquisador previamente treinado, nas dependências do hospital em intervalos do atendimento. Cada entrevista foi organizada com as mesmas questões fechadas e abertas, permitindo aos respondentes um espaço para emitirem informações, que não seriam possibilitadas somente com questões fechadas. As perguntas buscaram avaliar a reação dos profissionais, frente à violência sofrida pela vítima, a

relação estabelecida com a vítima e as possíveis interferências no atendimento humanizado. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo utilizando-se a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Os casos foram categorizados e chegou ao Tema: Postura profissional diante da violência dos casos assistidos. Os procedimentos realizados na Análise de Conteúdo seguiram as etapas preconizadas por Minayo (2010). Dois pesquisadores reuniram-se com o pesquisador entrevistador e após leitura exaustiva do material, foi realizada a preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, categorização (classificação das unidades em categorias) e temas, seguindo-se a descrição e compreensão do fenômeno.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A violência faz parte do dia-a-dia dos serviços de emergência. Como bem pontua Arendet, “é a banalização da violência”. Em contraposição, como afirma Deslandes, “os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência”. (DESLANDES, 2002, p. 196).

Em termos empíricos, buscou-se coletar as impressões dos profissionais de saúde, de um lado regidos por um sistema de regras próprias, por outro lado, regulados pelas regras sociais e institucionais que interferem em sua prática profissional, com o objetivo de compreender como veem e reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência.

A postura dos profissionais de saúde dos serviços de emergência mostra a situação de ambivalência que vivem, diante da violência dos casos assistidos. A contradição ou a ambivalência fica evidente nas falas dos profissionais de saúde e atesta que buscam formas de sobrevivência na rotina diária dos serviços de emergência, como a imparcialidade, autoproteção ou ainda a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência. Criam estratégias para suportar algumas situações do trabalho que produzem dor, são as várias faces da violência.

Indignação por tanta violência [...]. sentimento de pena, impotente, devido a crueldade que foi a violência [...]em caso de agressão física indignação, Ouve mas não posso intervir [...]. Procuo não me envolver no caso. Permito que relate, sem se envolver [...]. Ouve mas não pode intervir, apenas posso ouvir, prefiro não me envolver [...] (PROFISSIONAL DE SAÚDE)

O eixo estruturante dos sistemas simbólicos é a comunicação. O sustentáculo da origem da violência e do poder simbólico nas ações e práticas dos profissionais de saúde, está nesta pesquisa, relacionado com vários aspectos que se relacionam à comunicação à desqualificação e à objetificação das vítimas de violência, presentes nas diferentes maneiras como se constrói a relação entre profissionais e as vítimas. Em especial no campo da saúde, quando as formas de comunicação entre os profissionais de saúde e as vítimas de violência envolvem relações muito diferentes fomenta-se a violência e o poder simbólico. (BOURDIEU, 1989).

Na área da saúde, o poder simbólico se apoia sobre três pilares: primeiro, a generosidade própria de cuidar daqueles que necessitam do atendimento e que por ele não podem pagar. Segundo, o médico, detentor de um saber absoluto da técnica e diferentes formas de intervir no corpo, que fomenta o terceiro pilar, que é a aniquilação do sujeito, como capaz de responder por si próprio nas decisões no que tange ao seu bem-estar e nas possíveis intervenções feitas em seu corpo e sobre a saúde. (BOURDIEU, 1989).

Neste sentido, conhecimento técnico profissional, necessidade do paciente, legitimidade e sujeição se entrelaçam no encontro entre profissionais de saúde e pacientes, visto que a vontade aniquilada antecede a desqualificação do sujeito, daquele que não é ouvido, que não entende, que não sabe sobre o que os profissionais de saúde estão falando, é a desconsideração do paciente como sujeito partícipe do processo de tratamento.

Esta forma de ação promove o processo silencioso de objetificação do paciente vítima de violência e o rompimento da aliança terapêutica entre o paciente e o profissional de saúde, visto que o profissional da saúde não se vê obrigado a dar ao paciente todas as informações possíveis, a fim de promover o conhecimento do quadro da doença, para que o mesmo possa tomar uma decisão, discutir opções terapêuticas. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Não procurar saber a causa do trauma e ser indiferente ao outro, geram a despersonalização do indivíduo, o que é usado pelos profissionais de saúde como meio de defesa para enfrentamento da violência. Estratégias de distanciamento e negação de sentimentos para impossibilitar o envolvimento emocional com o paciente são utilizadas para suportar a violência dos casos de vítimas de violência assistidos em um serviço de emergência. (DESLANDES, 2002).

Procuo atender todos da mesma maneira [...]. O tratamento deve ser igualitário [...]. Tratamento indiferenciado [...]. Sendo um hospital do SUS um pronto socorro para atendimento de urgências[...]. Não ocorre normalmente diferenciação no modo de atender [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Da mesma forma, a generosidade imbuída nas ações dos profissionais de saúde, não é percebida nos discursos, estando intrínseca ao poder simbólico, que de forma sutil transfigura as relações entre dominante e dominado em uma relação que não é vista como sujeição. Ocorre então a subjetivação do sujeito, noutra dizer é o abandono da autonomia privada pelo paciente vítima de violência. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Ponto grave do tratamento dos casos de violência atendidos nos serviços de emergência é entender o bem do tratamento como bem físico, e, como consequência afirmar que a técnica é o único e o mais indicado para tratar o bem físico. Porém, sabe-se que a saúde e o bem-estar do indivíduo são compostos de outros elementos, a título de exemplo os psíquicos e os emocionais. O certo é que, a saúde é uma realidade global que não se reduz apenas ao bem-estar físico. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Verificou-se que, a violência como demanda dos profissionais dos serviços de emergência faz com que os profissionais busquem identificar habilidades que vão além do conhecimento técnico para lidar com a violência dos casos assistidos, sem orientação e ou

apoio institucional, não há preparo algum para este tipo de experiência/violência. (DESLANDES, 2002).

Neste itinerário complexo das relações mediadas pela violência, onde os números visíveis correspondem a muitos outros invisíveis, como lesões que não demandam cuidados de saúde e não são notificados, e ainda aquelas difíceis de medir e, até mesmo de perceber, como por exemplo, a violência psicológica (MELO, 2010), geram sofrimento para os profissionais de saúde.

Por causa da frieza com que o agressor contou os acontecimentos e passividade do agredido diante da situação [...]. É frustrante vivenciar o que alguns pacientes relatam devido as suas condições econômicas e instrução. Falta de amparo e dificuldade de amparo médico [...]. Me imagino no lugar desta pessoa. [...]. Sentimento de pena. [...].  
(PROFISSIONAI DE SAÚDE)

Como resultado, estas relações de poder simbólico que se travam nos serviços de emergência que atendem vítimas de violência, poderão fazer com que os profissionais de saúde façam uso do emprego de estratégias distintas de conduta, emoções e reações positivas ou negativas para suportar a dor do sofrimento do outro, “compreender e fazer compreendido em seus anseios, medos, angústias”, as quais levam ao rompimento com os preceitos da humanização da assistência; “ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade”. (DESLANDES, 2004).

Esta relação de ambivalência é evidenciada na dicotomia entre um atendimento humanizado e o distanciamento das vítimas de violência. As respostas dos profissionais de saúde demonstram, efetivamente, que as relações mediadas pela violência dos casos assistidos no atendimento a vítimas de violência, levam a elaboração de mecanismos de defesa e até a incorporação do poder invisível e indiferente da estrutura da organização hospitalar, para enfrentamento da dor, do trauma físico e emocional das vítimas.

O Estudo permitiu identificar a violência como demanda concreta do dia-a-dia dos serviços de emergência e que os profissionais da saúde não estão imunes a experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho, a qual desempenha um papel específico no cotidiano destes profissionais, que leva ao sofrimento diante do trauma físico e emocional, da dor do outro. Ficou evidenciado que para suportar a dor do outro, profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade, ou ainda a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência que impõe as vítimas de violência um modelo médico que lhe nega as prerrogativas de sujeito, coisificando seu corpo levando ao rompimento com um atendimento humanizado.

Neste contexto, é necessário lançar um novo olhar para as relações de poder simbólico travadas pelos profissionais de saúde dos serviços de emergência, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que podem fomentar efeitos psicológicos de dor e sofrimento para estes e traçar estratégias, Políticas Públicas de enfrentamento da violência dos casos assistidos com vistas ao alcance de uma assistência humanizada.



É no processo de formação dos profissionais de saúde das instituições que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e a sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. et al. **Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana.** Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 871-883, 2012.

ARENDT, H. **A condição humana.** 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. **Sobre a violência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento para discussão.** Brasília: 2003. 20 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GONÇALVES FILHO, J. M. **Humilhação social: um problema político em psicologia.** Psicologia USP, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998.

HENNINGTON, E. A. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

IMURA, C. P.; SILVEIRA, A. M. **Como explicar a violência.** In: MELO, E. M. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. p. 25-50.

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

MELO, E. M. et al. **Promoção de saúde: autonomia e mudança.** Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1).

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: 2005.

MINAYO, S. M. C.; SOUZA, R. E. (Orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Resolución XIX: violencia y salud. Washington: 1994. apud MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: 2005.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos e um serviço público de saúde que atende à mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.** 2000. 175 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RIOS, I. C. **Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253–261, 2009.

ROSÁRIO, A. B.; KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. (Orgs.). **Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica.** Barbacena: Ed. UEMG, 2011.

SANTOS, A. M. R. et al. **Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, jan./fev. 2010.

SILVA, M. J. P. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde.** Revista Bioética, Brasília, v. 10, n. 2, 2002.

TRAJANO, A. R. C. **Como explicar a violência.** In: DE MELO, E. M. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. p. 107-120.

#### **4.2 Artigo 2:**

**A vítima de agressão no serviço de emergência: a situação da mulher no atendimento**

**The victim of aggression in the emergency service: the situation of women in care**

A ser submetido ao periódico: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*

Qualis/Capes: B1 (Saúde Coletiva)

Fator de impacto: 0,81

Comprovante de submissão: Anexo 4

Aceito para publicação

## RESUMO

Os serviços de emergência experimentam a violência como demanda concreta do dia-a-dia. Entretanto, os danos à saúde vão além das faces visíveis e mensuráveis da violência física. O objetivo deste estudo foi compreender como as vítimas de violência atendidas em hospitais de emergência do Sistema Único de Saúde-SUS percebem as sutis formas de violência simbólica e qual o peso desta violência entre as mulheres. Os sujeitos foram mulheres e homens vítimas de violência urbana, atendidos no serviço de emergência dos hospitais especializados em politraumatismo (Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens), que aceitaram responder o questionário. Trata-se de um estudo transversal realizado por meio da coleta de dados primários e secundários. A coleta de dados foi realizada nos hospitais. Participaram da pesquisa 813 vítimas de violência, 182 (22,4%) mulheres e 631 (77,6%) homens. As vítimas do gênero feminino relataram menos a utilização de drogas lícitas, apresentaram mais relatos de registro em boletim de ocorrência, esperaram mais receber uma escuta qualificada nos hospitais sobre o evento de violência sofrida. Além disto, as mulheres apresentaram maior frequência com a insegurança e outros problemas emocionais quando comparado a aparência, ao se referir a possíveis alterações decorrentes da violência. É necessário voltar o olhar, para as relações entre profissionais de saúde e usuários vítimas de violência, expor as diferenças entre homens e mulheres, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais e os efeitos psicológicos de dor e sofrimento.

**Palavras chave: Violência, Mulheres Agredidas, Assistência Ambulatorial**

## ABSTRACT

In the emergency services, violence appears as a concrete demand of day-to-day. However, the damage to health can go beyond the visible and measurable faces of physical violence. The objective of this study was to understand how the victims of violence treated in SUS emergency hospitals perceive the subtle forms of violence, especially women. The subjects were women and men victims of aggression, attended at the emergency service of hospitals specialized in polytrauma (Hospital Maria Amélia Lins, Hospital João XXIII and Hospital Municipal Odilon Behrens), who accepted to respond to the questionnaire. It is a cross-sectional study carried out with primary and secondary data. The data were collected in the hospitals. A total of 813 victims of violence, 182 (22.4%) women and 631 (77.6%) men participated in the study. The female victims reported less use of licit drugs, made more police occurrence, and more expected to receive a qualified listener in hospitals about the event of violence suffered. In addition, women presented a higher frequency with insecurity and other emotional problems when compared to appearance. It is necessary to review at the relationships between health professionals and victims of violence, the exposed differences

between men and women, recognizing the subjectivities involved in the care practices and the psychological effects of pain and suffering.

**Key words: Violencia, Battered Women, Ambulatory care**

### **Introdução**

A violência nos choca, imagens de cenas violentas, nos chocam. E são “manifestações que provocam uma forte carga emocional em quem comete, em quem a sofre e em quem a presencia”. (Minayo, 2006, pg. 24). E quando não há barbárie, não há derramamento de sangue, não há visibilidade, e quando ela é silenciosa e perniciosa, sem chamar atenção pública?

Quando se fala de violência, geralmente se remete à violência física, por ser esta a expressão mais evidente/visível da agressão corporal. De acordo com Alves *et al*, (2012, p. 06), “os números expressariam então as faces visíveis e mensuráveis da violência, referentes a acometimentos físicos graves ou morte, na maioria das vezes, ocorridos no espaço público”.

Os serviços de saúde, frequentemente recebem queixas dos prejuízos somados à saúde causados pela violência que causa lesão corporal, a qual detém maior visibilidade e cuidados. Lado outro, os danos à saúde, que vão além das faces visíveis e mensuráveis da violência, que não se explicita tão facilmente ou é de difícil mensuração, por se manifestar de forma simbólica, velada, a qual é tão grave como qualquer outra, são dificilmente reconhecidos e tratados pelos profissionais de saúde. (PEDROSA; SPINK, 2011).

São, sobretudo, nos Órgãos Públicos, hospitais, que os aspectos ocultos da violência simbólica aparecem em toda a sua dramaticidade, como séria ameaça à saúde dos usuários vítimas de violência, decorrente das relações de classes marcadas pelas ações de um lado da classe dominante, dos profissionais de saúde, determinada na desqualificação do paciente como sujeito, e do outro, das vítimas de violência, à cultura dominada.

Neste sentido, as vítimas de violência, ao buscarem atendimento, este termina por lhes acarretar uma outra forma de violência de natureza simbólica, marcada pela relação desigual de classes, estabelecida entre os profissionais e os usuários de saúde. (DESLANDES, 2002), visto que são submetidas a um modelo médico de assistência incapaz de prestar atenção integral e humanizada, sem que seja dada visibilidade aos acometimentos que estão por trás da lesão corporal, das queixas ou do silêncio do paciente, posto que conforme Pierre Bourdieu, “não se pode compreender a ação social a partir do testemunho dos indivíduos, dos

sentimentos, das explicações ou reações pessoais do sujeito. Que se deve procurar o que subjaz a esses fenômenos a essas manifestações”.

Neste sentido, a humanização surge como um desafio para os profissionais de saúde em oposição a violência. Pela grandeza do problema, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar em 2001 (PNHAH). De acordo com os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços, quando da implantação do PNHAH, ficou demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro.

Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de hospitais, a falta de medicamentos, etc. (BRASIL, 2001, p. 5).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi compreender como as vítimas de violência atendidas em hospitais de emergência do SUS reagem diante das sutis formas de violência simbólica e qual o peso desta violência entre as mulheres.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal com análise de dados secundários coletados nos Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Pronto Socorro João XXIII (HPS), Hospital Odilon Behrens (HOB) e Hospital Maria Amélia Lins (HMAL), em Belo Horizonte, MG. Essas unidades são hospitais de urgência e emergência especializados no atendimento a politraumatismos e referência no atendimento às vítimas de traumatismos maxilofaciais para Belo Horizonte e Região Metropolitana, foco deste estudo.

Foram incluídos todos os registros de vítimas de traumatismo maxilofacial decorrentes de violência interpessoal, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

Um único pesquisador extraiu as informações dos livros de registro e dos prontuários das vítimas e transcreveu-as para um formulário desenvolvido especificamente para a pesquisa. Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2008 a 2010, e a violência por gênero foi associada à: idade das vítimas (crianças/0-9 anos, adolescentes/10-19 anos, adultos jovens/20-29 anos, adultos/30-59 anos e idosos/>60 anos); tipos de ocorrência: agressões nuas (sem o uso de arma), agressão por arma de fogo, agressão por arma branca,

agressão por outros meios (pedrada, paulada e outros, agressão com barra de ferro, garrafas, copos ou outros objetos contundentes); tipos de traumatismo maxilofacial: traumatismos de partes moles (edemas, hematomas, lacerações, cortes, abrasões e perda de tecido), fraturas simples, fraturas múltiplas e traumatismos dentoalveolares. Além disto foram considerados: uso de drogas lícitas e ilícitas, boletim de ocorrência, encaminhamento, se a vítima conhecia agressor, se já foi agredida dentro de casa e se o atendimento foi suficiente, todas com respostas sim ou não. Complementando, foram avaliadas as variáveis o que esperava do profissional (eliminasse a dor ou ouvisse o atendido) e se poderia alterar alguma coisa na própria vida (sim/não), complementada por o que deveria ser alterado (aparência/estética, insegurança/medo e outros).

As análises envolveram estatísticas descritivas, análise bivariada e análise multivariada (*Poisson*), sendo incluídas no modelo final, todas as variáveis que mostraram valor de  $p < 0,20$ . A força de associação entre as variáveis foi expressa em valores estimados de razão de prevalência (PR) com intervalo de confiança de 95%. O software utilizado foi o Stata versão 12.0. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, do Hospital Odilon Behrens e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

## **Resultados**

Participaram da pesquisa 813 vítimas de traumatismos maxilofaciais decorrentes de violência interpessoal, sendo 182 (22,4%) mulheres e 631 (77,6%) homens. Entre as vítimas, 76,5% informaram não terem registrado a agressão junto às autoridades policiais através do boletim de ocorrência (60,4% mulheres e 87,2% homens) e 81,5% informaram que não foram encaminhadas a um atendimento psicológico ou de assistência social após o atendimento hospitalar (40,6% mulheres e 12,1% homens). Entre as vítimas, 76,1% das vítimas entrevistadas, informaram que conheciam o agressor (40,6% mulheres e 12,1% homens). (Tabela 1).

No modelo multivariado, as vítimas do gênero feminino, em relação ao gênero masculino, foram as que menos relataram a utilização de drogas lícitas, apresentaram mais relatos de registro em boletim de ocorrência, esperaram mais receber uma escuta qualificada nos hospitais sobre o evento de violência sofrida. Além disto, as mulheres apresentaram

maior frequência com a insegurança e outros problemas emocionais quando comparado a aparência, ao se referir a possíveis alterações decorrentes da violência. (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição e modelo multivariado das variáveis associadas ao gênero, de vítimas de traumatismo maxilofacial decorrente de violência interpessoal e fatores associados, Belo Horizonte, 2010.

Variáveis	n (%) mulheres n=182	n (%) homens n=631	Amostra total n=813	Razão de Prevalência não ajustada	Modelo final (Razão de Prevalência ajustada) (IC)
<b>Grupo etário</b>					
Criança	7 (15,60)	38 (84,40)	45 (5,50)	1[1,1]	
Adolescente	26 (20,49)	101 (79,51)	127 (15,58)	1.043[0.761,1.428]	
Adulto jovem	66 (21,31)	244 (78,69)	310 (38,10)	1.050[0.785,1.403]	
Adulto	80 (25,20)	237 (74,80)	317 (39,12)	1.084[0.812,1.447]	
Idoso	3 (21,39)	11 (78,61)	14 (1,70)	1.051[0.608,1.817]	
<b>Tipo de ocorrência</b>					
Agressão nua	112 (23,10)	372 (76,90)	484 (59,50)	<b>1</b>	
Arma de fogo	35 (21,70)	126 (78,30)	161 (19,81)	[1,1]	
Arma branca	19 (25,01)	57 (74,99)	76 (9,37)	1.015[0.817,1.261]	
Outros	16 (17,30)	76 (82,70)	92 (11,32)	0.953[0.777,1.170]	
<b>Tipo de traumatismo maxilofacial</b>					
Partes moles	89 (23,10)	296 (76,90)	385 (47,40)	1	
Fratura simples	47 (23,90)	150 (76,10)	197 (24,20)	[1,1]	
Fratura múltipla	22 (20,59)	85 (79,41)	107 (13,11)	0.979[0.806,1.190]	
Dentoalveolar	24 (19,40)	100 (80,60)	124 (15,29)	0.969[0.806,1.166]	
<b>Uso de drogas lícitas</b>					
Sim	15 (5,10)	278 (94,90)	293 (36,01)	1	1
Não	167 (32,10)	353 (67,90)	520 (63,99)	1.257***[1.099,1.438]	2.796***[1.549,5.045]
<b>Uso de drogas ilícitas</b>					
Sim	12 (4,41)	263 (95,59)	275 (33,80)	1	
Não	170 (31,60)	368 (68,40)	538 (66,20)	1.261***[1.099,1.446]	
<b>Boletim de ocorrência</b>					
Sim	110 (57,62)	81 (42,38)	191 (23,51)	1	1
Não	72 (11,60)	550 (67,70)	622 (76,49)	0.708***[0.618,0.811]	0.251***[0.179,0.352]
<b>Encaminhamento</b>					
Sim	74 (49,30)	76 (50,70)	150 (18,50)	1	
Não	108 (16,30)	555 (83,70)	663 (81,50)	0.779***[0.671,0.904]	
<b>Ligação com o agressor</b>					
Sim	74 (49,30)	76 (50,70)	150 (18,50)	1	
Não	108 (16,30)	555 (83,70)	663 (81,50)	0.927[0.799,1.076]	
<b>Episódio de agressão anterior no interior da residência</b>					
Sim	95 (54,61)	79 (45,39)	174 (21,42)	1	



Não	87 (13,6)	552 (86,4)	639 (78,58)	0.735***[0.639,0.845]	
<b>Atendimento suficiente</b>					
Sim	129 (17,10)	624 (82,90)	753 (92,60)	1	
Não	53 (88,30)	7 (11,70)	60 (7,40)	1.608***[1.322,1.956]	
<b>O que esperava do profissional</b>					
Eliminar a dor	148 (19,10)	626 (80,90)	774 (95,20)	1	1
Escuta qualificada	34 (87,20)	5 (12,80)	39 (4,80)	1.571***[1.238,1.994]	2.579***[1.506,4.416]
<b>A violência pode alterar alguma coisa em sua vida</b>					
Sim	176 (26,21)	496 (73,79)	672 (82,72)	1	
Não	6 (4,29)	135 (95,71)	141 (17,28)	0.826*[0.693,0.984]	
<b>Como pode alterar</b>					
Aparência	23 (5,39)	406 (94,61)	429 (52,82)	1[1,1]	1
Insegurança	109 (37,80)	179 (62,20)	288 (35,40)	1.308***[1.143,1.497]	4.464***[2.690,7.408]
Outros problemas emocionais	50 (52,10)	46 (47,90)	96 (11,78)	1.443***[1.198,1.740]	2.056*[1.109,3.813]

---

Exponentiated coefficients; 95% confidence intervals in brackets

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

## Discussão

A violência faz parte do dia-a-dia dos serviços de emergência. Como bem pontua Arendet, “é a banalização da violência”.

Os serviços de saúde, frequentemente recebem queixas dos prejuízos somados à saúde causados pela violência que, por conseguinte, causa lesão corporal, a qual detém maior visibilidade e cuidados. Lado outro, a humilhação os danos à saúde que vão além das faces visíveis e mensuráveis da violência são dificilmente reconhecidos e tratados pelos profissionais de saúde. (PEDROSA; SPINK, 2011).

As vítimas de traumatismo maxilofacial decorrentes de violência urbana: criança vitimizada pelos pais, companheiros e pela própria família, o homem que levou uma facada da mulher; paciente grávida que foi agredida e violentada fisicamente; enteada que sofreu abuso sexual na frente da mãe, entre outros atores, agressores ou vítimas do processo de violência urbana/interpessoal, ao buscarem atendimento nos serviços de emergência, com graves lesões corporais, acabam por sofrer outra forma de violência, visto que as dimensões

invisíveis que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas médicas. (Deslandes, 2002).

O trauma maxilofacial é um tipo de trauma ocorrido na face e na cabeça. É imperioso destacar que as lesões na face podem levar a incapacidade ou inaptidão, produzindo um grande número de vítimas, seqüelas físicas e emocionais. Traz consigo alteração funcional e também influenciam a estética, afetando diretamente as relações sociais do indivíduo. Por conseguinte, as lesões que resultam em desfiguração da face são traumáticas para os pacientes, familiares e amigos e pode ser associada a uma tentativa de desfigurar a face das vítimas de agressão, ou seja, elas afetam o indivíduo na sua integridade física e moral (Almeida *et al.* 1995).

Como demonstrado no modelo multivariado, às vítimas do gênero feminino, em relação ao gênero masculino, foram as que menos relataram a utilização de drogas lícitas, apresentaram mais relatos de registro em boletim de ocorrência, esperaram mais receber uma escuta qualificada nos hospitais sobre o evento de violência sofrida e apresentaram maior frequência com a insegurança e outros problemas emocionais quando comparado a aparência, ao se referir a possíveis alterações decorrentes da violência.

Isto posto, verificou-se uma profunda interligação entre as frequências apontadas acima, visto que a violência simbólica está presente em todas estas, neste sentido, a discussão se dará a partir da sinergia entre estas frequências, ou seja: a mulher que espera escuta qualificada e não recebe, invisibilizada na sua dor pelos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, verifica-se que os dados desse estudo, tanto as mulheres vítimas de violência como os profissionais de saúde das unidades de emergência reproduzem as relações sociais, sentidos e significados que carregam inconscientes. (FILHO, 1998).

Versa sobre a violência simbólica, conceito concebido por Bourdieu (1989), o qual ocorre por meio de um poder invisível, quase mágico, capaz de obter o equivalente ao que é obtido pela força. Estabelece pela produção, através da linguagem, de falsas crenças, sem coação física, em que causas danos morais e psicológicos que levam o dominado a acreditar, a permitir e a agir de acordo com os padrões desejados pelo dominante.

A violência simbólica, de forma sutil e perniciosa, traz consigo a banalização da dor e do sofrimento e cria condições ideais para que se inicie o processo de dominação simbólica que dá outras faces a violência, fazendo com quem a sofre, parecer algo natural do

atendimento do serviço de emergência. Ressalta-se que, essa face opaca/invisível da violência é tão grave como qualquer outra. (CALDAS & GESSOLO, 2008 *apud* ALVES, R.A. *et al.*, 2011).

Neste sentido, a violência simbólica pode ser determinada como uma:

Violência suave onde se apresentam encobertas as relações de poder que regem os agentes e a ordem da sociedade global. Neste sentido, o reconhecimento da legitimidade dos valores produzidos e administrados pela classe dominante implicam o “desconhecimento” social do espaço onde se trava, simbolicamente, a luta de classes. (BORDIEU, 1998).

Uma vez que, as relações de conhecimento técnico do profissional de saúde e a necessidade do paciente, por vez não possam ser consideradas como uma violência suave, de certo ela ocorre pela naturalização destes serviços em produzi-la. (PEREIRA, 2000).

Compreendemos, daí, que as práticas dos profissionais de saúde reproduzem um agir cotidiano sem um olhar para angústia e humilhação dos pacientes vítimas de violência, que vai além do trauma físico:

A humilhação é uma modalidade de angústia que se dispara a partir do enigma da desigualdade de classes. Angústia que os pobres conhecem bem e que, entre eles, inscreve-se no núcleo de sua submissão. Os pobres sofrem freqüentemente o impacto dos maus tratos. Psicologicamente, sofrem continuamente o impacto de uma mensagem estranha, misteriosa: "vocês são inferiores". E, o que é profundamente grave: a mensagem passa a ser esperada, mesmo nas circunstâncias em que, para nós outros, observadores externos, não pareceria razoável esperá-la. Para os pobres, a humilhação ou é uma realidade em ato ou é freqüentemente sentida como uma realidade iminente, sempre a espreitar-lhes, onde quer que estejam, com quem quer que estejam. O sentimento de não possuírem direitos, de parecerem desprezíveis e repugnantes, torna-se-lhes compulsivo: movem-se e falam, quando falam, como seres que ninguém vê. (FILHO 1998. p. 53).

Verifica-se que, a violência ultrapassa com suas diversas faces, os limites da ação médica e busca do setor de saúde, uma tutela que vai além da prestação de serviços técnicos. Portanto, não buscar compreender e perceber as demandas e expectativas do paciente, dentro do contexto de saúde mediado pela violência é colocar a pessoa humana em segundo plano. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Nesse sentido, conforme pontua Minayo (2006), o envolvimento dos atores no processo de trabalho do Serviço de emergência traz a luz as relações sociais que se dão a partir da divisão de classes articuladas nas sociedades capitalistas. Noutro dizer, traz à luz a situação de classe de um lado dos profissionais de saúde determinada na desqualificação do

paciente como sujeito, pelas ações e às práticas de saúde da classe dominante e do outro, das vítimas de violência, à cultura dominada, de sujeição e de ambos da conjuntura social que os afasta, o que fomenta o hábitus, sendo esse um conceito profundamente trabalhado na sociologia por Bourdieu, que o infere como: “um sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes. (BOURDIEU 1989).

Todos os espaços emergem o habitus, e de forma não diferente, mas intensa, o serviço de saúde. A partir da teoria de Bourdieu, o serviço de saúde denominado como campo, uma vez que os mecanismos disciplinares neste espaço, imbuído no sistema frio, neutro e tecnicista do Sistema de Saúde, gera o sistema de classificação que é produzido simbolicamente no interior dos distintos grupos sociais, onde se deposita o sistema imperceptível das relações estruturais, que moldam as ações e as instituições, que estruturam as relações no interior de cada classe social, diferenciando-as das demais classes. Desse modo, o “campo” serviço de saúde, no seu seguimento, onde cada indivíduo, profissionais de saúde e usuários, tem disposições, ações distintas, que Bourdieu denomina habitus, sofre seus desdobramentos, pois ambos, comportamentos e organização, se materializam através de procedimentos, rotinas, ações executadas pelos profissionais de saúde e usuários dentro das organizações de saúde. Como bem pontua Bourdieu estas rotinas se dão, de forma inconsciente a partir de “constrangimentos estruturais”.

O vocábulo habitus, tomado por Bourdieu, se difere do termo comumente usado, visto que está entre a constituição social de produção e a ação do indivíduo a partir de estruturas estruturadas. Noutro dizer, habitus é a vida em sociedade devidamente estruturada por meio de interações sociais, uma estrutura inconsciente, associada a uma classe específica de condições de vida, “quer dizer, arbitrárias (relativas a um grupo particular) e socialmente determinadas”. (BOURDIEU, 1989. p. 08).

Habitus é produto e produtor das nossas ações. O habitus forma a nossa condição de estar no mundo e engessa a nossa forma de ação corporal e materialmente. O habitus não é consciente, emerge sem a intervenção da nossa vontade. O habitus é o produto da construção individual e histórica dos indivíduos e de grupos determinados e da sinergia entre essas rotinas corporais e mentais inconscientes, que impõem a definição de mundo social conforme o interesse de cada classe social por meio da produção simbólica:

[...] “enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os ‘sistemas simbólicos’ cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, segundo a expressão de Weber para a ‘domesticação dos dominados’”. (BOURDIEU, 1989, p. 11.)

É imperioso destacar que, diante da nossa relação com o mundo, muitos de nós nos cremos donos das nossas ações, outros engessados pela classe e o campo ao qual pertencemos, entretanto, para Bourdieu, não somos nem uma coisa nem outra. Somos o resultado de estruturas complexas, “entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo que se produz e se reproduz a crença”. (Bourdieu, 1989. Pag. 15). Noutro dizer, cremos e agimos dentro da ínfima liberdade da estrutura do campo ou da classe que ocupamos.

Neste sentido, o profissional de saúde, detentor do conhecimento técnico profissional, da necessidade do paciente, de fazer o serviço funcionar de acordo com seu benefício, produz e reproduz a posição da classe dominante no interior do campo saúde, produto e produtor da violência simbólica nos serviços de saúde.

Desta forma de ação se promove o processo silencioso da violência simbólica e objetificação do paciente, vítima de violência, e o rompimento da aliança terapêutica entre o paciente e o profissional de saúde, visto que este não se vê obrigado a dar ao paciente todas as informações possíveis, a fim de promover o conhecimento do quadro da doença, para que o mesmo possa tomar uma decisão, discutir opções terapêuticas. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Neste sentido, conhecimento técnico profissional, necessidade do paciente, legitimidade e sujeição se confrontam no encontro doloroso de cuidar e ser cuidado, entre profissionais de saúde e pacientes, visto que a vontade aniquilada antecede a desqualificação do sujeito, daquele que não é ouvido, que não entende, que não sabe sobre o que os profissionais de saúde estão falando, é a desconsideração do paciente como sujeito partícipe do processo de tratamento.

É inegável que os profissionais de saúde, titulares das práticas de saúde que produzem assistência e dos saberes legítimos sobre a patologia do tratamento e da cura, “auxiliam nos processos de manutenção da saúde e da vida, mas, também cristalizam hierarquias da classe dominante que excluem a classe dominada, os pacientes vítimas de violência que estão

sujeitos à sua ação e não têm acesso a outros serviços que não sejam os públicos”. (PEREIRA, 2000 pag. 08)

Bourdieu (1989) diz que uma classe não pode jamais ser definida apenas por sua posição na estrutura social, mas reafirma que há inúmeras propriedades de uma classe social que provêm do fato que seus membros se envolvem deliberada ou objetivamente em relações simbólicas com os indivíduos das outras classes e com isso, exprimem diferenças de situação e de posição segundo uma lógica sistemática, tendendo a transmutá-las em distinções significantes. Portanto, sua definição de classe social incorpora os aspectos simbólicos das relações sociais, que operam distinguindo e distanciando os diferentes grupos sociais. Distanciando os profissionais de saúde dos usuários vítimas de violência.

A pesquisa apontou que as mulheres esperavam e não obtinham escuta qualificada dos profissionais de saúde, o que vai ao encontro com o que (BORDIEU, 1989) defende, são os agentes sociais que constroem a realidade social, que a lógica dessas ações deve ser procurada na racionalidade dos atores. Noutro dizer a mulher que espera escuta qualificada e não recebe, é a reprodução das ações da classe dominada e para Bourdieu, é preciso ir além do descrito, é preciso descobrir o que subjaz por tras do silêncio destas mulheres, dado que “no mais das vezes, a posição do homem servilizado é simplesmente a de quem foi reduzido ao silêncio, não ao silêncio dos mudos, mas dos emudecidos. (FILHO, 1998. p. 30).

A mulher que espera escuta qualificada dos profissionais de saúde carrega a dimensão sociocultural de um grupo, que não tem como recorrer a outro tipo de atendimento que não ao do SUS, e que foi, e ainda nos dias atuais é excluído como sujeito de direitos e os remete ao status de classe e do grupo a que pertence, de um grupo que historicamente é proibido de falar e levado a contentar-se com migalhas, onde todos afirmam que no SUS, o paciente não paga pelo atendimento, mas incontestavelmente paga-se impostos, deixando evidente mais uma ação da violência simbólica. (BOURDIEU, 1998).

A hegemonia do positivismo como paradigma de ciência, influencia profundamente, a forma de produzir conhecimento em saúde e de organizar o trabalho assistencial, resultando em enorme fragmentação do homem, dificultando a sua percepção como totalidade individualizada, que tem uma história de vida, que tem emoções e interesses, que participa de grupos e tem uma inserção social que lhe dá possibilidades distintas de adoecer e ter acesso a recursos para tratamento. (PIRES, 1996, p. 308 *apud* DESLANDES, 2002, p. 48).

Imbuídos do poder da classe dominante, do conhecimento técnico, os profissionais de saúde, em consonância com Pereira (2000, p. 10) “estarem quase imunes a questionamentos

feitos por outros que não os seus pares”, tomam ações centralizadoras do poder e ditadas como padrões e vão de encontro a seus interesses. São ações que:

[...] mostram uma das muitas facetas da configuração da violência simbólica contra a mulher dentro do serviço de saúde e que são consubstanciados pelo *habitus* de uma classe profissional que define as regras no “mercado” ainda muito pouco democrático da saúde”. (PEREIRA, 2000, pag. 10)

Bourdieu (1989), assegura que a formação das ideias é fruto das suas condições de produção, assim, como a percepção das ações individuais mais íntimas e mais evidentes, não pertence ao indivíduo que as pratica, senão ao sistema complexo de relações e interações nas quais e pelas quais se realizam.

A violência simbólica, doce e mascarada, se exerce com a cumplicidade daquele que a sofre, da classe dominada, das suas vítimas e com a da classe dominante. É o poder simbólico que contribui com a aura de magnanimidade que cerca a prática dos profissionais de saúde, do ponto de vista dos que a exercem, diz que não é preciso informar sobre o que se faz quando se está fazendo uma coisa para beneficiar outrem. Apresentar-se, falar o próprio nome ou informar porque está se fazendo esse ou aquele procedimento fica reservado quando a relação se dá entre iguais ou, pelo menos, entre indivíduos que se reconhecem como tal. (PEREIRA, 2004, p. 393). De forma imperceptível, a violência simbólica está presente na aniquilação dos pacientes vítimas de violência, das mulheres que esperam escuta qualificada e se silenciam frente a ação do profissional de saúde em não procurar saber as consequências da violência que vai além do trauma físico, sendo indiferente ao outro, o que gera a despersonalização do indivíduo:

Desejaríamos supor que o fenômeno fosse de âmbito individual, notável naquela que fosse muito suscetível, por razões as mais idiossincráticas. Mas o fenômeno é de tal modo corriqueiro, acertando ora uma, ora outra, que é impossível duvidar de uma determinação psicossocial bem larga para o sofrimento geral. O mal, assíduo e onipresente, obriga considerar que, nesta circunstância em que a angústia se multiplica e à qual respondem variavelmente, existe reedição de um sangramento antigo, amplo, e que não estanca: a humilhação social – sem coágulo, sempre corrente, insinuando-se nas hierarquias iníquas, nos espaços públicos divididos, mas também nos encontros e espaços mais insuspeitos. (Filho, 1998. p. 30).

Dentro da Teoria de Pierre Bourdieu, vê-se, com clareza, que o indivíduo não só é fruto do meio em que vive, mas também, contribui na formação desse meio. Que os pacientes vítimas de violência, em questão as mulheres, tendem cada vez mais a omitirem suas ocorrências ou queixas, baseado em uma estrutura, de atos ou ações que ainda que inconscientemente a impedem de agir.

Nesta vertente, ponto grave do tratamento dos casos de violência atendidos nos serviços de emergência é entender o bem do tratamento como bem físico, e, como consequência afirmar que a técnica é o único e o mais indicado para tratar o bem físico. Porém, sabe-se que a saúde e o bem-estar do indivíduo são compostos de outros elementos, a título de exemplo os psíquicos e os emocionais. O certo é que, a saúde é uma realidade global que não se reduz apenas ao bem-estar físico. (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Neste itinerário complexo das relações mediadas pela violência, onde os números visíveis correspondem a muitos outros invisíveis, como lesões que não demandam cuidados de saúde e não são notificadas, e ainda aquelas difíceis de medir e, até mesmo de perceber, como por exemplo, a violência psicológica (MELO, 2010), verifica-se que transformações no modo de cuidar e de gerir novas realidades e subjetividades em processos de trabalho em saúde propostos pela humanização, se faz efetivamente necessário. (TRAJANO, 2010).

Para convergência dos profissionais de saúde, classe dominante, com os usuários vítimas de violência, classe dominada, vê-se a necessidade imperiosa de culminar a o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), como o maior projeto de inclusão:

[...] de inclusão da população, antes excluída do atendimento digno à saúde (universalidade do acesso, saúde como direito constitucional) como no sentido da produção de subjetividades autônomas, solidárias, corresponsáveis pela gestão da própria saúde, enfatiza-se a abordagem do processo de trabalho em saúde como espaço de produção de saúde e produção de subjetividades. (TRAJANO, 2010, p. 110).

Com o entendimento da PNH como projeto de inclusão, torna-se possível tomá-la como principal estratégia de prevenção da violência nos serviços de emergência de saúde, com ações que busquem resgatar os valores entre indivíduos, seja entre pacientes e profissionais de saúde, e entre seus familiares; resgatando a dignidade humana, um atendimento qualificado, que cuide da pessoa humana, alivie sua dor, na sua totalidade, não em partes, mas na sua complexidade física, emocional e psicológica.

Verifica-se que os processos de violência simbólica que se instauram entre profissionais de saúde e vítimas de violência, que pode ser entendido à partir da Teoria de Bourdieu, como uma luta de classes, que opera distinguindo e distanciando os diferentes grupos que são moldados pelo sistema imperceptível das relações estruturais, e que dá de forma inconsciente e adquirido por meio da interação social, nesta perspectiva, de que somos produto e produtores de ações, e que a formação das ideias é fruto das suas condições de



produção, encontramos amparo na proposta de Costa citado por Trajano: “Reafirmando seu pacifismo, propõe que tentemos escapar da nossa rotina mental, enfatizando a pergunta “por que a paz?” – em oposição a outra que traz sentido inverso - “Por que a guerra?” Assim, talvez o problema da violência recebesse uma nova luz”, (Trajano, 2010, pg. 116.) tanto para classe dominante como para classe dominada, promovendo uma cultura de paz.

## **Conclusão**

Arendt (2015), nos chama atenção para “a banalização da violência”. Verificou-se a violência como demanda concreta do dia-a-dia dos serviços de emergência se entranhado nas relações entre profissionais de saúde e usuários vítimas de violência, o que fomenta a naturalização e banalização do sofrimento alheio.

No processo de análise, evidenciaram-se entre as muitas faces da violência, a violência simbólica, que causa danos à saúde, que vão além das faces visíveis e mensuráveis da violência.

A pesquisa mostrou que a relação entre os profissionais de saúde, classe dominante, detém ações que impõe as vítimas de violência, classe dominada, um modelo médico que lhes nega as prerrogativas de sujeito, coisificando seu corpo levando ao rompimento com um atendimento humanizado.

Consequente, as relações que se travam entre profissionais de saúde e usuários vítimas de violência, estão imbuídas pelo poder e pela violência simbólica. De acordo com Bourdieu (1989), a violência passa a ser mediadora das relações de classes nos Serviços de Emergência, e seus conflitos levam à exclusão. A violência destrói “valores e normas, vínculos e identidades e solidariedades”, fragmenta e dilacera o tecido social (MELO, 2010). Para Bourdieu, inconscientes, os que sofrem e os que perpetram a violência simbólica, tomam ações de sujeitos engessados pelo habitus da classe social a que pertencem, e são levados a não só a aceitar a dominação, mas, vê-la como um bem para ambas as Classes.

Nesse sentido, a PNHAH, merece destaque ao possibilitar a formação de um novo habitus nos serviços de saúde e nos usuários vítimas de violência.

Os estudos mostram que é necessária a implementação de políticas públicas de inclusão, que visem à transformação dos serviços de saúde e também da realidade social em que vivem as vítimas de violência.

É necessário lançar um novo olhar para as relações de poder simbólico travadas entre os profissionais de saúde dos serviços de emergência e as vítimas de violência, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que podem fomentar efeitos psicológicos de dor e sofrimento para estes e traçar estratégias, Políticas Públicas de enfrentamento da violência dos casos assistidos com vistas ao alcance de uma assistência humanizada.

Este é um desafio colocado para todos os campos do conhecimento com vistas de romper o círculo de exclusão recorrente de uma classe dominada impedida da sua humanidade e das ações de poder/violência da classe dominante:

O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções mas para revelar realidades e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades. (Arendt, 1981, pag. 197)

Faz-se necessário empreender esforço coletivo para enfrentar as múltiplas faces da violência e fomentar um novo habitus, um novo início, que mais tarde emerge como a história singular da vida sem violência que afeta “a vida de todos aqueles com quem ele entra em contato.” (Arendt, 1981, pag. 196). Esforço estes que fomenta oportunidades de estabelecer relações positivas e propositivas entre profissionais de saúde e usuários vítimas de violência, indispensável à consolidação e à sustentação de uma política de inclusão.

## REFERÊNCIAS

- ARENDR, H. Eichmann em Jerusalém: **um relato sobre a banalidade do mal**. São Paulo: Schwarcz, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética médica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolución XIX: violencia y salud**. Washington: 1994.

\_\_\_\_\_. **Resolución XIX: violencia y salud**. Washington: 1994. apud MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: 2005.

## PARTE 4

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como bem pontua Hennington, (2008, p. 557) “o projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde.

A PNH é norteada pela valorização das subjetividades e direitos dos sujeitos (usuários e trabalhadores) e da gestão participativa. Como bem pontua Melo *et al*, (2016, p. 231) “a estratégia de escuta desses atores pode ser um caminho para a consolidação da PNH no cotidiano dos serviços de saúde” e da prevenção da violência.

Essa conduta exige melhor preparo da equipe para que alcance uma visão ampliada, para além da doença e das condutas técnicas próprias da profissão. É preciso trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a fim de atender às “necessidades físicas e, também, emocionais e espirituais”. (MELO *et al*, 2016, p. 228).

Nesta vertente, verificou-se que as relações entre profissionais de saúde dos serviços de emergência, classe dominante, e as vítimas de violência, classe dominada, estão impregnadas pelo habitus da classe dominante, não se ouve o usuário em sua necessidade integral, qual seja, técnica e emocional, noutro dizer as relações estão carregadas pela violência simbólica, que na maioria das vezes é reconhecida como necessária para desenvolvimento das ações nos serviços de saúde, e é praticada com o aceite inconsciente do dominado. Da mesma forma, os profissionais de saúde não estão imunes a violência dos casos assistidos das vítimas violência e que podem fomentar efeitos psicológicos de dor e sofrimento para estes (BOURDIEU, 1989).

Neste sentido, o grande desafio, proposto na PNH, é fazer emergir a humanização em todos os níveis de atenção e de gestão das práticas de saúde, e que para ser alcançado, impõe um novo desafio, “[...] alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde. [...] alteração nas práticas concretas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhora das condições de trabalho dos profissionais de saúde” (BENEVIDES & PASSOS, 2005 p. 390).

É na alquimia da ação dos profissionais de saúde, dos usuários vítimas de violência, da formação das instituições e da participação da social, que é possível um atendimento humanizado em saúde e uma nova cultura de paz.

## **ANEXOS E APENDICES**

## ANEXO A



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

**Parecer nº. ETIC 352/08**

**Interessado(a): Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira**  
**Departamento de Odontologia Social e Preventiva**  
**Faculdade de Odontologia - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 25 de agosto de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Trauma maxilo facial e violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico"** 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.

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

## ANEXO B



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

#### Avaliação de Projeto de Pesquisa

Analizamos o Projeto de Pesquisa Entitulado: "Traumas maxilo faciais e violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico.

Pesquisador responsável: Efigênia Ferreira e Ferreira

Encaminhamos o Projeto à Superintendência para autorização da coleta dos dados e emissão da Carta de Anuência.

Atenciosamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Tulio Pinho Navarro".

TULIO PINHO NAVARRO  
Coordenador do CEP-HOB

Belo Horizonte, 09 de outubro de 2008.



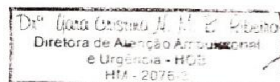
## ANEXO C



## CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a instituição Hospital Municipal Odilon Behrens, sediada à Rua Formiga, Nº.50, CEP.31 110 430, na cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, inscrita no CNPJ Nº, 16 692 121 0001-81 aqui representada por Dra Susana Maria Moreira Rates, atualmente exercendo a função de Superintendente na referida instituição, autorizo Carlos José de Paula Silva, Cirurgião Dentista CRO-MG 29170 a coletar dados para a pesquisa :Traumas Maxilofaciais e Violência Urbana na Região Metropolitana de Belo Horizonte: Um Estudo Epidemiológico.

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2008



*Dra. Susana Maria Moreira Rates*  
 Dra. Susana Maria Moreira Rates  
 Superintendente do Hospital Municipal Odilon Behrens

## ANEXO D



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS  
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Ofício SEE/SB nº 167/ 2016

Belo Horizonte, 20 de maio de 2016

Senhora Diretora,

A Subsecretária de Desenvolvimento de Educação Básica encaminha Termo de Autorização para Stela Drumond de Menezes Rajão, aluna do mestrado em odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, realizar o projeto de pesquisa: "O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, nas seguintes escolas dessa jurisdição: E.E. Deniz Vale, E.E. George Chalmers, E.E. João Felipe da Rocha, E.E. Josefina Wanderley Azevedo, E.E. Maria Josefina Sales Wardi, Escola Liceu Santa Maria Imaculada, Instituto Santa Terezinha Ensino Fundamental, Ceduc São Tomaz de Aquino, Instituto Cassio Magnani.

Augusta Aparecida Neves de Mendonça  
Subsecretária de Desenvolvimento da Educação Básica

Ilma. Senhora,  
Idalina Franco de Oliveira  
Diretora da Superintendência Regional de Ensino Metropolitana A

## ANEXO E

**FHEMIG**  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS

### PARECER Nº125/08

**Registro CEP/FHEMIG: 125/08** (este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).

**Para:** NEP/HMAL

**Data:** 03/12/2008


**Pesquisador (es) Responsável (eis):** Carlos José de Paula Silva, Efigênia Ferreira e Ferreira, Vasco Oliveira Araújo.

#### DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa, (CEP/FHEMIG), após cumprimento das solicitações da diligência, *aprovou em Novembro de 2008*, o projeto de pesquisa intitulado: "Trauma Maxilo Facial e Violência Urbana na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um Estudo Epidemiológico". Informamos que, a resposta à solicitação do *Parecer Pendência 120/08 do CEP* foi recebida em 28/11/2008.



**Vanderson Assis Romualdo**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Nº PROTOCOLO:	
010344442270210188	
RUBRICA:	DATA:
	03122008
ÓRGÃO / ENTIDADE:	
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	

## APENDICE A

### QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL PARA OS PAIS

#### FORMULÁRIO 1 (PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL)

Nome

Idade ( )

**1. Gênero** 1 ( ) masc 2 ( ) fem

**2. Tipo de Evento** (1 nua) (2 fog) (3 bran) (4 outra)

**3. Tipo de Trauma** (1 pm) (2 fs) (3 fm) (4 da)

**4. A agressão que você sofreu, ocorreu:**

1 ( ) Em um dia de semana (segunda a sexta feira) 2 ( ) Final de semana(sábado ou domingo)

**5. A agressão ocorreu durante:**

1 ( ) dia 2 ( ) noite

**6. Você fez uso de bebida alcoólica no momento ou antes da agressão?**

1 ( ) sim 2 ( ) não

**7. Você fez uso de alguma droga no momento ou antes da agressão?**

1 ( ) sim 2 ( ) não

**8. Foi feito boletim de ocorrência?**

1 ( ) sim 2 ( ) não

**9. Você foi encaminhando(a) para psicólogo ou assistente social do hospital?**

1 ( ) sim 2 ( ) não

**10. Você conhecia a pessoa causadora de seu ferimento?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**11. Você alguma vez já foi agredido(a) por alguém dentro de sua própria casa?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**12. Você acredita que o atendimento que recebeu foi suficiente para o que necessitava?**

1 ( ) Sim      2 ( ) Não

**13. Ao ser atendido, o que você esperava do profissional que o atendeu?**

1 ( ) Apenas que eliminasse sua dor.

2 ( ) Que ele também ouvisse você.

**14. Você acredita que este ferimento ou a situação que você está vivendo agora pode alterar alguma coisa em sua vida?**

1 ( ) Sim      2 ( ) Não

**15. Se sim, como?**

1 ( ) aparência/ estética      2 ( ) insegurança/ medo      3 ( ) outros problemas emocionais

## APENDICE B

### FORMULÁRIO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

**1. Como são notificados os casos de violência urbana atendidos no hospital?**

---

**2. Há algum protocolo específico para atendimento dos casos de violência urbana ?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**3. Quando consciente, o paciente fala sobre a violência que sofreu?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**4. Qual sua reação mais frequente diante do relato dele?**

---

**5. Alguma vez, algum relato lhe mobilizou ?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**6. Por que ?**

---

**7. Já aconteceu de sua reação ser diferente diante de paciente, caso ele tenha relatado ser o agente da agressão?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**8. Caso a vítima seja uma pessoa marginalizada (morador de rua, usuário de droga, etc.) sua reação é diferente?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**Por que?** \_\_\_\_\_

**9. Você encaminha os pacientes para atendimento psicológico ou de assistência social?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**10. Há este tipo de protocolo aqui?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**11. Qual tipo (perfil) de paciente é encaminhado para esses serviços?**

---

**12. Em alguma ocasião, paciente alcoolizado ou com sinais de uso de droga trouxe dificuldades ao seu atendimento?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

## APENDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA OS PACIENTES)

**Projeto de pesquisa: trauma maxilofacial e violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte: Um estudo epidemiológico.**

Prezado Senhor (a), \_\_\_\_\_

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações que você não entendeu.

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que estudará os ferimentos da boca e da face relacionados à violência urbana na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

É considerada violência urbana as agressões físicas, agressões cometidas por familiares ou parentes próximos, agressão por arma de fogo, agressão com faca, agressão com machado ou qualquer objeto que possa perfurar ou provocar ferimento, acidentes de carro, acidentes de moto e atropelamento.

Você foi convidado por se encontrar no grupo de pacientes que sofreram este tipo de violência e foram atendidos no hospital. A sua participação não é obrigatória.

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder este questionário que pretende verificar como foi sua experiência ao entrar e ser atendido aqui no hospital como vítima de violência. Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento por participar. A sua identidade será mantida em segredo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados sem o nome das pessoas que participaram. Dessa forma, você não será identificado quando o questionário preenchido por você for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento. Caso você decida não participar ou sair do estudo, favor comunicar ao profissional ou ao pesquisador que está em contato com você.

Se você achar melhor não participar, isto não vai atrapalhar seu atendimento no hospital.

**Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HOB, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3277 6120**

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome do pesquisador: CARLOS JOSÉ DE PAULA SILVA

Endereço: : rua padre João Crisóstomo, 167

Telefone: 33755823/ 88513730

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

**Nome do participante (em letra de forma)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante ou representante legal**

**Data:**

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

**Nome (em letra de forma)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pesquisador**

**Data:**



## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

**Projeto de pesquisa: trauma maxilofacial e violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte: Um estudo epidemiológico.**

Prezado Senhor (a), \_\_\_\_\_

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará os traumas maxilofaciais relacionados à violência urbana na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Neste estudo a violência urbana será classificada em: INTENCIONAL (agressão física, violência doméstica, agressão por arma de fogo ou por arma branca), e NÃO INTENCIONAL (acidentes automobilísticos, motociclistas e atropelamento). Você foi selecionado por se encontrar no grupo de profissionais que fazem o atendimento a estas vítimas no serviço de saúde, e sua participação não é obrigatória. O objetivo do estudo é traçar o perfil epidemiológico dos traumas maxilofaciais decorrentes da violência urbana. Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder um questionário que irá avaliar a repercussão da violência no sistema de saúde e na rotina de atendimento. Você não terá nenhum gasto com a sua participação e também não receberá pagamento pelo mesmo. A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento sem nenhuma penalidade. Caso você decida retirar-se do estudo, favor notificar o pesquisador que esteja lhe contactando.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), Av. presidente Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592 e da Fhemig Alameda Álvaro Celso, n.100, 2º andar, sala 229.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando contato nos seguintes telefones:

Nomes dos pesquisadores: Efigênia Ferreira e Ferreira; Carlos José de Paula Silva, Vasco de Oliveira Araújo.

Telefones: (031) 9983-2256; 8851-3730; 3273-3898

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

**Nome do participante (em letra de forma)**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

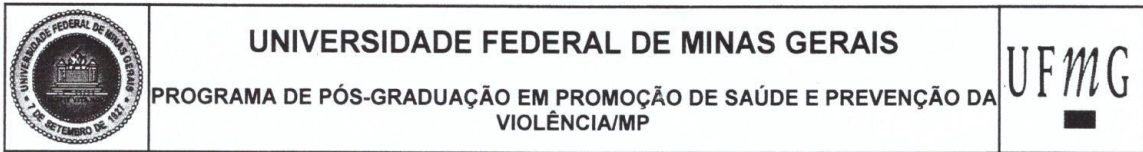
\_\_\_\_\_  
Data:

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

**Nome (em letra de forma)**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Data:



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SILVILENE GIOVANE MARTINS PEREIRA

Realizou-se, no dia 29 de junho de 2017, às 09:00 horas, Faculdade de Medicina sala 526 5ª andar Centro de Pós Graduação, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS: a voz do usuário e do profissional de saúde*, apresentada por SILVILENE GIOVANE MARTINS PEREIRA, número de registro 2015713225, graduada no curso de DIREITO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). Juliana Vilela Bastos (Faculdade de Odontologia da UFMG), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada


Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 29 de junho de 2017.



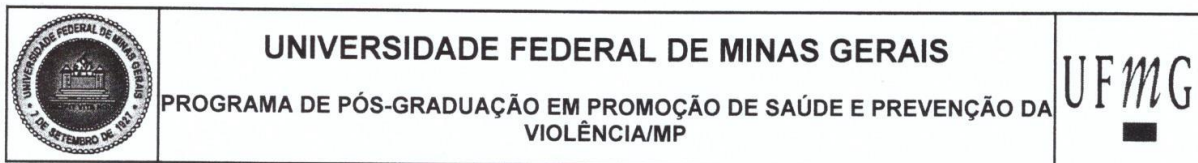
Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira ( Doutora )



Prof(a). Juliana Vilela Bastos ( Doutora )



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



## FOLHA DE APROVAÇÃO

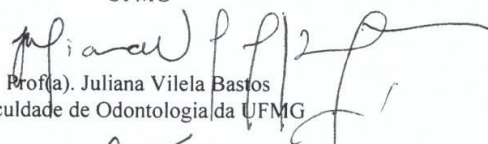
**O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS:  
a voz do usuário e do profissional de saúde**

### **SILVILENE GIOVANE MARTINS PEREIRA**

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 junho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Juliana Vilela Bastos  
Faculdade de Odontologia da UFMG

  
Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge  
UFMG

Belo Horizonte, 29 de junho de 2017.