

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RMSF
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**A VIOLÊNCIA NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF) DA CIDADE DO RIO GRANDE – RS.**

BRUNO CORRÊA BRAGA

RIO GRANDE
2020

BRUNO CORRÊA BRAGA

**A VIOLÊNCIA NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF) DA CIDADE DE RIO GRANDE – RS.**

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

ORIENTADOR: PROF. DR. ALAN GOULARTE KNUTH

RIO GRANDE

2020

A VIOLÊNCIA NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF) DA CIDADE DE RIO GRANDE – RS.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo investigar a temática da violência em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da cidade do Rio Grande - RS, pelo olhar dos profissionais de saúde que nela atuam. Como objetivos específicos, trata-se de identificar a atuação dos profissionais da unidade em relação a alguns tipos de violência, bem como, descrever quais estratégias são criadas para lidar com o tema. Elencamos uma abordagem metodológica qualitativa, para a produção e análise dos dados, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais. Como principais resultados, destacamos percepções voltadas a violência física e verbal, que têm tanto o usuário, quanto o profissional de saúde como vítimas. Identificamos, também, que a atuação vai desde o reconhecimento da importância do tema e do despreparo para lidar com ele, ao diagnóstico de que a violência é pouco comum no território. Por fim, como principal estratégia, destacamos o olhar mais clínico como forma de identificar contextos de violência não notificados e denunciados pelo usuário, bem como, a figura do Agente Comunitário de Saúde como profissional emblemático na transmissão de relatos de episódios de violência pela vítima, aos profissionais da UBS. Além disso, se observou que muitas pessoas temem relatar casos de violência pela proximidade que tem com os Agentes de Saúde que trabalham e moram no mesmo local. Ademais, o horário de funcionamento da Unidade de Saúde investigada mostrou-se fator determinante para um baixo índice de casos de violência.

Palavras-chave: Violência, Saúde da Família, Atenção Básica.

Resume

This study aimed to investigate the theme of violence in a Basic Family Health Unit (UBSF) in the city of Rio Grande - RS, from the perspective of the health professionals who work in it. As specific objectives, it is about identifying the role of the unit's professionals in relation to some types of violence, as well as describing which standards are standards for dealing with the theme. We list a qualitative methodological approach, for the production and analysis of data, through semi-structured changes with 15 professionals. As main results, we highlight perceptions focused on physical and verbal violence, which have both the user and the health professional as dead. We also identified that an action going from the recognitions of the important of theme and make dis unprepared for deal with element, the diagnosis of that a common common in territory. Finally, as the main strategy, we highlight the more clinical view as a way of identifying contexts of violence that were not reported and reported by the user, as well as the figure of the Community Health Agent as an emblematic professional in the transmission of reports of episodes of violence by the victim, to UBS professionals. In addition, it was noted that many people are afraid to report cases of violence due to the proximity they have to Health Agents who work and live in the same place. In addition, the opening hours of the investigated Health Unit show the determining factor for a low rate of violence.

Keywords: Violence, Family Health, Primary Care.

Sumário

| | | |
|-----|---------------------------------|----|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2. | PROBLEMA DE PESQUISA..... | 10 |
| 3. | OBJETIVOS..... | 11 |
| 4. | JUSTIFICATIVA..... | 11 |
| 5. | CENÁRIO DE PESQUISA..... | 12 |
| 6. | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 14 |
| 7. | MATERIAIS E MÉTODOS..... | 18 |
| 8. | ASPECTOS ÉTICOS..... | 21 |
| 9. | RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 21 |
| 10. | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 27 |
| 11. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 29 |
| 12. | APÊNDICES..... | 31 |

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se propôs a potencializar o debate sobre violência e saúde, a partir de uma perspectiva observacional, pautada nas vivências de profissionais de saúde que atuam em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada no bairro São Miguel, em Rio Grande – RS. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo, ou comunidade, que possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

Assim, a violência é uma dentre tantas manifestações sociais que revelam uma sociedade descompassada, desigual e descomprometida em sua constituição, na medida em que resulta de relações humanas assimétricas, de conflitos diversos e de situações de sofrimento, as quais, na maioria das vezes, geram danos severos à saúde física e psicológica dos envolvidos. Nesse sentido, debruçar-se sobre essa temática constitui um empreendimento desafiador, uma vez que as definições sobre a violência e seus tipos são constantemente alargadas pelas práticas sociais, gerando controversas e novas conceitualizações.

Desde tempos imemoriais existe uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido, seja no âmbito filosófico, seja no âmbito das Ciências Humanas, permite inferir, no entanto, alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto este é controverso, em quase todos os seus aspectos (MINAYO, 1994, p.7).

Logo, desde a sua origem, a violência vem sendo entendida como um problema de ordem social, e que produz efeitos significativos na saúde pública da sociedade. Dados estatísticos evidenciam que a violência é responsável por mais de um milhão de mortes/ano no mundo. No Brasil, ela está posicionada como a segunda maior causa de mortalidade (12,6% das mortes) e a principal causa de morte entre pessoas na faixa etária entre 15 - 44 anos (CRUZ et al, 2011).

Atualmente, os dados coletados no site do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), dizem que: a cada 2 horas uma mulher é violentada no Brasil, dessas mulheres metade é morta com alguma arma de fogo e 38,9% desses homicídios ocorre dentro de casa. Além disso, no mesmo site podemos observar que os homicídios são a principal causa de mortes entre jovens no nosso país. Em 2018 morreram desta forma, 30.873 jovens entre 15 e 29 anos, o que representa 53% dos homicídios totais. (www.ipea.gov.br/atlasviolencia/)

Embora hajam pesquisas que apontem uma tendência de queda no índice de violência resultando em homicídios, no ano de 2019, em comparação ao mesmo período do ano anterior, ainda estamos longe da situação ideal de controle de episódios violentos (PORTALG1, 2019).

No âmbito da saúde, o enfrentamento da violência abrange uma enorme gama de situações que envolvem, entre outros tantos exemplos, a violência doméstica, a violência sexual, a atenção aos usuários do crack e de outras substâncias psicoativas, a morbidade e a mortalidade devido a acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios (PIRROTA et al, 2013, s/p).

Assim, neste estudo, ao mencionarmos o termo violência, estaremos lidando com uma série de variações que vão desde a violência física, resultante ou não em mortes e danos corporais graves, passando pela violência doméstica, sexual e de trânsito, indo até as infinidades de entendimentos acerca da violência que os sujeitos deste estudo – profissionais de saúde de uma UBSF -, podem produzir ao serem provocados a pensar sobre suas práticas em relação a ela. A saúde pública, sobretudo, aquela construída por profissionais e usuários do Sistema único de saúde (SUS), pode constituir um importante espaço de controle e combate a violência, na medida em que se propõe a atuar como política de cuidado e atenção a saúde integral dos indivíduos, promovendo uma compreensão ampliada de saúde que passa, especialmente, pela construção de uma cultura da paz (BRASIL, PNPS, 2006).

Nessa esteira, dentre as políticas públicas em educação e saúde, pactuadas entre os Ministérios da Saúde e Educação do país, temos as

Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que têm como finalidade capacitar os mais variados tipos de profissionais para atuar no SUS e estar em contato com usuários do serviço e com suas necessidades. As residências buscam, de modo geral, sob o caráter de especialização em serviço, dar suporte para o SUS e seus dispositivos.

Em Rio Grande, a Residência Multiprofissional funciona como um programa vinculado ao Ministério da Educação, tendo sido regulamentado junto a Universidade Federal do Rio Grande – FURG, no ano de 2005, na modalidade de ensino pós-graduação *lato sensu*. O programa disponibiliza duas vertentes de atuação para profissionais recém-formados em Educação Física, Enfermagem, e Psicologia. Uma delas voltada ao âmbito hospitalar, e outra no contexto da Rede de Atenção à Saúde do município, UBS's, Estratégia de saúde da Família (ESF) e dispositivos locais (CORRÊA et al, 2014). Em 2018, os programas da FURG foram devidamente reconhecidos e certificados conforme Ofício nº 969/2018, SESU-MEC.

Assim, a cada seleção, são oferecidas oito vagas para a turma de Residência Integrada Multiprofissional com Ênfase na Atenção à Saúde CardioMetabólica do Adulto (RIMHAS), de âmbito hospitalar, e quatro vagas para a turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), no contexto da Atenção primária em saúde (APS). O programa tem duração de dois anos, e tem a intenção de capacitar o profissional residente em saúde, tanto no Hospital Universitário (HU-RIMHAS), quanto na Unidade Básica de Saúde (UBS-RMSF), ao atendimento de demandas de saúde das suas determinadas áreas, pautados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como fundamentos de instrumentalização do atendimento de indivíduos que buscam o SUS como serviço público.

O encontro com a temática desta pesquisa está intimamente ligado a minha imersão como residente em uma UBS localizada no bairro Castelo Branco, zona periférica da cidade. Ali, na UBS Dr. Luiz Gonzaga Cardoso Dora, iniciamos nossa jornada como Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, no ano de 2018. Porém, logo no início do processo, pude identificar aquele bairro como

espaço de moradia e de circulação de pessoas que se ligavam diretamente a episódios recentes de violência sofridos por mim e uma companheira¹. Nesse local, a potência do trabalho na UBS estava dando lugar a uma sensação crescente de desconforto e angústia que me faziam, ao mesmo tempo, repensar e me interessar cada vez mais pelas relações entre saúde pública e violência. Em razão das circunstâncias, optamos, juntamente com a coordenação da RMSF e da Comissão de Residências Multiprofissionais (COREMU), por uma realocação na UBS Vera Theodoro, localizada no bairro São Miguel, onde atuamos durante os dois anos de programa.

Assim sendo, no primeiro ano curso, pudemos imergir na realidade da UBS Vera Theodoro, aprendendo, em serviço, sobre diversos fatores daquela comunidade, criando vínculos e aproximações das demandas que surgiam diariamente. Além disso, nesse novo espaço - realocado -, eu pude aguçar minha percepção sobre a violência no bairro, bem como, sobre outros aspectos que me chamavam a atenção, como fonte de renda da população, quais os usuários que mais acionavam a unidade, etc.

Os espaços preenchidos por mim, como profissional de Educação Física, durante esses dois anos de aprendizado na RMSF, foram diversos: salas de espera, acompanhamentos em consultas, pré-natais, puericulturas, matriciamentos das áreas do território, palestras em escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola (PSE), apoio ao projeto de ginástica Vida Ativa, apoio a campanhas de vacinação, entre outros. As experiências construídas nesses espaços puderam ampliar meu olhar a alguns aspectos possivelmente pertinentes a uma abordagem de controle e combate a violência, nas suas mais variadas formas, e amadurecer o desejo de construir um Trabalho de conclusão de residência voltado ao desafio de pesquisar a atuação em situações e contextos violentos.

Este trabalho procura se sintonizar ao debate sobre cultura da paz e combate a violência no âmbito da saúde pública, com base em questões locais,

¹ Em período próximo, eu (residente) e minha companheira fomos vítimas de um episódio de sequestro à mão armada, envolvendo ameaça de morte e violência sexual.

que nos permitam compreender as estratégias que vêm sendo acionadas e os variados entendimentos sobre o tema construídos pelos profissionais da saúde em atuação no SUS. Assim, buscamos fomentar outras formas de pensar para o fazer das políticas públicas que lidam com o tema e buscam melhorias efetivas para a vida dos indivíduos que perpassam situações e contextos de violência e, de alguma forma, se relacionam com o SUS, como usuários dos serviços.

Diante disso, esse trabalho vislumbra a criação de um grupo dentro da UBS Vera Regina Theodoro que constitua um canal de acolhimento e diálogo sobre o tema. Vale destacar, que as compreensões conceituais sobre o que vêm a ser ou não violência passam pelos entendimentos produzidos por esse espaço aberto, e embora tenhamos aqui mencionado sua variedade (física, moral, psicológica, sexual, de trânsito, entre outras), sua definição está condicionada a percepção e relações estabelecidas pelos sujeitos da pesquisa – profissionais de saúde de uma UBS da cidade de Rio Grande – RS.

Nessa esteira, a seguir, apresentamos o problema e objetivos de pesquisa, bem como, logo após, as justificativas deste estudo, que demonstram a relevância acadêmica, política e social de tematizarmos a violência na interface com a saúde pública.

2. PROBLEMA DE PESQUISA:

Quais as percepções e relações de/com a violência que profissionais da saúde, de uma Unidade Básica de Saúde da Família da cidade de Rio Grande – RS produzem em sua atuação?

3. OBJETIVOS:

Investigar a temática da violência em uma Unidade Básica de Saúde da Família, através do olhar dos profissionais pertencentes à mesma.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar percepções de violência produzidas por profissionais de saúde de uma UBSF, da cidade de Rio Grande – RS;

Identificar a atuação dos profissionais da unidade em relação com alguns tipos de violência;

Descrever quais estratégias existem para lidar com o tema da violência em suas atuações.

4. JUSTIFICATIVA

No que se refere à escolha da localidade da pesquisa, justificamos este trabalho pela identificação de certo consenso, notado através dos relatos do dia a dia de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de estarmos diante de um bairro inquestionavelmente violento. Assim sendo, torna-se relevante investigar quais os riscos e desdobramentos das relações entre profissionais da UBS e os contextos de violência por eles relatados.

No mesmo caminho, este trabalho mostra-se importante, também, uma vez que a UBS investigada recebeu, com a nossa chegada, pela primeira vez, uma turma de residentes multiprofissionais em Saúde da Família. No que se refere às justificativas acadêmicas, optamos por tratar de um assunto pouco abordado dentro da literatura acadêmica em Educação Física, visto que a maior parte dos cursos de graduação pouco dialoga com a temática da violência. Ademais, o tema dialoga diretamente com áreas fundamentais à compreensão das manifestações humanas na contemporaneidade, como a sociologia e a segurança pública.

Com isso, acreditamos que a atenção básica constitui um profícuo canal de diálogo e de troca de conhecimentos sobre o tema, de modo a contemplarmos, paulatinamente, uma abordagem de combate e controle da violência no âmbito da saúde pública, e, especialmente, em localidades pautadas por contextos violentos. Assim, será possível a construção de uma postura atenta as demandas que

chegam até os serviços de saúde, amenizando os danos e os riscos de maiores agravos contra os pacientes, sejam eles psíquicos e/ou físicos.

Além disso, é urgente, na atenção básica, a necessidade de fortalecer ações e estratégias de combate e controle da violência, sobretudo, junto as políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, que nos autorizam, em sua amplitude, a pensar a pauta da violência. Também acreditamos que é preciso uma maior capacitação dos profissionais de saúde atuantes dentro das Unidades de Saúde para lidar com as demandas de casos de violência que chegam até eles. Sobre esse aspecto, este estudo pode vir a trazer algumas contribuições a criação de políticas e ações possíveis.

Pensamos, com isto, que a área da Educação Física tem muito a contribuir com a criação de vínculos com as pessoas que passaram e passam por algum tipo de violência e, muitas vezes, não sabem como proceder para combater ou controlar os efeitos dela em suas vidas. Assim, noções como culto ao corpo, autonomia e autocuidado, tão presentes e operacionais em nossa área, entre outras, podem ser acionadas na atuação do profissional de Educação Física diante desta temática.

Assim, na próxima seção, indicamos os aspectos atinentes ao cenário de pesquisa, sobretudo, as ações que ali se realizam e parte do contexto de atuação como residente naquele espaço.

5. CENÁRIO DE PESQUISA

O espaço de pesquisa é a Unidade Básica de Saúde da Família Vera Regina Theodoro, localizada na Rua Quintino Bocaiúva, no Bairro São Miguel, na cidade de Rio Grande – RS. A mesma dá assistência a cerca de 4.000 pessoas, subdivididas em duas áreas cobertas pela equipe de saúde da unidade, denominadas área 15 e área 98.

A equipe mínima da UBSF é formada por dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, um odontólogo e onze agentes comunitários de saúde (ACS). Além dos citados, a unidade conta com quatro secretários para

serviços burocráticos, uma funcionária para higiene e limpeza e outra para a segurança.

Ademais, a UBSF “São Miguel” durante a minha permanência enquanto residente, era a unidade base do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por um profissional de Educação Física, uma Psicóloga, uma Fisioterapeuta, uma Nutricionista e um Assistente Social - profissionais que auxiliam todas as unidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tais profissionais dão suporte à promoção e prevenção de doenças, através de diversas abordagens e planos de atenção continuada, pautados pelas diretrizes do SUS, as quais são: universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário (BRASIL, 1990).

Destaco, entre suas práticas, os matriciamentos, que são reuniões em que a equipe, em parceria com o NASF, traz casos para discussão e elaboração de programas de atendimento, que podem se dar tanto na própria UBSF, como no domicílio do usuário, ou ainda, em outros locais, como igrejas, escolas, em campanhas fora da unidade, outras comunidades, etc. infelizmente no ano de 2020, esse núcleo passa a se chamar equipes multiprofissionais, fazendo com que se perca a essência da assistência coletiva e continuada dentro dos territórios, mais uma tentativa de desmontar as raízes do SUS através de uma política pífia e desajustada em que vivemos através do governo federal.

Nesse caminho, nós, enquanto residentes, recebemos algumas tarefas preestabelecidas pela coordenação do programa de residência. Dentre essas, está a elaboração de um diagnóstico comunitário, com o intuito de familiarizar os residentes com questões que cercam a comunidade, as pessoas e o território como um todo. Assim sendo, vale destacar, mesmo que brevemente, um pouco do que acontece através da equipe que trabalha na unidade, com a intenção de esclarecer e aproximar o olhar para a realidade do local de atuação.

Dentre as atividades da unidade, o grupo Vida Ativa constitui um espaço de convivência que aborda diferentes práticas e saberes. Alguns deles são: ginástica para comunidade, saúde mental, saúde do idoso, autocuidados, aspectos cognitivos, noções de sociedade e relações interpessoais. Nesse processo,

instituem-se vínculos significativos entre profissionais e usuários, através da atividade física e do lazer como carros-chefes.

Os grupos pertencentes as unidades de saúde são espaços que têm muito a contribuir para a formação do residente em Educação Física. Através do Vida Ativa pudemos experimentar o fazer consciente, estabelecendo diálogos e construindo inquietações para além da atividade física em si, permitindo, assim, acionar a educação em saúde como recurso para transmissão de conhecimento para a população participante.

Nesse espaço é possível perceber questões de casos de violência que chegam até o grupo, através de relatos, rodas de conversas e desabafos dos integrantes. Embora, aqui, a sua identificação seja importante, é preciso construir ações e estratégias para além disso. É preciso que saibamos orientar as pessoas sobre as medidas plausíveis a serem tomadas ao sofrerem algum tipo de violência, dentro ou fora de suas casas. Os profissionais da unidade poderiam construir uma atuação que estimule pessoas, em contextos de violência, a sentirem-se amparadas e abrigadas pelos dispositivos locais de cuidado e proteção social.

Além do projeto Vida Ativa, outros grupos se fortaleceram durante os dois anos que estive dentro da residência. O grupo “Bem-estar” e o grupo de Crianças, tocados pela equipe de residentes, com o apoio do NASF e de alguns membros da equipe mínima da UBSF, foram, também, grupos importantes, que tiveram por objetivo trabalhar o desenvolvimento infantil e questões psicológicas com pessoas com algum perfil pré-identificado de ansiedade, depressão, angústia, medo, etc. Nesses dois grupos também discutimos sobre a importância da cultura da paz e da tolerância, ressaltando o aspecto da individualidade humana.

Nesse sentido, apresentamos, a seguir, um breve referencial teórico sobre a temática, com o intuito de orientar o leitor aos entendimentos prévios que fundamentam o processo de construção do projeto e efetivação da pesquisa.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

Não se pode considerar a violência como uma marca da sociedade contemporânea, uma vez que ela vem acompanhando o homem há muito tempo, por meio de diferentes manifestações e circunstâncias. Embora ela não seja recente, nos dias de hoje, dificilmente algum indivíduo ainda não tenha sido provocado a lidar e se relacionar com contextos e episódios de violência. Entretanto, por mais que ela esteja no cerne das opiniões e do senso comum, é difícil conceituá-la, e, sobretudo, lidar com os sentimentos relativos e de significados ambíguos que a violência pode despertar em cada cultura e sociedade onde ocorre (ALMEIDA, 2010).

Para que tenhamos um entendimento sobre a violência no cenário atual, sobre a forma que ela ocorre e sobre quais medidas podem ser tomadas no processo de criação de estratégias, faz-se necessário dialogar com a literatura. As precárias condições de vida e de trabalho são determinantes para que a violência aconteça, como apontam alguns estudos indicados a seguir, que se propõe a compreender as causas desse fenômeno social. Ademais, também há indicativos de que o desemprego e a falta de oportunidades estão relacionados com o aumento de episódios violentos e de criminalidade no país.

Nesse cenário, de crescente número de agressões físicas, emocionais, hospitalizações, mortes e lesões, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, denominou a violência como problema de saúde pública no mundo. Segundo Day et al (2003), entre os variados tipos de violência, destacam-se a violência física; violência moral e psicológica, negligência e violência sexual.

Nesse sentido, a violência física, de acordo com a autora, é mais comum e mais notável, uma vez que provoca ferimentos, lesões, edemas, manchas e cicatrizes possíveis de identificação. Já a violência moral e psicológica são mais silenciosas, e podem estar acontecendo sem que outras pessoas percebam, mediante traumas diários como o *bullying* e a ridicularização no/pelo serviço, por exemplo.

No que se refere a negligência, a mesma caracteriza-se por omissão de cuidados e/ou de responsabilidades por indivíduos sem condições de responderem por si próprios, como pessoas acamadas e em situação de risco,

que são, muitas vezes, extorquidas por seus familiares sem que hajam os devidos cuidados assistenciais.

E, por fim, entre as formas mais comuns de violência intrafamiliar (DAY et al, 2003) temos a violência sexual, que como o nome diz, é aquela que violenta pessoas através de abusos, estupros, obrigações sexuais e coisas do gênero.

Na maioria das vezes, a violência, nas suas diferentes formas e tipos, insere-se como uma prática estrutural das relações, ou ainda, naturalizada pela sua recorrência em determinados espaços socioculturais. Como um dos efeitos disso, ela vem ganhando proporções epidemiológicas, que demandam intervenções estratégicas em variados níveis (CARVALHO, 2007). É preciso intervir sobre esse cenário buscando desmistificar o caráter estrutural e/ou natural de certas relações e contextos de violência.

Em virtude disso, é comum tomarmos conhecimento de indivíduos, vítimas de violência, que chegam ao atendimento primário (UBS), ou até mesmo ao hospital, buscando solucionar episódios de violência. Muitas vezes, a escolha por esses espaços como dispositivos de ajuda, em detrimento de outras instituições responsáveis, se dá em função do medo de prestar queixa ou denunciar o(s) agressor(es) e de seus efeitos.

Os serviços que estão à disposição das pessoas em casos de violência são, especialmente, a Polícia Civil, a Delegacia da Mulher e a Central de atendimento à mulher. Esses têm como objetivos registrar e auxiliar a vítima para que se tomem as devidas medidas contra qualquer tipo de agressão, contra a mulher ou contra qualquer pessoa, dentro ou fora do âmbito familiar.

No Brasil, isso se faz ainda mais urgente, visto o grande número de casos de violência registrados diariamente. Com isso, alternativas surgem para suprir essa necessidade no contexto atual. Analisando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os anos de 2011 a 2016, visualiza-se um crescimento de 155,1% no número de notificações de violência no país, que era de 100 mil e passou para aproximadamente 270 mil (CERQUEIRA et al. 2018).

Uma dos mais recorrentes diz respeito a violência contra as mulheres, quase sempre no âmbito da casa, também denominada violência doméstica. A

pouco tempo, a Sociedade Mundial de Vitimologia (IVW), mostrou que 23% das mulheres no Brasil estão expostas a algum tipo de violência (DATAPOPULAR, 2013). Os principais casos são de socos, chutes, hematomas, tapas, cortes, olhos roxos, relação sexual obrigatória, proibições, queimaduras, ameaças, fraturas, homicídios, entre outros (BIELLA, 2005).

Diante disto, a autora nos diz ainda que:

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), considerou a violência contra a mulher como um problema de saúde pública devido à elevada frequência com que ocorre e pelas repercussões na vida da mulher, na família, na economia, nos serviços de saúde, na justiça e na sociedade como um todo, bem como pelos gastos em saúde pela ocorrência da violência doméstica ou violência contra a mulher (BIELLA, 2005, p. 12).

Um dos aspectos que mais trabalhamos no campo da saúde coletiva é o incentivo ao autocuidado. Assim, quando temos situações de violência doméstica, fica visível e perceptível os danos e as consequências desses episódios violentos, sejam eles físicos ou psicológicos. Logo, a pessoa vítima de violência pode vir a se queixar de problemas, como: tonturas, cefaleias, dores, baixa autoestima, insônia, tentativas de suicídios, problemas de concentração, uso de álcool e drogas, sofrimento psíquico, entre outros (BIELLA, 2005).

Nesse sentido, com o objetivo de dialogar com parte da literatura sobre o tema, corroboramos, neste trabalho, com Maria Cecília Minayo, formada em Sociologia pela Faculdade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com experiência no campo da saúde coletiva e de questões relativas a violência social.

Para Minayo (2006), para a prevenção e diminuição dos agravos causados pela demanda de pessoas vítimas de violência no âmbito da atenção básica, é preciso uma atenção integral, com ações multiprofissionais, intersetoriais e engajadas. Ademais, além de um cuidado no acolhimento, é preciso fomentar a criação de estratégias de prevenção e de promoção da saúde, para que o usuário não chegue a um ponto crítico, que pode ser o adoecimento ou, até mesmo, a morte (MINAYO, SOUZA, 1998).

Em 1996, a Assembleia Mundial da Saúde convocou a OMS para desenvolver tipologias de violência, com a intenção de especificá-la. Foram, então, divididas em três categorias: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva.

De modo geral, a violência autodirigida trata-se da violência causada por si mesmo, como em casos de suicídios, ideações suicidas, autoagressões e automutilações.

A violência interpessoal refere-se à violência infligida por outro indivíduo, que são as mais comuns, onde uma pessoa causa um dano ou um malefício a alguém. É, enfim, toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa.

Já violência coletiva diz respeito à violência feita em uma grande escala, por grupos maiores ou por estados. Como exemplos temos os grupos políticos, grupos de milícias, organizações terroristas, entre outros (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Um fator que pode ocasionar a disseminação e crescimento da violência no país é o distanciamento dos serviços públicos e desinformação das pessoas sobre seus direitos, no que diz respeito à prevenção ou reparo de manifestação violenta direcionada à ela. É necessário informar as pessoas sobre as mais variadas maneiras de negar e denunciar esses tipos de violência, tendo como aparato legal seus direitos estabelecidos pela Constituição Federal, de 1988.

Desse modo, a saúde pública, em seus variados eixos, vem tentando cumprir esse papel, instituindo espaços de produção de conhecimento sobre o tema, para um maior entendimento dos comportamentos violentos e dos fatores que influenciam nesse processo, sobretudo, dos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. Uma das suas frentes se dá por meio de ações vinculadas a escolas municipais, com o projeto Saúde na Escola (PSE), que busca, dentre outras coisas, fomentar a cultura da paz e a prevenção das violências (BRASIL, 2012).

Nessa esteira, a seguir, apresentamos os aspectos metodológicos desta pesquisa, indicando os procedimentos e abordagens de produção e análise dos dados a luz dos objetivos elencados.

7. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é de caráter qualitativo e utiliza, como técnica de produção de dados, entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde da UBSF Vera Theodoro. Segundo Minayo e Deslandes (2007), na abordagem qualitativa os autores não se preocupam em quantificar dados, mas sim, em entender as relações sociais que podem estar por trás dos dados produzidos. A vivência, os valores e os hábitos são levados em conta na construção de um ponto de vista sobre determinado assunto (MINAYO, DESLANDES, 2007).

No mesmo caminho, Godoy (1995) nos traz que o estudo qualitativo tem o pesquisador como instrumento fundamental e o ambiente natural como fonte direta de produção dos dados. Nesse sentido, o autor diz que a pesquisa qualitativa é descritiva, e pode obter os dados sob a forma de descrição de entrevistas, anotações de campo, fotografias, *videotapes*, desenhos e vários tipos de documentos.

Com base nisso, foram feitas entrevistas semiestruturadas visando capturar um entendimento sobre o tema, através do olhar das pessoas que conhecem e trabalham sobre o território pesquisado. Assim, visamos esclarecer o que efetivamente elas pensam sobre a temática da violência, e se ela existe dentro da referida UBSF, bem como, de que forma elas enxergam esse fato e quais as suas principais manifestações naquele espaço.

As entrevistas foram feitas, então, com profissionais da atenção básica de saúde, pertencentes à Unidade Básica de Saúde São Miguel II. As coletas se deram no ano 2019 e 2020, e tiveram a adesão ao termo de consentimento livre e esclarecido como requisito de participação (apêndice 2). Foram entrevistados 15 profissionais, sendo eles: duas Enfermeiras, uma Médica, duas Técnicas de Enfermagem e 10 Agentes Comunitários. Os funcionários que não são da área da

saúde, como burocratas, seguranças, limpeza e manutenção, não fizeram parte da pesquisa, visto a intenção do trabalho de investigar o olhar do profissional da saúde sobre a violência e suas variações dentro do cenário da atenção básica, tornando esse, então, um critério de exclusão no estudo.

Além disso, outro critério de exclusão foi a não inserção de profissionais que entraram na unidade durante o processo de realização de entrevistas, visto que se pretendeu entender o histórico das pessoas que já fazem parte do processo de trabalho que está instalado no ambiente escolhido.

Essas entrevistas se deram em locais combinados com os profissionais, visando não comprometer o processo de trabalho deles. As mesmas foram conduzidas pelo próprio pesquisador e posteriormente gravadas, a partir da autorização dos profissionais. Depois de transcritas, foram devolvidas aos entrevistados para aprovação do conteúdo. Após isso, obtivemos o material para análise, que se desenvolveu em torno do tema central e dos objetivos elencados neste estudo.

A análise de dados seguiu os pressupostos de Minayo e Deslandes (2007), em que:

A forma de análise, interpretação e inferências pode ser realizada a partir de diferentes abordagens teórico-conceituais. A abordagem mais frequentemente utilizada é a análise de conteúdo. Além desta, sem esgotar o assunto, são apresentadas as seguintes abordagens: análise de discurso, hermenêutica-dialética e análise clínico-qualitativa (MINAYO, DESLANDES, 2007).

Nessa pesquisa foi utilizada a análise de discurso, que tem como objetivo fazer a reflexão geral de textos, produzidos nos diferentes locais possíveis de coleta, de modo a identificar as peculiaridades que constituem as falas dos interlocutores. Essa abordagem parte do pressuposto de que a linguagem está condicionada as estruturas sociais que permeiam os espaços e as culturas locais e, por isso, constitui um importante elemento de diagnóstico de entendimentos instituídos sobre a vida e os aspectos que a cercam.

Procuramos construir uma abordagem metodológica que respeite os aspectos culturais, locais e específicos de cada entrevistado, atentando para expressões, inquietações e outras questões que não estão disponíveis no processo de transcrição das respostas. Nesse sentido, a seguir, apresentamos os aspectos éticos deste estudo.

8. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou a Resolução 466/12 do CONEP e as questões de ética, em que a coleta de dados só deu início após parecer favorável pelo comitê de ética em pesquisa na área da saúde (CEPAS/FURG)². Além disso, o projeto também foi encaminhado para aprovação do Núcleo Municipal de Educação Saúde Coletiva (NUMESC), da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) para a realização do estudo na UBSF.

Assim sendo, no processo de análise e discussão dos resultados, os entrevistados não foram identificados e as informações foram registradas no texto a partir de nomes aleatórios. Aqui, optamos pelas nomenclaturas: entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3, e assim sucessivamente.

9. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em primeiro lugar, de modo geral, no que tange aos objetivos específicos, a atuação dos profissionais em relação a situações de violência me chamaram a atenção. Alguns se mostraram preocupados com essas questões e mais habituados a lidar com elas, enquanto outros, não a entendem como uma demanda comum dentro da UBSF São Miguel II.

Dentro dos principais resultados que surgiram com essa pesquisa, tivemos: A percepção de pouca violência da maioria dos entrevistados, a ideia de que a violência ocorre no horário fora do atendimento da unidade em questão, a

² Número do CAAE: 10758519300005324. Parecer nº 3.359.754.

existência de violência verbal contra os trabalhadores entrevistados e a noção de que muitos casos de violências são silenciados por vários motivos segundo as falas dos Agentes Comunitários de Saúde.

Neste trabalho foi usada a pesquisa qualitativa, com o intuito de entender os processos violentos sob a ótica dos profissionais da saúde, e descobrir qual o nível de interferência em situações violentas no dia a dia dos mesmos. Para isso, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, onde foram coletadas falas de diversos profissionais, em diferentes meses dos anos 2019 e 2020. As entrevistas foram realizadas dentro da própria UBSF, mediante termo de consentimento sendo apresentado, e seguindo os aspectos éticos da pesquisa.

Nessa seção, visamos constituir um panorama geral sobre uma visão esclarecida de violência dos profissionais que estão na porta de entrada do SUS. Para isso, procuramos analisar, da maneira mais imparcial e fidedigna possível, as falas dos entrevistados, de modo a colher sentidos produzidos através da gravação de suas vozes. Foram entrevistados 15 profissionais da Estratégia de Saúde da Família, dentro da unidade básica de saúde a qual os mesmos pertecem. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 15 minutos, a transcrição das entrevistas se deu por meio de escuta e escrita dos áudios gravados com um smartphone Iphone da marca Apple.

Se tratando das estratégias criadas em trabalho para o trato com o tema, pouco escutei nas falas dos profissionais da unidade alguma sugestão ou preocupação com a elaboração de políticas públicas, ou ainda, sobre maneiras de trabalhar de modo mais específico sobre a violência, dentro e fora do âmbito da atenção básica.

Entretanto, notamos que a demanda acaba fazendo com que o atendimento seja mais “clínico”, ou seja, um melhor acolhimento e atendimento requer uma delicadeza extrema, bem como, demanda um maior tempo de triagem e de abordagem psicossocial. Aqui, destacamos a importância da defesa do NASF, de modo a dar conta de cuidados longitudinais e não emergenciais.

Nesse sentido, quando perguntado sobre a preparação da equipe para lidar com casos violentos, o entrevistado número 13 nos diz que:

A gente acaba focando naquela demanda física que tu tens que resolver, sem ficar buscando a história, se é emocional. Acho que a gente não está preparado, acho que a nossa demanda não nos dá espaço para isso, para tentar ajudar melhor aquele paciente, eu acho que justamente por não ser tão frequente a gente perde o manejo nessas questões de violência né?

(Entrevistado 13)

Outro aspecto importante identificado nas entrevistas é a relação que os profissionais fazem entre o regime de atendimento diurno (das 08h00min as 12h00min e das 13h00min as 17h00min) e uma menor demanda de casos de violência que chegam até a UBS. Segundo eles, nesse horário, as demandas são mais calmas. Para evidenciar isso, trago um trecho da fala do entrevistado 10, que diz:

Não. Violento o lugar não é. Ocasionalmente acontece, mas como eu relatei, é esporádico, não é um ambiente violento não. Mas se fosse posto 24 horas, provavelmente mudaria, por que já vem outro tipo de cliente na unidade, que vem até o pessoal... sim e ai estão estressados e tem a espera, de vir de repente uma viatura, uma ambulância, ai não vão ter calma.

(Entrevistado 10)

Reiterando essa concepção, o entrevistado 11 complementa:

E isso é um grande problema, a gente tem uma grande zona de drogas, e a gente sabe que as pessoas são vítimas. Muitas vezes as coisas acontecem fora do nosso horário de funcionamento, por que é a noite ou aos fins de semana, onde a unidade não está aberta, então a gente fica sabendo depois que aconteceu. E às vezes tu vai ver, sofrem com pressão alta, ansiedade e tu vai ver e não é por nada fisiológico, é decorrente do que passou.

(Entrevistado 11)

Assim, no primeiro excerto de fala, notamos a articulação entre o período da noite e uma sensação aumentada de situações e casos de violência. Esse dado pode contribuir para a criação de políticas de educação e qualificação desses profissionais de saúde no que tange ao trato com a violência, sobretudo, aqueles que atuam no período noturno e/ou em plantões. Digo isso pelo fato de algumas pessoas entrevistadas já terem feito escalas em outros locais e em horários noturnos dentro da ESF.

No segundo excerto, fica evidente a relação entre contextos de violência e saúde pública, na medida em que, embora o caso não chegue como demanda até a UBS em virtude do caráter diurno do atendimento, a equipe de saúde exerce um cuidado e um olhar integral a saúde dessas vítimas. Isso se dá, conforme a fala do entrevistado, na observação dos dados clínicos como efeitos de situações e contextos violentos nos quais determinadas pessoas estão imersas.

É importante que se saiba que a violência não é um tema específico da área da saúde, porém há de se saber que ela afeta de variadas formas os fazeres dos profissionais deste segmento. Fazendo um gancho com a literatura, a Organização Pan-americana da Saúde nos traz que: *“a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países”*. (Opas, 1993)

Já no que se refere à violência verbal, as falas se mantiveram em torno do profissional de saúde como vítima. Quando perguntados sobre as situações mais comuns vividas nos processos de trabalho, predominantemente, obtivemos respostas sobre uma postura agressiva a qual os usuários costumam adotar ao se relacionar com os profissionais da UBS e determinados serviços. Algumas falas, inclusive, atribuem esse comportamento ao desconhecimento dos usuários sobre o processo de rede que ocorre entre os dispositivos de saúde, para que o atendimento aconteça. Isso fica evidente na fala do entrevistado 9, quando ouvimos a seguinte frase:

Os familiares não entendem as limitações das coisas que a gente tem, e aí cobram coisas, com uma forma agressiva. Mas eles querem pra ontem, eles acham que se as coisas não andam a culpa é da unidade e do profissional, apesar de que é mais fácil tu colocar a culpa assim do que ir atrás do que realmente acontece. A falta de estrutura familiar é bem gritante aqui.

(Entrevistado 9)

Assim, para além de um desconhecimento do trabalho em rede, as configurações familiares do contexto sociocultural da UBSF foram destacadas como possíveis causas de um modo agressivo e violento de se comunicar com os profissionais e serviços de saúde³.

Outro resultado importante se refere ao modo como, principalmente, os agentes comunitários de saúde (ACS) lidam com o tema e com as perguntas feitas. Na maior parte dos casos, eles disseram que, por serem pertencentes ao bairro, muitos casos ficam negligenciados pelas vítimas, que temem que a proximidade do profissional com seu contexto de vida possam gerar consequências adversas e/ou perigosas.

Como um dos efeitos dessa omissão por parte da vítima, é a não notificação no registro de agravos do sistema de vigilância em saúde, fazendo com que não tenhamos os casos violentos registrados na sua totalidade. Por conta disso, é prevista uma subnotificação, e, sobretudo, certa dificuldade de levar a violência em conta na proposição de estratégias de cuidado àquele usuário dos serviços de saúde.

Outro aspecto que chama a atenção nesse processo de omissão de denúncia ou exposição, por parte da vítima, é o medo que elas têm de revelar algo que possa gerar um processo judicial ou criminal contra alguém, que, na maior parte dos casos, é um familiar ou um conjugue, ou seja, alguém próximo a vítima.

³ Aqui, não entramos no mérito de valorar determinadas famílias como estruturadas e, por isso, melhores, e outras, desestruturadas, como piores e violentas. Destacamos, sobretudo, os sentidos e verdades sobre possíveis causas de uma comunicação agressiva presente na visão de um dos profissionais entrevistados.

(...) já tive gente vindo aqui que se envolveram com brigas, tomaram facada ou algo do tipo, mas é algo esporádico, de brigas familiares, também não é comum, e quando ocorre eu falo pra fazer notificação e não querem, então eu acho que também por isso, por a agente estar aqui, e leve aquilo adiante, então muita gente sofre calado, e outras violências a gente não tem atendido muito, as vezes falam que foi outra coisa, não é algo muito comum.

(Entrevistado 13)

Observa-se, nessa fala, que a violência é tomada, por profissionais de saúde da UBSF, como algo que não acontece comumente. Porém, o próprio excerto deixa evidente que há um significativo silenciamento das vítimas em levar denúncias e notificações adiante, o que é diferente de uma não ocorrência da violência. Minayo (1994) vem reforçando isso nos falando que o problema crônico específico dos casos por violência é a subnotificação, já que a mesma envolve problemas sociais, tais como informações policiais e médicas que atrapalham o processo e caem em um “buraco negro de outras violências” ou são simplesmente esquecidas.

Diante disso, cabe a problematização sobre quais são, efetivamente, as condições que inibem a exposição e denúncia de casos de violência aos profissionais da UBS e outros dispositivos de proteção? Ainda há espaço para respostas que culpam ou responsabilizam as vítimas pela não denúncia, como se essas tivessem, de fato, escolhido pela manutenção de suas vidas em contextos violentos? A questão é tão individual assim, que nos permite dizer que a vítima escolheu ou não denunciar?

Destacamos, para finalizar a apresentação dos dados deste breve estudo, que é preciso pensar quais condições sociais, políticas, econômicas e culturais estão determinando a violência na vida de milhares de pessoas, de modo a não encontrarem brechas plausíveis para denunciarem ou escaparem de relações e contextos agressivos e violentos. Na mesma linha, é preciso que os profissionais de saúde tenham acesso a tais debates e problematizações, para que repensem suas práticas e abordagens diante do tema para além do senso comum.

Embora este não seja objetivo da pesquisa, reiteramos que os dados demonstram que a temática, na articulação com a saúde pública, é complexa e demanda significativo volume de dados e análise para uma compreensão mais ampla e cuidadosa do assunto, o que já demarca uma limitação deste exercício de pesquisa. Assim, na próxima seção, apresentamos as considerações finais do estudo, dialogando, especialmente, com os objetivos apresentados.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito as percepções de violência dos profissionais entrevistados, destacamos que há uma inclinação para a percepção da violência verbal e física, na medida em que os depoimentos puderam transitar entre práticas de agressividade no modo de comunicar-se e de situações de violência doméstica. A atuação desses, nos casos relatados, vai desde a identificação da importância do tema no âmbito da saúde pública, desde compreensões de que a violência é uma demanda pouco comum da unidade.

Notamos, no que se refere as estratégias criadas, a relevância de uma atuação mais clínica sobre o tema, identificando efeitos de violência no cuidado integral com o usuário. Sobre esse aspecto, fica evidente a importância dos serviços do NASF, por exemplo, e que recentemente foi substituído por equipes multiprofissionais em Rio Grande, fato esse que nos faz refletir e questionar a maneira como esse serviço se sustentará daqui pra frente.

Adiante, a figura do ACS se destaca como um profissional que, paradoxalmente, tem limitações às denúncias de moradores do território para a equipe de saúde da UBS, por se tratar de pessoas que moram no território e que na grande maioria dos casos, gera certo desconforto no relato das vítimas, mas que, ao mesmo tempo, pode potencializar o processo de notificação, na medida em que está imerso na complexidade sociocultural das famílias e pessoas vítimas de violência no território.

Por fim, este estudo pôde concluir que há muito ainda a ser debatido, pesquisado e problematizado entre violência e saúde pública, e que esse tema

constitui um solo fértil de diagnóstico dos modos de vida, sentidos e comportamentos das pessoas e profissionais de saúde na contemporaneidade. Esperamos que a leitura do estudo tenha aguçado os interesses dos leitores para tais questões, bem como, a construção de pesquisas futuras, com outros enfoques e abordagens, que podem vir a qualificar esse campo ainda pouco explorado, especialmente, na área da Educação Física.

Concluindo, a violência de alguma forma despertou na minha cabeça, uma vontade de falar sobre o tema, de buscar esclarecer e perceber como as pessoas que me cercam e que estão trabalhando na atenção básica lidam com ele. Foi de suma importância me colocar no lugar de pesquisador para identificar que ainda temos muito para aprender e para melhorar dentro de questões que envolvem a violência. Espero que este trabalho desperte mais perguntas do que respostas no âmbito da saúde coletiva, já que a meu ver não se pode naturalizar mais ou seguir culturalizando aspectos, ações e atitudes violentas, sejam elas quais forem.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

BIELLA, J. **Mulheres em situação de violência** – Políticas Públicas, Processo de Empoderamento e a Intervenção do Assistente Social. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico Departamento de Serviço Social. Florianópolis – SC, 2005.

BRASIL, Ministério da Educação, CNE. **Ofício 968/2018** SESU/MEC. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **LEI 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

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

CARVALHO, V. **Violência: Um Complexo Fenômeno Sociocultural Universal**. São Paulo: Universidade de Votuporanga, 2007, p.149-154.

CERQUEIRA et al. **Atlas da Violência**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum de Segurança Pública. Rio de Janeiro, 2018.

CORRÊA et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, 27(3): 428-433, jul./set., 2014.

CRUZ et al. Vitimização por violência urbana em uma cidade de médio porte do sul do Brasil. **Revista Brasileira Epidemiológica**: 14(1): 15-26, 2011.

DAHLBERG, L; KRUG, E. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

DATA POPULAR. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**. Instituto Patrícia Galvão, Caderno Campanha Compromisso e Atitude, 2013.

DAY et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, 25, (suplemento 1): 9-21, abril, 2003.

GODOY, A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63 Mar./Abr. 1995.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência**. Acesso disponível em www.ipea.gov.br/atlasviolencia/.

MINAYO, M. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994.

MINAYO, M. **Violência e Saúde**. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p.

MINAYO, M; DESLANDES, S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M; SOUZA, E. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, IV(3): 513-531, 1998.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1993. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)

PIRROTA, et al. Enfrentamento da violência pela saúde. Editorial, **Boletim do Instituto de Saúde**, Volume 14 - Número 3 - Agosto de 2013. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 julh. 2020.

PORTALG1. **Brasil registra queda de 22% nas mortes violentas em 9 meses**, revela índice nacional de homicídios. G1, 2019. Disponível em <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/11/25/brasil-registra-queda-de-22percent-nas-mortes-violentas-em-9-meses-revela-indice-nacional-de-homicidios.ghtml>. Acesso em: 20 julh. 2020.

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista

12. O que você entende por violência? Quais os tipos que você conhece?
13. Você considera o bairro em que você trabalha violento?
14. Você já passou por alguma situação de violência?
15. No seu trabalho, existem formas de violência acontecendo? Se sim, quais?
16. Dentro da UBSF Vera Theodoro, a violência moral entre os profissionais está presente? Como ela chega até o seu dia-a-dia?
17. Você já presenciou alguma violência dentro da UBSF Vera Theodoro? Se sim, qual?
18. Com que frequência algum usuário (a) traz até você uma queixa de violência?