

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA

IVANISE REBELLO SILVA

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AS QUESTÕES BIOÉTICAS EM SUAS PRÁTICAS.**

POUSO ALEGRE / MG

2018

IVANISE REBELLO SILVA

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AS QUESTÕES BIOÉTICAS EM SUAS PRÁTICAS.**

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

Área de concentração: Bioética, Os Ciclos da Vida e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho

POUSO ALEGRE / MG

2018

Silva, Ivanise Rebello.

Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica e as Questões Bioéticas em suas práticas. / Ivanise Rebello Silva. Pouso Alegre, 2018.

135f.

Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade do Vale Sapucaí, 2018.

Orientador: Dr. Marcos Mesquita Filho


1. Violência Doméstica. 2. Bioética. 3. Agente Comunitário de Saúde

I. Título

CDD: 174.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada “PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AS QUESTÕES BIOÉTICAS EM SUA PRÁTICA” foi defendida, em 31 de agosto de 2018, por IVANISE REBELLO SILVA, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98000194, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS
Orientador



Prof. Dr. José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS
Examinador



Profa. Dra. Maria José Martins Duarte Osis
Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ
Examinadora

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho a todas as pessoas vítimas de violência doméstica, que em meio à dor, à vergonha e aos desafios impostos por sua condição, dão conta de denunciar e expor suas mazelas, para que profissionais de saúde, governantes, e população possam fazer a sua devida parte: acolhimento, suporte e humanização.”

AGRADECIMENTOS

Há pessoas e pessoas em nossa jornada, aquelas que sabem que estão presentes e aquelas que pela simples presença ou por seu constante incentivo e delicadeza nem se dão conta da valiosa contribuição;

Por todos que acreditaram que eu seria capaz;

Ao meu orientador, coordenador substituto, Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho, homem o qual admiro profundamente devido à sua grandeza e a capacidade de agregar pessoas e ideias. Por toda sua paciência, sua confiança, e sua insistência, sem a qual talvez não tivéssemos alcançado sucesso;

À presença constante do Life, meu companheiro de todas as horas, dos tempos incertos e difíceis, mas também do sorriso fácil; minha escolha diária, sem o qual não teria tido pernas para dar conta;

À presença silenciosa da Nina, e à ausência da Helena, minhas filhas, minha maior criação; por terem paciência com essa mãe, ora presente, ora ausente, ora organizada, ora desorganizadora;

Aos exemplos de mulheres fortes que me iluminaram ao longo de minha vida acadêmica e de trabalho: Dra. Ellen Hardy, minha grande inspiradora, Ms. Débora Bossemeyer, Ana Luiza Ramos;

À minha mãe Cidoca, que sempre me deu suporte quando precisei de um teto; saber que mesmo já crescida, o colo à espera se fez presente sempre;

Ao meu pai Tião da Zefa, por ser um homem, trabalhador incansável, exemplo de vida dedicada ao trabalho e referência de muitas coisas que ainda acredito;

Aos meus sogros, casal exemplar na condução de uma casa viva, cheia de energia, de afeto, acolhedora, e que muito me honra chamar de família;

À minha irmã Roseane Rebello Silva Meira por seu carinho, por suas preocupações, por seu cuidado comigo, e por me permitir simplesmente ser;

Ao Vitor Meira Monteiro pelo incentivo, pela amorosidade velada, no momento crucial, me empurrando para terminar, quando pensei que tudo ia ruir;

A meu colega de trabalho Ramiro da Vigilância Epidemiológica da SMS de Pouso Alegre por entender minhas ausências;

Aos ACS que participaram do estudo e que dispuseram de seu tempo para compartilhar experiências e impressões comigo especial agradecimento;

À Secretaria Municipal de Saúde pela receptividade e apoio;

Edézia, Jennífer, Marcela, mulheres presentes e amigas durante o mestrado;

Ao Coordenador e Professor Dr. José Vitor e ao Professor Dr. Marcos Antônio Batista, pela imensa colaboração durante o exame de qualificação;

À querida Professora Camila, presença fugaz, mas muito marcante, que traz em si a capacidade de agregar a bravura dos que ainda se dispõem a lutar por um mundo melhor;

Aos colegas do MG Transplantes, pelo espírito de equipe. Foram muitas as trocas de plantão, e as escalas adequadas às necessidades de meus estudos. Agradeço a motivação que recebi de vocês;

E aos amigos e familiares, sem exceção, que acompanharam mais de perto esses meses de dedicação ao mestrado, apoiando, incentivando e compartilhando comigo momentos de alegria e tristeza. Muitas vezes ajudaram-me a recompor minhas forças e a acreditar que tudo daria certo;

Àqueles que por algum motivo não puderam estar presentes, como a distância física, a certeza de que suas vibrações, seus pensamentos e seu carinho chegaram até mim.

“...Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver do Universo. Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer, Porque eu sou do tamanho do que vejo, E não do tamanho da minha altura...”

(Primeira estrofe do poema Minha Aldeia, de Alberto Caieiro, heterônimo de Fernando Pessoa.).

“Somos responsáveis não só pelo que fazemos, mas também pelo que poderíamos ter impedido e deveríamos pensar nas consequências daquilo que fazemos e igualmente nas consequências daquilo que decidimos não fazer”.

Peter Singer

*Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer difícil de mudar.*

Silva, I.R. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica e as Questões Bioéticas em suas práticas. Pouso Alegre. p.135. Dissertação (Mestrado em Bioética). UNIVÁS/MG.

RESUMO

A violência é um fenômeno histórico-social, que tem permeado toda a experiência da humanidade e transforma-se em problema de saúde pública quando afeta a saúde individual e coletiva, e requer uma reorganização de políticas específicas, de serviços e práticas próprias do setor. A violência é vista como um fenômeno amplo, diverso e complexo, envolvendo várias causas e diversas tipologias. O impacto social, os custos agregados de atenção à saúde, os custos à sociedade da violência são, portanto, enormes. Não têm sido observados muitos estudos que tenham adotado como temática as observações feitas pelos agentes comunitários de saúde com relação à violência doméstica. Assim como a Saúde Pública a Bioética deve abordar a Violência, principalmente a Doméstica e/ou Intrafamiliar, por esta diminuir a qualidade de vida das pessoas e causar adoecimentos e mortes. É preciso dar subsídios teórico-práticos aos profissionais para detectar situações de violência, encontrar a forma de abordar as famílias e dar encaminhamento tanto aos casos de violência quanto de uso de álcool/drogas. Considerando esse contexto, o objetivo do presente estudo foi conhecer e analisar a percepção dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o reconhecimento da violência doméstica e/ou intrafamiliar no seu cotidiano, além dos problemas éticos vivenciados por eles para a tomada de decisão nesses tipos de situação. Foi uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com profissionais representantes de todas as 26 equipes da ESF do município de Pouso Alegre, sul de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas e para a análise de dados foi utilizado, baseado na Teoria das Representações Sociais, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como proposto por Lefréve e Lefréve. O estudo apontou que apesar do profissional de saúde da família reconhecer a violência como questão de saúde, ainda é necessário formular e programar políticas que melhorem e ampliem a oferta de serviços e a resolubilidade das ações, buscando com isso, promover visibilidade à violência.

Palavras chave: Violência Doméstica; Violência Intrafamiliar; Bioética; Agente Comunitário de Saúde.

Silva, I.R. Perception of Community Health Agents on Domestic Violence and Bioethical Issues in their practices. Pouso Alegre. p.135. Dissertation (Master in Bioethics). UNIVÁS /MG

ABSTRACT

Violence is a historical-social phenomenon that has permeated the whole experience of humanity and has become a public health problem when it affects individual and collective health and requires a reorganization of specific policies, services and practices of the sector. Violence is seen as a broad, diverse and complex phenomenon, involving several causes and different typologies. The social impact, the aggregate costs of health care, the costs to the society of violence are therefore enormous. Many studies that have adopted as thematic the observations made by the community health agents regarding domestic violence have not been observed. Just as Public Health Bioethics must address Violence, especially Domestic and / or Intrafamily Violence, because it reduces the quality of life of people and cause illness and death. It is necessary to give theoretical-practical subsidies to professionals to detect situations of violence, to find a way to approach families and to refer to both cases of violence and alcohol / drug use. Considering this context, the objective of the present study was to know and analyze the perception of the professionals of the Family Health Strategy (FHS) on the recognition of domestic and / or intrafamily violence in their daily lives, as well as ethical problems experienced in decision-making in these types of situations. It was a qualitative research carried out with professional representatives of all the 26 teams of the ESF of the municipality of Pouso Alegre, south of Minas Gerais. Data collection was done through semi-structured interviews and data analysis was used, based on the Social Representations Theory, Collective Subject Discourse (DSC) as proposed by Lefrève and Lefrève. The study pointed out that although the family health professional recognizes violence as a health issue, it is still necessary to formulate and plan policies that improve and broaden the offer of services and the resolubility of actions, seeking to promote visibility to violence.

Key words: Domestic violence; Intrafamiliar violence; Bioethics; Community Health Agent

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

IC – Ideias Centrais

AC – Ancoragem

ECH – Expressões Chaves

IAD 1 – Instrumento de Análise do Discurso

IAD 2 – Instrumento de Análise do Discurso

PIB – Produto Interno Bruto

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVÁS – Universidade do Vale do Sapucaí

PNRMMAV – Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

CID – Classificação Internacional de Doenças

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VD – Violência Doméstica

BI – Bioética da Intervenção

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Significados de Violência Doméstica e contribuição porcentual de cada Ideia Central	79
Figura 2 – Significados de Violência Doméstica e Ideias Centrais	80
Figura 3 – Ideias centrais sobre “como o ACS lida com as situações de violência” e contribuição proporcional de cada Ideia Central	93
Figura 4 – Ideias Centrais a respeito de “Como o Agente Comunitário de Saúde lida com as situações de violência”	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Significados de Violência Doméstica e/ou Intrafamiliar	72
Quadro 2 – Ideias Centrais	76
Quadro 3 – Significados de como você lida com as situações de violência quando se depara com elas	81
Quadro 4 – Ideias Centrais	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos ACS.....	70
--	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Violência, Saúde Pública e Bioética.....	26
2.2. Conceito de Violência e suas manifestações	32
2.3. Violência como problema de saúde pública	36
2.4. O SUS e a política de enfrentamento da violência	38
2.4.1. A incorporação do tema violência no setor saúde	38
2.4.2. O significado e a importância de políticas públicas para o enfrentamento da violência	40
2.4.2.1. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência – Portaria GM/MS nº737 de 16/05/01	40
2.4.2.2. Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde – Portaria 936, de 18 de maio de 2004	41
2.4.2.3. Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria GM/MS nº de 30 de março de 2006.....	42
2.5. O papel do setor saúde no enfrentamento das violências, na Promoção da Saúde e na Cultura de Paz	43
2.6. Bioética	46
2.7. Diálogo com a Bioética de Proteção e de Intervenção	48
2.7.1. Bioética na América Latina e no Brasil	49
3. OBJETIVO	54
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	55
4.1. Delineamento do estudo	55
4.2. Cenário do Estudo	56

4.3. Local de estudo	58
4.4. Método do Discurso do Sujeito Coletivo	58
4.5. Participantes do estudo, amostra, amostragem, critério de inclusão e exclusão.....	60
4.5.1. Critérios de Inclusão	61
4.5.2. Critério de Não Inclusão	61
4.5.6. Critério de exclusão	62
4.6. Coleta de dados.....	62
4.7. Instrumento de coleta de dados	63
4.7.1. Estratégia de Interpretação e Análise de Dados.....	63
4.8. Pré-teste.....	66
4.9. Procedimentos Éticos	67
5. RESULTADOS	68
5.1. Dados Gerais – Características sociodemográficas dos ACS	68
5.2. Temas estudados, agrupamentos, ideias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo	71
5.2.1. Tema 1: Significado de Violência Doméstica e/ou Intrafamiliar	72
5.2.2. Tema 2: Significado de “Como você lida com as situações de violência quando se depara com elas?”	81
6. DISCUSSÃO	95
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
8. CONCLUSÕES	109
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada–.....	126
APÊNDICE B - Protocolo de Dados Sócio-Demográficos.....	127
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	128
APÊNDICE D - Solicitação De Consentimento Institucional Para Realização	

da Pesquisa.....	130
ANEXO 1 – Autorização Institucional.....	131
ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado.....	132

“Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem que descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”

(Freud em "O mal-estar na civilização", 1929)

1. INTRODUÇÃO

Trabalhar na Estratégia Saúde da Família é um projeto, onde se vai construindo conhecimentos sobre o processo saúde-doença, sobre a integralidade do cuidado e, principalmente, sobre a determinação social ou a multiplicidade de determinantes que podem atravessar a saúde das pessoas e da comunidade. Mobiliza o interesse pela organização do trabalho da equipe de saúde da família, principalmente porque ela acolhe demandas que vão além da proposta de curar doenças ou de recuperar a saúde, apontando para aspectos que se relacionam às condições gerais de vida das pessoas, desde aspectos materiais até subjetivos.

Trabalhar na Saúde da Família proporciona conceber o processo saúde-doença, como algo que se constrói na esfera política, social, biológica ou psicológica. Concepção do cuidado em saúde como algo que vai mais além da oferta de procedimentos individualizados como a medicação ou a orientação. O trabalho é realizado nas redes de atenção, no território, no diálogo, com respeito, proporcionando autonomia às pessoas e atenção integral às suas necessidades de saúde.

Foi nesse cenário que fui percebendo, que fui notando que problemas relacionados à violência doméstica, ao uso de drogas, à violência social, e aos transtornos mentais, pareciam por demais desafiadores aos profissionais da Atenção Básica (AB), e exigiam mudanças no âmbito da formação do profissional, na prática e na própria organização do trabalho, no serviço de saúde (mudança de modelo assistencial).

Um modelo de assistência que se aproxima dos princípios e das diretrizes do SUS, como a Integralidade, Intersetorialidade e Participação Social. Um cuidado em saúde que se volta para a família e para a comunidade, na perspectiva da promoção da saúde, prevenção e tratamento.

Segundo Artières (2004) é da própria experiência do pesquisador que surge o problema a ser pesquisado e não há naturalidade nesse processo, rompendo, já de início, com a neutralidade científica.

Um dos grandes desafios de escrever uma pesquisa sobre o tema da violência, pois impera a política do silenciamento, da invisibilidade e, muitas vezes, é vista como algo natural.

A violência é um fenômeno histórico-social, que tem permeado toda a experiência da humanidade e transforma-se em problema de saúde pública quando afeta a saúde individual e coletiva, e requer uma reorganização de políticas específicas, de serviços e práticas próprias do setor (MINAYO, 2005).

Sobre a trajetória do estudo:

Dentre os vários tipos de violência, escolhemos trabalhar com a violência doméstica, que traz consequências significativas para a saúde física e psicológica das vítimas. No entanto, chama atenção, que em muitos lugares ao redor do mundo, os serviços disponíveis não atendem às necessidades das pessoas que passam por tal situação e nem tem em seus quadros profissionais qualificados para este atendimento.

Cabe lembrar que o enfrentamento da situação requer, entre outras coisas, a garantia de atendimento qualificado e humanizado para não agravar o sofrimento da vítima, com rede de atendimento fortalecida e profissionais capacitados. Isso porque as consequências da violência envolvem aspectos físicos, psicológicos e sociais, que devem ser priorizados no contexto da formulação e implementação destas políticas públicas de saúde, considerando os dilemas bioéticos envolvidos no evento, especialmente se vistos sob a perspectiva da bioética do risco e proteção.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem enormes potencialidades e recursos que podem ser oferecidas através da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Existem muitos desafios na prática cotidiana do profissional de saúde, quanto ao acolhimento das situações de violência, inclusive a intrafamiliar no contexto da saúde, particularmente na ESF, mas ao mesmo tempo, as políticas não saem do papel.

A Bioética dá subsídios para trabalharmos diversas temáticas relevantes para a Saúde Pública, pois este campo da saúde estuda os processos de saúde-doença nas coletividades, levando-se em consideração as diferentes realidades, o que deve propiciar distintas discussões bioéticas no contexto das políticas públicas. Fortes e Zoboli (2004) afirmam que a reflexão Bioética no Brasil acontece dentro de um processo de intensa

urbanização, transição demográfica e epidemiológica e também da ampliação da Violência como um problema de Saúde Pública, permeado pela não garantia dos direitos humanos.

Sendo assim, os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, se apresentam como importantes colaboradores para o enfrentamento desse grave problema social. A ESF apresenta-se como local propício para a detecção precoce de casos de violência doméstica, contudo, os Agentes comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pelo elo de comunicação entre os usuários e os serviços, encontram-se despreparados para atender estas pessoas em situação de violência. De fato, a ESF pode contribuir para o enfrentamento da violência, valorizando os ACS e as ações de saúde presentes nas unidades, implementando atividades de prevenção primária à violência. Porém, para isso, deve-se priorizar a capacitação dos profissionais de saúde para abordarem esse tema em suas práticas cotidianas.

O ACS tem suas ações pautadas na prevenção e promoção da saúde da comunidade, portanto, investir na sua qualificação e formação técnica resulta no fortalecimento da ESF e do SUS. Todos os ACS residem na área de abrangência da ESF, e, de maneira geral, o agente é conhecido da comunidade. Este funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (LEVY, MATOS & TOMITA, 2004). Porém a ameaça do agressor aos profissionais é um argumento invocado, com certa frequência, para justificar a não-notificação dos casos de violência (GONÇALVES & FERREIRA, 2002).

No âmbito do SUS, uma das questões centrais refere-se à responsabilidade do Estado em garantir o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde como direito de todos, bem como, à garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1988). O exercício desse papel inclui necessariamente o sentido de proteção aos direitos básicos do cidadão, neles incluído o primário direito à vida. Em que pese à abrangência dos aspectos conceituais que envolvem esse direito, destaque pode ser dado à convivência saudável como evento representativo da garantia dos direitos de cidadania.

O que tem sido visto na prática da Atenção Básica (AB) é resultado de ações pulverizadas, desarticuladas, sobrepostas, as quais revelam a inexistência de uma rede integrada de atenção à saúde da pessoa vítima de violência doméstica. A Atenção Primária

à Saúde (APS) não tem sido capaz de ser o fio condutor do ingresso da vítima no sistema, nem tem conseguido garantir a articulação com os outros níveis de atenção. Necessidade de garantir proteção, equidade, cuidado, e de fazer justiça aos vulneráveis.

A escassez de dados sobre violência no município, e principalmente nas áreas adstritas das ESF, direcionou o foco do estudo para a ocorrência de violência e a percepção dos profissionais destas unidades sobre o assunto, acreditando ser este um dos caminhos necessários para dar visibilidade ao fenômeno, abrindo espaço para o seu enfrentamento, assim como uma discussão Bioética acerca da precariedade de condições existentes para o seu entendimento pelos profissionais encarregados de torná-la visível.

Durante o trabalho da pesquisadora nas Unidades Básicas de Saúde, em contato com as ACS, as demandas por encaminhamento e orientação sobre casos de violência, levou ao questionamento sobre uma omissão ou o não reconhecimento da importância do tema. Tudo isso nos motiva a dialogar com a Bioética, que é um campo de saberes que nos proporcionará uma aproximação maior com o tema. Pretende-se estabelecer uma reflexão crítica sobre a questão, dar visibilidade à problemática e contribuir com dados empíricos para formulação de práticas assistenciais em saúde, e de políticas públicas locais para o seu enfrentamento.

2. MARCO TEÓRICO

A violência é um fenômeno histórico-social, que acompanha a experiência da humanidade e transforma-se em problema de saúde pública quando afeta a saúde individual e coletiva e exige uma reorganização de políticas específicas, de serviços e práticas peculiares ao setor (MINAYO, 2005). A violência doméstica traz consequências significativas para a saúde física e psicológica das vítimas. No entanto, segundo a autora, em muitos lugares ao redor do mundo, os serviços disponíveis não atendem às necessidades das pessoas que passam por tal situação.

O modelo de atenção e cuidado à saúde da Estratégia de Saúde da Família parte da premissa de que a unidade de saúde da família é o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexo. Além disso, busca-se conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de vulnerabilidade existentes na comunidade e também desenvolver ações curativistas, educativas, promocionais e intersetoriais junto aos usuários e à comunidade. Esse modelo tem lutado para transformar a atenção centrada no curativismo e nos procedimentos em atenção centrada no usuário e na família (Programa Saúde da Família, 2000), além de serem responsáveis pelo elo entre a comunidade e a equipe de saúde (PINTO, 2010).

Dentre os profissionais das equipes de Saúde da Família, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) merece ênfase, pois a ele são atribuídas funções estratégicas e complexas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) compõem um grupo de profissionais da saúde responsável por, juntamente com os demais trabalhadores das unidades de saúde nos quais estão inseridos, contribuir com a qualidade de vida da comunidade. Essas ações são realizadas por meio da prestação de assistência, tendo como premissa a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de visitas domiciliares, cadastro e encaminhamento das famílias às unidades, sendo verdadeiros elos do contato dos pacientes com os demais profissionais inseridos no sistema (ALONSO, 2018).

Os ACS também realizam orientações sobre educação em saúde e hábitos saudáveis, fazem o monitoramento das situações de risco e estimulam a comunidade a participar das questões direcionadas às ações em saúde. Além disso, ao irem ao encontro dos pacientes, os ACS têm a possibilidade de identificar as necessidades apontadas pelos usuários e observar demais fatores que podem estar relacionados com o problema apresentado ou vir a contribuir com o aparecimento de outros. Podem ser descritos, nessa dimensão, como a base do SUS, por estarem desempenhando o papel estratégico na consolidação de um modelo alternativo ao curativo, hospitalocêntrico, para um modelo de atenção baseado na promoção da saúde (BARALHAS, 2013).

Salienta-se que o ACS tem apresentado destaque no enfrentamento dos casos de violência, pois durante a realização da visita domiciliar tem o privilégio de estar mais presentes nas famílias e na comunidade, tendo a possibilidade de presenciar e/ou identificar os casos de violência no espaço doméstico. Os agentes comunitários de saúde não são somente agentes de paz, mas também podem atuar na prevenção da violência, na sua notificação e na denúncia. Além disso, o único trabalhador que obrigatoriamente reside na comunidade onde trabalha. Seu trabalho é pautado no contato direto, contínuo e ininterrupto com a comunidade (JARDIM, 2009).

Os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, se apresentam como importantes colaboradores para o enfrentamento desse grave problema social, que é a violência. A ESF apresenta-se como local propício para a detecção precoce de casos de violência doméstica, contudo, os ACS encontram-se despreparados para atender estas pessoas em situação de violência. De fato, a ESF pode contribuir para o enfrentamento da violência, valorizando os ACS e as ações de saúde presentes nas unidades, implementando atividades de prevenção primária à violência. Porém, para isso, deve-se priorizar a capacitação dos profissionais de saúde para abordarem esse tema em suas práticas cotidianas.

Dentre os requisitos para exercer a profissão, está a conclusão com aproveitamento do curso de qualificação básica para a formação de ACS. Realidade nem sempre observada nos municípios brasileiros, já que muitos desses nunca receberam nenhuma qualificação ou capacitação para o serviço em saúde, seja pela necessidade imediata de trabalho, ocupação de cargos ociosos seja pela falta de políticas de educação permanente no interior das

secretarias e órgãos competentes, pela rotatividade de profissionais que vem sinalizando nos estudos uma precarização do trabalho do ACS.

O ACS é considerado um elo que liga a equipe de saúde da família à comunidade assistida, relação que se deve basear na confiança que fortalece as ações e antecipa o diagnóstico das situações de risco, atuando dessa maneira, como agente de organização da comunidade.

Contudo, estudos já apontam que a formação e processo de profissionalização desse agente deve ser revista e amplamente discutida, tendo em vista a amplitude de suas atribuições. O perfil desse agente desenha-se como um profissional que deverá ser capaz de encontrar soluções criativas para problemas complexos do cotidiano de um território, que, além disso, tenha destreza para o diálogo, acolhimento, capacidade de compreender diferentes culturas e valores e, acima de tudo, saiba trabalhar em equipe.

Para Oliveira (2011) a ESF oferece possibilidade de contato mais próximo com as vítimas de violência familiar, principalmente mulheres, crianças e idosos, e permite acolhê-los a fim de ser reconhecido o problema e serem evitados incidentes mais graves. Mas a prática profissional não dispõe de ferramentas para o reconhecimento, nem tampouco para o enfrentamento da violência. Quando esta é reconhecida, não é devidamente valorizada, pois o saber que orienta as práticas, em geral, está centralizado nas queixas e nos danos físicos.

Dentre os profissionais das equipes de Saúde da Família, o trabalho do ACS merece ênfase, pois a ele são atribuídas funções estratégicas e complexas, além de serem responsáveis pelo elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Salienta-se que o ACS tem apresentado destaque no enfrentamento dos casos de violência, pois durante a realização da visita domiciliar tem o privilégio de estar mais presentes nas famílias e na comunidade, tendo a possibilidade de presenciar e/ou identificar os casos de violência no espaço doméstico. Os agentes comunitários de saúde não são somente agentes de paz, mas também podem atuar na prevenção da violência, na sua notificação e na denúncia. (HESLER, 2013)

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das questões centrais refere-se à responsabilidade do Estado em garantir o acesso universal e igualitário a ações e serviços

de saúde como direito de todos, bem como, à garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1988).

O exercício desse papel inclui necessariamente o sentido de proteção aos direitos básicos do cidadão, neles incluído o primário direito à vida. Em que pese à abrangência dos aspectos conceituais que envolvem esse direito, destaque pode ser dado à convivência saudável como evento representativo da garantia dos direitos de cidadania.

É vital que os profissionais futuramente estejam aptos a dar soluções aos novos desafios que se apresentam na atenção à saúde desse segmento da população. Para isso, destaca-se a necessidade do ensino da ética aos profissionais da saúde, tanto como fator de suporte e balizamento da formação do caráter, na dimensão pessoal, quanto como elemento indispensável ao cuidado com a vida e integridade do semelhante (SCHUCH, 2009).

Verificam-se, por meio da literatura existente, poucos estudos que abordam a relação entre a percepção dos profissionais sobre a violência e o não privilégio da discussão Bioética, indicando a sua importância e necessidade.

2.1. VIOLÊNCIA, SAÚDE PÚBLICA E BIOÉTICA.

Verificam-se, por meio da literatura existente, poucos estudos que abordem a relação entre Bioética e Violência, e estes constatarem o não privilégio da Bioética na Violência, indicando sua necessidade e importância. Assim como a Saúde Pública a Bioética deve abordar a Violência, principalmente a Doméstica e/ou Intrafamiliar, por esta diminuir a qualidade de vida das pessoas e causar adoecimentos e mortes.

Um dos pontos relevantes para se entender a relação existente entre Bioética e violência é também compreender a percepção dos profissionais que estão na linha de frente do trabalho com a população sobre estas situações de violência doméstica.

Compreende-se violência doméstica (VD) como todo ato ou omissão cometido por um membro da família em uma posição de poder, independentemente de onde ocorra, que prejudique o bem-estar físico, a integridade psicológica, a liberdade ou o direito ao desenvolvimento integral de outro membro da família (SHRADER & SAGOT, 2000). A

violência física é uma covardia, porque se processa sempre do mais forte contra o mais fraco, do homem para a mulher, do poderoso para o humilde, do adulto para a criança, caracterizando as violências interpessoais (BRASIL, 2005). A violência intrafamiliar é a que ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos.

Pelo fato de a atenção primária à saúde (APS) atingir a maior parte da população, considera-se este nível de atenção bastante estratégico para a detecção e implementação de práticas de prevenção à violência doméstica. Diante deste contexto, torna-se fundamental considerar os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), pois estes profissionais representam o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vivem e trabalham, estabelecendo um contato mais próximo com as famílias do que outros profissionais, o que poderia facilitar o trabalho de vigilância e promoção de saúde (RONZANI, CASTRO & FORMIGONI, 2008;).

A violência e suas consequências negativas sobre a saúde são uma violação dos direitos humanos, não escolhendo classe social, raça, credo, etnia, sexo e idade (SANCHEZ, 2003). Todas as formas de abuso, isto é, toda situação em que um sujeito não tem condições físicas e/ou psicológicas de suportar, deixam marcas no corpo ou na subjetividade. Trata-se de uma transgressão do dever/poder de um adulto, frente à situação da criança, do adolescente e do idoso enquanto sujeito de direito e enquanto sujeito em condição peculiar de desenvolvimento (LOURENÇO, et. al., 2010).

A bioética surgiu da necessidade de compreender e repensar problemas morais da sociedade moderna. A reflexão bioética surgiu através da percepção das mudanças das relações psicossociais ocasionadas pelos grandes avanços científicos e tecnológicos, e nos coloca o desafio de romper o silêncio em torno da violência.

A violência não é um problema brasileiro, ou da América latina, mas uma tendência geral e, portanto, se buscam diferentes explicações a fim de conseguir entender o fenômeno. Fala-se que na base de todo conflito social está a pobreza, a exclusão, a marginalidade, a intolerância e as restrições cidadãs. O Banco Mundial em um de seus últimos informes refere que a pobreza se apresenta como o principal obstáculo para a saúde pública nos países subdesenvolvidos (BANCO MUNDIAL, 1999).

O perfil da Bioética que vem sendo desenvolvida no Brasil foi desde o início diretamente influenciado pela Reforma Sanitária Brasileira, e incorporou em si a dimensão social na análise do processo de saúde e adoecimento da população (PORTO, 2011). Está inserida na saúde pública brasileira desde a Política Nacional de Saúde, que foi construída e desenvolvida levando-se em conta as relações profissionais e as estratégias de promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos e da coletividade (CORREIA, 2012).

É inegável o papel de agente promotor de novos parâmetros na saúde que a Bioética tem. É um campo de reflexão que questiona o poder, tanto nas relações entre profissionais e usuários na área da saúde quanto na dimensão social, principalmente em relação às políticas públicas que envolvem a qualidade de vida. Na verdade, a bioética constitui espaço bem mais complexo de produção de saberes, que exige a integração do conhecimento de diferentes áreas para produzir as respostas que a realidade demanda (FORTES, 2004).

Segundo o mesmo autor da interface surge um tipo de reflexão singular, que se define como campo de produção de saberes à medida que expõe uma situação, analisa os fenômenos observados e compara os elementos identificados nesse processo, produzindo aporte conceitual próprio, destinado a subsidiar teorias e práticas nessas áreas contributivas. O processo de produção do saber em bioética, que se estabelece pelo consórcio de distintas áreas no mesmo campo de reflexão, é viabilizado pelo fato da reflexão bioética se consubstanciar a partir do exemplo, de uma situação na qual se manifesta um conflito, ao qual a análise bioética aplica a casuística

A violência é cada vez menos tolerada pela humanidade, em virtude do aumento do sentimento/sensação coletiva da percepção do que seja violência. Mas apesar disso, cada vez mais, fatos terríveis surgem e continuam ocorrendo, fazendo com que a violência seja assunto recorrente em estudos de políticas públicas, sociológicos e mais recentemente pela saúde pública. No entanto, a Bioética com todo o seu leque de abordagens não tem discutido a violência de forma consistente. Talvez pela forte influência da bioética principialista ou anglo americana que até então não davam respostas às questões sociais e relativas a problemas emergentes e persistentes em um contexto de profundas diferenças sócio-econômicas, como é a Américas Latina, os países em desenvolvimento (principalmente os do hemisfério sul) e o Brasil. Para isso houve a necessidade que

houvesse uma ampliação do campo, o que implica na revisão e no objeto bioético. Já não seria possível se falar em princípios como autonomia, beneficência e não-maleficência, quando a injustiça social bate à porta de ricos e pobres (BRAZ, 2006).

A aproximação da bioética com a saúde coletiva nos possibilita tratar do tema da violência, por ser, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública em nosso país. (BRAZ, 2006). Não só no aumento numérico de manifestações, mas também porque houve um aumento na sensibilidade à violência no mundo atual.

Há uma estreita e promissora relação entre os campos disciplinares da bioética e da saúde pública. Desafios morais presentes na saúde pública brasileira e a bioética como instrumento de trabalho precioso para mediação de situações onde há conflitos.

São campos disciplinares que se aproximam ou mesmo se confundem, em virtude de características comuns evidenciadas desde a natureza multidisciplinar e interdisciplinar de ambas, até mesmo o objeto de estudo e intervenção. Entretanto, é destacado que estudos bioéticos brasileiros sobre temáticas pertencentes à saúde pública ainda são escassos e, nesse sentido, é exigido da bioética brasileira “... ampliar e redirecionar as atuais orientações” (p. 16) que pautam suas pesquisas sob a pena de “... isolar-se do fluxo de exigências e experiências comuns a todos” (p. 16).

Necessidade da bioética brasileira incumbir-se cada vez mais de questões referentes à saúde populacional. Ambos os campos são interdisciplinares e a bioética, há alguns anos, em função do diálogo entre diferentes especialistas, propiciou a incorporação de temas não enfocados no início. Isto implicou num avanço de uma ética biomédica para uma bioética global. Esta bioética global, sob o prisma da justiça distributiva, debruçou-se sobre temáticas usualmente tratadas apenas no interior da saúde pública.

Como disse Cristiano Guedes (2004) “a saúde pública contemporânea, como outrora, é um cenário repleto de demandas morais.” E é aí que se dá o encontro desta com a Bioética.

A palavra Bioética é um neologismo e foi cunhada e divulgada pelo oncologista e biólogo americano Van Rensselaer Potter no seu livro *Bioethics: bridge to the future*. O sentido do termo Bioética tal como é usado por Potter se refere à importância das ciências biológicas na melhoria da qualidade de vida; ou seja, a Bioética seria a ciência que garantiria a sobrevivência no planeta (CLOTET, 2003).

Quando nos referimos aos aspectos bioéticos, estamos falando da bioética da vida cotidiana, aquela relacionada aos comportamentos das pessoas e às ideias de cada um (EINAUDI, 1991). Este conceito extrapola a dimensão biomédica e possibilita-nos uma reflexão nova e ampliada sobre a vida em comunidade e a violência.

Scaranto (2007), sabendo da provisoriedade do conhecimento, sugere que levantamentos quantitativos e qualitativos sejam foco de pesquisas em relação ao fenômeno violência doméstica, pois, até o presente momento, não foram encontradas informações, dados que tenham a possibilidade de abranger a amplitude das suas consequências sociais. A violência está presente nos lares e precisa ser denunciada e tratada como crime no âmbito jurídico, fazendo-se respeitar e valer os direitos da mulher, da criança, do idoso, e, como questão de saúde pública, deve ser foco de atenção na promoção e prevenção da violência, entendendo-se saúde como um processo de construção da autonomia dos seres humanos. Para tanto, mecanismos de proteção às vítimas de violência também precisam ser criados.

A bioética é um campo de reflexão que questiona o poder e tem o papel de agente promotor de novos parâmetros na saúde. Mas, na verdade, a bioética constitui espaço bem mais complexo de produção de saberes, que exige a integração do conhecimento de diferentes áreas para produzir as respostas que a realidade demanda. Através da bioética que se instaura a reflexão sobre os direitos individuais e coletivos em saúde, bem como a discussão baseada na noção de autonomia, que altera a milenar face paternalista da prática médica. (PORTO, 2014)

Segundo a mesma autora a bioética, principalmente a brasileira, tem o âmbito expandido, utiliza os discursos das distintas áreas que se acercam a ela e incorpora seus marcos conceituais, com eles dialogando para produzir uma análise de caso, a etnografia do conflito ético, identificado nas práticas de saúde ou na vida social (tomada de forma abrangente, considerando não só os aspectos relacionados às práticas na saúde, mas ao processo saúde/adoecimento na dimensão coletiva).

É a partir desse processo que a bioética produz um saber que é apresentado a essas áreas na forma de reflexão sobre suas práticas, o que lhes permite aplicar as diretrizes éticas que dele emanam no processo de transformação da realidade social (quer na área da saúde ou dimensão coletiva).

Mas para a bioética a identificação do conflito pode decorrer da evidência (sua manifestação concreta) ou da suspeita, que pode ser detectada como existência de um conflito silencioso, no qual uma das forças em oposição ainda não tenha alcançado poder para se manifestar ou que tal manifestação não seja contundente o suficiente para ecoar na esfera coletiva (PORTO, 2014).

É o que acontece com a violência detectada no dia a dia das práticas da saúde e com as quais os profissionais tanto se debatem para assumir. As maneiras como os profissionais de saúde da assistência representam a violência tanto refletem a sua própria formação e vivência como pessoa quanto integram as práticas no contexto da unidade de saúde.

Devemos conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, especialmente os ACS, no intuito de gerar reflexões sobre o caráter negativo da violência, tanto no aspecto dos processos de trabalho, quanto como um fator que contribui para o adoecimento das pessoas. Isto pode facilitar a promoção de estratégias de prevenção para esse agravo.

Essa reflexão no âmbito da Bioética é relevante, pois o ACS depara com dilemas em seu trabalho cotidiano que pede que este assuma uma postura consciente e sensibilizada com o cuidar do outro. Os ACS que tem autonomia e percebem com clareza a situação podem avaliar suas ações, de modo que os princípios bioéticos possam reger suas práticas, respeitando o paciente e todos ao seu redor. O Agente Comunitário de Saúde possui uma situação singular na equipe de saúde da família, uma vez que obrigatoriamente deve residir na área de atuação da equipe, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe. Ao exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, um maior cuidado é necessário para discernir quais as informações ele deve compartilhar com o restante da equipe, que são relevantes para gerar benefícios para a comunidade e para acionar ou orientar o trabalho da equipe (FORTES, 2000).

O trabalho com seres humanos implica uma postura ética dos profissionais, principalmente os da área da saúde que se veem às voltas com dilemas a todo o momento.

Para os profissionais do serviço público de saúde as mudanças que ocorreram no cenário mundial e nos conceitos de uma forma geral devem ser mais um motivo para refletir a respeito da forma mecanicista que o processo de trabalho tomou; sugeriram muitas

especialidades profissionais e o ser humano passou a ser visto por partes e não mais como um todo. As relações humanas podem ser consideradas o principal mecanismo para resgatar o motivo principal do trabalho no serviço público de saúde, que é atender o ser humano dentro de suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

A prática profissional dos diversos profissionais que atuam no serviço de saúde pública está inteiramente embasada ou relacionada com aspectos éticos próprios da profissão ou da bioética. Estes aspectos norteiam a atuação profissional e também normatizam condutas esperadas e obrigatórias dos profissionais da área da saúde. Um exemplo é a responsabilidade dos profissionais de notificar casos de violência contra incapazes, menores, mulheres, idosos, o abuso sexual, entre outros problemas que fazem parte da realidade de muitas comunidades que vivem situações de risco (MENDES; CALDAS JUNIOR, 2001; SALIBA et al., 2007).

Ainda relacionado com a prática profissional dos diversos profissionais que atuam no serviço público de saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, odontólogos, etc. e destaca-se, entre os aspectos éticos que regem cada profissão e as que regem o trabalho em saúde e com seres humanos, a bioética. São normas que norteiam as condutas de cada profissional. Quando essas normas não são seguidas abrem brechas para problemas que ferem a ética profissional.

2.2. CONCEITO DE VIOLÊNCIA E SUAS MANIFESTAÇÕES

Segundo Ferreira (1975), o termo violência decorre do latim *violentia* e é compreendido como o ato de agir sobre alguém ou fazê-lo agir contra a sua vontade mediante força ou intimidação.

A violência sempre participou da experiência humana. Os estudiosos que vem se debruçando em estudá-la nos últimos anos lhe conferem um caráter de permanência, em todas as sociedades, perpassando diferentes épocas. Tem também um caráter de ambiguidade. Alguns como Dalberg e Krug (2006) consideram a violência como um problema social e histórico, outros como um fenômeno inerente à natureza humana, reafirmando a ideia de que não se pode estudar a violência fora da sociedade que a

produziu, porque ela se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas.

Por ser histórica e por refletir a sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social. Suas formas, desde as mais cruéis (nos níveis coletivos, individuais e privados) até as mais sutis, escondidas e simbólicas, precisam ser amplamente analisadas e discutidas para que todos possam colaborar (NJAINÉ, 2009).

“A violência forma parte da condição humana. Todos, por mais pacíficos que sejamos, em algum momento nos descobrimos violentos, nos descobrimos odiando e fazendo, ou ao menos desejando, o mal para alguém. “Ou seja, todos somos em maior ou menor medida, somos geradores de violência” (GOLDFARB, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

“O 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” (OMS 2002, p.5).

Ainda de acordo com a OMS, não existe um fator que explique o porquê de alguns indivíduos se comportarem violentamente com os outros, nem o porquê da violência ser mais presente em algumas comunidades do que em outras. Violência é o resultado de um difícil inter-relacionamento de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais (LEITE, 2011).

A violência também ocorre por omissão e não apenas por ação, quando se nega ajuda, cuidado e auxílio a quem precisa. Pode ter várias manifestações: social, cultural, econômica, criminal, estrutural, institucional e interpessoal. As expressões de violência mais comuns são: a intrafamiliar, auto infligida, comunitária, racial e a de gênero. Violência intrafamiliar constitui-se como uma forma de comunicação no convívio doméstico, entre indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por tipos de afinidade, podendo ser chamada também de violência doméstica. Comumente diz respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. É um fenômeno universal, histórico, culturalmente expressado através de usos, costumes, atitudes, negligência e atos. Esta forma de violência tem muitas manifestações, mas principalmente as que submetem a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e

ao provedor. Colocam todos sob o domínio, e não sob a proteção, dos adultos (MINAYO, 2009).

A violência classificada em sua natureza pode ser de quatro tipos: física, psicológica, sexual e por negligência, abandono ou privação de cuidados. Abuso físico (significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem (BRASIL, 2001)). Violência psicológica (agressão verbal ou gestual com o objetivo de difamação, injúria, calúnia, ameaça, constrangimento, rejeição, humilhação, manipulação, isolamento e chantagem que leva a dano emocional e diminuição da auto-estima, prejudicando o pleno desenvolvimento das pessoas). Abuso sexual (ato ou jogo que ocorre nas relações hetero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (NJAINÉ, 2009)). Negligência, abandono e privação de cuidados (“quando não são providos os cuidados devidos, ou pela recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados. É mais comum ocorrer por parte dos pais ou responsáveis em relação a crianças e adolescentes, e por familiares em relação a idosos, principalmente quando estes são dependentes por condições financeiras ou por problemas de saúde”). A todos esses tipos de violência acrescentamos abuso econômico e financeiro, quando falamos de violência contra idosos, um assunto cada vez mais comum à medida que a população envelhece. Consiste na exploração imprópria ou ilegal (ou no uso não consentido por eles) de seus recursos monetários e patrimoniais, e ocorre principalmente no âmbito familiar, por filhos, netos e responsáveis.

Os incidentes não intencionais - tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais - estão excluídos da definição de violência. "O uso da força física ou do poder" deve incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de auto-abuso. É uma definição que cobre uma ampla gama de consequências – inclusive dano psicológico, privação e deficiência de desenvolvimento. Há também que se incluir a violência que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas que, contudo oprime as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não necessariamente levam a lesões, invalidez ou morte. Essas

consequências podem ser imediatas, bem como latentes, e podem perdurar por anos após o abuso inicial (MINAYO, 2009).

Na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Violências e Acidentes (PNRMMVA) a definição de acidente é acrescentada à de violência, porém diferenciada porque frequentemente existe uma linha divisória muito tênue entre as duas categorias. Este termo é utilizado retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual, assumindo que tais eventos são, em maior ou menor grau, previsíveis e preveníveis. Acidente é definido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, dentre outros” (BRASIL, 2001).

Os acidentes que mais causam lesões, traumas e óbitos, além dos mais comuns são os de trânsito, de trabalho e os acidentes domésticos. Nestes últimos, os que mais nos chamam a atenção são: envenenamento por produtos de limpeza (detergentes, desinfetantes, sabão em pó, etc.) e quedas de pessoas idosas. Ambos estão ligados quase sempre ao descaso, às negligências e às privações de cuidados por parte dos adultos (NJAINE, 2009).

Acidentes e Violências são eventos e lesões que podem ou não levar a óbito, e são reconhecidos na Classificação Internacional de Doenças (CID) como Causas Externas. Configuram problema de grande magnitude e por envolver diferentes fatores seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, segmentos sociais e da população em geral. Ambos os termos, causas externas e acidentes e violências devem ser usados quando se trata do impacto destes fenômenos sobre a saúde, pois se referem a resultantes e a processos relacionais e ambos estão oficializados na PNRMAV, do Ministério da Saúde (MS, 2001).

Dependendo do segmento populacional ao qual a violência e/ou acidente está relacionado observam-se diferenças quanto às ocorrências, características e circunstâncias em que se dão tais eventos. Por isso estabelece-se a seguinte classificação estratégica: **acidentes domésticos** (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e **acidentes extradomiciliares** (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e **violências domésticas** (maus tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e **violências extradomiciliares** (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras, originada na escola, na

comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizada por agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

Os acidentes domésticos, principalmente com crianças e idosos, são passíveis de prevenção por uma série de medidas e orientações, como orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar, e elaboração e/ou cumprimento de leis específicas. A violência doméstica representa um grande desafio, pois detectá-la é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores (MINAYO, 2006).

2.3. VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

“A violência em si, não é um tema da área da saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais” (MINAYO, 2006). Os acidentes e violências têm provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Recomendações do Informe Mundial da OMS (2002) sobre violência e saúde reafirmam que a violência se constitui em fenômeno de saúde pública "porque afeta a saúde individual e coletiva", exigindo "para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços particulares ao setor".

A violência em suas variadas manifestações afeta a qualidade de vida da população (OPAS; OMS, 2003; MINAYO, 2005), gerando consequências à saúde dos indivíduos que podem ser de ordem física, sexual, psicológica e até fatais. Quando não gera consequências fatais, segundo Palazzo et al. (2008), a violência é capaz de desencadear ansiedade, fobias, depressão, transtornos de estresse pós-traumático, uso e abuso de drogas lícitas ou ilícitas, tentativa de suicídio, dentre outras, afetando, dessa forma, a qualidade de vida.

A reflexão brasileira sobre o impacto da violência na saúde dos brasileiros é ainda incipiente, sendo que 95% da produção acadêmica sobre o tema ocorre depois de 1980, crescendo um pouco mais nos anos 90, tanto no exterior como aqui. Os estudos antes se restringiam a diagnósticos, quase sempre, de situações pontuais (MINAYO, 1998; MINAYO, 2006; BRAZ, 2006).

A violência traz sérias consequências – no curto e no longo prazo – para indivíduos, famílias, comunidades e países, e traz efeitos prejudiciais no setor de serviços de saúde. Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências acarretam altos custos pessoais, familiares, emocionais, sociais, econômicos. Traz consequências mentais e emocionais incalculáveis nas vítimas e em suas famílias: stress pós-traumático, depressão, aumento da ingestão de drogas, impactando ainda mais o sistema de Saúde, além do alto impacto social e econômico: perda de produção e absenteísmo, auxílio doença de seqüelados, aposentadoria, enfim pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (OMS, 2002). No Brasil a violência que ocorre no âmbito familiar tem causas, motivações e contextos diversos e deixam marcas profundas nas vítimas (SANCHES, 2018).

Segundo Briceño-León (2002), os cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estimam que 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro são gastos em custos diretos com a violência, três vezes mais elevados do que os investimentos com Ciências e Tecnologias (BRASIL, 2005). Tudo isto tem um custo imensurável porque a vida humana não tem valor definido, não tem preço. Dessa forma, entende-se que, mesmo de maneira indireta, a vida da sociedade é afetada pela violência, pois gasta-se muito com ela, ao passo que esses recursos poderiam ser destinados ao investimento em necessidades sociais que de fato promovam uma melhoria na qualidade de vida das pessoas.

O alerta é para que, uma vez iniciada a violência intrafamiliar, ela atinge outras instâncias da sociedade e, num efeito cascata, retroalimenta as violências. À medida que esse ser humano cresce e se desenvolve, entra em outros contextos, podendo tanto impingir quanto sofrer violência.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002) contempla que a violência é um problema complexo, mas assim como outros problemas de saúde ela tem condições de ser prevenida e evitada. Não está distribuída de maneira uniforme pelos grupos populacionais ou regiões e muitos dos fatores que aumentam o risco de esta acontecer são compartilhados pelos diferentes tipos de violência e são passíveis de modificações. Nelson Mandela no prefácio de tal relatório diz: “Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade”. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser

modificadas. Porque ele acreditava em políticas públicas que atendessem às populações vulneráveis em programas de prevenção de violências e promoção da saúde.

2.4– O SUS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

2.4.1 - A incorporação do tema violência na agenda do setor saúde

A violência sempre existiu entre os homens, assim como a cada local e tempo sempre existiram mecanismos sociais para sua compreensão e controle (ZALUAR, 1996).

A violência sempre fez parte do real e do imaginário da humanidade, mas sua constante presença no cotidiano da vida contemporânea tem ganhado novos contornos, manifestos na forma de ódio cristalizado, em atos violentos fortuitos, na banalização e espetacularização midiáticas e na construção de um medo que ora aparece sob a forma de resignação ora, de angústia. (GALHEIGO, 2008)

A violência tem sido um dos fenômenos contemporâneos que, além da inquietude social que provoca, causa um contingente substancial de vítimas todos os anos. Medidas de prevenção da violência e de promoção de uma cultura da paz têm sido propostas pelos organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e a Unesco. O Brasil tem investido esforços nos últimos anos em uma série de legislações e normativas na área da saúde, direcionadas para a prevenção da violência e promoção da saúde, que atendem às recomendações internacionais e avançam de forma mais substancial do que vinha sendo proposto até então pelo setor saúde.

O setor saúde sempre foi mais preocupado em atender as vítimas da violência do que em se debruçar sobre o estudo das causas e do planejamento de estratégias para sua prevenção. A mudança de enfoque, passando do plano curativo para o preventivo, é, portanto, recente. Ela é norteadas pelas ideias de proteção e promoção da saúde, vistas em sua significação mais ampliada de bem-estar individual e coletivo (GALHEIGO, 2015).

Apenas a partir dos anos 1990, a violência, enquanto categoria distinta das causas externas passou a fazer parte da agenda de discussão dos organismos internacionais da saúde (OMS e OPAS). Em 1997, a OMS convocou uma reunião com Ministros da Saúde

de todos os países membros da Organização das Nações Unidas, colocando a violência entre as primeiras cinco prioridades das Américas. Em 1998, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para a formulação de uma política no assunto (MINAYO, 2006).

Essas medidas registram um avanço significativo na implementação de políticas de prevenção da violência no Brasil e indicam uma consonância com o que tem sido proposto pelos organismos internacionais. O desafio, portanto, é sobre a efetivação de tais planos em âmbito nacional. Um aspecto que conta a favor é que o setor saúde tem sido aquele cujas formulações políticas têm mais resistido às mudanças governamentais e as intempéries da política partidária. É comum em outros setores a implantação de projetos que se mantêm apenas durante a gestão política que o implementou. O aspecto preocupante é se há fôlego no setor saúde para realizar as capacitações de recursos humanos necessárias para a garantia do enfrentamento da questão da violência de forma sensível, humanizada e não estigmatizante (MELO, 2010).

Nos últimos anos o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido convocado a dar uma resposta ao crescente aumento das violências no Brasil. Atualmente, mais precisamente nos últimos 20 anos, tem havido um deslocamento das taxas de mortalidade e morbidade e a população tem adoecido e morrido mais de doenças crônicas e degenerativas, e devido aos agravos provocados por violências e acidentes, do que por enfermidades infecciosas.

A partir do aumento das taxas de mortes violentas, bem como do número de pessoas que em consequência da violência passam a viver com lesões graves e incapacitantes, a saúde precisou repensar as formas de abordagem da atenção, da prevenção e da promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Segundo Minayo (2009) “Toda política pública é fruto de uma demanda da sociedade. Sua inclusão na agenda do Estado e, depois, como prioridade de determinado governo, geralmente é precedida de uma história que inclui pressões do contexto internacional e nacional. Esse é o caso da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que veio sintetizar anseios da sociedade internacional e brasileira de tratar o tema da violência como problema de saúde pública”.

A violência configura um fenômeno de múltiplas determinações. Refere-se à hierarquia de poder, conflitos de autoridade e desejo de domínio e aniquilamento do outro. Embora não seja uma especificidade da saúde, a violência traz impacto direto sobre a ela

por meio de lesões, traumas e mortes, sejam físicas ou emocionais, representando um problema de saúde pública de graves dimensões, transversal à sociedade atual (MOREIRA, 2008).

No campo da saúde, a violência transforma-se em problema, no momento em que afeta a saúde individual e coletiva, o que demanda, a criação de políticas públicas específicas, além da organização de serviços direcionados à prevenção e ao tratamento. É nesse contexto que o trabalho das equipes de Saúde da Família configura-se elemento-chave na identificação de casos de violência, na criação de vínculo com famílias vítimas desses eventos, na estruturação de estratégias de enfrentamento e de ações de prevenção e promoção (MINAYO, 2006).

2.4.2 - O Significado e a importância de políticas públicas para o enfrentamento da violência

O Ministério da Saúde ao reconhecer a violência como questão de Saúde Pública priorizou a temática, inicialmente publicando a PNRMMAV em 2001. Em seguida implantou a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e municípios em 2004 e incluiu a redução das violências como prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006.

2.4.2.1 - Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências - Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01

Em 2001, foi publicada a PNRMMAV, estabelecida pela portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001. Essa política foi criada no intuito de estabelecer diretrizes e estratégias para a redução da morbimortalidade por violência, que envolvem a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à

reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001; MINAYO, 2006, 2006).

Esta foi introduzida para orientar a atuação dos profissionais da saúde para lidarem com os impactos tanto na morbidade quanto na mortalidade da população, que os acidentes e violências têm provocado. Antes de ser criada a preocupação com a violência estava concentrada nos meios acadêmicos, nas entidades de defesa dos direitos da criança e adolescente, da mulher, do idoso, nas instituições de atendimento às vítimas da violência e nas organizações internacionais. Este documento foi aprovado pelo Ministério da Saúde como resultado do encontro de diversos grupos de pesquisa e de atuação na sociedade civil que o elaboraram em um processo que envolveu uma consulta a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema (BRASIL, 2001).

A partir da criação desta política houve um processo de tomada de consciência sobre a necessidade de incluir o tema violência no pensamento e na ação da saúde. Sua implementação visa ao enfrentamento da violência e estabelece algumas diretrizes e responsabilidades institucionais e contempla medidas de promoção da saúde e prevenção de violências. Ela insere o tema da violência no marco da promoção da saúde, entendendo que o setor precisa contribuir com a cidadania e atuar na prevenção dos problemas que tornam a sociedade e os grupos específicos mais vulneráveis. A política preconiza a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e Inter setorial às vítimas de acidentes e violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e a reabilitação; capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (MINAYO, 2006). Esta Portaria oferece ao idoso grande destaque, em relação aos maus tratos e abusos (físico, psicológico, sexuais, abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência).

2.4.2.2 - Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde - Portaria nº936, de 18 de maio de 2004

Esta portaria implantou nos estados e municípios Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local. Atualmente a Rede conta com aproximadamente 60 Núcleos formados por instituições municipais, estaduais, acadêmicas e ONGs. Estes Núcleos, financiados pelo MS, são os responsáveis por articular e coordenar ações intersetoriais promotoras de saúde e da cultura da paz no âmbito local. A portaria determina que a Rede tenha entre outros objetivos:

- promover a articulação do conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;
- fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco.

2.4.2.3 - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) - Portaria GM/MS nº687 de 30 de Março de 2006

Os princípios da Promoção da Saúde foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS), e sua efetiva institucionalização ocorreu em 2006, com a aprovação da PNPS pela Comissão Intergestores Tripartite.

A PNPS dá as diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado. Entre elas se inclui a Cultura da Paz, Uso e Abuso de Álcool e Drogas, Acidentes de Trânsito e Desenvolvimento Sustentável, entre outros, constituindo a Prevenção de Violências, temas definidos como prioritários (BRASIL, 2013).

As condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam nossa saúde, ou adoecimento, em maior ou menor grau. A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor para buscar a melhoria da qualidade de

vida da população. As condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação, moradia, bem como o acesso a serviços e bens públicos, desafia que práticas intersetoriais sejam incorporadas e que sejam estratégias provocadoras de mudanças na saúde dos indivíduos e de grupos sociais. A Promoção da Saúde tem como referencial teórico a Carta de Ottawa e a busca da redução das iniquidades em saúde, visando o empoderamento dos indivíduos ou grupos. A Promoção tem como finalidade ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo (MALTA, 2014).

A publicação da PNPS representa um marco na consolidação do SUS, uma vez que reafirma o debate dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença. A PNPS estabelece como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Suas diretrizes preconizam atitudes baseadas na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão no processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2006; MALTA, 2009).

O texto da PNPS aponta como prioridade de ação temas como: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Estas ações prioritárias apontadas na PNPS serviram como dispositivo indutor para o fortalecimento de ações de promoção em todas as esferas do SUS e a melhoria da articulação entre diferentes áreas técnicas e de programas e políticas a partir da abordagem da Promoção da Saúde (MALTA, 2009; BRASIL, 2006).

2.5 - O papel do setor saúde no enfrentamento das violências, na Promoção da Saúde e Cultura de Paz.

Estas medidas tomadas acima registram um avanço significativo na implementação de políticas de prevenção da violência no Brasil e indicam uma consonância com o que tem sido proposto pelos organismos internacionais. O desafio, portanto, é sobre a efetivação de tais planos em âmbito nacional. Um aspecto que conta a favor é que o setor saúde tem sido aquele cujas formulações políticas têm mais resistido às mudanças governamentais e as intempéries da política partidária. É comum em outros setores a implantação de projetos que se mantêm apenas durante a gestão política que o implementou. O aspecto preocupante é se há fôlego no setor saúde para realizar as capacitações de recursos humanos necessárias para a garantia do enfrentamento da questão da violência de forma sensível, humanizada e não estigmatizante (MELO, 2010).

As noções de prevenção e promoção da saúde também ajudaram a entrada da violência como tema da saúde, provocando uma articulação e provocando um debate necessário no tradicional setor saúde.

Estudiosos do fenômeno da violência como Minayo (2003) e Deslandes (1999), têm defendido uma abordagem mais abrangente, incluindo os profissionais de saúde, para olharem corajosamente e compreenderem-no, utilizando modelos teóricos multicausais, em que fatores políticos, econômicos, sociais, ecológicos, culturais e históricos se inter-relacionem, para uma atuação interdisciplinar e articulada entre serviços e instituições.

Se os trabalhadores da saúde pretendem trabalhar com a prevenção da violência e com a construção de uma cultura da paz, eles terão que aprender a lidar com a resolução de conflitos e ampliar sua capacidade de comunicação e diálogo. Lidar com a diferença, manifestar solidariedade, tolerância e respeito, prover um cuidado atento e acolhedor, e aceitar o direito a autodeterminação do sujeito sobre sua vida não são qualidades frequentemente disponíveis no setor saúde.

No Brasil há uma alta morbimortalidade devido às ocorrências acidentais e violentas que matam, geram agravos à saúde e demandam atendimento nos serviços de saúde; acrescido a tais eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao SUS, entre outros).

Há que se fazer uma observação, que neste estudo é de suma importância, já que iremos trabalhar com a Violência Intrafamiliar. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) conceitua violência intrafamiliar como:

“Toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade e em relação de poder a outra.”

Em muitos momentos trataremos de Violência Doméstica e cabe aqui também defini-la como:

Compreende-se violência doméstica (VD) como todo ato ou omissão cometido por um membro da família em uma posição de poder, independentemente de onde ocorra, que prejudique o bem-estar físico, a integridade psicológica, a liberdade ou o direito ao desenvolvimento integral de outro membro da família (Shrader & Sagot, 2000).

No entanto, estudos têm revelado que nem sempre os serviços de saúde e os profissionais desse setor oferecem uma resposta satisfatória a essa problemática (ANDRADE, 2008; LETTIERE, 2008). Isso mostra que o setor saúde ainda não incorporou, em seus modelos assistenciais, problemas complexos originados do cotidiano social, da vida das pessoas e que não são doenças típicas, considerando-se a forte racionalidade biomédica e as práticas medicalizadoras. Desta maneira, a linguagem dos sintomas e os diagnósticos da clínica são insuficientes no universo multifatorial da violência, tornando-se, muitas vezes, agravos invisibilizados no cenário da saúde.

Segundo Silva (2003), esta “invisibilidade” da violência decorre do fato de alguns setores ainda se limitarem a cuidar dos sintomas das doenças e não contarem com instrumentos capazes de identificar o problema. Desta forma, as intervenções acabam por mostrar respostas insuficientes dos serviços para as necessidades das mulheres, pois, uma vez que a situação de violência não se extingue, as repercussões sobre o adoecimento físico ou mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços (SCHRAIBER, 2002).

Apesar desses avanços, da publicação de todas as políticas, portarias, leis e determinações, os serviços de saúde nem sempre oferecem uma resposta satisfatória para o

problema, que acaba diluído entre outros agravos, sem que seja levada em consideração a recorrência do ato que ocasionou aquela morbidade.

A violência intrafamiliar e/ou doméstica é um problema que está assumindo proporções epidêmicas, manifestando-se em todas as culturas, classes, níveis de escolaridade, gêneros, faixas de renda e origens étnicas. Tal fenômeno, que contradiz obrigações de direitos humanos e às necessidades individuais de proteção de crianças, adolescentes, mulheres e idosos, é frequentemente aprovado e autorizado pela sociedade e pelo Estado. Diante de tamanha violência a legislação brasileira determina, ao Sistema de Saúde, diferentes obrigações, objetivando proteger, restabelecer os direitos violados destes indivíduos vítimas de violência. Tais obrigações envolvem o atendimento integral da saúde dos afetados, incluindo a notificação dos casos de suspeita ou confirmação de violência. Apesar das determinações legais, o atendimento às vítimas de maus-tratos se encontra pouco estruturado em muitos locais do país, sendo insuficiente para a demanda que chega aos serviços de saúde. Tal constatação demonstra uma discordância entre as diretrizes legais e as práticas de enfrentamento do problema (SCHUMACHER, 2016).

Sabe-se que a desigualdade social existente no Brasil favorece a violência em suas mais diversas manifestações. No entanto, este não é um fator determinante, uma vez que tal fenômeno ocorre também em qualquer classe social, desde as mais baixas, passando pela média e alta. Dessa forma, não deve ser percebida apenas nos aspectos desencadeantes, mas sim, ampliamos o nosso olhar, inserindo neste contexto a bioética, pois a violência diminui a qualidade de vida, faz adoecer e provoca mortes, proporcionando dilemas bioéticos (EINAUDI, G. 1991).

Diante do exposto, ressalta-se que o Brasil possui uma das legislações mais avançadas no mundo em relação à proteção de crianças e adolescentes, mulheres e atualmente idosos. Todavia, caracteriza-se como um dos países mais desiguais do mundo, pois, mesmo apresentando progressos no que tange à tais populações, estes avanços não atingiram todos os indivíduos da mesma forma (SCHUMACHER, 2016).

2.6. BIOÉTICA

Mais do que simplesmente nascida no seio da ciência, cabe pensar a bioética como nascida num momento peculiar da ciência. Peculiar quanto ao lugar que ocupa na vida social e nas transformações que esta enfrenta; peculiar também na forma como penetra e legitima diferentes saberes e práticas sociais, dentre as quais destaca-se o trabalho de profissionais do setor saúde (RAMOS, 2007).

Bioética: “bios” (vida) “ethos” (costume, comportamento, ética) – de vida e de ética – é um neologismo que significa *ética da vida*, adequação da realidade da vida com a da ética (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 1996).

A Bioética não tem fronteiras, não se definindo com as demais disciplinas, embora tenha-se tentado delimitar seu conteúdo. O termo “bioética” foi criado em 1971 pelo oncologista e biólogo americano Van Renselaer Potter, em seu livro “Bioética: Ponte para o Futuro”, estabelecendo uma ligação entre os valores éticos e os fatos biológicos.

A princípio a Bioética tinha a função de orientar as obrigações da classe médica baseando-se no bem-estar do paciente. Com o passar do tempo observou-se uma evolução na história humana, com novas descobertas mudando a vida das pessoas. Esta evolução em parte teve aspectos positivos, porém trouxe estragos, estagnação e retrocessos, sendo o mais perigoso deles a barbárie produzida por Hitler e seus seguidores inspirados no desprezo à pessoa. Foi criada uma ciência completamente equivocada que utilizava em seus experimentos, seres humanos como cobaias (CAMARGO, 2001).

Estas experiências, cruéis e desumanas, foram após o regime nazista, a causa de condenação de médicos no Tribunal de Nuremberg, em 1947, por condutas contrárias aos valores do humanitarismo, e trouxeram uma nova fase à Bioética. As inovações tecnológicas evidenciavam as vulnerabilidades da natureza e do corpo humano.

A Bioética impôs-se como uma reação à realidade que a pesquisa científica apresentou, e surgiu da indignação em relação aos novos acontecimentos, imaginando consequências desastrosas para a humanidade.

Garrafa (2004) declara que a compreensão sobre Bioética no século XXI varia para as diferentes nações e diferentes contextos, sendo que no surgimento de sua discussão, nos anos 70, foi concebida como uma nova maneira de perceber o mundo e a vida por meio da ética, de uma maneira mais global.

No entanto, no Brasil, foi fundamental a criação da própria visão de uma Bioética adaptada à realidade, levando em conta, o abandono, a exclusão, a miséria, a violência, o racismo, etc. Surge uma Bioética, segundo Camargo (2001), que contribui decisivamente na construção de uma vida mais digna para todos, na discussão de problemas e questões concretas.

Atualmente, as ferramentas teóricas e conceituais para os estudos em bioética na dimensão social ainda estão sendo delineadas, mas a questão da desigualdade social entre segmentos, grupos, populações e sociedades já foi identificada como cerne da reflexão na dimensão coletiva, principalmente no que tange ao acesso à saúde e à qualidade de vida (PORTO, 2014).

Segundo Garrafa e Pessini, a partir de 1998, o referencial internacionalmente aceito para a bioética, resgatando a intuição pioneira de Van Rensselaer Potter, passa a ser aquele que se refere à “Bioética Global”, no qual a ética da qualidade da vida passa a ser estendida a tudo aquilo que se refere à vida humana no seu mais amplo sentido, direta ou indiretamente (GARRAFA, 2003).

A realização do Sexto Congresso Mundial de Bioética em 2002, em Brasília, com o tema “Bioética, Poder e Injustiça”, marca o início da fase adulta⁴⁰ da bioética brasileira e materializa na agenda internacional a inclusão de questões relacionadas às desigualdades e à exclusão social, aspectos antes pouco abordados.

Nas palavras de Garrafa e Pessini,

“o Sexto Congresso Mundial de Bioética plantou em solo fértil a semente de uma bioética politizada. Uma bioética que deixa de ser meramente descritiva ou simplesmente analítica de situações conflitivas, para – sustentada na ética aplicada – tornar-se um instrumento concreto para a construção de uma sociedade mais democrática, equânime, solidária e comprometida com transformações sociais verdadeiramente inclusivas” (p. 16).

A bioética surgiu como uma ponte entre a filosofia e as ciências biológicas. Essa ponte tornou-se necessária para fazer frente às consequências do desenvolvimento tecnológico sobre o meio ambiente e a sobrevivência da espécie humana. Hoje há

necessidade de destacar seu interesse nos aspectos ligados à saúde pública por analisar, refletir e prescrever determinada conduta moral partindo de um diálogo pluralista.

2.7. DIÁLOGO COM A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E INTERVENÇÃO

2.7.1. BIOÉTICA NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

A necessidade de adaptação dos conceitos da bioética principialista aos costumes e cultura regionais, considerando o contexto histórico e social de nossa população, levou, na América Latina, a necessidade de buscar uma identidade própria do campo em questão, que vai além de estabelecimento de uma disciplina acadêmica limitada aos cuidados de saúde. A bioética adquire “uma fisionomia global, como movimento político e de questionamento do tecido social”, voltada ao princípio de solidariedade e de justiça, que se tornam centrais no pensamento bioético latino-americano (PESSINI, 2008, p. 40).

O VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília (DF) no final de 2002, tendo o apoio da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), com o tema “Bioética, poder e injustiça”, presidido por Volnei Garrafa, trouxe à tona as questões da bioética voltadas ao público e coletivo, transpondo as políticas e decisões do campo individual ao coletivo, enfatizando diferentes dilemas morais, entre eles: “autonomia versus justiça/equidade, benefícios individuais versus benefícios coletivos, individualismo versus solidariedade” (PESSINI, 2008, p. 43).

Garrafa, uma das fortes vozes sobre bioética brasileira, afirma que há relação direta entre o processo da Reforma Sanitária Brasileira e o perfil da bioética que vem sendo desenvolvida no país. Ele destaca que no o Brasil demorou mais de 20 anos para incorporar formalmente a bioética como um campo de estudos, dando-se tardiamente atenção às propostas mundiais para se mudar a realidade brasileira, o que passou a ocorrer apenas a partir de 1990 (PORTO, 2008).

Nascida na América Latina, a corrente da **BIOÉTICA DA PROTEÇÃO** foi pensada para a situação de vulnerabilidade de parcelas da população, reconhecendo as desigualdades que ferem a estrutura social de países precariamente desenvolvidos, e, por

isso, é aplicada a necessidades específicas dos suscetíveis, além de focalizar ações a favor dos mais necessitados (KOTTOW, 2005).

A Bioética da Proteção é um subconjunto da bioética, constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem. Ao priorizar os "vulnerados" que não dispõem de tais meios, pretende respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplica a equidade como condição *sine qua non* da efetivação do próprio princípio de justiça para atingir a igualdade. Este é o sentido *stricto sensu* da Bioética da Proteção (SCHRAMM, 2008).

Segundo o mesmo autor a Bioética da Proteção é recente porque surgiu a partir da aplicação do corpo teórico-prático da bioética tradicional, tentando transformá-lo e adaptá-lo aos conflitos em saúde pública na América Latina, considerada como região do mundo que tem problemas próprios, mas que compartilha os demais problemas que se referem à humanidade e ao planeta como um todo, como a exclusão social – que infringe o princípio de justiça – e a destruição ambiental – que infringe tanto o princípio da sacralidade da vida como o princípio da qualidade de vida.

A Bioética da Proteção tem seu foco principal nos indivíduos e populações de afetados, vulnerados e excluídos do processo de globalização em curso. Segundo a ideia devemos saber pensar nos problemas locais e agir com sabedoria tendo em vista uma estratégia global de sobrevivência, como pretendia o oncologista e bioeticista Potter. Aqui se defende a pertinência e legitimidade da Bioética da Proteção, entendida como uma corrente da bioética mundial, adaptada às contingências latino-americanas e atenta à moralidade dos problemas globais (SCHRAMM, 2008).

A "proteção" indica uma prática consistente em dar amparo a quem necessita e que se refere à função principal do *ethos*, que é, justamente, a de proteger os vulnerados (e não genericamente "vulneráveis"). Podemos assim aproximar os conceitos de bioética e proteção, tanto do ponto de vista etimológico – visto que o sentido de proteger está contido no próprio significado da palavra *ethos* – quanto do ponto de vista teórico-prático que reúne, desde sua origem, as funções de dar amparo e estabelecer normas de convivência. No *strito sensu* significa dar amparo aos sujeitos e populações que não possuem competência suficiente – ou "capacitação" (capability) – para realizar seus projetos de vida razoáveis e justos, ou seja, capazes de alcançar uma vida digna no sentido preconizado pela

assim chamada cultura dos direitos humanos; como aquilo que é moralmente correto e necessário para o convívio humano (SCHRAMM, 2008).

Mais uma vez vale sinalizar que a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Schramm (2008) finaliza dizendo que em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável.

Em suma, a bioética pode ser pensada como meio prático para proteger seres e entes vivos contra ameaças que podem prejudicar de maneira irreversível suas existências. Visto dessa forma entende-se perfeitamente o porquê de sempre ao tratar-se de violência e de grupos e pessoas vulneráveis, falamos de Bioética de proteção.

A **BIOÉTICA DA INTERVENÇÃO** é uma bioética que se orienta pelo respeito e incentivo à liberdade individual de tomada de decisão, adicionada dos princípios da solidariedade, da justiça, da equidade e da responsabilidade, reforçando a necessidade de proteção dos mais desfavorecidos, vulneráveis, vulnerados ou frágeis. Uma bioética que auxilie a busca de soluções para conflitos entre liberdades individuais e interesses da coletividade, o respeito pelas liberdades e direitos individuais, os interesses da coletividade e a responsabilidade de proteger a saúde da coletividade (FORTES, 2015).

Buscando somar esforços aos importantes avanços até aqui produzidos na discussão ética sobre o reflexo da desigualdade social nas práticas e serviços de saúde, a bioética de intervenção delinea-se a partir do reconhecimento da ideia de saúde como qualidade de vida, expandindo-se ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudo e intervenção bioéticas, tal como aponta a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, formada pelos países membros da Organização das nações Unidas no âmbito da Unesco em 2005 (PORTO; GARRAFA, 2005).

Pois a intervenção deve ocorrer para preservar a todos os seres humanos os direitos de primeira geração, relacionados ao reconhecimento da condição de pessoa como o requisito único, universal e exclusivo para a titularidade de direitos. Os direitos individuais relacionam-se à sobrevivência física e social dos seres humanos (PORTO; TAPAJÓS, 2004).

As situações persistentes (como exclusão social, violência, discriminação, restrição de acesso à saúde etc.), tão vigentes em países periféricos, apesar de não serem recentes, adquirem contorno muito particular no período moderno, pois, sobretudo o avanço do capitalismo – que se dá apenas na Modernidade – imprime marcas muito peculiares aos problemas vivenciados de outras maneiras em diferentes épocas históricas (NASCIMENTO, 2011).

A BI propõe uma politização das questões morais abordadas pela bioética desde um referencial que seja adequado para o contexto de exclusão dos países do hemisfério Sul, e, sobretudo, para o contexto latino-americano. A proposta de politização da bioética, de modo que conceitos que se articulem, sobretudo, nos campos epistemológicos e políticos, possam ser pensados não apenas para o Sul, mas desde o Sul (NASCIMENTO, 2011).

Tanto a Bioética quanto a Violência são entendidas sob diversos olhares.

Dessa forma, a Bioética de Intervenção visa proteger a dignidade humana dos vulneráveis através da garantia da efetivação dos direitos humanos que representam um referencial mínimo para se viver dignamente, entre eles o direito à saúde, retratado pelos cuidados paliativos. Estes são considerados uma questão de direitos humanos por traduzirem necessidades humanas básicas e essenciais para um processo digno nos estágios finais da vida, permitindo aos pacientes usufruir o direito à saúde a melhor qualidade de vida (MORAIS, 2016).

No âmbito da saúde, as questões éticas relacionam-se diretamente com a problemática dos direitos humanos. A formulação da Declaração Universal dos Direitos do Homem sinaliza o esforço feito para estabelecer uma relação adequada entre meios e fins na sociedade contemporânea. Está baseada na suposição de que há uma medida humana para avaliar os custos do progresso técnico e científico. Os direitos humanos, colocados acima de qualquer outro interesse, significam que o destinatário do progresso é o homem e

que, portanto, ele não pode ser tomado apenas como meio. A dignidade humana impõe a necessidade de que o homem seja tratado sempre como fim (SILVA, 1998).

A **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS** vem pôr em destaque, portanto, que um ato de violação de direito é um ato de violência. Assim, a violência configura-se num fenômeno complexo, causado e agravado pela convergência de múltiplos aspectos, como o político, econômico e social, produzindo diferentes manifestações destrutivas para as vítimas, independente da idade, etnia, cor, religião ou gênero.

Os direitos humanos são importantes para o convívio em sociedade, para o bem estar e qualidade de vida de todos.

A sucessão de direitos fundamentais é à base de um princípio básico para a vida harmônica de todos os seres humanos, o que corresponde ao direito de toda pessoa humana em ser respeitada, na essência quanto os seus direitos. No Brasil, esses direitos estão expressos no art. 5º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), responsáveis pela proteção da pessoa em sua dignidade, integridade, saúde, moradia, segurança, um salário digno, respeitando sua opção de religião, partido político, sem distinção de cor, raça. Portanto, é de extrema importância uma política de conscientização da sociedade buscando alternativas capazes de mudar o pensamento dos homens em relação ao convívio social.

3. OBJETIVO

Identificar e analisar as representações sociais dos agentes comunitários de saúde da ESF sobre suas práticas frente ao reconhecimento da violência doméstica no seu cotidiano e os problemas éticos vivenciados por eles para a tomada de decisão nesses tipos de situação.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1. Delineamento do Estudo

Estudo de abordagem qualitativa que decidiu-se ser o melhor para aproximação do tema em pesquisa. Um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal.

Para Minayo e Sanches (1993), a importância da abordagem qualitativa acontece por uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto. Nesse tipo de pesquisa, destacam-se a empatia com os motivos que levaram às ações, as intenções e os projetos dos atores a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações entre pesquisador e pesquisados se tornam construções humanas significativas.

Lefèvre e Lefèvre (2000) sustentam que, para se trabalhar com o método qualitativo, é importante que seja construído um instrumento para coleta de dados - como um roteiro - com alguns questionamentos sobre o assunto a ser pesquisado. O conjunto de respostas obtidas, a partir dessas indagações, gerará um discurso ou um pensamento encadeado discursivamente sobre o tema, e esse conjunto consistirá nas representações sociais do assunto pesquisado, o que revela o imaginário existente sobre o mesmo.

No mesmo texto, segundo Lefèvre e Lefèvre (2000, p.17-18) as representações sociais são concebidas de forma simplificada “como um conhecimento muito próximo da ação cotidiana e que tem a função de guiar, orientar, justificar essa ação”. Sendo assim, podem-se entender as representações sociais como a expressão do que pensa ou percebe determinada população ou grupo.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1996), não se preocupa em quantificar, mas sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de ações, crenças, valores atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência, a experiência, a cotidianidade e a compreensão das estruturas e instituições como resultadas da ação humana objetivada.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada. Para Minayo a entrevista semi-estruturada na pesquisa qualitativa “é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela o pesquisador busca obter informes contidos nas falas dos atores sociais”.

Para Triviños (1992), a entrevista semi-estruturada é uma das melhores formas de coleta de dados, pois,

“...aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 1992 p. 146)

Assim com a compreensão da temática pode o pesquisador iniciar com uma questão norteadora sobre o tema, e posteriormente, conforme as informações foram sendo repassadas, e considerada a necessidade de apreensão do tema proposto, poderá inferir na condução das respostas através de outros questionamentos, sem que isso caracterize uma indução ou a um juízo de valor, cabendo ao pesquisador a obrigação profissional e ética de ouvir tudo que é descrito com a maior atenção.

Um cuidado que é expresso por Triviños (1992), para que o pesquisador tenha sucesso na entrevista semi-estruturada, é o prévio conhecimento da temática a ser pesquisada; esse fator é muito reiterado pelo autor, na medida em que facilita a obtenção da informação dentro da sequência lógica expressa no pensamento do informante.

4.2 – Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado na cidade de Pouso Alegre, Sul de Minas Gerais. Uma cidade considerada média, às margens da rodovia Fernão Dias, a 180 km do município de São Paulo, a 373 km da capital, Belo Horizonte, e a 391 km do Rio de Janeiro. Tem uma população estimada em 2017 de 147.137 habitantes e uma área territorial de 543.068 Km² (IBGE, 2018). É considerada a segunda maior cidade do sul de Minas Gerais (atrás apenas de Poços de Caldas) e a 18^a maior do estado. É uma cidade que atrai muitas pessoas que migram de outras regiões e que estão distribuídas de modo aleatório no espaço urbano. É uma cidade que se desenvolveu muito populacionalmente nas últimas três décadas, mas sem uma preocupação definida com o planejamento urbano e com o desenvolvimento de dispositivos sociais para acompanhar o crescimento, influenciando desta forma a qualidade de vida de seus habitantes. Segundo Andrade (2014, p.240), considerada como “cidade média”, Pouso Alegre atualmente “... se estrutura como uma cidade com diversas centralidades (multicêntrica), pois diversos locais, dispersos pelo espaço urbano, atraem pessoas de todo o município e de sua área de influência”.

Estudos apontam seu elevado índice de crescimento populacional, decorrentes de vários fatores. A qualidade de vida elevada devido a investimentos na saúde, educação e emprego, faz com que pessoas de outras regiões migrem para a cidade. No entanto, existe nesses estudos a preocupação com o planejamento urbano e desenvolvimento social devido ao crescimento acelerado (ANDRADE, 2014).

O município conta com dezenas de cursos técnicos oferecidos por instituições federais, estaduais e do Sistema S (Senai e Senac, entre outros), cursos de graduação e pós-graduação nas áreas de humanas, biológicas e exatas, fatores que também contribuíram para que Pouso Alegre em 2013 fosse a cidade menos vulnerável a violência juvenil do país, ou seja, sendo naquele momento a cidade brasileira onde os jovens estavam menos expostos a crimes, mortalidade no trânsito e pobreza. O município é seguido por outras cidades mineiras, também em condição de baixa vulnerabilidade, como Poços de Caldas, Passos, Divinópolis e Juiz de Fora (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010).

Com religiosidade diversificada, a cidade, no entanto é formada, em sua maioria, por Católicos, fato que também contribuiu na identidade da cidade, segundo Sampaio (2009, p.10):

“Pouso Alegre traz grande influência da Igreja Católica, que se expressa tanto na constituição do seu espaço físico, quanto no viver urbano”. Igrejas, congregações, escolas, ruas, circuitos, estão impregnados de valores e perspectivas católicas, tanto quanto normas e comportamentos são moldados por suas orientações.

Pouso Alegre conta com uma rede de atenção à saúde que tem 26 (vinte e seis) Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma policlínica, dois pronto-atendimentos, além das Unidades de Estratégias da Saúde da Família, que são responsáveis pela atenção básica do município, atendendo tanto a zona urbana como a rural. A cidade também conta com uma rede hospitalar e centros de diagnóstico que atendem toda a região Sul Mineira, possuindo várias clínicas particulares, o Hospital das Clínicas, institutos médicos, laboratórios de análises clínicas, Hemocentro e serviço de resgate aéreo. O Hospital das Clínicas Samuel Libânio atende a todos os municípios da Superintendência Regional Sul do Estado de Minas Gerais, além de outros municípios, perfazendo um total de 153 municípios com uma população estimada em 3 (três) milhões habitantes. Executa exames laboratoriais, radiológicos, além de serviços mais sofisticados, como transplantes renais, de córneas, e contando também com instalações para hemodiálise. A cidade conta também com os serviços de dois hospitais privados, assim sendo referência em saúde no Sul de Minas.

4.3. Local do Estudo

As entrevistas foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde das ESF onde cada um dos ACS trabalha. Foi escolhido um local tranquilo, livre de interferências externas e de barulhos, o mais possível, que não interferisse no entendimento das questões e na gravação das respostas. Para a realização das entrevistas foi providenciado um local reservado na unidade onde os profissionais trabalham, sendo conduzidas individualmente e com o mínimo possível de interferência e intromissões externas. A entrevista foi iniciada e conduzida de forma a preservar um ambiente agradável e harmonioso, para que as perguntas fossem feitas e respondidas com tranquilidade e preservando o bem estar tanto do pesquisador quanto do participante.

4.4. Método do Discurso do Sujeito Coletivo

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método que torna mais clara as representações sociais (RS) sobre determinado tema. Parte-se de discursos individuais que depois de decompostos através de ideias centrais são reunidos e condensados em um ou mais discursos do sujeito coletivo. O discurso de um indivíduo pode conter mais de uma ideia central ou vários indivíduos podem apresentar a mesma ideia central (LEFRÉVE et. al 2000).

O DSC é uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as RSs obtidas de pesquisas empíricas. Nessas, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas. O diferencial da metodologia do DSC é que a cada categoria estão associados os conteúdos das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo (LEFÈVRE, 2014).

Outro aspecto a salientar é que, submetidas ao processo de produção usado no DSC, as RSs sob a forma de depoimentos coletivos veiculam histórias coletivas a respeito de um dado tema ou problema pesquisado. Tais histórias coletivas refletem ou carregam códigos narrativos socialmente compartilhados; por isso, é possível com os conteúdos e os argumentos dos diferentes depoimentos que apresentam sentido semelhante, construir, na primeira pessoa do singular, uma narrativa verossímil, ou seja, uma história aceitável para um indivíduo culturalmente equivalente aos pesquisados (LEFÈVRE, 2014).

Os DSCs são opiniões individuais que, ao passarem pelo crivo analítico do pesquisador - o que exige o uso das operações de abstração e conceituação-são transformadas em produtos cientificamente tratados, mantendo, porém, as características espontâneas e reconhecíveis como tal, da fala cotidiana. A resultante final de uma pesquisa como o DSC (um painel de depoimentos coletivos) é um constructo, um artefato, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico.

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraído-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (FIGUEIREDO, 2014).

As expressões chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente.

A Ideia Central (IC) é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação que denominamos Ancoragem (AC) que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma reunião num só discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular de ECH que têm ICs ou Acs semelhantes ou complementares. O conteúdo deste depoimento síntese é editado para constituir o produto final que é o discurso do sujeito coletivo, ou seja, uma opinião coletiva de uma pessoa coletiva, redigida na primeira pessoa do singular.

Os discursos individuais são agrupados, por semelhança semântica, em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo portador de uma opinião social.

A pesquisa qualitativa foi o delineamento deste estudo através do qual se buscou acessar o discurso coletivo desses profissionais diante de um problema de saúde pública que vem se agravando, qual seja, a Violência Doméstica e ou Intrafamiliar.

4.5. Participantes do Estudo, amostra, critérios de inclusão, não inclusão e exclusão

Foram entrevistados 27 ACS representantes de cada uma das ESF do município de Pouso Alegre, sendo 24 do sexo feminino e 03 do sexo masculino. A escolha pelos ACS se deu pelo fato dos mesmos serem considerados importantes na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por fortalecer a Atenção Básica, além de em seu trabalho apresentarem uma ligação com a realidade da comunidade, o que possibilita o fortalecimento do vínculo entre profissionais e sujeitos. A atuação na ESF por um período acima de um ano, foi determinada por ser este o tempo em que o ACS esteja totalmente integrado ao trabalho e conhecendo bem o perfil de sua população adstrita.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o tamanho mínimo de uma amostra para estudo deve ser constituído de 20 pessoas, para que possa haver discursos amplos e completos, tendo como fundamento a Teoria das Representações Sociais. Uma amostra superior também pode ser escolhida, no entanto, não há necessidade. Estudos qualitativos trabalham com amostras menores do que os quantitativos porque exploram elementos envolvidos nas perguntas de pesquisa, enquanto os estudos quantitativos descrevem os dados encontrados e esse é um dos motivos que exigem amostras maiores. A amostra é parte extraída da população, é o subconjunto da população a ser estudada. A amostragem refere-se ao procedimento da escolha da população que pertencerá a uma amostra. É a maneira como a amostra será selecionada para integrar determinada pesquisa.

Nesta pesquisa a amostragem foi intencional ou teórica. Nesse tipo de amostragem, acredita-se que o pesquisador tenha conhecimento sobre a população a ser incluída no estudo, o que lhe permite decidir selecionar, intencionalmente, a maior variedade possível de respondentes, ou escolher sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão, ou particularmente conhecedores do assunto estudado.

4.5.1. Critérios de inclusão:

- 1- Ser Agente Comunitário de Saúde que atue ativamente no Sistema Municipal de Saúde do Município de Pouso Alegre;
- 2- Fazer parte de uma das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- 3- Aceitar participar da pesquisa;

- 4- Estar inserido no serviço há um tempo superior a um ano;
- 5- Ter sido submetido a treinamento (s) para atuação no combate às violências.
- 6 - Ter assinado o TCLE.

4.5.2. Critérios de não inclusão:

- 1- Profissionais afastados do dia-a-dia do trabalho por estar em licença por qualquer motivo;
- 2- Profissionais aposentados;
- 3- ACS em desvio de função;
- 4- Profissionais de saúde com funções diferentes de ACS.

4.5.3. Critério de exclusão:

- ACS que desistam de participar do estudo.
- ACS que não assinaram o TCLE.

4.6. Coleta de Dados

Ao iniciar a pesquisa contactou-se a enfermeira responsável por cada uma das ESF, reforçando a cada uma delas a aprovação do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde do município por meio de uma carta explicativa sobre as intenções e os objetivos da pesquisa.

Após o consentimento, iniciaram-se as entrevistas, que ocorreram nas próprias Unidades por meio da abordagem dos ACS indicados pelo enfermeiro da Unidade, quando era apresentado o projeto e feito o esclarecimento de possíveis dúvidas.

As entrevistas foram realizadas no momento mais adequado e oportuno para o profissional, de forma individualizada, em local escolhido pelo entrevistado, sendo gravadas após o consentimento por escrito.

As pesquisas foram gravadas e transcritas integral e literalmente. O equipamento foi verificado previamente e com maior cuidado possível pela entrevistadora, antes do momento da entrevista. A coleta de dados se deu em duas etapas:

- Realização das entrevistas através de um Roteiro de Entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A)
- Aplicação de um Instrumento de Características sociodemográficas (Apêndice B)

4.7. Instrumentos de Coleta de Dados

- Roteiro de Entrevistas semi-estruturada (Apêndice A)

Foi formado por 2 perguntas:

- 1– O que você entende como violência doméstica e/ou intrafamiliar?
- 2– Como você lida com as situações de violência quando se depara com elas?

Com estas perguntas procurou-se conhecer o entendimento que os ACS têm a respeito da Violência Doméstica e das questões bioéticas originadas em suas práticas relacionadas a essa violência.

- Instrumento de Características sócio-demográficas (Apêndice B)

Caracterização pessoal, dados sociodemográficos dos ACS. Este instrumento foi elaborado pela pesquisadora conjuntamente com o orientador da pesquisa baseado em outros estudos (COTTA, 2006; TOMASI, 2008, ALMEIDA LIMA, 2016). Consta de questões relacionadas ao sexo, idade, raça, local de moradia, religião, tempo de experiência na área, se já teve ou não capacitação para a função, e se já teve capacitação para o trabalho com violência.

4.7.1. Estratégias de Interpretação e Análise de Dados

Para análise qualitativa dos dados:

Neste trabalho iremos apresentar os significados que os ACS do município de Pouso Alegre dão à Violência Doméstica e a análise das RS sobre o assunto constituiu o objeto de investigação. Vamos apresentar a técnica, ou o conjunto de instrumentos, utilizado para explorar, analisar e interpretar os dados que emergiram dos depoimentos individuais: o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As entrevistas foram submetidas ao método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e seus resultados analisados e discutidos a partir dos referenciais teóricos pertinentes ao assunto/temática emergente. O DSC é uma técnica de organização de dados qualitativos baseada na Teoria das Representações Sociais de Durkheim resgatada em 1961 por Moscovici (JODELET, 2001). No Instrumento de Análise de Dados 1 (IAD1) são extraídos do conteúdo da entrevista as Ideias Centrais ou Ancoragens e suas Expressões Chaves correspondentes, e após as expressões chaves sintetizadas retoma o conteúdo de qual sujeito a utilizou, produzindo dessa forma através dos discursos um único discurso, o Discurso do Sujeito Coletivo (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULARD, 2013).

Foram utilizadas três figuras metodológicas para a organização dos relatos coletados (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000). Inicialmente, procedeu-se à identificação da ideia central (IC), entendida como a afirmação ou afirmações que “permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos” (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000, p. 18). Em seguida, foram destacadas as expressões chave (EC) que, para cada participante, constituem as transcrições literais de parte dos depoimentos, em que o pesquisador resgata o essencial do conteúdo discursivo dos segmentos que compõem o depoimento para responder às questões de pesquisa. Assim, obteve-se o produto final, o DSC, que se propõe a “resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos” (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000, p.19). A partir da IC e da identificação das EC, formam-se os discursos, que retratam de modo unificado as experiências dos participantes com relação aos temas abordados.

A escuta, transcrição e leitura das entrevistas, permitiu uma aproximação às convergências das falas dos entrevistados, cujo resultado foi submetido a uma análise

qualitativa, por meio da Técnica do DSC. A operacionalização desta técnica ocorreu em etapas: na primeira etapa foram selecionadas as expressões – chave a partir do discurso de cada participante do estudo, ou seja, dos segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o foco principal do seu conteúdo; a segunda etapa caracterizou-se pela identificação da ideia central de cada uma das expressões - chave. Esse momento se constitui na síntese do conteúdo das referidas expressões; na terceira etapa, são reunidas as expressões – chave referentes às ideias centrais, em um discurso síntese, que retrata o DSC. A técnica do DSC relaciona-se intrinsecamente com as Representações Sociais e com a abordagem qualitativa, fortalecendo essa opção de pesquisa, uma vez que o DSC é desenvolvido a partir das informações coletadas verbalmente e resgatando o sentido das opiniões coletivas, resultando em uma coleção de discursos coletivos. Representações Sociais (RS), segundo Jodelet (2001), “são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo, para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Esta técnica tem como objetivo a síntese de depoimentos, e procura revelar as opiniões, significados e posicionamentos dos sujeitos com mais nitidez sobre um determinado tema. O Discurso do Sujeito Coletivo busca revelar a Representação Social de um grupo sobre assuntos que estão imersos na coletividade e podem ser captados pelos discursos individuais (ALVÂNTARA, 2008).

O uso do DSC tem sido amplamente difundido em pesquisas científicas, trazendo uma mudança significativa na qualidade e na eficiência, revelando em detalhes as representações, as crenças, os valores e as opiniões a respeito de um tema específico. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica metodológica que permite o resgate de discursos coletivos de forma qualitativa. Como procedimento nas pesquisas do Discurso do Sujeito Coletivo são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado, preservando a sua característica qualitativa (LEFEVRE, 2005).

Instrumento de Análise do Discurso (IAD)

Mais detalhadamente a análise dos dados qualitativos ocorreu de acordo com os procedimentos do método do DSC, seguindo os passos pertinentes a ele: antes da transcrição, as respostas gravadas foram ouvidas várias vezes para que se tivesse uma ideia geral e a compreensão dos textos. Após foi feita uma leitura cuidadosa do material transcrito de duas formas. Em um primeiro contato foi realizada a leitura das respostas de cada um dos sujeitos, e depois cada resposta foi lida separadamente, ou seja, cada resposta da questão de cada entrevistado (leituras vertical e horizontal).

Depois disso, foram identificadas para o conteúdo de cada resposta, as Expressões Chaves. De posse das ECH, foi realizada a leitura de cada uma delas, identificando a sua Ideia Central. Neste momento é necessária muita atenção para que o pesquisador consiga subtrair realmente aquilo que corresponde à ideia do entrevistado, e não a sua interpretação daquilo que foi dito.

Neste momento há um agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares, e a extração de nova Ideia Central. Após, extrair uma IC que expressasse, da melhor maneira possível todas as IC do mesmo sentido. Todo este processo culminou na construção do DSC.

4.8. Pré-Teste

A necessidade de se realizar um Pré-teste é para que o pesquisador se assegure de que as perguntas são perfeitamente inteligíveis pelos pesquisados, para averiguar o tempo médio que se leva para responder a entrevista, para averiguar ambiguidades nas questões da entrevista e para assegurar que as perguntas elaboradas e os instrumentos utilizados realmente levantaram os dados a que se propôs o pesquisador (LEFRÉVE, LEFRÉVE 2005).

Ao realizar o pré-teste é possível ao entrevistador, em sua avaliação, decidir por realizar alguma alteração ou ajuste na estrutura das perguntas, além de preparar o pesquisador para a coleta definitiva dos dados. O pré-teste foi realizado em 3 (três) ACS que tinham os mesmos critérios de inclusão que os demais participantes, porém não fizeram parte da amostra final. Segundo (LAKATOS E MARCONI, 1995, 2010) a amostra

a ser utilizada para o pré-teste deverá ser entre 5 e 10% da amostra total do estudo, este número é mais do que suficiente para que se possa avaliar e ajustar as necessidades do pesquisador.

Após a realização do Pré-teste, concluiu-se que o roteiro da entrevista satisfazia aos objetivos da pesquisa.

4.9. Procedimentos Éticos

Essa pesquisa seguiu as determinações da Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O trabalho somente foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS, de acordo com o Parecer Consubstanciado número: **2.118.339**, que se encontra no **Anexo 1**.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto a todos os objetivos do trabalho, aos seus direitos e à sua autonomia de participar ou não, sendo confirmando esse procedimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Foi dito aos participantes que a qualquer momento, e por qualquer motivo, poderiam desistir de responder às perguntas e de participar da pesquisa, sendo que esta atitude não implicaria em nenhuma punição e/ou retaliação no trabalho.

Todos os dados coletados foram manuseados de forma ética mantendo o sigilo das informações, a garantia de anonimato e a proteção da identidade do participante.

5. RESULTADOS

5.1. Dados Gerais - Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa

Ao iniciarmos a apresentação dos resultados, é pertinente identificar características individuais dos ACS entrevistados. Variáveis sócio-demográficas foram utilizadas para caracterizar os ACS. Foram realizadas 27 entrevistas, sendo que uma em cada uma das 24 UBS e outras três repetidas aleatoriamente. As entrevistas a mais nas UBS foram realizadas com ACS de outra área.

Acima de 70% dos ACS residem e trabalham na área urbana. Em torno de 7% vive em uma área rural dentro da área adstrita que é urbana, e mais de 20% dos ACS vivem na área rural. Expressivamente os ACS são em sua maioria do sexo feminino (90%),

A grande maioria das ACS são mulheres, perto de 90%, condizendo com a percepção e a constatação da feminização do cuidado apresentada em vários trabalhos. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, que evidenciaram que a maioria dos ACS são mulheres. O trabalho do ACS é associado ao trabalho doméstico feminino, que possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde.

Apenas uma ACS vive só, e é também a mais velha. A maior parte dos ACS vive com um companheiro (79%), os demais vivem com outros familiares, como pais, tios, irmãos e filhos. A maioria dos ACS está entre a faixa etária de 31 a 50 anos (68%) e estão distribuídos igualmente nas faixas etárias menores (20 a 30 anos) e maiores (51 e mais anos). A ACS mais velha tem 58 anos de idade e a mais nova 22 anos.

Mais da metade dos ACS entrevistados são brancos (65%) e os demais negros (29%) e pardos (7%). Este critério foi auto referenciado, ou seja, cada um respondeu a cor que considerava ter.

Quanto à escolaridade, constatou-se que bem mais da metade (68%) possuía o ensino médio completo e desses 47% tinha um ou mais curso técnico. 14,3% tinham o curso superior incompleto e 7% o curso superior completo. Os dados demonstraram que os ACS do Município superaram a exigência do mínimo de escolaridade para o exercício da função, que é o ensino fundamental.

Acima de 70% da ACS pertencem à religião Católica. Os demais 29% restantes, às demais religiões.

O tempo de trabalho como ACS na ESF variou de 01 a 14 anos, sendo que 28% estão na função desde o início, quando foi implantado o Programa.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos ACS. ‘N’ número de indivíduos.

Variável	N	freq.(%)
Local		
Urbano	20	74,07
Rural	07	25,93
Sexo		
Feminino	24	88,89
Masculino	03	11,11
Cor		
Branca	18	66,67
Não branca	09	33,33
Religião		
Católica	18	66,67
Evangélica	08	29,63
Outra	01	3,07
Escolaridade		
Fundamental	03	11,11
Média	24	88,89
Tempo como ACS		
De 1 a 3 anos	07	25,93
Mais de 3 anos	20	74,07
Capacitação		
Sim	25	92,59
Não	02	7,41

**Capacitação para
violência**

Sim	21	77,78
Não	06	22,22

Residência

Mesmo bairro	23	85,19
Outro bairro	04	14,81

Fonte: o próprio autor (2018)

5.2. Temas estudados, agrupamentos, ideias centrais e DSC

Na abordagem qualitativa, foram explorados temas relacionados à violência doméstica, percepção dos ACS e encaminhamento dados às demandas:

1) Significados de Violência doméstica e/ou intrafamiliar

Foram utilizados os seguintes procedimentos: elaboração das expressões-chave, extração da ideia central (IC), identificação dos participantes e frequência de cada tema e, a seguir, elaboração dos DSCs e figura representando o tema e as respectivas ICs.

5.2.1. Tema1: Significado de Violência doméstica e/ou Intrafamiliar

Quadro 1 – Significados de Violência Doméstica e/ou Intrafamiliar

SUJEITO	Expressões chaves	Ideias Centrais
01	Creio que possa ter a ver com violência doméstica seja desleixo, ou mau trato com as crianças, ou um idoso que não tenha suporte, um marido, às vezes, sempre é o marido contra a mulher mas também há casos que é vice versa, às vezes a mulher também, moralmente ou psicologicamente, ela também comete esse ato de violência.	Violência contra a Criança Violência contra o idoso Violência contra a mulher Violência contra o homem Violência verbal Violência psicológica
02	Assim, eu acho que deve ser alguma coisa relacionada com a família, né? Que idoso sofra dentro de casa, né? Algum tipo de violência, ou até mesmo criança, por falta de cuidados, passando necessidade e violência mesmo corporal.	Âmbito doméstico, familiar Violência contra o idoso Violência contra a Criança
03	Bom, pra mim a violência doméstica ela é, a mulher sempre esconde muito das pessoas que apanha, que o marido trai, que o marido quando tá alcoolizado, tá drogado, bate nela, mas isso ela esconde. Então pra mim eu acho que é isso, é ela apanhar todo dia e as pessoas escutarem ela apanhando, verem ela apanhando, e ela simplesmente falar que não, que ela não tá sendo, é que ela não tá sendo, como que eu vou dizer, que ela não tá sendo, que o marido dela não tá batendo nela. Não só batendo fisicamente, mas com palavras, com várias outras coisas. Não tá sendo	- Violência que é ocultada Violência contra a mulher Outra: Relacionadas à infidelidade Relacionada a drogas e álcool Cotidiana Violência verbal Violência física

	agredida, isso. Pra mim é isso.	
04	Ah eu entendo a VD aquela violência onde o esposo agride a esposa, né? Também não é só uma forma assim, como se fala assim, né? É tipo assim bater, é a verbal também, que a violência verbal interfere muito também né? Então eu acho que essa, ela dois tipos de violência né? Porque às vezes acaba que a violência verbal é até mais forte. Vai dar um tapa na outra, às vezes o que a pessoa fala até machuca mais.	- Violência contra a mulher - Violência verbal
05	Eu entendo que a Violência Doméstica não é só agressão física, é agressão verbal que as pessoas cometem umas com as outras.	Violência física Violência verbal
06	Eu entendo que a Violência Doméstica não precisa ser física. Mulher quando está sendo oprimida, forçada a ter relação sexual. Não precisa necessariamente agressão. Antes de bater, de machucar já teve muito abuso verbal.	Violência verbal Violência contra a mulher
07	No caso briga conjugal. Pode ser familiar, entre pais, entre marido e mulher, pai e filho, vó e neto, filho e mãe.	- Briga Âmbito doméstico, familiar
08	A falta de diálogo. Verbal e física.	Outra: Ausência de comunicação Violência física Violência verbal
09	É isso que eu falei, não só violência física, tem violência psicológica, tem a falta de paciência.	- Violência física - Violência psicológica - Outra: Falta de paciência
11	Violência Doméstica é tudo que envolve desde o assédio verbal, moral, até o físico. É a limitação, a pressão psicológica, é deixar não fazer, não sair. É julgar as pessoas sem saber. Eu passei por um processo doloroso muito intenso. O homem sofre calado. A sociedade não aceita, ela julga um incapaz, um encostado. Meu marido estava desempregado e eu com filho pequeno, então ele fica em casa cuidando da casa e da criança e daí as pessoas começam a cobrar.	Violência verbal Violência verbal Violência física Violência psicológica Controle, proibições Outra: Julgar sem saber
12	Os maus-tratos. Por ex.: filho discutindo com a mãe, não respeita, briga na frente da gente. A falta de respeito com a própria mãe e até com a gente mesmo.	Violência contra a mulher Briga Outra: Desrespeito
13	Eu entendo qualquer tipo de agressão, seja ela psicológica, física, verbal. Acho que tudo.	- Violência física - Violência psicológica
14	Briga entre casais. A família que mora na casa, que discute.	Briga Âmbito doméstico, familiar Violência verbal
15	O que eu entendo, é, é a violência física, né, é quando	Violência física

	a gente vê a esposa é espancada, apresenta sinais de agressão no corpo, ou também intimidação, a pressão psicológica, que a gente vê que a pessoa tá assustada, com medo o tempo todo.	Violência contra a mulher Violência psicológica Medo
16	Primeiro o que é Violência Intrafamiliar? Ah, tá, então não precisa ser nos moradores, mas no contexto inteiro, doméstico. Eu entendo como violência, desde a, não só a violência física, tem a violência igual psicológica que a pessoa faz, que você inibe a pessoa, às vezes a pessoa não consegue nem se abrir pra falar porque fica o medo, a outra pessoa está coagindo ela se abrir, aí você precisa igual pegar na confiança, o jeito, às vezes a postura da pessoa também, ela passa isso. Então tem desde psicológico, tem a violência física, igual tem essa visual também, né, que às vezes a pessoa já passa essa violência dependendo do gesto dela, então é como eu classifico essa violência.	Âmbito doméstico, familiar Violência física Violência psicológica Medo Violência ocultada
17	Bom, violência doméstica, quando a pessoa fica assim presa dentro de casa assim, que ela não pode sair pra trabalhar, que o marido não deixa ter contato social nenhum e a violência doméstica, pode ser um abuso sexual, pode ser uma violência né, assédio, tudo isso.	Controle, proibições Violência contra a mulher
18	Olha é muito complicado, porque você tem dó, mas não pode se envolver. Eu passo para a enfermeira, mas eu mesmo não me posiciono.	Outra: Não se posicionar
19	A violência doméstica acontece dentro de casa, entre o familiar, entre os familiares, com aquelas pessoas que você convive.	Âmbito doméstico, familiar
20	Violência pra mim não precisa só bater, são palavras, são diminuir a pessoa, isso acontece muito. Não precisa só você bater na pessoa, palavras também machucam, abaixam a estima das pessoas, eu tenho pacientes assim, então eu sei que é complicado	Violência verbal
21	É aquela violência tanto física quanto psicológica que é infligida a quem tá no seu convívio. Pode acontecer tanto no ambiente dentro de casa, fechado, como pode ser pública também.	- Violência física - Violência psicológica - Âmbito doméstico, familiar - Outra: Caráter Público
22	Ah como que fala? É pessoal né? Aqui tem muito disso verbal, pessoal, tem violência contra a criança. Violência é o que mais tem aqui. Marido batendo em mulher, as mulheres brigando por causa de marido, brigando por causa de droga. As drogas também são muito frequente aqui. É isso que eu entendo por violência, né?	Violência verbal Violência interpessoal Violência contra a criança Violência contra a mulher Briga Relacionado a drogas e álcool

23	- Eu entendo que a VD pode ser física, psicológica, carcerária. E ela pode às vezes, a violência vem do pai com a mãe e isso gera também na criança. E a criança acaba levando isto também, se torna uma criança violenta na escola. Pode você ver que geralmente tem um histórico atrás de pais violentos também. E isso influi muito aqui na nossa região, é drogas, bebidas, tem muito a ver com a violência. Mães aqui, muito caso de mães adolescentes, mães muito cedo, gera violência nas casas que a gente passa por aí. É isso. Violência é o que mais tem aqui.	- Violência física - Violência psicológica Violência contra a mulher Violência contra a criança Outra: Histórico familiar de violência Relacionado a drogas e álcool Outra: Associada à maternidade na adolescência Cotidiana
24	A violência eu entendo como violência doméstica é o seguinte, desde uma ofensa, que isso aí também, desde agressão física, moral, hoje usa até assim espiritual, que eu achei um absurdo. É isso. Violência não é só você ter um hematoma no teu braço, a violência é aquela, é principalmente aquela que você não vê, que é pior, que é emocional, que atinge no teu interior e quando ninguém vê este tipo de violência é pior assim pra se julgar, entra em depressão, tem gente que vai até o suicídio. O que afeta o emocional, afeta tudo, desequilibra totalmente, inclusive uma família. É isso, eu acho que é.	Violência física Violência verbal Violência espiritual Violência psicológica
25	A violência que ocorre dentro da família, por exemplo, na minha área já teve caso, de o marido agredir a esposa e chegou até a agredir o filho também. Então eu entendo que seja isso, uma agressão não só da parte do marido, pode ser também ao contrário, né? E então eu entendo que seja isso, da família eu diria que seria isso.	Âmbito doméstico, familiar Violência contra a mulher Violência contra a criança Violência contra o homem
26	Ah, eu acho que o que eu entendo, é quando a mulher sofre qualquer tipo de violência, se ela é maltratada, se ela não é respeitada pelo marido, pelos filhos, acho que é isso.	Violência contra a mulher
27	Então, a violência doméstica eu acho que a pessoa passa no dia a dia fica o casal brigando eu vejo muito isso então eu acho que a violência doméstica não seria só dentro de casa então eu acho que eu considero muito isso, a parte de não expor a família, porque a partir do momento que você expõe, a violência verbal é até pior que bater.	Cotidiana Briga Violência que é ocultada Violência verbal
28	É a Violência que acontece dentro das casas das pessoas, pode ser física, com palavras, só psicológica, ou às vezes de abuso. São palavras que são ditas, nas	Âmbito doméstico, familiar Violência física

	brigas. Pode ser de marido e mulher, pode ser de filhos ou até dos avós. Às vezes sai uns quebra-paus em família. Sobra para todo mundo.	Violência psicológica Violência verbal Briga Violência contra a mulher Violência contra a criança Violência contra o idoso
--	--	---

A seguir apresentamos o Quadro com as Ideias Centrais.

Quadro 2 – Ideias centrais

Ideias Centrais	Sujeitos	N	Proporção (%)
Violência física	3,5,8,9,11,13,15,16,21,23,24,28	12	42.9
Violência contra a mulher	1,3,4,6,12,15,17, 22,23,25,26,28	11	39.3
Violência psicológica	1,9,11,13,15,16,21,23,24,28	10	35.7
Âmbito doméstico, familiar	2,8,14,16,19,21,25,28	8	28.6
Outras	3,8,9,11,12,18,21,23	8	28.6
Violência verbal	1,3,4,5,6,11,20	7	25.0
Violência contra a Criança	1,2,22,23,25,28	6	21.4
Briga	7, 12,14,22,27,28	6	21.4
Violência contra o idoso	1,2,28	3	10.7
Violência contra o homem	1,25	3	10.7
Violência que é ocultada	3,16, 27	3	10.7
Relacionada a drogas e álcool	3,22,23	3	10.7
Cotidiana	3,23,27	3	10.7
Medo	15,16	2	7.1
Controle, proibições	11,17	2	7.1

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

IC: Violência física

Violência doméstica é agressão física, qualquer tipo de agressão, apresentar sinais de agressão no corpo, você ter um hematoma no teu braço, Eu entendo como violência.

IC: Violência contra a mulher

Violência doméstica é aquela que esposo agride esposa, né? Tipo bater. É quando a mulher sofre qualquer tipo de violência, se ela é maltratada, se ela não é respeitada pelo marido, pelos filhos, é ela apanhar todo dia e as pessoas a escutarem apanhando, verem ela apanhando. A esposa é espancada, apresenta sinais de agressão no corpo, ou também intimidação, a pressão psicológica. Mulher quando está sendo oprimida, forçada a ter relação sexual, pode ser um abuso sexual, pode ser uma violência né, assédio, tudo isso. Também mães adolescentes, mães muito cedo, gera violência nas casas que a gente passa por aí.

IC: Violência psicológica

Às vezes se comete violência psicologicamente. Tem violência psicológica, a pressão psicológica que inibe a pessoa, às vezes a pessoa não consegue nem se abrir pra falar. Violência psicológica é aquela que você não vê, que é pior, que é emocional, que atinge no teu interior e quando ninguém vê este tipo de violência é pior assim pra se julgar, entra em depressão, tem gente que vai até o suicídio. O que afeta o emocional, afeta tudo, desequilibra totalmente, inclusive uma família.

IC: Âmbito Doméstico, Familiar:

É a violência que acontece dentro das casas das pessoas, não precisa ser nos moradores, mas no contexto inteiro, doméstico. Pode ser familiar, ser alguma coisa relacionada com a família, né? A família que mora na casa, que discute. É no ambiente dentro de casa, fechado, entre o familiar, entre os familiares, com aquelas pessoas que você convive.

IC: Violência verbal:

A Violência Doméstica não é só agressão física, é agressão verbal que as pessoas cometem umas com as outras, envolve o assédio verbal, moral. Não só batendo fisicamente, mas com palavras. Porque às vezes acaba que a violência verbal é até mais forte, às vezes o que a pessoa fala até machuca mais. Não precisa só você bater na pessoa, palavras também machucam, abaixam a estima das pessoas, Antes de bater, de machucar já teve muito abuso verbal.

IC: Violência contra a Criança:

Tem violência contra a criança, por falta de cuidados, passando necessidade e violência mesmo corporal. O marido chegou a agredir o filho também. E ela pode às vezes, a

violência vem do pai com a mãe e isso gera também na criança. E a criança acaba levando isto também, se torna uma criança violenta na escola.

IC: Briga:

No caso briga conjugal. No dia a dia fica o casal brigando. Pode ser familiar, entre pais, entre marido e mulher, pai e filho, vó e neto, filho e mãe. Briga entre casais. Filho discutindo com a mãe, não respeita, briga na frente da gente, as mulheres brigando por causa de marido, brigando por causa de droga. Às vezes sai uns quebra-paus em família. Sobra para todo mundo.

IC: Violência contra o idoso:

É desleixo maltrato com um idoso, violência física e psicológica até dos avós. Que idoso sofre dentro de casa, né?

IC: Violência contra o Homem

Eu entendo que seja isso, uma agressão não só da parte do marido, pode ser também ao contrário, né? Há casos que é vice versa, às vezes a mulher também, moralmente ou psicologicamente, ela também comete esse ato de violência.

IC: Violência que é ocultada

A mulher sempre esconde muito das pessoas que apanha, que o marido trai, que o marido quando tá alcoolizado, tá drogado, bate nela, mas isso ela esconde. Ela simplesmente falar que não, que ela não tá sendo, é que ela não tá sendo, como que eu vou dizer, que ela não tá sendo, que o marido dela não tá batendo nela. A pessoa não consegue nem se abrir pra falar porque fica o medo. Eu considero muito isso, a parte de não expor a família.

IC: Relacionada com drogas e álcool:

O marido quando tá alcoolizado, tá drogado, bate nela. Isso influi muito aqui na nossa região, é drogas, bebidas, tem muito a ver com a violência. As drogas também são muito frequente aqui.

IC: Cotidiana

É ela apanhar todo dia. Violência é o que mais tem aqui.

IC: Medo

Fica o medo. A gente vê que a pessoa tá assustada, com medo o tempo todo.

IC: Controle, proibições

Bom, violência doméstica, quando a pessoa fica assim presa dentro de casa assim, que ela não pode sair pra trabalhar, que o marido não deixa ter contato social nenhum. É deixar não fazer, não sair.

IC: Outras Ideias Centrais

Falta de paciência

Julgar sem saber

Desrespeito

Não se posicionar

Caráter Público

Associada à maternidade na adolescência

Histórico familiar

Relacionada à infidelidade

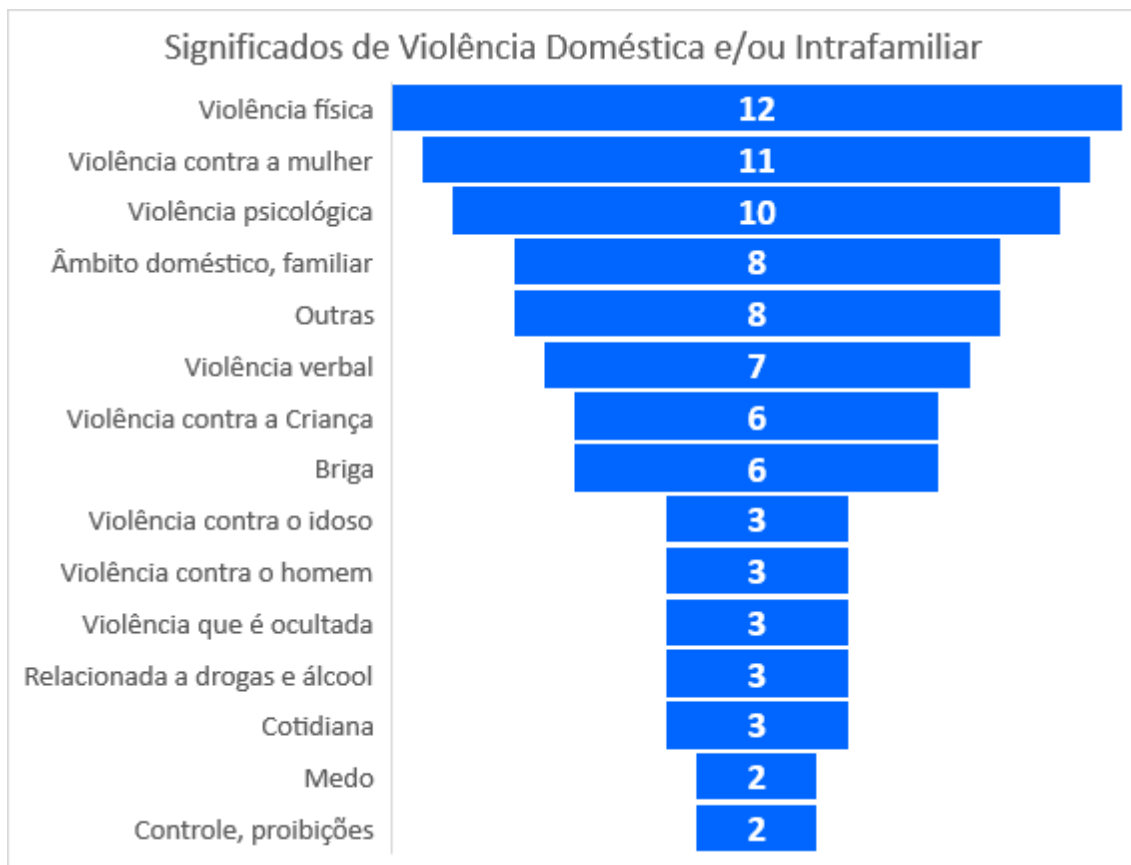


Figura 1 – Significados de Violência Doméstica e contribuição proporcional de cada Ideia Central



Figura 2 – Significados de Violência Doméstica e Ideias Centrais

5.2.2. Tema2: Significado de “como você lida com as situações de violência quando se depara com elas?”.

Quadro 3 – Significados de como você lida com as situações de violência quando se depara com elas?

SUJEITO	EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL
01	É difícil, porque algumas situações eu não tenho como resolver. Certa vez eu peguei uma mulher gritando, gritando, eu achei que ela tava doente, corri lá e era o filho que tava batendo nela, um filho de 14 anos, e ela não deixou eu fazer nada. Ela não deixou ligar para a polícia ou outra coisa, eu chamar um Conselho Tutelar, ela protegeu ele. Agora quando o assunto é um cartão de vacina, aí eu entro em contato porque se ela não autorizar eu entro direto com o Conselho Tutelar, sem ela autorizar. Nesses casos eu consigo. Numa briga familiar, por exemplo, muitas vezes a mulher apanha e ela não quer denunciar ele e como eu vou denunciar se ela nega depois. Mesmo sabendo que ela tá sofrendo violência eu não posso entrar na vida familiar dela, a não ser denúncia anônima.	Não tem como resolver A Vítima não deseja a ação do ACS Age de maneira anônima
02	Como eu ainda não vivi em questão de trabalho nem vida pessoal, graças a Deus. Então assim, mas que quando eu ouço alguma coisa eu fico indignada, eu quero de algum jeito querer tentar ajudar mesmo que não seja comigo. Mas como eu falei, na minha área graças a Deus a gente não tem isso, então ainda não sei como lidar.	Outros: Não viveu a experiência Outros: Indignação Despreparo
03	Ai complicado né, porque como eu convivo no bairro, eu moro aqui desde que eu nasci então eu conheço a maioria do pessoal que mora aqui. Então você tem que ficar, você tem que fingir que você não viu nada, porque se você falar alguma coisa às vezes isso vai virar contra mim, às	Dificuldades por ser da mesma comunidade, medo de represália Encaminha

	vezes ele vai querer fazer alguma coisa comigo, com os meus filhos, com o meu marido, com a minha família, né? Então, quando acontece alguma coisa eu passo para a minha chefe e aí ela vê o que faz, passa para o CRAS, se liga para as meninas sobre a violência, né? Acho que isso.	
04	Mas aí você tá, é a respeito da violência da mulher? Ah eu acho que é uma situação assim muito delicada né? Porque nem sempre assim que a mulher que é violentada, agredida, ela quer falar, ela quer assim, como se diz, ela quer ajuda né? Mas aí eu acho que é importante que assim, a pessoa que tá ali passando na casa dela assim, vá observando isso, e tentar assim conversar com ela, só assim, vão conversando uma coisinha hoje, uma coisinha amanhã, né? Até ela de repente ela começar a se abrir. Porque aqui esse serviço de agente de saúde é um serviço muito assim, tipo assim: hoje eu passo na casa da pessoa, ela me recebe, hoje eu passo lá e tá tudo bem. Depois eu passo uma, duas, três vezes, de repente ela vai se sentir mais à vontade de se abrir comigo, né? Aí eu acho que esse é o momento de você estar orientando, né buscando a melhor forma para ela né explicar para ela que tem vários tipos de maneiras de denunciar, né? Eu acho que é bem por aí.	Situação difícil A Vítima não deseja a ação do ACS Estratégias de aproximação. Orientação
05	Eu ouço a pessoa e tento encaminhar elas. Eu mostro o ponto que elas tem que ir para ter acompanhamento. Tem muita gente que não vai, que tem medo de falar. Convido para ir no grupo, que tem atividade. Era para ser um grupo de Terceira Idade e virou um grupo de mulheres. Atividade na igreja, lá embaixo, continua. Eu vou lá duas vezes por semana.	Diálogo Encaminha A Vítima não deseja a ação do ACS
06	Olha esses dias eu tive um caso de droga, eu procuro orientar o máximo. Eu procuro o CRAS, procuro isso, procuro aquilo, parceiro do posto para ajudar. Religião à parte, eu disse que	Orientação Outros Parceria

	precisava procurar Deus.	
07	A gente fica um pouco assustada. Tem que ter um certo equilíbrio. Muitas vezes já presenciei mãe batendo em filho no meio da rua. Faz tudo para apartar, para não ir para os finalmentes, mas é drogado. Tem muito aqui no Cidade Jardim. Eu já presenciei na minha área, na minha frente. Conversei com ele e ficou mais calmo. Aqui você não acha uma pessoa que não tenha alguém que está envolvido com droga.	É preciso equilíbrio Busca apaziguar a situação Diálogo
08	Além de eu conversar eu encaminho. Primeiro tem ido no psicólogo e depois encaminha para o CRAS, ou permanece no grupo.	Diálogo Encaminha Orientação
09	Primeiramente eu tento orientar, caso eu não consiga eu passo para cima, passo para a enfermeira que é responsável por nós. Ela encaminha, acho que para o CRAS, para a secretaria de saúde.	Orientação Encaminha
11	Orienta de maneira singela, tranquila, dando exemplos que aconteceu em outra família, outra pessoa passou. Fala de fatos que acontecem em torno do bairro, em outras casas. Fala que tem o CRAS, que tem o CREAS, porque às vezes tem o idoso que estão sofrendo abuso, empréstimo, sabe? Quando o idoso está sendo explorado ele não sabe. Vai mostrando os órgãos que tem para resolver. A gente pega muito aqui no São João esses colchões, esse de imã, que balança, daí a pessoa compra e não consegue pagar e a dívida vai aumentando e eles tomam o colchão. Daí nós conversamos com o CRAS e eles encaminharam para o escritório modelo e eles resolvem. Tem muita violência financeira, meninos usuários que exploram os pais, os avós, pegam as coisas para trocar por droga, vendem tudo, troca tudo. Acaba sendo violência também, da exploração, do cuidado. Casos de abandono de menores, a mãe vai embora e a vó que está cuidando. E a gente faz o que a	Orientação Encaminha

	gente pode.	
12	Você fica fora um pouco, disfarça, depois você fala, minimiza. Até mesmo com quem fez a violência. A gente disfarça, vê que não vê nada, desconversa. Aí eu falo para tentar ouvir, saber o que eles precisam.	Estratégias de aproximação Diálogo
13	Não me intrometo muito, tento conversar com a vítima. Tento falar sobre direitos como CRAS, CREAS, Lei Maria da Penha. Não tem muito o que você fazer. Se tivesse uma palestra assim para fazer, mas os maridos não deixam. Ela é minha vizinha, chora, não tem serviço, tento conversar, ele não deixa ela chegar na cerca para conversar. Diz que não pode.	Diálogo Orientação
14	Eu já me deparei e eu saí fora porque senão sobra pra gente, sobra pra quem tiver por perto.	Mantém-se omissa
15	Eu procuro assim, quando eu estou de frente a frente com a pessoa eu procuro reagir normal de uma forma normal, como se eu não tivesse vendo aquilo, né faço meu trabalho procuro ficar o mais calma sendo o mais educada, ponderada prestando muita atenção nas palavras que eu digo, né, faço o meu trabalho saio e levo o que eu vi pra minha chefe, no meu órgão de trabalho, ou ter a abordagem ali que possa ajudar aquela família, encaminhar.	Estratégias de aproximação Encaminha
16	NÃO RESPONDEU	
17	- Olha é muito complicado, porque a gente não pode se envolver muito porque você precisa visitar aquela família. Então acaba misturando profissional com pessoal, porque você tem dó, mas você não pode se envolver. Eu passo para o superior, eu passo para a enfermeira, aí ela que vê né, se aciona a polícia, o que que faz, se passa para a secretaria de saúde, mas eu mesmo não me posiciono. Eu escuto, mas não tomo nenhuma posição.	Conforme a situação mantém-se omissa Encaminha Outras: Escutar apenas
18	Tem. Eu oriento, principalmente quando que é com idoso eu tento	Essa ACS não discutiu situações de violência doméstica e sim de

	<p>entrar contato com a família. Tem idoso que mora sozinha, não deixa de ser uma violência doméstica, né. Eu tenho uma idosa, que a família tem condições, condições mesmo, e que mora sozinha, mora num apartamento com 31 degraus e tem muito depressão, quando ela tá assim bem agitada ela fica ligando pra mim, eu que tenho que ir lá, é complicado. Ela chora, chora, chora, me abraça e parece que a família assim. A família manda sim manda comida, manda almoço todo dia, só que ela precisa de um acompanhante. A gente tá pra ligar, junto com a enfermeira ligar pros filhos, pra filha dela, e ela precisa de um acompanhante, porque não tem condição, ela tem 80 anos, e mora sozinha. Então apareceu sim Então esse tipo de coisa tem sim. Idoso morando sozinho. Agora mesmo, não é da minha área não, mas é da área da minha colega, a doutora foi na casa do paciente, o paciente hipertenso, já teve AVC duas vezes, tava sem medicamento, e tem a filha que mora do lado assim sabe, neto. O pai ele anda muito mal, só um pouquinho, dentro de casa, e não tem condição de fazer aqui assim, de pegar um remédio então a gente, eu mesmo trouxe, aí eles pediram exame, pra fazer pra ele. A família não preocupa não, não está nem aí.</p>	<p>abandono.</p>
19	<p>Aconteceu isso no dia a dia em outras situações, não no meu serviço. Eu lidaria com naturalidade, tentaria acalmar a pessoa, não julgaria a pessoa, nem um lado nem o outro, né. Apenas apaziguava a pessoa. É assim que eu lidaria, com calma.</p>	<p>Busca apaziguar a situação</p>
20	<p>Aconselho, aconselho muito a procurar a delegacia feminina, que muitas vezes resolve, muitas vezes não, que a mulher fica com mais medo. Porque hoje a gente não vê tanta medida protetiva, a gente não vê, a realidade mesmo da medida protetiva, fala que vai cuidar, você</p>	<p>Orientação Encaminha Pesquisa com vizinhos</p>

	<p>não pode chegar perto, mas muitas vezes quando vê a pessoa já tá morto, não. Eu acho que não funciona muito não MP. Mas é uma solução, é uma das solução. Procurar psicólogos, a gente tem psicólogos na rede. Muitas me contam, outras eu descubro com vizinho, entendeu. Eu tento aconselhar o máximo possível, porque uma coisa que me deixa louca é um homem querer subir em cima de uma mulher, isso me deixa louca.</p>	
21	<p>Eu passo a situação para o meu superior, né, se a pessoa me pede ajuda eu indico onde ela pode ir né, a gente oferece ajuda né. Olha tem psicóloga, tem uma psicóloga, você quer dar uma palavrinha com ela, eu marco para você, tem passo para a minha superiora para ver o que ela pode fazer, indicar e dentro do possível a gente encaminhar essa pessoa pra a ajuda que ela precisa, né. Agora se a pessoa não pede ajuda ou se você tentou ajudar e ela se recusou, aí só orientação, não tem o que fazer mesmo não.</p>	<p>Encaminha A Vítima não deseja a ação do ACS Orientação</p>
22	<p>- Eu fico muito triste, muito triste. E incapaz de fazer alguma coisa. Porque se você vai a favor de quem tá fazendo a violência, você vai a favor de quem está sendo violentado, por exemplo, você também vai ser discriminado. A gente fica agindo por baixo do pano. Por exemplo, chama a polícia. Às vezes fala para um vizinho. Que nem eu falei para a vizinha: quando ela bater nela de novo, chama a polícia para ela. Não precisa nem dar nome, isso daí não pode acontecer. Eu sinto muito incapaz. Muita coisa você quer fazer, mas você não pode fazer. Porque você mora no bairro então você também está sujeito a acontecer alguma coisa com você porque você foi defender.</p>	<p>Não dá para resolver Age de maneira anônima Dificuldades por ser da mesma comunidade, medo de represália Despreparo</p>
23	<p>Dependendo da situação, a gente não entra muito para não invadir muito né, porque a gente tem um limite para ir. A gente dá uns conselhos lá, quando o</p>	<p>Conforme a situação mantém-se omissa Orientação Encaminha</p>

	<p>assunto é muito sério a gente traz, vai passando, a gente tem convênio com o CRAS, do social né. Aí quando vê a nossa chefe ela vem aqui com a gente estudar o caso e se for a gente passa pra frente, com sigilo. Aí lá na hora, o máximo que a gente faz é aquele conciliamento, mantém a calma, tudo vai melhorar, mas sem influenciar muito porque a gente não pode fazer isso. Até porque a gente vai voltar o mês que vem e chega lá e encontra uma outra realidade.</p>	<p>Busca apaziguar a situação</p>
24	<p>- Primeira coisa eu procuro saber da onde que tá vindo. Quem começou primeiro, e é mais delicado né, é uma maneira de conversar, deles desabafarem, daí a providência que a gente toma, a gente toma primeiro familiar, sem expor quem tá com o que, porque é muito delicado né. Depois, se não acontecer daí a gente procura órgãos competentes pra ajudar a gente. Porque primeiro você não tem que lidar só da doença, tem que cuidar de quem tá sendo agredido, da pessoa, fazer com que aquela autoestima volte de novo, que é o mais difícil, mas quando acontece é extremamente recompensador.</p>	<p>Busca apaziguar a situação Encaminha Outras: Cuidar da vítima</p>
25	<p>Então a gente dá atenção para a pessoa ali na visita, orienta tal o que ela tem que fazer, se ela no caso assim, nesse caso eu falei para ela quando acontecesse não era para ela reagir. Porque se ela reagisse seria pior. Então eu falei quando acontecesse que era para ela sair, tirar o menino porque na época o menino ainda era de menor até. Ela pegar o menino e procurar o socorro assim na casa de um vizinho. Porque assim na minha área não é uma casa do lado da outra, minha área a extensão de uma casa da outra é longe, mas mesmo assim eu falei para ela sair e ir para a casa da vizinha, a vizinha além de tudo era amiga dela, era comadre, então orientava isso para ela sair e ir procurar uma ajuda, não enfrentar porque na hora da raiva,</p>	<p>Outras: Dar atenção Orientação Encaminha</p>

	<p>enfrentar poderia fazer coisa pior. Aí ela fazia isso. Ela me conta até hoje, ela chega a comentar aqui que lá de vez em quando, não assim direto, lá de vez em quando ele ainda fazia isso com ela. Na época não tinha nem CRAS nem o CAPS. Ela ia ver o que que fazia e a gente passou pra frente e lá aí depois assim. Na parte nossa assim eu chegava para a minha enfermeira o que tava acontecendo e tal. E tanto que agora que a outra enfermeira entrou aqui com a gente, a mesma coisa. Pus ela numa sala com a enfermeira. A enfermeira conversou bastante com ela, orientou bastante ela lá não sei qual que foi o assunto deles lá que conversaram, eles né.</p>	
26	<p>A gente fica meio que sem saber o que fazer, tenta aconselhar. A maioria das mulheres que eu vou não se abre muito sabe, às vezes a gente descobre alguma coisa, alguma discussão pelos vizinhos que conta pra gente sabe. Aqui as mulheres são mais fechadas, não se abre muito não sabe, em relação a isso. Às vezes o marido bebe, chega bêbado em casa, aqui acontece muito isso.</p>	<p>Orientação Pesquisa com vizinhos Vítima não deseja ação da ACS</p>
27	<p>Então, teve um caso que eu cheguei na casa a paciente nem me viu na verdade, tava a maior discussão dentro da casa, mas eu chamei, chamei, não sei se não quis me atender, aí eu simplesmente fui embora porque eu não vou me intrometer né, também não tem como você chegar lá e falar, não tem como. Quando acontece às vezes do paciente chegar reclamando a gente tenta levar, tenta, vamos conversar e nunca levantar a voz senão um vai falando mais alto que o outro, né. A gente tenta conversar assim, analisar o que que está acontecendo pra depois tentar criticar. Que nem a parte de você ficar criticando ali não dá muito certo cê tem que ver o que que tá acontecendo e tentar acalmar o pessoal mas graças a Deus tem pouco caso é um entre</p>	<p>Mantém-se omissa Estratégias de aproximação Busca apaziguar a situação</p>

	outros, nossa é muito raro de eu chegar para atender.	
28	Tenta aconselhar. Mas as pessoas aqui não são de falar muito não. As pessoas moram mais afastadas umas das outras e as mulheres trabalham junto na roça. Acho que não gostam muito de falar sobre essas coisas.	Orientação Vítima não deseja ação da ACS

Quadro 4 – Ideias Centrais

Ideias Centrais	Sujeitos	N	Proporção (%)
Encaminha	3,5,8,9,11,15,17,20,21,23,24,25	12	42.9
Orientação	4,6,8,9,11,13,20,21,23,25	10	35.7
A vítima não deseja ação da ACS	1,4,5,21,26,27	6	21.4
Diálogo	5,7,8,12,13	5	17.9
Busca apaziguar a situação	7,19,23,24,27	5	17.9
Outros	2,6,17,24,25	5	17.9
Conforme a situação mantém-se omissa	14,17,23,27	4	14,3
Estratégias de aproximação	4,12,15,27	4	14.3
Não dá para resolver	1,22	2	7,1
Age de maneira anônima	1,22	2	7.1
Despreparo	2,22	2	7.1
Dificuldades por ser da mesma comunidade, medo de represália	3,22	2	7.1
Pesquisa vizinhos	20,26	2	7.1

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

IC Encaminha

Eu encaminho. Primeiro tem ido no psicólogo e depois encaminha para o CRAS, ou permanece no grupo que tem atividade. Era para ser um grupo de Terceira Idade e virou

um grupo de mulheres. Atividade na igreja, lá embaixo, continua. Eu passo para o superior, eu passo para a enfermeira, aí ela que vê né, se aciona a polícia, o que que faz, se passa para a secretaria de saúde, mas eu mesmo não me posiciono. Quando o assunto é muito sério a gente traz, vai passando. A gente procura órgãos competentes pra ajudar a gente.

IC Orientação

Primeiramente eu tento orientar. Eu procuro orientar o máximo, orienta tal o que ela tem que fazer. A gente dá uns conselhos lá. Orienta de maneira singela, tranquila, dando exemplos que aconteceu em outra família, outra pessoa passou. Fala de fatos que acontecem em torno do bairro, em outras casas. Aí eu acho que esse é o momento de você estar orientando, né buscando a melhor forma para ela né explicar para ela que tem vários tipos de maneiras de denunciar, né? Tento falar sobre direitos como CRAS, CREAS, Lei Maria da Penha. Aconselho, aconselho muito a procurar a delegacia feminina, que muitas vezes resolve, muitas vezes não, que a mulher fica com mais medo. Agora se a pessoa não pede ajuda ou se você tentou ajudar e ela se recusou, aí só orientação.

IC A vítima não deseja ação da ACS

É difícil, porque algumas situações eu não tenho como resolver. Certa vez eu peguei uma mulher gritando, gritando, eu achei que ela tava doente, corri lá e era o filho que tava batendo nela, um filho de 14 anos, e ela não deixou eu fazer nada. Ela não deixou eu ligar para a polícia ou outra coisa, eu chamar um Conselho Tutelar, ela protegeu ele. Nem sempre assim que a mulher que é violentada, agredida, ela quer falar, ela quer assim, como se diz, ela quer ajuda né. Tem medo de falar, não gostam muito de falar sobre essas coisas. Se você tentou ajudar e ela se recusou, não tem o que fazer mesmo não.

IC Diálogo

Tento conversar com a vítima. Eu ouço a pessoa e tento encaminhar elas..Eu falo para tentar ouvir, saber o que eles precisam. Eu mostro o ponto que elas tem que ir para ter acompanhamento.

IC Busca apaziguar a situação

Aí lá na hora, o máximo que a gente faz é aquele conciliamento, mantém a calma, tudo vai melhorar, mas sem influenciar muito porque a gente não pode fazer isso. Você ficar criticando ali não dá muito certo cê tem que ver o que que tá acontecendo e tentar acalmar o pessoal. Eu lidaria com naturalidade, tentaria acalmar a pessoa, não julgaria a pessoa,

nem um lado nem o outro, né. Apenas apaziguava a pessoa. É assim que eu lidaria, com calma.

IC Conforme a situação mantém-se omissa

Eu já me deparei e eu saí fora porque senão sobra pra gente, sobra pra quem tiver por perto. É muito complicado, porque a gente não pode se envolver muito porque você precisa visitar aquela família. Dependendo da situação, a gente não entra muito para não invadir muito né, porque a gente tem um limite para ir.

IC Estratégias de aproximação

Mas aí eu acho que é importante que assim, a pessoa que tá ali passando na casa dela assim, vá observando isso, e tentar assim conversar com ela, só assim, vão conversando uma coisinha hoje, uma coisinha amanhã, né? Até ela de repente ela começar a se abrir. Porque aqui esse serviço de agente de saúde é um serviço muito assim, tipo assim: hoje eu passo na casa da pessoa, ela me recebe, hoje eu passo lá e tá tudo bem. Depois eu passo uma, duas, três vezes, de repente ela vai se sentir mais à vontade de se abrir comigo, né? Quando acontece às vezes do paciente chegar reclamando a gente tenta levar, tenta, vamos conversar e nunca levantar a voz senão um vai falando mais alto que o outro, né. A gente tenta conversar assim, analisar o que que está acontecendo pra depois tentar criticar. Eu procuro reagir normal de uma forma normal, como se eu não tivesse vendo aquilo, né, faço meu trabalho procuro ficar o mais calma sendo o mais educada, ponderada, prestando muita atenção nas palavras que eu digo, né.

IC Não dá para resolver

É difícil, porque algumas situações eu não tenho como resolver. Eu fico muito triste, muito triste. E incapaz de fazer alguma coisa.

IC Age de forma anônima

A gente fica agindo por baixo do pano. Por exemplo, chama a polícia. Às vezes fala para um vizinho.

IC Despreparo

Eu sinto muito incapaz, então ainda não sei como lidar.

IC Dificuldades por ser da mesma comunidade, medo de represália

Muita coisa você quer fazer, mas você não pode fazer. Porque você mora no bairro então você também está sujeito a acontecer alguma coisa com você. Ai complicado né, porque como eu convivo no bairro, eu moro aqui desde que eu nasci, então eu conheço a maioria do pessoal que mora aqui. Então você tem que ficar, você tem que fingir que você não viu nada, porque se você falar alguma coisa às vezes isso vai virar contra mim, às vezes ele vai querer fazer alguma coisa comigo, com os meus filhos, com o meu marido, com a minha família, né?

IC Pesquisa vizinhos

Muitas me contam, outras eu descubro com vizinho, entendeu. Às vezes a gente descobre alguma coisa, alguma discussão pelos vizinhos que conta pra gente sabe.

IC Outros

Não viveu a experiência

Indignação

Parceria

Escuta apenas

Cuidar da vítima

Dar atenção

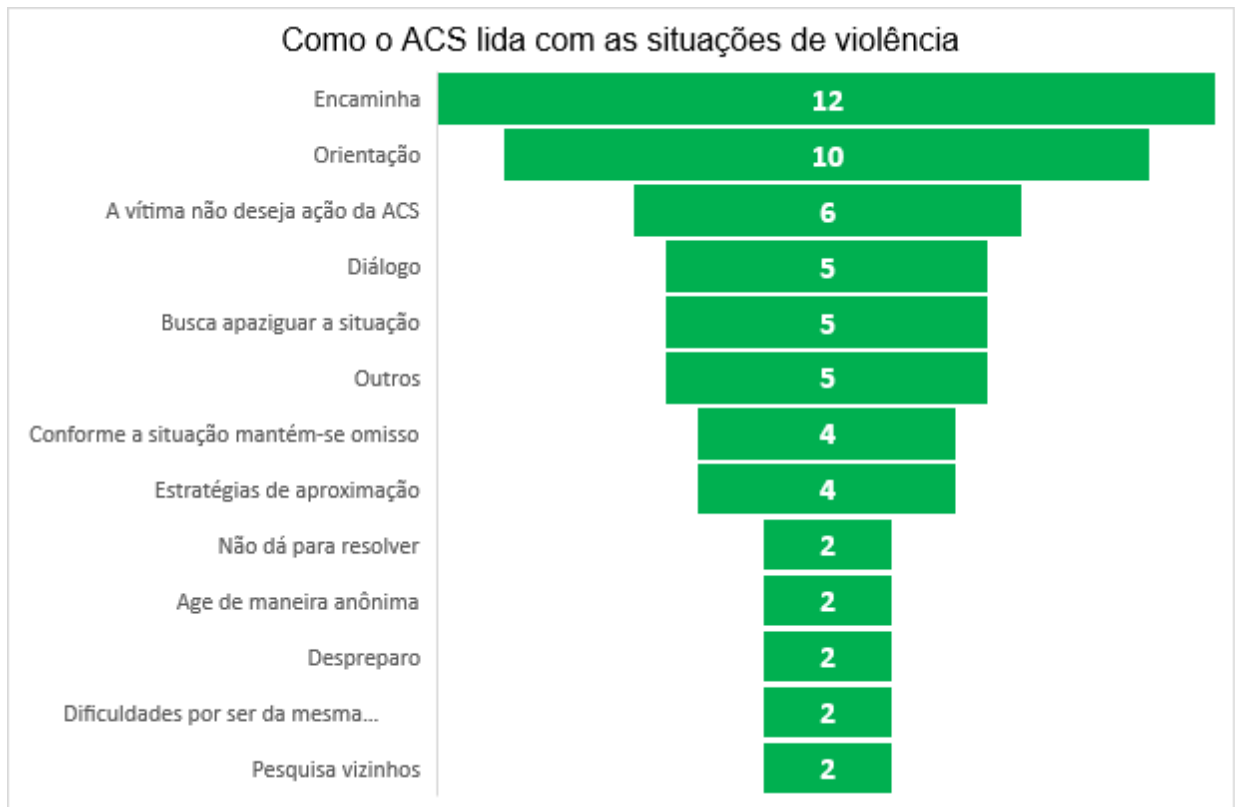


Figura 3 – Como o ACS lida com as situações de violência e contribuição proporcional de cada Ideia Central.



Figura 4 – Ideias Centrais a respeito de “Como o ACS lida com as situações de violência”.

6. DISCUSSÃO

“Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora.” (MINAYO, 2012).

Todos os discursos perpassam pela invisibilidade da violência mostrando que como a OMS e a política pública do Brasil, é um problema de saúde pública presente na vida e no dia a dia.

A análise das entrevistas sugere uma percepção ampliada sobre a violência. A equipe de trabalho conhece e percebe a violência como um fenômeno amplo, reconhecendo diversas formas de manifestação de violência. Aparecem formas de violência física, psicológica, negligência, urbana, simbólica, sexual, etc. Os entrevistados aproximam suas percepções aos conceitos existentes na literatura.

DSC - *Violência doméstica é **agressão física**, qualquer tipo de agressão, apresentar sinais de agressão no corpo, você ter um hematoma no teu braço, Eu entendo como violência.*

DSC - *Às vezes se comete violência psicologicamente. Tem **violência psicológica**, a pressão psicológica que inibe a pessoa, às vezes a pessoa não consegue nem se abrir pra falar. Violência psicológica é aquela que você não vê, que é pior, que é emocional, que atinge no teu interior e quando ninguém vê este tipo de violência é pior assim pra se julgar, entra em depressão, tem gente que vai até o suicídio. O que afeta o emocional, afeta tudo, desequilibra totalmente, inclusive uma família.*

DSC - *Violência doméstica é aquela que esposo agride esposa, né? Tipo bater. É quando a **mulher sofre qualquer tipo de violência**, se ela é maltratada, se ela não é respeitada pelo marido, pelos filhos, é ela apanhar todo dia e as pessoas a escutarem apanhando, verem ela apanhando. A esposa é espancada, apresenta sinais de agressão no corpo, ou também **intimidação**, a **pressão psicológica**. Mulher quando está sendo oprimida, forçada a ter relação sexual, pode ser um **abuso sexual**, pode ser uma violência*

né, assédio, tudo isso. Também mães adolescentes, mães muito cedo, gera violência nas casas que a gente passa por aí.

A discussão ocorreu à luz da bioética do risco e proteção, evidenciando que o Estado deve garantir a universalidade do acesso às vítimas de violência e os profissionais de saúde devem estar bioeticamente preparados para esse atendimento.

É importante conhecer as crenças dos agentes comunitários de saúde em relação à violência doméstica, assim como a forma como são preparados para lidar com tal violência para que mais casos possam ser identificados e menos pessoas sofram com as consequências deste ato. É através dos agentes que poderemos conhecer melhor os agressores, as formas de violência mais praticadas, as medidas tomadas e qual a relação com o uso de álcool e outras drogas, devido à proximidade do agente com a comunidade e com isso a maior facilidade para conhecer os casos de violência doméstica existentes (LOURENÇO, 2010) .

É preciso dar subsídios teórico-práticos aos profissionais para detectar situações de violência, encontrar a forma de abordar as famílias e dar encaminhamento tanto aos casos de violência quanto de uso de álcool/drogas. A violência contra a mulher necessita ser alvo de políticas públicas consistentes e deve ser, efetivamente, considerada questão de saúde pública a partir do conceito ampliado de saúde. (SCARANTO, 2007)

Neste estudo realizado acima, com ACS sobre a percepção que estes tinham sobre a violência contra mulheres foi encontrado as ideias centrais e o DSC praticamente igual ao enunciado pelos ACS desta pesquisa:

Concepção de violência doméstica: IC-1: *São brigas na família, dentro de casa. É agressão, quando o homem não respeita e bate na mulher, agride os filhos, os filhos agriem os pais, há abuso contra a mulher e/ou crianças tanto pelo homem quanto por parentes.*

DSC - *Eu acho que é agressão. Por exemplo, quando o marido bate na mulher, envolve não só a mulher, mas as crianças também; existem pais que agriem as crianças; às vezes, eu acho que quem sofre mais com isso são as crianças. Filhos batem na mãe também ou irmã, e em crianças. É violência dentro de casa! Na família.*

Nos resultados que apresentamos desta pesquisa encontramos:

Âmbito Doméstico, Familiar: IC

DSC - É a violência que acontece dentro das casas das pessoas, não precisa ser nos moradores, mas no contexto inteiro, doméstico. Pode ser familiar, ser alguma coisa relacionada com a família, né? A família que mora na casa, que discute. É no ambiente dentro de casa, fechado, entre o familiar, entre os familiares, com aquelas pessoas que você convive.

Há uma preocupação em analisar as percepções e as práticas dos profissionais de saúde frente às situações de violência, mediante estudos desenvolvidos em unidades de saúde.

As visitas familiares e o estabelecimento de parcerias com os serviços próximos à residência da família foram algumas das estratégias utilizadas para a vigilância de possíveis reincidências. Além disso, o estudo enfatizou a atuação intersetorial e interdisciplinar, por meio do trabalho em equipes e da construção de redes de atenção colocando-a não só como um princípio, mas como uma necessidade frente à complexidade do problema (MOREIRA, 2012). Os ACS de uma certa maneira tentam buscar as medidas que julgam necessárias a cada caso, o que está demonstrado no discurso abaixo.

IC: Encaminha

DSC - Eu encaminho. Primeiro tem ido no psicólogo e depois encaminha para o CRAS, ou permanece no grupo que tem atividade. Era para ser um grupo de Terceira Idade e virou um grupo de mulheres. Atividade na igreja, lá embaixo, continua. Eu passo para o superior, eu passo para a enfermeira, aí ela que vê né, se aciona a polícia, o que que faz, se passa para a secretaria de saúde, mas eu mesmo não me posiciono. Quando o assunto é muito sério a gente traz, vai passando. A gente procura órgãos competentes pra ajudar a gente.

Na visão de uma das entrevistadas um dos motivos para que as mulheres não denunciem seus companheiros, perpetrando essa condição de invisibilidade cronicidade da violência é a falta de uma rede de apoio que lhe dê suporte nessa decisão. Neste aspecto, segundo Saffioti (2002), p. 29 “a mulher vitimizada evita denunciar e se isola dos sistemas de apoio, o que a torna ainda mais dependente de seu agressor”.

IC: A vítima não deseja ação da ACS

DSC - É difícil, porque algumas situações eu não tenho como resolver. Certa vez eu peguei uma mulher gritando, gritando, eu achei que ela tava doente, corri lá e era o filho que tava batendo nela, um filho de 14 anos, e ela não deixou eu fazer nada. Ela não deixou eu ligar para a polícia ou outra coisa, eu chamar um Conselho Tutelar, ela protegeu ele. Nem sempre assim que a mulher que é violentada, agredida, ela quer falar, ela quer assim, como se diz, ela quer ajuda né. Tem medo de falar, não gostam muito de falar sobre essas coisas. Se você tentou ajudar e ela se recusou, não tem o que fazer mesmo não.

Conforme Gonçalves e Ferreira (2002) apontam, no Brasil a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes.

Mas como assegurar que as políticas públicas consigam colocar em prática, ”o empoderamento feminino, assegurem um atendimento humanizado e qualificado. Enfim, iniciativas que garantam o acesso de todos os cidadãos aos seus direitos nas mais variadas dimensões da vida social e que resultem em mudanças de padrões culturais vigentes” (BRASIL, 2007).

Incentivar a reflexão acerca da bioética como ferramenta de luta contra as desigualdades que ainda marcam nosso continente.

De acordo com os resultados desta pesquisa evidenciamos que a dificuldade encontrada pelos profissionais que entram em contato com a temática da violência doméstica, ocorre em função do pouco conhecimento adquirido sobre tema. Portanto, é preciso capacitar os profissionais frente aos casos de violência contra a mulher, contra crianças e idosos, sensibilizando-os a respeito das questões, possibilitando estes profissionais serem elementos importantes no processo de quebra do ciclo de violência.

Há a necessidade do estabelecimento de fluxos e de corresponsabilidade compartilhada. É fundamental que o gestor analise o conhecimento dos ACS e que o tema violência intrafamiliar seja incorporado nas estratégias de educação permanente com a responsabilidade compartilhada entre profissionais, famílias e sociedade civil. Onde o Bioeticista pode ajudar na reflexão do contexto apresentado, e colaborando na elaboração de novas responsabilizações.

A bioética é um campo de reflexão que questiona e tem o papel de agente promotor de novos parâmetros na saúde.

Mas, na verdade, a bioética constitui espaço bem mais complexo de produção de saberes, que exige a integração do conhecimento de diferentes áreas para produzir as respostas que a realidade demanda.

A Bioética tem muito a contribuir para a difusão do tema e para a discussão de soluções para os conflitos, especialmente as de caráter preventivo sob atuação multiprofissional e interdisciplinar, desconstruindo invisibilidades, eliminando tendências à banalização e contribuindo para encaminhamentos prudentes e zelosos.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência intrafamiliar, além de determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência; permitindo o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família.

A questão 1 é interessante tanto por aquilo que ela diz como por aquilo que ela não diz. O que ela diz? Ela diz que a violência se dá no âmbito doméstico de forma cotidiana praticamente. Ela é composta por violência física e por violência verbal. Só que a violência verbal é moral, e uma violência psicológica basicamente, e é direcionada a todos dentro da casa, e se apresenta muitas vezes como formas de briga, que às vezes costumam envolver toda a população do domicílio, direcionada principalmente às mulheres, às crianças, também acomete os idosos além dos homens. Então ela não é exclusiva de um tipo de habitante.

Continuando a questão 1, em um grande número de vezes essa violência tende a ser escondida, ocultada pela vítima, que não quer divulgar essa violência por medo, por vergonha, ou por uma sensação de não querer piorar a situação. Mas evitar. Também muitas vezes até para proteger o agressor, que é uma pessoa que vive com essa vítima da agressão na mesma casa.

IC: Violência que é ocultada

DSC - A mulher sempre esconde muito das pessoas que apanha, que o marido trai, que o marido quando tá alcoolizado, tá drogado, bate nela, mas isso ela esconde. Ela simplesmente falar que não, que ela não tá sendo, é que ela não tá sendo, como que eu vou dizer, que ela não tá sendo, que o marido dela não tá batendo nela. A pessoa não consegue

nem se abrir pra falar porque fica o medo. Eu considero muito isso, a parte de não expor a família.

Ela é associada ao uso de drogas, ao uso de bebida alcóolica e ela tem características das pessoas viverem com muito medo, além de às vezes ela se manifestar sob a forma de quebrar a liberdade das pessoas de fazer as coisas, de proibição, de não deixar as pessoas viverem a sua vida normalmente.

IC: Relacionada com drogas e álcool

DSC - O marido quando tá alcoolizado, tá drogado, bate nela. Isso influi muito aqui na nossa região, é drogas, bebidas, tem muito a ver com a violência. As drogas também são muito frequente aqui.

Agora, isso é o que é dito. Tem o não dito, que mostra que existe um despreparo real do ACS para entender. O ACS traduz aquilo que ele vê, mas não consegue interpretar aquilo como uma questão da vulnerabilidade das pessoas, a miséria, as situações de falta de tudo, falta de acesso à educação, à saúde, ao trabalho, o desemprego, e todas essas questões da pobreza que estão relacionadas. Esse tipo de constatação o ACS não consegue elaborar. Esta é uma questão interessante, mostrando que realmente a hipótese da pesquisa está correta: ele não tem preparo para enfrentar uma situação daquela, ele não conhece em profundidade a situação.

Além disso, voltando agora à vítima, e aos moradores, as pessoas que vivem nessa situação da Violência Doméstica, as questões bioéticas que as envolvem são questões importantes, do direito à vida, do direito a uma vida digna, que não é cumprido. São pessoas que vivem em vulnerabilidade, sob risco, sofrendo agressões, sofrendo pressões, assédio moral, sofrendo assédio sexual, sendo obrigadas, se submetendo a atos de violência, etc.

Esse problema ligado à vulnerabilidade que a bioética da proteção coloca que o Estado abandona, nessas pessoas vulneradas que não conseguem desenvolver seus projetos de vida por diversas situações. Mesmo a situação da miséria até uma situação totalmente difícil como essa da violência, caberia à obrigação da intervenção do Estado, para que essas pessoas pudessem desenvolver o seu projeto de vida. E isso é uma situação que perdura como está colocado na BI, é uma situação que vem de longe e está sempre associada à miséria; é uma situação persistente. É o não cumprimento de um direito

humano em pessoas vulneradas pelo Estado, que deveria protegê-las. Isso é muito importante, e é um problema bioético sério.

A questão 2 reforça mais ainda o patente despreparo do ACS para enfrentar a questão da VD. Todas as ações que eles colocam, do tipo de aconselhamento que eles fazem, das estratégias que eles utilizam para se aproximar das pessoas, das vítimas da violência, as formas que eles utilizam para intervir, ou às vezes a necessidade até de fazer as suas ações de forma encoberta, ou também o fato deles priorizarem os encaminhamentos e não resolver a questão no locus, mostra que o ACS é totalmente despreparado para enfrentar esta questão.

IC: Estratégias de aproximação

DSC - Mas aí eu acho que é importante que assim, a pessoa que tá ali passando na casa dela assim, vá observando isso, e tentar assim conversar com ela, só assim, vão conversando uma coisinha hoje, uma coisinha amanhã, né? Até ela de repente ela começar a se abrir. Porque aqui esse serviço de agente de saúde é um serviço muito assim, tipo assim: hoje eu passo na casa da pessoa, ela me recebe, hoje eu passo lá e tá tudo bem. Depois eu passo uma, duas, três vezes, de repente ela vai se sentir mais à vontade de se abrir comigo, né? Quando acontece às vezes do paciente chegar reclamando a gente tenta levar, tenta, vamos conversar e nunca levantar a voz senão um vai falando mais alto que o outro, né. A gente tenta conversar assim, analisar o que que está acontecendo pra depois tentar criticar. Eu procuro reagir normal de uma forma normal, como se eu não tivesse vendo aquilo, né, faço meu trabalho procuro ficar o mais calma sendo o mais educada, ponderada, prestando muita atenção nas palavras que eu digo, né.

Uma outra questão ética importante é o fato do Estado colocar como ponta de lança nesse trabalho de prevenção e de ação sobre a violência nessas comunidades, pessoas que não tem preparo, e que se sentem inclusive despreparadas, colocam que não conseguem enfrentar, que evitam enfrentar, que fogem desses problemas. Isso está colocado muitas vezes nesses depoimentos dos ACS. Então, isso reforça ainda mais essa questão ética da falta de atitude que o Estado tem em relação à proteção daqueles que não conseguem resolver esse problema persistente. É muito interessante e é muito rica a colocação dos ACS nos mostrando isso.

IC: Conforme a situação mantém-se omissos

DSC - *Eu já me deparei e eu saí fora porque senão sobra pra gente, sobra pra quem tiver por perto. É muito complicado, porque a gente não pode se envolver muito porque você precisa visitar aquela família. Dependendo da situação, a gente não entra muito para não invadir muito né, porque a gente tem um limite para ir.*

Mais uma vez na questão 2 fica patente que em muitas situações a vítima não quer a presença, tem medo, não quer intervenção, ele prefere que a situação de violência perdure para talvez não tornar a situação pior, não quer a intervenção do ACS na questão.

IC: A vítima não deseja ação da ACS

DSC - *É difícil, porque algumas situações eu não tenho como resolver. Certa vez eu peguei uma mulher gritando, gritando, eu achei que ela tava doente, corri lá e era o filho que tava batendo nela, um filho de 14 anos, e ela não deixou eu fazer nada. Ela não deixou eu ligar para a polícia ou outra coisa, eu chamar um Conselho Tutelar, ela protegeu ele. Nem sempre assim que a mulher que é violentada, agredida, ela quer falar, ela quer assim, como se diz, ela quer ajuda né. Tem medo de falar, não gostam muito de falar sobre essas coisas. Se você tentou ajudar e ela se recusou, não tem o que fazer mesmo não.*

Além disso, temos também uma outra questão interessante que eles colocam que é o fato de morar na comunidade e estar também expostos à violência, que é um outro fator que inibe a sua participação e a sua intervenção no problema. O que também, mesmo que não inibisse, essa intervenção não seria efetiva pelo evidente despreparo do ACS, tendo em vista o discurso deles em relação às orientações que são dadas, mostra que não tem realmente um preparo adequado e talvez nem seja o profissional adequado para assumir esse tipo de função.

Por residirem na área de atuação da equipe e continuarem no local após o término do trabalho, os ACS continuam a vivenciar os fatos, ficam expostos às ameaças de violência por parte dos agressores e sentem insegurança em relação às suas vidas e a de seus familiares. A proximidade dos ACS com as famílias adscritas ao mesmo tempo em que facilita a detecção e a prevenção da violência, evidencia a fragilidade do profissional em lidar com a situação identificada. Da mesma forma, o medo é um dos sentimentos das vítimas ao omitir o fato ocorrido.

IC Dificuldades por ser da mesma comunidade, medo de represália

DSC - *Muita coisa você quer fazer, mas você não pode fazer. Porque você mora no bairro então você também está sujeito a acontecer alguma coisa com você. Ai complicado né, porque como eu convivo no bairro, eu moro aqui desde que eu nasci, então eu conheço a maioria do pessoal que mora aqui. Então você tem que ficar, você tem que fingir que você não viu nada, porque se você falar alguma coisa às vezes isso vai virar contra mim, às vezes ele vai querer fazer alguma coisa comigo, com os meus filhos, com o meu marido, com a minha família, né?*

As ACS apesar de referirem-se à violência como um problema existente, e de alta magnitude, não reconhecem que esses casos estão nos serviços de saúde, em suas áreas de trabalho. Essa invisibilidade foi entendida como uma forma de defesa dos profissionais; eles se distanciam para evitar frustrações frente aos problemas com o qual não se sentem preparados para lidar. Muitas citam que em suas áreas não existem situações de violência, “*Não que eu veja*”, “*Na minha área eu desconheço*”, “*Minha área é muito tranquila, quase não vejo*”.

A pesquisa revelou que a violência doméstica que está presente em nossa sociedade, também está presente nas unidades de saúde, pois os relatos dos ACS mostram que ela é visível, o que exige conhecimento e preparo que os mesmos revelam não ter. Esta situação dificulta que a ação destes profissionais possa apoiar, encaminhar e/ou orientar as mulheres vítimas de violência doméstica.

Cavalcanti (2002) e Tuesta (1997), no entanto, constataram que os profissionais de saúde não têm dificuldades em identificar a violência, uma vez que suspeitam frequentemente desta. A maior dificuldade dos profissionais, segundo estas autoras, está em não saber como encaminhar a questão.

IC: Despreparo

DSC - *Eu sinto muito incapaz, então ainda não sei como lidar.*

IC: Não dá para resolver

DSC - *É difícil, porque algumas situações eu não tenho como resolver. Eu fico muito triste, muito triste. E incapaz de fazer alguma coisa.*

No entanto, depois de constatada a presença de pessoas em situação de violência como demanda recorrente no setor saúde, é preciso refletir sobre como o setor tem

absorvido e encaminhado o problema. As unidades de saúde são importantes na detecção da violência doméstica, porém sua identificação deve se constituir no início de um processo que busque apoiar tais usuárias na superação do problema. O vínculo que os profissionais desse modelo de atenção constroem com a comunidade aproxima-os de cada integrante das famílias, criando um espaço de acolhimento e confiança para as usuárias relatarem situações de violência vividas em casa.

IC: Diálogo

DSC - Tento conversar com a vítima. Eu ouço a pessoa e tento encaminhar elas. Eu falo para tentar ouvir, saber o que elas precisam. Eu mostro o ponto que elas tem que ir para ter acompanhamento.

IC: Outros

DSC – Parceria; Escuta apenas; Cuidar da vítima; Dar atenção.

A discussão bioética é uma possibilidade de análise, na medida em que propicia um modo de olhar a estrutura e o funcionamento dos sistemas públicos de saúde. Portanto, articulada à responsabilidade social do Estado, como o gerenciamento de recursos, o controle social, os recursos humanos qualificados e a constante atualização dos códigos de ética dos profissionais envolvidos na assistência à saúde.

A bioética de proteção tem o intuito de proteger a população de excluídos de uma sociedade na qual eles, paradoxalmente, estão inseridos. Ainda, deve-se proporcionar e desenvolver a autonomia do ser vulnerável, para que o mesmo possua capacidade autogovernar-se, fornecer condições de vida consideradas necessárias para que estabeleça suas próprias decisões. Mas, a assistência em saúde prestada a pessoa vítima de violência tem possibilitado que a mesma compreenda seus direitos diante das ações em saúde para ser considerada um ser autônomo? Portanto, a autonomia condizente com os pressupostos da bioética de proteção abrange a compreensão do que é possível e pertinente para que o ser humano possa ter seus direitos garantidos, no processo de atenção à saúde.

A correlação acontece quando se analisa se o sistema de atenção à saúde desenvolve ações que impactem na qualidade da assistência prestada e no bem estar biopsicossocial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a violência como um problema de saúde pública, os profissionais de saúde cumprem um importante papel na intervenção sobre o fenômeno e na proteção das vítimas. Tal atribuição é reconhecida por lei, ao passo em que refere como obrigatória a notificação, pelos profissionais de saúde, dos casos de suspeita ou confirmada situação de violência.

Entretanto, a partir do presente trabalho, pode-se constatar que o trabalho com indivíduos em situação de violência, por vezes, se apresenta de modo precário. Tal precariedade surge da limitação e fragmentação que os profissionais de saúde demonstram em relação à percepção e à compreensão da violência e proteção.

É imprescindível que haja o compromisso de se considerarem os problemas sociais que atravessam a vida dos usuários do serviço como relacionados ao processo de adoecer.

A limitação e a fragmentação de compreensão e percepção sobre o problema e sobre a intervenção são decorrentes de múltiplos fatores, os quais associam-se aos sentimentos, às experiências, aos vínculos, à dinâmica e às condições de trabalho, às relações e à comunicação entre os profissionais, além do conhecimento sobre os recursos que podem auxiliar no atendimento às vítimas de violência. Igualmente, cumpre destacar, que poucos profissionais tiveram contato com o tema durante a sua formação profissional, o que também interfere sobre o entendimento do problema.

Conclui-se que o conhecimento dos agentes comunitários diante da suspeita, detecção e notificação de situações de violência intrafamiliar é deficiente. É fundamental que o gestor analise o conhecimento dos ACS e que o tema violência intrafamiliar seja incorporado nas estratégias de educação permanente com a responsabilidade compartilhada entre profissionais e famílias.

No discurso dos ACS torna claro que vínculo com as famílias adscritas possibilita a detecção, a abordagem e o acompanhamento da violência; prevenindo a sequência crescente de episódios que poderão reincidir se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica.

Os resultados ratificam a multicausalidade da violência com a associação de problemas sociais, emocionais, uso de álcool e drogas. É alta a proporção de atos violentos quando álcool ou drogas estão presentes entre agressores e suas vítimas ou em ambos.

A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação, ficando tais serviços a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente. Bioeticamente falando, é colocar sobre os ombros de quem menos tem responsabilidades oficiais, institucionais, politicamente falando, ser o depositário de tantas desigualdades e falta de acesso aos serviços de proteção.

Os ACS necessitam orientar a família, esclarecendo que a equipe da estratégia da saúde da família auxiliará no apoio necessário para que seja realizada a notificação.

“A pessoa não fala, diz que se machucou caindo na rua.” A violência doméstica torna-se difícil de ser detectada quando os casos são omitidos. Falar sobre violência é difícil e complexo, pois envolve medo, dúvidas e sentimentos de que o problema é de tamanha grandeza para ser enfrentado. No entanto, os ACS têm o dever de notificar os casos de violência que tiverem conhecimento, podendo inclusive responder pela omissão (SALIBA, 2007).

A dificuldade encontrada pelos profissionais que atuam com a violência ocorre em função do pouco conhecimento adquirido sobre tema. Portanto, é preciso capacitar os profissionais frente aos casos de violência, sensibilizando-os a respeito das questões, possibilitando estes profissionais serem elementos importantes no processo de quebra do ciclo de violência (SCARANTO, 2007).

Uma das grandes dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde, diz respeito a capacitação insuficiente e falta de ambiente de trabalho que promova uma estrutura adequada para lidar com as situações de violência, apesar de reconhecerem da importância da escuta e acolhimento do caso

Schraiber et al (2002) destacam que os eventos ocorridos no ambiente familiar não são nomeados como violência, sendo este termo utilizado para expressar situações do espaço público. Outro fator que faz com que as mulheres não caracterizem o que ocorre com elas como sendo violência está ligado ao fato de que este termo tem sido utilizado para expressar uma situação grave e, que ainda que muitas vezes a situação doméstica seja

extremamente severa, por uma questão cultural, há uma negação da violência contribuindo para a invisibilidade do problema.

Os ACS não podem se responsabilizar sozinhos por esse complexo e imenso problema social. As informações territoriais necessitam ser compartilhadas com o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial com práticas eficazes e efetivas de promoção, prevenção e reabilitação, individuais e coletivas. Os determinantes das necessidades de saúde são atingidos por meio de ações intersetoriais, que não têm sido efetivadas entre as ESF e os demais setores²⁹. É atribuição de toda a equipe participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à avaliação inicial e identificação das necessidades de intervenções e cuidado, proporcionar atendimento humanizado; responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo⁵. A Bioética tem muito a contribuir na reflexão de práticas, e diretrizes a serem traçadas para a qualificação dos profissionais e à consecução dos objetivos traçados.

A importância de vincular o estudo à reflexão bioética, uma vez que, por definição, a Bioética é um campo interdisciplinar e, por meio de seus diferentes referenciais, será possível compreender como a percepção, compreensão e atuação dos profissionais afeta a proteção de vítimas de violência. Menciona-se, também, que o objetivo da Bioética não é identificar uma solução ideal para os problemas, mas sim alcançar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais (BIS, 2013).

Pessini e Barchifontaine (2000) afirmam que a sociedade precisa compreender que ter saúde é muito mais do que não estar doente: é poder viver em condições de dignidade. Lutar pela saúde é mais do que lutar por mais postos e centros de saúde, hospitais, profissionais de saúde, medicamentos e outros; é lutar pela própria vida, e vida em plenitude e abundância.

Nas atribuições do ACS, o atendimento aos casos de violência na família determina, em primeiro lugar, que o agente precisa ter conhecimento das leis e instituições e que possam encaminhar para o apoio as pessoas vítimas de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O documento aborda a importância de o agente lidar com a violência na família, na ajuda às pessoas envolvidas, sem discriminá-las, entendendo que as vítimas e os agressores são seres humanos e cidadãos, com iguais direitos de receber ajuda e orientação. Os ACS devem registrar suas impressões e levar o problema para, com o instrutor-

supervisor, buscarem soluções para a ação. No entanto, os ACS, no Município estudado, recebem muito pouca capacitação específica para a abordagem sobre violência nas famílias.

Se o homem é mais vítima no espaço público, a mulher é mais frequentemente violentada no espaço doméstico, afirmam as pesquisas. As histórias entre quatro paredes residenciais, sob forte influência de fatores culturais, constatações de frustrações sobre a vida conjugal, após assim confinadas por muito tempo, passaram a sair pela porta da frente dos domicílios, rumo a clínicas, a delegacias de polícia, a serviços sociais e a escritórios de advocacia. Violências adjetivadas como doméstica, familiar, física, sexual e psicológica, até cárcere privado, ganharam visibilidade, tornaram-se notícias, boletins de ocorrência, anamnese e exame físico de uma maneira mais organizada e com maior potencial resolutivo. O chamado sexo frágil reagiu, um bom começo, é verdade, mas há muito a ser feito, uma afirmação unânime entre os ACS entrevistados.

A bioética de proteção considera que o governo tem o compromisso de proteger todos os membros da sociedade, diante de qualquer intervenção que não seja estável, independente da estrutura de Estado, a consciência da vulnerabilidade enquanto condição humana, e que a filosofia e a política propostas às sociedades devem garantir a proteção de seus cidadãos contra a violência, pobreza e quaisquer tipos de violação aos direitos humanos. Sua preocupação é com os riscos e a vulnerabilidade, que as pessoas vulneráveis correm de serem prejudicadas pelas consequências das ações realizadas por profissionais da saúde .

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano

8. CONCLUSÕES

O saber e a ciência devem ser vistos como patrimônio da humanidade e a utilização do conhecimento deve ser para a melhoria da qualidade de vida do ser humano.

Os avanços do conhecimento científico, com a explosão da ciência e da inovação tecnológica, evidenciaram as vulnerabilidades da natureza e do ser humano.

Existem poucas publicações sobre Bioética e Saúde da Família. Em uma revisão de literatura os autores apontam que somente poucos referem e realizam a análise dos dados da pesquisa à luz das correntes da ética e das teorias da bioética, além de constatar poucas publicações sobre a temática bioética e APS/ESF na forma de artigos no período de 1994 a 2012 (VIDAL, 2014).

A necessidade de mais estudos para o aprofundamento das questões pertinentes enriquecerão a Bioética brasileira e a ponte sempre necessária com a saúde pública tratando de indivíduos e coletividades quase sempre excluídos e à margem dos benefícios da contemporaneidade.

O estudo pretendeu, a partir de algumas questões de pesquisa, aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno violência doméstico, e quais as questões bioéticas implicadas, retirando da clandestinidade um problema grave que, há tempo, vem sendo tratado como de foro íntimo das pessoas nele envolvidas.

O ACS pode ser o elo entre a vergonha e a coragem para vítimas de violência doméstica denunciar o problema, o que significa que ele parece ser de fundamental importância no acolhimento das angústias, no encorajamento para o relato de sofrimento, na detecção da questão da violência, que pode estar acompanhada pela depressão, ansiedade ou até mascarada por algum tipo de queixa vaga, e, em consequência, fazer o encaminhamento de referência correto e eficiente na denúncia.

Como se pode observar nos relatos, há uma limitação que ultrapassa o setor saúde. Além de ser numericamente reduzida, a rede de apoio social às pessoas em situação de violência é precária e acaba por não garantir plenamente a proteção dos usuários.

Apesar de toda discussão na tentativa de se pensar o conceito de saúde de forma ampliada, a questão da violência doméstica não é uma temática frequentemente abordada na atuação dos ACS. Esta realidade aponta para a urgência de se inserirem estratégias de intervenção para lidar com a VD como questão de rotina nos serviços de Atenção Primária à Saúde, assim como as demais atividades de prevenção já realizadas, de tal forma que os profissionais possam lidar com esta demanda com mais segurança e menos resistência.

O setor saúde pode intervir na questão da violência, ao identificar o problema, acolher e apoiar os usuários, acompanhando estes casos ao longo do tempo, capacitando os profissionais responsáveis por esta abordagem, no entanto, a resolução do problema não lhe compete exclusivamente. É fundamental que a rede intersetorial se organize de forma a garantir que as mulheres não tenham seus direitos de cidadania usurpados.

Existe, portanto, um imenso campo para a Bioética, sobretudo para os que pensam ser necessário retirá-la do ambiente clínico e utilizá-la como instrumento de busca de soluções para os problemas mais urgentes neste lado do mundo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Emily de Souza. Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e possibilidades da assistência. Ribeirão Preto, 2013. Dissertação de Mestrado.

ALONSO, Carolina Maria do Carmo; BEGUIN, Pascal Daniel; DUARTE, Francisco José de Castro Moura. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 52, 14, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100502&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 ago. 2018. Epub 26-Fev-2018. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>.

ALVÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: VIII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2008, Curitiba. Anais. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. p. 2208-2220. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf>. Acesso em Setembro de 2017.

ANDRADE, Alexandre Carvalho. Pouso Alegre (MG): Expansão urbana e as dinâmicas socioespaciais em uma cidade média. Tese (Doutorado em Geografia). UNESP: Rio Claro, 2014.

ANDRADE, CJM; FONSECA, RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):591-5.

ARAUJO, F.R.F. A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto: o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco. Recife, 2012. Dissertação de Mestrado. Fiocruz.

ARTIÈRES, P. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, F. Foucault. A Coragem da verdade. São Paulo: Parábola, 2004. P. 15-37.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Ginebra: Banco Mundial; 1999. In: RIVAS M, Favio. LA VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA: OTRO CAMPO PARA LA BIOÉTICA. Acta bioeth., Santiago , v. 6, n. 2, p. 335-346, dic.2000. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200011&lng=es&nrm=iso. Acesso em 14 nov.2016. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200011>.

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 3, p. 358-365, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>.

BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE (BIS). Enfrentamento da violência pela Saúde. Volume 14 - Número 3 - Agosto de 2013. São Paulo. ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

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, nº 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde & Claves/Fiocruz. Impacto da violência na Saúde dos Brasileiros (Orgs. SOUZA, Edinilsa Ramos. & MINAYO, Maria Cecília de Souza) Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica; n.8. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet].

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: MS; 2013.

BRAZ, Marlene. Bioética e Violência. *Bioética*, 12(2): 77-98, 2006.

BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.). Violência, sociedad y justicia en América Latina. Buenos Aires: Clacso, 2002.

BROIDE, Jorge; BROIDE, Emília Estivalet. A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções. 2ª ed. São Paulo: Escuta, 2016.

CAMARGO, Juliana Frozel. Introdução à Bioética. *Cadernos de Direito*, v. 1, n. 1 (2001), Unimep, São Paulo. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/cd/article/view/886/413>

CAVALCANTI, M.L.T. **A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família**: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002.

CLOTET, Joaquim. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 20-21

COHEN, Claudio; GOBBETTI, Gisele. Bioética da vida cotidiana. Revista Cienc. Cult. [online]. 2004, vol.56, n.4, pp. 47-49. ISSN 2317-6660.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; BARBATO DE PRATES, Nadir Eunice Valverde; e NAZARETH, Janice Caron (Orgs.). Bioética e a violência contra a mulher. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017. 184 p.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G.. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" Revista Ciência e Saúde Coletiva. ABRASCO: Rio de Janeiro. v. 4. n.º 1, p. 81 – 99, 1999.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas, SCHRAIBER, Lília Bilma. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 337-55.

FERRAZ, L; AERTS, DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10:347-55.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIREDO, Antônio Macena; FRANÇA, Genival Veloso. Bioética: uma crítica ao principialismo. Revista *Derecho y Cambio Social*, p.2-3, 2016. Disponível em: < <http://www.derechoycambiosocial.com/revista017/bioetica.htm> > Acesso em: 18 set. 2016.

FIGUEIREDO, Marília. Z.A; CHIARI, Brasília M.; GOULARD, Bárbara N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. Revista *Distúrb Comun, São Paulo*, v.25, nº1: 129-136, abril, 2013.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; MARTINS, Cleide de Lavieri. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev. bras. enferm., Brasília*, v. 53, n. spe, p. 31-33, Dec. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700005&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700005>.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho & ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. (Org.). *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.167 pp. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1765-1772, nov-dez, 2004. Resenhas.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. As condições de vida, de trabalho e de saúde como “caldo de cultura” para a violência. *Bioética* 2004; 21(2): 113-9.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. *Rev.Saúde Soc. São Paulo*: v.24, supl.1, p.152-161, 2015.

GALHEIGO, SM. Apontamentos para se pensar ações de Prevenção à Violência pelo Setor Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.3, p.181-189, 2008.

GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leocir. Apresentação. In: Garrafa, V., Pessini, L. (Org.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003, p.11-16.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa, V.; Pessini, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-44.

GARRAFA, Volnei. Reflexões sobre Políticas Públicas Brasileiras de Saúde à luz da Bioética. In: Fortes, P. A. de C.; Zoboli, E.L.C.P. (org.). Bioética e Saúde Pública. 2ª Edição São Paulo: Editora Loyola, 2004. P. 49-61.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Revista Bioética, vol. 13, n. 1, 2005, pp. 125-134, Brasília, Brasil.

GOLDFARB, D. C. Pensando nas origens da violência. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(6):2669-2676, 2010.

GOMES ,KO; Cotta, RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. 2009;18(4):744-55.

GONÇALVES, H. S., & FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, 18 (1), 315-319; 2002.

GUEDES, Cristiano. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1765-1772, nov-dez, 2004. ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

HESLER LZ, COSTA MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):180-186.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de viver e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivida pelo agente comunitário de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

JODELET, Denise. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

KOTTOW, Miguel. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, Fermin Roland, REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M; organizadores. Bioética, risco e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005. p. 29-44.

KRUG, Etienne. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia científica. São Paulo: Atlas. 1995.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas. 2010.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti, Teixeira, JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC; 2000.

LEFEVRE Fernando; LEFEVRE Ana Maria Cavalcanti. O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Desdobramentos. Caxias do Sul, EDUSC, 2003.

LEFEVRE, F. e LEFEVRE, AMC. O sujeito coletivo que fala. Comunic, Saúde, Educ. jul/dez 2006; 10(20):517-24.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, AMC; e Marques, MCC. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. Ciências e Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1193-1204.

LEFEVRE, F. e LEFEVRE, AMC. Pesquisa de Representação Social. Brasília: Liberlivro; 2010.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, June 2014. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Aug. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, A. M. C. DSC: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. São Paulo: EDUCS, 2005.

LEITE, Jessica Totti. Ações de enfermeiros (as) na Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto – SP. Dissertação de Mestrado em Ciências, Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2011.

LETTIERE, M; NAKANO, AMS; RODRIGUES, DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):467-73.

LEVY, F. M., Matos, P. E. S., & Tomita, N. E. (2004). Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad. Saúde Pública, 20(1), 197-203.

LOURENCO, Lélío Moura et al. Estudo das crenças dos agentes de saúde a respeito da violência doméstica. Est. Inter. Psicol. Londrina, v. 1, n. 1, p. 108-128, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 ago. 2018.

MALTA, DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Boletim técnico do SENAC 2009; 35(2):63-71.

MALTA, DC et. al. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4301-4311, 2014.

MENDES, Heloisa Wey Berti; CALDAS JUNIOR, Antônio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n.3, p.20-26, maio 2001. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 22 ago. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000300004>.

MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência, Teorias e práticas. Elza Machado Melo/ Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.: il. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(3), p. 239-262, 1993.

MINAYO, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1996, 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O impacto da violência social sobre a saúde [editorial]. Cadernos de Saúde Pública 1994;10(1):7-18.)

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência sob o Olhar da Saúde. 2ª. ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> 311X2004000300001. Acesso em 06 de Setembro 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: SOUZA, Edinilsa Ramos; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. p. 9-33.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11(Sup): 1259-1267, 2007. MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3) : 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Metodologia de Construção do Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/GD-PNSP%20Metodologia%20de%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20%C3%ACndice%20de%20Vulnerabilidade%20Juvenil%20%C3%A0%20Viol%C3%Aancia.pdf>> Acesso em: 07 de nov. 2017.

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de. Pacientes oncológicos e expectativa de cura: um enfoque sob a bioética de intervenção. [Mestrado]. Universidade de Brasília. Brasília: 2016. 112 p.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al . Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600011&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Aug. 2018. Epub Oct 03, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000058>.

MOREIRA, T. N. F. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

MOTA, RRA; DAVID, HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saúde*. 2010;8(2):229-48.

NASCIMENTO, Wanderson Flor do; GARRAFA, Volnei. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.287-299, 2011. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade.

NJAINÉ Katie; ASSIS, Simone. G.; CONSTANTINO, Patrícia. Impactos da Violência na Saúde. (Org.). 2ª Edição. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

NJAINÉ, Katie; SOUZA, Edinilsa. Ramos; MINAYO, Maria Cecília de Souza. e ASSIS, Simone. G. A produção da (des) informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. Cad. Saúde Pública [online]. 1997, vol.13, n.3, pp. 405-414. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300016>. Acesso em 09 de setembro de 2017.

OLIVEIRA, M. L. C. de; SOUZA, L. A. C. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n.4, dez.2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php49742007000400003>.

PALAZZO, L. S.; KELLING, A.; BÉRIA, J. U.; FIGUEIREDO, A. C. L.; GIGANTE, L.P.; RAYMANN, B.; BASSANI, D. G. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 622-29, 2008.

PEREIRA, IC; OLIVEIRA, MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm. 2013;66(3):412-9.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian Paul. Problemas atuais de Bioética. 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian Paul. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Paulus, 1996; p. 30.

PINTO, AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 out/dez;12(4):766-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>.

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, Aug.2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000400020>.

PORTO D, TAPAJÓS A. Gênero, raça e bioética de intervenção. In: Anais do V Congresso Brasileiro de Bioética, 2004, maio 13-15; Recife. Recife: Sociedade Brasileira de Bioética, 2004: 26p.

PORTO D, GARrafa V. Bioética e intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Rev. Bioética; v.13, n.1, p. 111-123. 2005.

PORTO, Dora. Bioética na América Latina: desafio ao poder hegemônico. Rev. bioét. (Impr.). Brasília, 22, n.2, p.213-224, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222002>.

POTTER, Van Rensselaer. Bioética: Ponte para o Futuro. São Paulo: Loyola, 2016. (Original norte-americano. Bioethics: Bridge to the Future, p.20,1971).

Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 34, n. 3, p. 316-319, June 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

RAMOS, Flávia Regina Souza. O Discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 51-78, Junho, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000100003>.

RIVAS, F. La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la bioética. Acta Bioethica 2000;6(2):335-46.

SAFIOTTI, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. Editora Fundação Perseu Abramo. 2ª reimpressão, São Paulo, 2011.

SALIBA, O; Garbin, CAS; Garbin, AJI; Dossi, AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):472-7.

SANCHEZ, R.N. O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. In Fundação Petrópolis (Org.), Pacto Pela Paz: Uma Construção Possível (pp.39-46). São Paulo, 2003.

SCARANTO, Catarina Antunes Alves, BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye & MICHEL-CROSATO, Edgard. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher. Psicologia Ciência e Profissão, vol. 27, núm. 4, 2007. P. 694-705.

SCHRAIBER, Lília Bilma, D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas, França-Júnior I, Pinho AA. A violência contra a mulher: um estudo em uma unidade de atenção primária. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4):470-7.

SCHRAMM, Fermin Roland; Kottow, Miguel. Bioethical principles in public health: limitations and proposals. Cadernos de Saúde Pública 2001 Jul/Aug;7(4):949-56. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029 &Ing=em &cnrm=iso.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética, p.11-13, v.16, n.1, 2008.

SCHUH Claudia Maria, ALBUQUERQUE Izabela Martins de. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. Rev. Bioét. (Impr.). 2009 [acesso 19 jul 2018]; 17(1):55-60.

SCHUMACHER, Gabriela Souza. Bioética, violência e proteção à criança e ao adolescente: um Estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, RS, 2016.

SHRADER, E., & SAGOT, M. (2000). Domestic violence: women's way out. Pan American Health Organization. Washington: States Unites of America. In: GEBARA, Carla Ferreira de Paula; LOURENÇO, Lélío Moura e RONZANI, Telmo Mota Ronzani. A violência doméstica infanto-juvenil na perspectiva dos Agentes Comunitários de saúde. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 18, n. 3, p. 441-451, jul./set. 2013.

SILVA, Franklin Leopoldo. Da ética filosófica à ética em saúde. In: Costa, S. I. F.; Oselka, G.; 1998. Garrafa, V. (org.) *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.19, supl. 2, p. S263-S272, 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800008&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800008>.

TRIVIÑOS, ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 1992. 175 p.

TUESTA, A J.A. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.

VIDAL, Selma Vaz et al . Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. Bioét., Brasília* , v. 22, n. 2, p. 347-357, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200017&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222016>.

ZALUAR, A. *Da revolta ao crime* S.A. São Paulo: Moderna, 1996.

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; Universidade de São Paulo; 2003.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1– O que você entende como violência doméstica e/ou intrafamiliar?

2– Como você lida com as situações de violência quando se depara com elas?

APÊNDICE B

PROTOCOLO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

MARQUE APENAS UMA OPÇÃO

Número _____

- 1- NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE _____
- 2- LOCAL () Urbano () Rural
- 3- SEXO () Feminino () Masculino
- 4- ESTADO CIVIL - () Vive só () Vive com companheiro(a) () Outro
- 5- IDADE EM ANOS _____
- 6- COR: () Negra () Branca () Parda () Amarela
- 7- RELIGIÃO () Católica () Outra () Não tem
- 8- TEMPO DE ESTUDO _____
- 9 ESCOLARIDADE: () Fundamental () Média () Superior
- 10- FAZ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA COMO ACS?
() Menos de um ano () de 1 a 3 anos () mais de 3 anos
- 11- JÁ SE SUBMETEU A ALGUMA CAPACITAÇÃO PARA O SEU TRABALHO COMO ACS? () sim () não
- 12 - JÁ SE CAPACITOU PARA O TRABALHO DE COMBATE À VIOLÊNCIA?
() sim () não
- 13- ONDE VOCÊ RESIDE?
() No mesmo bairro de meu trabalho () Outro bairro

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Representações Sociais da Violência e Bioética na Prática e Cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde.

Pesquisadora: Ivanise Rebello Silva

Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho

Sou aluna do mestrado em Bioética da UNIVÁS e estou fazendo uma pesquisa para a qual gostaria de convidá-la: “Representações sociais da violência e bioética na prática e cotidiano de agentes comunitários de saúde.”.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer qual a visão e a forma como se relacionam os Agentes Comunitários de Saúde com situações de violência ocorridas na área de abrangência da ESF em que atuam. Para tanto, se você concordar em participar, irei entrevistá-la. Inicialmente você responderá um questionário com perguntas de múltipla escolha com 22 questões, que constará de perguntas a respeito de sua pessoa, seu trabalho, seus hábitos e sua saúde. O segundo trará 05 (cinco) perguntas abertas. Nestas, você responderá a respeito da sua visão e da forma com que enfrenta situações de violência que ocorrem no território da equipe de ESF onde atua. Peço autorização para que eu grave estas respostas. Após a realização desta entrevista será feita a transcrição de suas respostas, sem identificá-la, garantindo sua privacidade e anonimato. Esta pesquisa ocorrerá por meio de entrevistas individuais, em um local reservado, no seu local de trabalho. Após a transcrição das entrevistas, e o devido trabalho de datilografia, as gravações serão destruídas.

Os procedimentos adotados na realização deste estudo seguem os critérios preconizados pela Resolução 466/12 sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

A senhora terá direito de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa, sem acarretar nenhum prejuízo ou perseguição. Sempre que necessitar poderá solicitar informações da pesquisa ao pesquisador. A pesquisa não lhe acarretará despesas, mas também nada será pago pela sua participação. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para responder aos objetivos desta pesquisa.

Desde já, agradeço pela sua participação, que será imprescindível na realização do presente estudo, aproveito o ensejo para informá-la de que o mesmo contribuirá para aperfeiçoamento das ações de saúde de Pouso Alegre. Aproveito ainda para deixar meu telefone para qualquer contato, se for necessário: 35- 984367287 O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS também pode ser acionado para esclarecimento de dúvidas e é (35) 3449-2199.

Sem outro particular, reitero os votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Ivanise Rebello Silva

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Representações sociais da violência e bioética na prática e cotidiano de agentes comunitários de saúde.” Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e estou ciente de que o questionário a ser respondido não oferece nenhum desconforto, exposição ou risco à minha saúde física e/ou psicológica.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Nome do sujeito:

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura

APÊNDICE D

SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Prezada Secretária,

A presente pesquisa de mestrado: “Representações sociais da violência e bioética na prática e cotidiano de agentes comunitários de saúde”, realizada pela mestrandia Ivanise Rebello Silva, do Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí tem como objetivo principal conhecer a visão e a forma com que os Agentes Comunitários de Saúde enfrentam situações de violência que ocorrem no território da equipe de ESF onde atuam e identificar os fundamentos éticos envolvidos na tomada de decisão. Para o seu desenvolvimento pretende-se entrevistar os profissionais mencionados, solicitando-lhes que respondam a perguntas sobre a sua percepção. Os profissionais, após esclarecimentos sobre a pesquisa, serão livres para consentir participar, independentemente do aval institucional. Manteremos o anonimato dos profissionais entrevistados, dos serviços e das pessoas envolvidas em eventuais casos relatados, pois, além de não ser necessário a nomeação destes na transcrição das fitas serão excluídos nomes ou qualquer particularidade eventualmente citada e que, porventura, possibilitem identificações. Os dados obtidos serão guardados em segredo profissional e somente serão utilizados pela pesquisadora para os propósitos desta pesquisa. As entrevistas serão agendadas e realizadas de forma a não perturbar as atividades dos profissionais e da unidade de saúde. Se quiser quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora pelo telefone 98436-7287. Agradecemos sua cooperação,

Ivanise Rebello Silva - Mestranda em Bioética pela Univas

Marcos Mesquita Filho - Orientador

Consinto com a realização da pesquisa: _____

Instituição: _____

Responsável: _____

Data: _____

ANEXO 1 . AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

APÊNDICE D

SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Prezado(a) Secretário(a),

A presente pesquisa de mestrado: “Representações sociais da violência e bioética na prática e cotidiano de agentes comunitários de saúde”, realizada pela mestranda Ivanise Rebello Silva, do Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí tem como objetivo principal conhecer a visão e a forma com que os Agentes Comunitários de Saúde enfrentam situações de violência que ocorrem no território da equipe de ESF onde atuam e identificar os fundamentos éticos envolvidos na tomada de decisão. Para o seu desenvolvimento pretende-se entrevistar os profissionais mencionados, solicitando-lhes que respondam a perguntas sobre a sua percepção. Os profissionais, após esclarecimentos sobre a pesquisa, serão livres para consentir participar, independentemente do aval institucional. Manteremos o anonimato dos profissionais entrevistados, dos serviços e das pessoas envolvidas em eventuais casos relatados, pois, além de não ser necessária a nomeação destes, na transcrição das fitas serão excluídos nomes ou qualquer particularidade eventualmente citada e que, porventura, possibilitem identificações. Os dados obtidos serão guardados em segredo profissional e somente serão utilizados pela pesquisadora para os propósitos desta pesquisa. As entrevistas serão agendadas e realizadas de forma a não perturbar as atividades dos profissionais e da unidade de saúde. Se quiser quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora pelo telefone 98436-7287. Agradecemos sua cooperação,

Ivanise Rebello Silva - Mestranda em Bioética pela Univás

Marcos Mesquita Filho - Orientador

Consinto com a realização da pesquisa: Ratada acima.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre - MG

Responsável: Ranieri Faria Ribeiro

Data: 29/11/2016

Ranieri Faria Ribeiro
Secretário Mun. de Saúde
Pouso Alegre - MG

Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PROPPES)

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37550-000 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248

ANEXO 2. PARECER CONSUBSTANCIADO do CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA E BIOÉTICA NA PRÁTICA E COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Pesquisador: Ivanise Rebello Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62533316.5.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.118.339

Apresentação do Projeto:

A violência, é um fenômeno amplo e complexo, que envolve múltiplas causas e também uma tipologia diversa. A violência estrutural é desencadeante de outras formas de violência e está representada pela preocupação com as desigualdades sociais.

"A violência em todo o seu polimorfismo, tem sido fortemente discutida pela sociedade, pelos cientistas sociais, pelas políticas públicas e por outros segmentos do saber; entretanto, no âmbito da Bioética, tal questão tem sido abordada de forma incipiente. (Braz, 2006, p. 78).

A bioética surgiu da necessidade de compreender e repensar problemas morais da sociedade moderna. A reflexão bioética surgiu através da percepção das mudanças das relações psicossociais ocasionadas pelos grandes avanços científicos e tecnológicos, e nos coloca o desafio de romper o silêncio em torno da violência. As pesquisas qualitativas referem-se à análise "da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões" do ser humano, como produtos de sua interpretação sobre seu modo de viver, seus pensamentos e sentimentos. A opção por esse tipo de pesquisa deve-se ao recorte realizado para este

estudo. Trata-se de um estudo qualitativo. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas semiestruturadas e para a análise dos dados será utilizado, baseado na teoria das representações sociais, o Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre. Serão entrevistados ACS que atuam

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.118.339

em equipes de Saúde da Família do município de Pouso Alegre escolhidos de forma intencional. O estudo seguirá as normas éticas da Resolução 466/2012.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas frente ao reconhecimento da violência doméstica no seu cotidiano; além dos problemas éticos vivenciados por eles para a tomada de decisão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores essa pesquisa somente oferece os riscos próprios de estudos realizados com o emprego de entrevistas e questionários. Para minimizá-los foram elaboradas questões com o cuidado de não causarem nenhum tipo de desconforto nas áreas psicológica, social, física, religiosa e moral, com a preocupação de respeito à cultura do sujeito da pesquisa.

Quanto aos benefícios alegam que:

- relevância social: é uma busca por significados e fatores que dificultam a intervenção dos ACS frente às situações de violência vividas nas áreas que atuam e ao mesmo tempo residem; em busca de criação de estratégias de enfrentamento às fragilidades decorrentes da violência no bairro, na comunidade, no seu dia a dia.

- relevância institucional: através dos conhecimentos adquiridos possibilitar novos processos de trabalho, porque estes profissionais reconhecem junto ao pesquisador durante o trabalho no Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde, suas falhas, principalmente no que se refere à notificação, uma vez que há barreiras individuais e sociais que se apresentam através dos medos e concepções referentes a esse tema, como também a falta de apoio dos gestores municipais e a integralidade da atenção.

-No âmbito da Universidade: colaborar na criação de observatórios de monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, permitindo que os discentes das várias áreas de formação entrem em contato com a problemática da violência. Através de dados incentivar e incrementar a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e a reabilitação; e principalmente a capacitação de recursos humanos para o apoio e desenvolvimento de estudos e pesquisas que tornem as questões da violência mais palpáveis e visíveis aos profissionais de saúde. Devemos

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

Continuação do Parecer: 2.118.339

conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, especialmente os ACS, no intuito de gerar reflexões sobre o caráter negativo da violência, tanto no aspecto dos processos de trabalho, quanto como um fator que contribui para o adoecimento das pessoas. Isto pode facilitar a promoção de estratégias de prevenção para esse agravo.

- no âmbito da Bioética : é relevante, pois o ACS depara com dilemas em seu trabalho cotidiano que pede que este assuma uma postura consciente e sensibilizada com o cuidar do outro. Os ACS que tem autonomia e percebem com clareza a situação podem avaliar suas ações, de modo que os princípios bioéticos possam reger suas práticas, respeitando o paciente e todos ao seu redor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória constam no projeto.

Recomendações:

Sugerimos atualização do desenho, do custograma e cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo atende aos dispositivos da Resolução 466/2012 e encontra-se aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após o término do estudo o pesquisador deverá apresentar relatório final ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_834448.pdf	29/05/2017 10:51:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.docx	29/05/2017 10:40:53	Ivanise Rebello Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDetalhadoBrochuraInvestigador3.docx	22/05/2017 11:36:24	Ivanise Rebello Silva	Aceito

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470
Bairro: Campus Fátima I **CEP:** 37.550-000
UF: MG **Município:** POUSO ALEGRE
Telefone: (35)3449-9270 **E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.118.339

Investigador	ProjetoDetalhadoBrochuralInvestigador3.docx	22/05/2017 11:36:24	Ivanise Rebello Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma3.doc	22/05/2017 11:33:32	Ivanise Rebello Silva	Aceito
Outros	ApendiceBDadossociodemograficos.docx	29/11/2016 23:00:08	Ivanise Rebello Silva	Aceito
Outros	ApendiceAentrevista.docx	29/11/2016 22:58:24	Ivanise Rebello Silva	Aceito
Outros	autorizainstitucional.pdf	29/11/2016 22:54:36	Ivanise Rebello Silva	Aceito
Folha de Rosto	Ivanise.pdf	29/11/2016 22:49:52	Ivanise Rebello Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 13 de Junho de 2017

Assinado por:

Rosa Maria do Nascimento
(Coordenador)

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br