

Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários

Violence and Primary Health Care: perceptions and experiences of professionals and users

Elisane Adriana Santos Rodrigues¹, Ricardo Tavares², Victor Hugo Melo³, Jandira Maciel da Silva⁴, Elza Machado de Melo⁵

DOI: 10.1590/0103-110420185404

¹Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3588-1947>
elisane.rodrigues@pbh.gov.br

²Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) – Ouro Preto (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>
tavares@ufop.edu.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1014-7762>
victormelo@terra.com.br

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9990-9323>
jandira.maciel@gmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzamel@medicina.ufmg.br

RESUMO O presente estudo teve por objetivo comparar vivências e percepções de usuários e profissionais de saúde relativas à violência no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo transversal qualiquantitativo realizado em Ribeirão das Neves (Minas Gerais), no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando questionários aplicáveis a usuários (n=628), e autoaplicáveis a profissionais (n=300). Foi realizada análise descritiva – distribuição de frequência simples, cruzada e bivariada – e análise de correspondência, comparando as respostas de usuários e profissionais, armazenadas em 2 diferentes bancos de dados. A Análise de Conteúdo Categorical Temática possibilitou a construção de três categorias de análise – a partir das quais foram discutidos, de forma entrelaçada, os resultados quantitativos e qualitativos: 1) A violência como um problema de saúde; 2) Integralidade da Atenção; 3) Participação social. Nota-se que a violência permeia o cotidiano de vida e atuação de usuários e profissionais, comportando-se como um evento que merece aprofundamento por parte de quem sofre, convive e lida com o problema. Os espaços de participação social foram reconhecidos como estratégia importante de inserção da comunidade na discussão dos seus problemas. No entanto, usuários e profissionais diferem quanto ao papel da assistência à saúde na abordagem e no enfrentamento da violência. A atenção primária tem grande potencial de produzir atenção de qualidade, mas, ao que parece, não o realiza quando se trata da abordagem da violência.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Serviços de saúde. Participação social.

ABSTRACT This study aimed to compare experiences and perceptions of users and health professionals on violence in the context of Primary Health Care. It is a cross-sectional study of qualitative and quantitative nature conducted in Ribeirão das Neves (Minas Gerais), in which semi-structured interviews were carried out using questionnaires applicable to users (n= 628) and self-administered to professionals (n=300). Descriptive analysis was performed – distribution of simple frequency, cross and bivariate – and correspondence analysis comparing the responses of users and professionals, stored in two different databases. The Thematic Categorical Content Analysis enabled the construction of three categories of analysis – from which were discussed and jointly, the quantitative and qualitative results: 1) Violence as a health problem; 2) Completeness of Care;



3) *Social Participation*. It is noted that violence permeates everyday life and activity of users and professionals, behaving as an event that deserves deepening by who is suffering, living and dealing with the problem. The social participation spaces were recognized as an important strategy of community inclusion in the discussion of their problems. However, users and professionals differ on the role of health care in addressing and violence. Primary care has great potential to produce quality of care but apparently does not accomplish it when deals with the violence approach.

KEYWORDS *Violence. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health services. Social participation.*

Introdução

A violência tornou-se objeto de estudo e campo de atuação necessário e atual, sendo considerada como um problema complexo, capaz de interferir na qualidade de vida das pessoas e das sociedades. O termo se traduz em ações humanas de indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam a morte ou que afetam a integridade física, moral, mental ou espiritual de outros seres humanos¹. Constitui demanda crescente para os serviços de saúde e acarreta impacto importante na vida de homens e mulheres envolvidos.

O setor saúde, por sua vez, é um espaço com grande potencial para abordagem da violência. A atuação dos profissionais é decisiva e, dependendo da sua adequação e qualidade, podem contribuir para a prevenção, atenção e desenvolvimento de estudos acerca do problema. A notificação de violências foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2009 e, em 2011, passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Atualmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional encontra-se regulamentada na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Além de revogar a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, esta Lista reiterou a notificação das violências. Tais medidas permitem obter informações sobre incidentes violentos envolvendo pessoas que foram assistidas no sistema

de saúde e universaliza a notificação para todos os serviços de saúde².

A abordagem das situações de violência não é simples, tampouco há soluções prontas. Violências e acidentes são responsáveis por grande parte da transformação no perfil de saúde, impondo atuações sobre determinantes sociais, englobando aspectos amplos, que vão desde o estilo de vida, até relações ambientais, econômicas, culturais e sociais³. Exatamente no desempenho dessa tarefa reside um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, certamente, um de seus limites⁴. A Atenção Primária à Saúde (APS), ao promover a aproximação com os usuários, estreitar o vínculo, estabelecer relações de confiança e favorecer a criação de espaços de diálogo e participação, apresenta-se como uma alternativa robusta para tais enfrentamentos⁵. O propósito deste estudo é analisar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da saúde relativas à violência, no âmbito da APS.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de natureza quali-quantitativa, cuja metodologia consiste na realização de entrevistas semiestruturadas com usuários e questionários autoaplicáveis com profissionais de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Ribeirão das Neves (MG) localizado na região metropolitana de Belo

Horizonte, com uma população de 322.659 habitantes, no ano de 2015⁶.

A rede de Atenção Básica de Saúde do município conta com 58 UBS, sendo 53 Unidades de Saúde da Família e 05 unidades tradicionais de atenção primária (Unidades Básicas de Referência – UBR), distribuídas nas 05 Regiões Sanitárias da cidade⁷, cada unidade contando com uma equipe de saúde da família.

A amostra de usuários foi calculada com margem de erro de 3,71% para mais ou para menos, sendo seu recrutamento distribuído entre as unidades, 10 a 12 usuários em cada uma delas. As entrevistas ocorreram dentro dos serviços a partir de questionário semiestruturado. Os usuários foram selecionados por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios. Foram critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano, ter idade maior de 18 anos e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da entrevista.

Para os profissionais foram utilizados questionários semiestruturados autoaplicáveis contemplando diferentes perfis. Para o nível superior foram considerados todos os profissionais das equipes de saúde da família, inclusive aqueles inseridos nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Também responderam os questionários os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os auxiliares de enfermagem e o pessoal administrativo. Todos eles preencheram o seguinte critério de inclusão: atuação há pelo menos um ano naquela unidade de saúde.

Os questionários foram elaborados pela equipe de pesquisadores, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis já testados e utilizados, especialmente, os questionários do Projeto de Extensão e Consolidação Saúde da Família (Proesf) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram testados com usuários e profissionais no próprio município. Os dados foram armazenados em dois bancos de dados – um de usuários e outro de profissionais – utilizando-se o *software* SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 19.0.

Para a análise quantitativa utilizou-se análise descritiva, a saber, distribuição de frequência simples e cruzada *threeway* e ainda análise bivariada utilizando teste de diferença entre duas proporções. Foi realizada também a Análise de Correspondência, método específico para trabalhar dados categóricos permitindo revelar padrões de relações existentes entre categorias. Foram utilizados os dois bancos de dados, relacionando, desta forma, variáveis referentes aos usuários com as mesmas variáveis referentes aos profissionais.

Foram utilizadas quatro (4) variáveis dependentes de usuários e profissionais, conforme *quadro 1*. São as seguintes: V1 – Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade; V2 – Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade; V3 – Você considera que é possível prevenir a violência e V4 – Você considera que uma das funções da unidade é prevenir a violência.

Quadro 1. Variáveis dependentes referentes aos usuários e profissionais, (N = 928). Ribeirão das Neves, 2013

Variáveis referentes aos usuários e profissionais
Parte Quantitativa do Estudo
1 – Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade?
2 – Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade?
3 – Você considera que é possível prevenir a violência?
4 – Você considera que uma das funções da unidade é prevenir a violência?
Parte qualitativa do estudo
5 – Percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência.

Para a análise qualitativa, foram incluídos todos os entrevistados (usuários e profissionais) que responderam afirmativamente à variável 4 do *quadro 1* e que não deixaram em branco a variável 5, perfazendo um total de 350 usuários e 207 profissionais. A variável 5, *quadro 1*, trata da 'Percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência'.

Utilizou-se a análise de conteúdo. Aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática que corresponde à categorização dos discursos por meio de processos de desmembramento do texto em unidades, segundo temas analógicos⁸. As categorias de análise foram definidas a partir da articulação entre as informações qualitativas, as oriundas dos instrumentos quantitativos e os subsídios da literatura. Criaram-se, assim, três categorias de análise: A violência como um

problema de saúde, Integralidade da Atenção e Participação Social, segundo as quais foram discutidos, de forma entrelaçada, os resultados quantitativos e qualitativos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Coep/UFMG) sob o parecer 01140812.1.0000.5149. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A população entrevistada foi composta de 928 indivíduos, sendo 628 usuários e 300 profissionais de saúde. O perfil sociodemográfico dos entrevistados é mostrado na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição e teste da diferença entre duas proporções (R x não R): usuários e profissionais, (N = 928). Ribeirão das Neves, 2013

Variáveis	Usuários			Profissionais		
	Frequência	%	Valor p	Frequência	%	Valor p
Sexo			< 0,0001			< 0,0001
Homem	166	26,4		33	11	
Mulher (R)	462	73,6		267	89	
Faixa etária			< 0,0001			0,0099
Até 24 anos	104	16,7		19	6,3	
De 25 a 29 anos	62	10		76	25,3	
De 30 a 39 anos (R)	150	24,1		121	40,3	
De 40 a 49 anos	107	17,2		59	19,7	
De 50 a 59 anos	83	13,3		20	6,7	
60 ou mais anos	116	18,6		5	1,7	
Raça ou cor			< 0,0001			< 0,0001
Branca	119	19		75	25	
Preta (R)	112	17,9		55	18,3	
Parda	361	57,8		160	53,3	
Amarela	33	5,3		8	2,7	

Tabela 1. (cont.)

Estado Civil			< 0,0001		0,032	
Casado / União estável (R)	394	62,7	169	56,3		
Solteiro	160	25,5	103	34,3		
Separado / Divorciado	41	6,5	25	8,3		
Viúvo	33	5,3	3	1		
Grau de Instrução			<0,0001		< 0,0001	
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	377	61,3	0	0,0		
Ensino Médio (completo e incompleto) (R)	221	35,9	197	65,8		
Ensino Superior (completo e incompleto) e mais	18	2,0	102	34,1		

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Verifica-se na *tabela 2* a distribuição de frequência cruzada *threeway* das variáveis dependentes. Ter presenciado evento violento é bem mais frequente entre usuários. Quanto aos aspectos relativos a conhecer alguém que tenha sido assassinado no território e acreditar que seja possível prevenir violência, a visão dos dois grupos é semelhante, além de ser alta a porcentagem de respostas positivas. Nos dois grupos, a maior parte dos entrevistados reconhece que

a abordagem da violência seja uma função da APS, porém com maior ocorrência entre os profissionais. Observa-se que os profissionais tenderam mais a não presenciar evento violento e a não conhecer vítimas de assassinato na região em que trabalham. Embora esse índice seja menor do que o verificado entre usuários ele é alto e, provavelmente, se deve ao fato de que muitos dos profissionais, mas não todos, residam no território no qual trabalham.

Tabela 2. Distribuição de frequência cruzada *threeway* sobre as variáveis dependentes de usuários e profissionais (N = 928). Ribeirão das Neves, 2013

Variáveis	Usuários %		Profissionais %	
	Sim	Não	Sim	Não
Presenciou evento de violência	71,7	28,3	35,8	64,2
Conheceu alguém que foi assassinado na região	66,2	33,8	63,6	36,4
É possível prevenir a violência	86,7	13,3	79,5	20,5
É função da APS abordar a violência	64,6	35,4	81,0	19,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa.

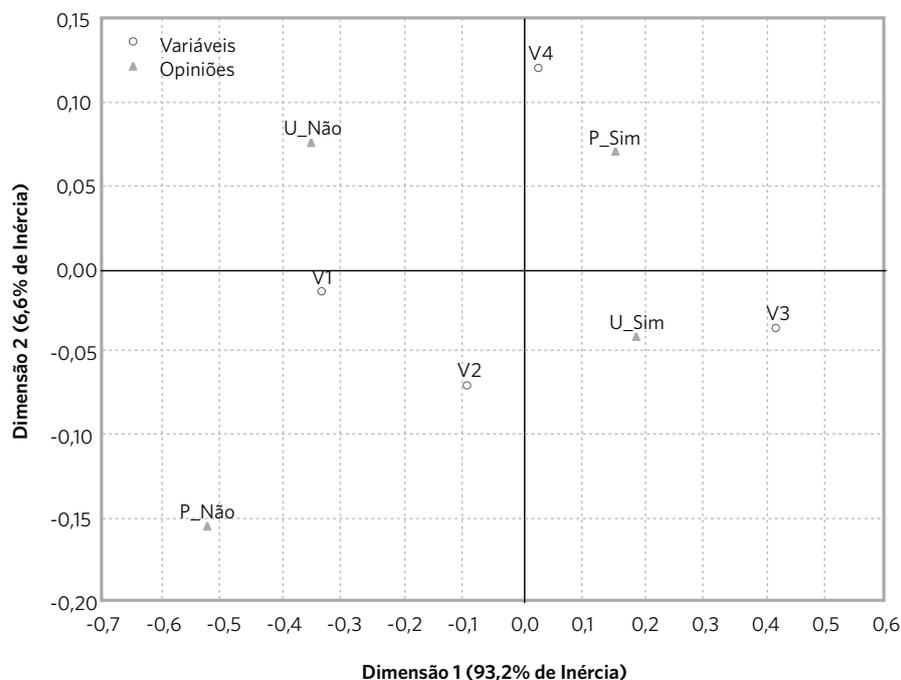
A *figura 1* apresenta o mapa de correspondência entre as opiniões de usuários e profissionais segundo as variáveis estudadas. As dimensões 1 e 2 representam, juntas, 99,8% da variabilidade dos dados originais. Em outras palavras, perde-se apenas 0,2% ao representar

esses dados nessas duas dimensões. Para a interpretação da associação entre as variáveis V1, V2, V3 e V4 e as opiniões U-Sim, P-Sim, U-Não, P-Não, deve ser analisada a *tabela 3*. Sobre as contribuições das dimensões 1 e 2 sobre as variáveis V1, V2, V3 e V4, observa-se

que para as variáveis V1, V2 e V3, a interpretação deve ser feita na dimensão 1. Isto porque esta dimensão explica percentuais de inércia maiores referentes a cada uma (99,7% para V1;

62,0% para V2 e 99,2% para V3). A variável V4, por sua vez, deve ser interpretada na dimensão 2, pois esta dimensão explica 95,3% da inércia referente a ela.

Figura 1. Mapa de correspondência de opiniões de usuários e profissionais e variáveis estudadas



U_Sim - usuários que responderam sim; U_Não - usuários que responderam não; P_Sim - profissionais que responderam sim; P_Não - profissionais que responderam não; V1 - Presenciou evento violento no bairro ou vizinhança da unidade; V2 - Conheceu alguém que foi assassinado no bairro ou vizinhança da unidade; V3 - É possível prevenir violência; V4 - É uma das funções da unidade a prevenção da violência.

A *tabela 3* apresenta ainda as contribuições relativas às dimensões 1 e 2 sobre as opiniões de usuários e profissionais sobre as variáveis estudadas (U_Sim, U_Não, P_Sim e P_Não), verificando-se que todas devem ser interpretados

na dimensão 1, pois esta dimensão explica 95,4%, 95,5%, 82,5% e 91,9% da inércia referentes às opiniões U_Sim, U_Não, P_Sim e P_Não, respectivamente.

Tabela 3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (variáveis) e os perfis de coluna (opiniões)

Variáveis	Dimensão 1	Dimensão 2
V1	0,997	0,002
V2	0,620	0,362
V3	0,992	0,007
V4	0,045	0,953
Opiniões	Dimensão 1	Dimensão 2
U_Sim	0,954	0,045
U_Não	0,955	0,044
P_Sim	0,825	0,166
P_Não	0,919	0,080

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Orientados pela *tabela 3*, verifica-se, no Mapa de Correspondência (*figura 1*), para a variável V2 (Conheceu alguém que foi assassinado no bairro ou vizinhança da unidade) associação entre repostas afirmativas dos usuários (U_Sim) e repostas afirmativas dos profissionais (P_Sim), assim como associação entre as respostas negativas de usuários e respostas negativas de profissionais. Para a variável V3 (É possível prevenir violência), verifica-se associação apenas de repostas afirmativas de usuários (U_Sim) e profissionais (P_Sim); para a variável V1 (Presenciou evento violento no bairro ou vizinhança da unidade), verifica-se associação entre as respostas negativas de usuários (U_Não) e profissionais (P_Não). Para a variável V4 (É uma das funções da unidade a prevenção da violência), no entanto, verifica-se a associação entre repostas ‘afirmativas’ dos profissionais (P_Sim) e as repostas ‘negativas’ dos usuários (U_Não). É possível também analisar as associações dentro do mesmo perfil, e nesse caso, destaca-se o fato de que a variável V4 se apresenta bastante separada das demais variáveis, com especial atenção para a variável V3, indicando que a crença dos usuários na prevenção da violência não se associa com a possibilidade de atuação das unidades de saúde.

Discussão

A violência como um problema de saúde

O percentual de usuários e profissionais que dizem ter presenciado violência (V1) ou conhecer alguém que já foi assassinado na vizinhança da unidade de saúde (V2), mostra inequivocamente que a violência é um problema que afeta a população do território estudado. O fato de a amostra ter sido composta, em sua maioria, por mulheres, expressa a real predominância do sexo feminino nos serviços da APS e não implica, para o universo estudado, possíveis vieses nos resultados. Contudo, tal achado pode estimular a abertura de novos estudos para aprofundar a discussão da violência junto à população masculina que frequenta a APS.

A associação encontrada na análise de correspondência para V2, tanto entre as repostas positivas como negativas de usuários e profissionais, mostra que, do ponto de vista do conhecimento do problema, usuários e profissionais estão próximos um do outro, portanto, que os profissionais têm conhecimento dessa situação experimentada pelos usuários. Sendo a APS, o nível de atenção que atua com maior capilaridade e aproximação das necessidades

das populações dos territórios de referência, o resultado destaca a necessidade de incluir e favorecer a abordagem da violência em sua atuação⁹. A situação, no entanto, é distinta quando se analisa a opinião de usuários e profissionais sobre o papel da saúde na abordagem da violência (V4). Nesse caso, há uma associação entre as posições contrárias desses dois atores, como também um distanciamento maior desta variável em relação às demais, sugerindo que, embora haja um reconhecimento do problema por parte dos profissionais, ele ainda não se traduziu em ações efetivas nem em atuação prática rotineira, que possam ser visualizadas e aceitas pelos usuários. Tal fato poderia estar relacionado, por um lado, às limitações da formação dos profissionais ainda impregnados da lógica da produtividade e do modelo biomédico, desviando-se da construção de processos de trabalho pautados no vínculo, acolhimento, interdisciplinaridade, com foco no sujeito e nas necessidades das populações^{10,11}. Consideradas tais condições, têm razão os autores que enfatizam a necessidade de se investir na qualificação da atenção e na capacitação dos profissionais da APS^{4,9}. Por outro lado, não se pode esquecer da ineficácia dos programas de educação permanente dos profissionais, isto é, da incapacidade dos cursos de capacitação ministrados promoverem a aquisição de competências e transformarem o aprendizado em atuação prática¹²⁻¹⁵. Há ainda outros fatores, por exemplo, a falta de suporte e proteção aos profissionais que lidam com casos de violência em seu cotidiano³ e a dificuldade de articulação em rede, uma vez que para a atuação frente às situações de violência, os profissionais precisam conhecer a rede de atendimento e realizar de forma efetiva o acolhimento inicial, as orientações, a notificação e os encaminhamentos¹⁶.

O distanciamento de usuários e profissionais aumenta quando, no lugar das violências interpessoais e comunitárias, entram em cena, outros tipos de violência, por exemplo, a falta de acesso aos direitos sociais, especialmente, no caso, a atenção à saúde de qualidade, o

tratamento respeitoso e pautado na escuta e no reconhecimento recíproco entre sujeitos. É o que mostra a análise qualitativa: tais preocupações aparecem nas falas dos usuários, mas não na fala dos profissionais, voltando-se à discussão inicial, do perfil do profissional, mais afeito à lógica da produtividade, menos afeito às relações intersubjetivas^{10,11,17}. Também, apenas os usuários falam da violência institucional e expressam insatisfação com a inadequação do espaço físico, falta de privacidade, impessoalidade como formas explícitas e causadoras de mais violência. Além disso, como citam Schek et al.¹⁸, a grande demanda de atendimento pode contribuir para o registro insuficiente de casos suspeitos ou confirmados que necessitam de maior tempo para sua abordagem.

Integralidade da atenção

O conhecimento e o reconhecimento da violência como problema relevante para população vinculada à APS guardam, como se viu, certo descompasso entre usuários e profissionais, mostrando a necessidade de novas abordagens, cuja efetivação deve passar, necessariamente, pela retomada de preceitos básicos da APS, especialmente, para o caso, a integralidade, indispensável frente à complexidade e aos múltiplos danos causados pela violência^{3,19,20}. No entanto, o predomínio do modelo biomédico, centrado no corpo biológico, quase sempre desconsiderando a subjetividade e os aspectos culturais da vida humana, faz com que tal saída nem seja tão simples nem de alcance imediato^{9,21,22}.

Na análise qualitativa, sobre a percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência (V5), usuários e profissionais relatam, é verdade, a realização de múltiplas e diversas ações de prevenção da violência; por outro lado, apontam a necessidade de se avançar em termos de qualidade da atenção, garantia de segurança nas unidades, construção de espaços de discussão e ações de promoção e proteção à saúde, endereçadas à população em geral. Merece destaque também

o fato de que os usuários se preocupam com o cuidado frente à violência instalada, deixando claras as lacunas existentes.

É comum, entre os profissionais, a percepção de que a abordagem da violência deveria correr por conta de profissionais especializados, implicando atitude de transferência de responsabilidade do cuidado¹⁷. As visitas domiciliares e a atuação do ACS na abordagem da violência têm sido apontadas como estratégias de grande potencialidade^{3,11} para identificar situações de violência doméstica e prevenir maus tratos às crianças¹³. Curiosamente, a maioria dos entrevistados não cita tais estratégias inerentes à estrutura e funcionamento da APS como alternativas de enfrentamento e combate à violência.

Participação social

A discussão anterior remete diretamente à questão da participação social e da práxis de autonomia como elemento central da promoção de saúde e da prevenção da violência^{23,24}. Destacam-se, aqui, as sugestões encontradas de forma mais expressiva nos discursos dos usuários, a saber, a construção e envolvimento em ações coletivas contínuas sob a forma de reuniões, rodas, espaço de discussão e de diálogo, debates, conversa, esclarecimento de pontos de vista, interação com a comunidade, depoimentos e participação para a abordagem da violência. Tal situação demonstra que a população sinaliza pela construção de espaços mais democráticos de discussão, não só da saúde, mas também da violência, em que todos possam de fato debater o problema, de forma a transcender o modelo verticalizado de transmissão de informações e conhecimentos²³.

Para Habermas, a comunicação linguística e o diálogo constituem saída da alienação da sociedade que recupera aí sua autonomia e identidade²⁵. A sociedade civil, nesse modelo, é distinta do sistema de ação econômica e da administração pública, tornando-se a base social de espaços públicos autônomos que geram poder comunicativo, a partir da

construção de opinião e vontade coletiva, que então se transforma em poder propício de ser empregado no âmbito administrativo. O autor destaca que não somente a ação comunicativa define a força da capacidade de integração da sociedade, como também a construção de espaços públicos autônomos de formação de vontade, fundamentais para a demarcação de fronteiras dos outros dois meios, dinheiro e poder administrativo²⁶.

Tanto a dimensão comunicativa do debate público como a que está presente no cotidiano da vida, nas interações informais, travadas entre pessoas no seu ambiente social, e que são a base da primeira, ocorrem dentro do âmbito que Habermas denomina mundo da vida. Porém, nas sociedades de capitalismo tardio, os poderes, administrativo e econômico, adentram o mundo da vida, impedindo que as relações interativas se estabeleçam. A visão dos entrevistados, principalmente dos usuários, aproxima-se de tais pressupostos teóricos, que se traduzem pela criação de espaços de conversação e produção coletiva de saberes e práticas. Durand e Heidemann¹⁰ reiteram a necessidade de intensificar tais práticas com o objetivo de promover diálogo e acolhimento.

Conclusões

A violência apresenta-se como um dos problemas mais complexos e de difícil abordagem na área da saúde. Lidar com pessoas em situação de violência envolve saber técnico, social, psicológico, além de múltiplas habilidades. Verificou-se que a violência permeia o cotidiano de vida e atuação de usuários e profissionais de saúde no município estudado. E que, de algum modo, existem possibilidades de intervenção, já que profissionais e usuários acreditam nessa proposta – de maneira distinta, é verdade – no sentido de que é possível prevenir a violência e de que a saúde deva atuar nessa prevenção.

Se, por um lado, este estudo demonstra a presença da violência no contexto de vida e

atuação de usuários e profissionais, por outro, mostra que o problema precisa ser melhor reconhecido pela APS e tratado de forma sistemática, a partir do aprimoramento das práticas profissionais. É preciso fortalecer o princípio do trabalho em rede, de forma inter-setorial, integrada e consistente. A ênfase em propostas de cunho participativo, consideradas decisivas para a abordagem do problema, reforça a existência de contexto fértil para o desenvolvimento de discussões, debates e

conversas à luz de objetivos que promovam e resgatem relações de solidariedade.

Colaboradores

Os autores do manuscrito contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação final do artigo. ■

Referências

1. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
2. Cerqueira D, Coelho DSC, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Rev. Bras. Segur. Pública*. [internet]. 2017 fev-mar [acesso em 2018 jan 4]; 11(1):24-48. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>.
3. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 10]; 47(2):320-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>.
4. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 5]; 18(1):221-32. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/s1413-81232013000100023>.
5. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes; 2014. p. 40-76.
6. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, et al. *Atlas da Violência 2017* [internet]. Rio de Janeiro: IPEA; São Paulo: FBSP; 2017 [acesso em 2018 jan 5]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf.
7. Ribeirão das Neves. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves. *Arq Ribeirão das Neves 2014* [acesso em 2018 jun 6]. Disponível em: <http://www.ribeiraodasneves.mg.gov.br/organograma/unidade/secretaria-de-saude/>.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 7; 1977.
9. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2017 maio-jun [acesso em 2018 jan 7]; 70(3):537-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>.
10. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 25]; 47(2):288-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/03.pdf>.
11. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 4]; 29(6):1230-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>.
12. Jewkes R. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews Paper 3: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. What works to prevent violence (Reino Unido) [internet]. 2015 [acesso em 2016 jul 20]. Disponível em: <http://www.whatworks.co.za/resources/all-resources/publications>.
13. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, et al. Formação de agentes comunitárias de saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da educação popular e da pedagogia feminista. *Interface* [internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 20]; 18(2):1241-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0322>.
14. Huacuz Elías MG. Desde la complejidad y la ética de la investigación: paradojas de los discursos biomédicos sobre la violencia de género en México. *Soc. Estado* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 5]; 29(2):401-14. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200005>.
15. Lima CA, Deslandes S. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. *Saude Soc* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 20]; 23(3):787-800. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400025>.
16. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: de-sarticulação dos profissionais em rede. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 jan 7]; 51(03):e03207. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016113303207>.
17. Villela WV, Vianna LA, Carneiro L, et al. Ambigüidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 5]; 20(1):113-123. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>.
18. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, et al. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 4]; 25:e2889. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2889.pdf.
19. Pedrosa CM, Diniz CSGD, Moura VGAL. O programa iluminar campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 20]; 21(6):1879-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07822016>.
20. Duque LF, Montoya NE, Restrepo A. Aggressors and resilient youths in Medellín, Colombia: the need for a paradigm shift in order to overcome violence. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 20]; 29(11):2208-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00178212>.
21. Netto MFV, Deslandes S. As estratégias da saúde da família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 12]; 21(5):1583-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>.
22. Soares JSF, Lopes MJM, Njaine K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda

- e rede de apoio. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 20]; 29(6):1121-30. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600009>.
23. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, et al. Homicídios e vulnerabilidade social. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 5]; 21(3):923-934. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015213.12362015>.
24. Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC, organizador. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: Ipea; 2011. p. 13-28.
25. Habermas J. *A crise de legitimação no capitalismo tardio*. Tradução Vamirehchacon. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro; 2002.
26. Habermas J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova* 1995; (36):39-53.

Recebido em 30/04/ 2017
Aprovado em 24/11/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve