



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



CRENÇAS DE GESTORES DE SAÚDE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

GERSON VIEIRA DE PAULA JUNIOR

Juiz de Fora
2013

GERSON VIEIRA DE PAULA JUNIOR

CRENÇAS DE GESTORES DE SAÚDE EM RELAÇÃO À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Gerson Vieira de Paula Junior.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Juiz de Fora
2013

Paula Junior, Gerson Vieira de Paula Junior.
Crenças de gestores de saúde em relação à violência doméstica
/ Gerson Vieira de Paula Junior Paula Junior. -- 2013.
101 f.

Orientador: Lelio Moura Lourenço Lourenço
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, 2013.

1. Crenças. 2. Gestores de saúde. 3. Violência doméstica.
I. Lourenço, Lelio Moura Lourenço, orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida e aprovada em 21 de outubro de 2013 pela banca
constituída por:

Presidente: Prof^a. Dr^a.: Maria Elisa Caputo Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Titular: Prof. Dr.: Antônio Maurício Castanheira das Neves
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ)

Orientador: Prof. Dr.: Lelio Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora
2013

Dedico esse trabalho à minha mãe, que sempre batalhou bravamente para que eu pudesse estudar.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Lelio, que abriu as portas e acreditou no meu trabalho. À Gerência Regional de Saúde e aos membros da Comissão de Gestores pelo apoio à realização da pesquisa. Aos gestores que se dispuseram a compartilhar suas experiências e crenças. À CAPES pela concessão de bolsa de mestrado. A todos o meu muito obrigado.

Paula Junior, G. V. (2013). *Crenças de gestores de saúde em relação à violência doméstica* (dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

RESUMO

Compreender os processos implicados na inclusão da violência doméstica na agenda do setor saúde é importante para a formulação e implementação de políticas e projetos de intervenção. Sendo assim, buscou-se investigar crenças de gestores de saúde sobre violência doméstica. Foram realizados dois estudos em municípios de uma microrregião de Minas Gerais: um com 16 secretários municipais de saúde e outro com 19 coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada e tratados através da análise de conteúdo. Segundo os gestores, consumo de álcool, consumo de drogas ilícitas, falta de estrutura e de planejamento familiar, falta de diálogo e o modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano são os principais fatores geradores dos vários tipos de violência doméstica. Os coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família ressaltaram também o fator baixa renda. Além desses, os gestores de ambos os grupos destacaram outros fatores relacionados a situações mais específicas: forma como os pais foram criados e cultura da violência como forma de educar (violência doméstica contra crianças); rebeldia dos adolescentes e falta de habilidades dos pais para lidar com eles (violência doméstica contra adolescentes); falta de paciência de familiares / cuidadores e interesse em cuidar do idoso apenas pelo dinheiro dele (violência doméstica contra idosos); traição e ciúmes (violência entre parceiros íntimos). A prevenção da violência como papel do setor saúde foi mais destacada pelo grupo de secretários municipais de saúde. As dificuldades para intervenção mais ressaltadas foram: vítimas não relatam a violência, pouca participação da comunidade, recurso financeiro insuficiente, pouca articulação intersetorial e ausência de política específica. A sobrecarga de trabalho foi mais enfatizada pelos coordenadores da Estratégia Saúde da Família. Os gestores se mostraram preocupados e sensibilizados com a questão da violência doméstica, mas as ações ainda são pontuais. Os resultados assinalam a presença do modelo biomédico permeando o setor saúde. Conclui-se que a abordagem da violência doméstica apresenta-se como um desafio para o setor saúde. Recomenda-se maior enfoque desse assunto na formação e educação continuada dos profissionais, bem como formulação de políticas mais específicas.

Palavras-chave: Crenças. Gestores de Saúde. Violência Doméstica.

Paula Junior, G. V. (2013). *Beliefs of health managers regarding domestic violence* (master's thesis). Federal University of Juiz de Fora, Juiz de Fora.

ABSTRACT

Understanding the processes involved in the inclusion of domestic violence on the agenda of the health sector is important for the formulation and implementation of policies and intervention projects. Therefore, this paper sought to investigate the beliefs of health managers on domestic violence. Two studies were conducted in the municipalities of a micro-region of Minas Gerais, one with 16 municipal health managers and another with 19 municipal coordinators of the "Family Health Strategy". Data was collected through semi-structured individual interviews and processed through the content analysis. According to managers of both groups, alcohol consumption, illicit drug use, lack of structure and of family planning, lack of dialogue and the manner and pace of current life/day-by-day stress are the main factors leading to various types of domestic violence. Municipal coordinators of the "Family Health Strategy" also highlighted the low income factor. Besides these, managers of both groups highlighted other factors related to specific situations: how parents were raised and the culture of violence as a mean of education (domestic violence against children); adolescent rebelliousness and lack of parenting skills in order to deal with them (domestic violence against teenagers); lack of patience from family/caregivers and interest in taking care of the elderly only for the money (domestic violence against the elderly); betrayal and jealousy (intimate partner violence). The prevention of violence as one of the roles of the health sector was more highlighted in the group of municipal health managers. The difficulties for further intervention were highlighted as: victims do not report the violence, little community involvement, insufficient financial resources, poor intersectoral coordination and absence of a specific policy. The workload was further emphasized by the coordinators of the "Family Health Strategy". Managers were concerned and sensitized about the issue of domestic violence, but the actions to prevent it are still sporadic. The results indicate the presence of the biomedical model permeating the health sector. It is concluded that the approach to domestic violence is presented as a challenge for the health sector. It is recommended a greater focus on this issue when training and continuing education of professionals as well as the formulation of a more specific policy.

Keywords : Beliefs. Health Managers. Domestic Violence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos municípios da microrregião pesquisada	29
Tabela 2	Descrição dos secretários municipais de saúde entrevistados.....	31
Tabela 3	Perfil sociodemográfico dos secretários municipais de saúde entrevistados.....	32
Tabela 4	Descrição dos coordenadores municipais da ESF entrevistados.....	33
Tabela 5	Perfil sociodemográfico dos coordenadores municipais da ESF entrevistados.....	34
Tabela 6	Fatores geradores de violência doméstica contra crianças segundo secretários municipais de saúde.....	35
Tabela 7	Fatores geradores de violência doméstica contra crianças segundo coordenadores municipais da ESF.....	37
Tabela 8	Fatores geradores de violência doméstica contra adolescentes segundo secretários municipais de saúde.....	39
Tabela 9	Fatores geradores de violência doméstica contra adolescentes segundo coordenadores municipais da ESF.....	41
Tabela 10	Fatores geradores de violência doméstica contra idosos segundo secretários municipais de saúde.....	44
Tabela 11	Fatores geradores de violência doméstica contra idosos segundo coordenadores municipais da ESF.....	46
Tabela 12	Fatores geradores de violência entre parceiros íntimos segundo secretários municipais de saúde.....	49
Tabela 13	Fatores geradores de violência entre parceiros íntimos segundo coordenadores municipais da ESF.....	52
Tabela 14	Papel do setor saúde em relação à violência doméstica segundo secretários municipais de saúde.....	59
Tabela 15	Papel do setor saúde em relação à violência doméstica segundo coordenadores municipais da ESF.....	60
Tabela 16	Dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica segundo secretários municipais de saúde	64
Tabela 17	Dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica segundo coordenadores municipais da ESF	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMESF	Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DEFINIÇÕES E CARACTERIZAÇÃO.....	14
2.2	A VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE.....	17
2.3	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CRENÇAS DE PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE.....	20
3	OBJETIVOS	24
4	MÉTODO	25
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	25
4.2	PARTICIPANTES.....	25
4.3	INSTRUMENTOS.....	26
4.4	PROCEDIMENTOS.....	26
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
5	RESULTADOS	29
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	29
5.2	FATORES GERADORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	34
5.2.1	Crenças sobre fatores geradores de violência doméstica contra crianças.....	34
5.2.2	Crenças sobre fatores geradores de violência doméstica contra adolescentes.....	38
5.2.3	Crenças sobre fatores geradores de violência doméstica contra idosos.....	43
5.2.4	Crenças sobre fatores geradores de violência entre parceiros íntimos.....	48
5.3	ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PELO SETOR SAÚDE.....	55
5.3.1	Crenças sobre o papel do setor saúde em relação à violência doméstica.....	55
5.3.2	Dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica.....	64
5.4	INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS.....	72
6	DISCUSSÃO	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	96
	ANEXOS	98

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica apresenta-se de formas múltiplas, seja em relação a seus antecedentes, às suas maneiras de se manifestar ou mesmo às suas consequências. Constituindo-se como importante agravo à saúde, exige empenho por parte dos diversos setores da sociedade, inclusive da área da saúde, no sentido de planejar, implementar, desenvolver e avaliar políticas e ações de prevenção e gerenciamento abrangente dos casos. O estudo da violência doméstica a partir das crenças daqueles que assumem funções gerenciais pode contribuir para a compreensão dos processos e dificuldades implicados na inclusão desse agravo na agenda do setor saúde e para a formulação de políticas e projetos de intervenção. Podendo ser entendidas como opiniões, boatos, dogmas, convicções, conjecturas, estereótipos, entre outras classificações, as crenças se referem a uma afirmação aceita por pelo menos uma pessoa a respeito de algum objeto ou a respeito de alguma relação entre objetos (Krüger, 2006).

Ao longo da atuação profissional como psicólogo em serviços públicos municipais de saúde, o autor pôde se deparar com impasses e questões suscitadas por problemas sociais de impactos sobre a saúde das pessoas que desafiam o setor saúde. Durante as discussões iniciais de orientação e estágio supervisionado, optamos pelo engajamento em um assunto que uniu o conhecimento teórico e prático do orientador que se dedica ao estudo da violência em suas diversas manifestações e a experiência prática profissional do orientando com o serviço público de saúde: violência doméstica e sua interface com o setor saúde.

A violência doméstica provoca efeitos negativos sobre a saúde das vítimas, não só físicos, mas também emocionais e sociais, fato que justifica sua inclusão na agenda do setor saúde (Bair-Merritt, 2010; Garcia-Moreno & Watts, 2011; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; Rutherford, Zwi, Grove, & Butchart, 2007). Diante dessa constatação, torna-se necessária a proposição de políticas públicas que englobem a participação também do setor saúde. No Brasil, tivemos alguns avanços nesse sentido, com destaque para a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída através da Portaria nº. 737/GM de 16 de maio de 2001 (Brasil, 2001). Contudo, apesar de sua alta prevalência, de suas consequências negativas sobre a saúde e de alguns avanços em termos de formulação de políticas, a incorporação do tema da violência e a transformação das proposições em intervenções concretas no âmbito do setor saúde é uma realidade ainda

distante (Cavalcanti & Souza, 2010; Meneghel et al., 2011; Minayo, 2006; Minayo & Deslandes, 2009; Schraiber et al., 2007; Souza & Minayo, 2010).

Gestores têm uma participação significativa no que se refere aos rumos do sistema de saúde, já que participam das decisões tomadas e têm sob seu comando os profissionais que prestam cuidados à população. Contudo, quando se trata de estudar crenças sobre violência doméstica, o número de estudos com gestores é bem menor do que a quantidade de estudos envolvendo profissionais de saúde, como mostra recente busca de artigos científicos nas bases Medline e Scielo no período de 2002 a maio de 2012 (Paula Junior, Salgado, & Lourenço, 2012). Sendo assim, apresenta-se como pertinente a inclusão de gestores de saúde em pesquisas para compreender a formulação e implementação de políticas e programas de saúde relacionados à violência doméstica.

Justifica-se dessa forma a realização da presente pesquisa, tendo em vista a contribuição para o entendimento das interfaces entre violência doméstica e o setor saúde, haja vista os impactos negativos da violência doméstica sobre a qualidade de vida da população, os desafios à incorporação do tema na agenda do setor saúde, a importância do cargo ocupado pelos gestores no que se refere às decisões relativas ao sistema de saúde e a pouca atenção dada pelas pesquisas aos gestores de saúde, se comparada com os estudos envolvendo profissionais de saúde. Isso posto, a presente pesquisa buscou responder ao seguinte problema: quais as crenças de secretários municipais de saúde e coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios que fazem parte de uma determinada Microrregião de Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais a respeito da violência doméstica e da inclusão desse tema na agenda do setor saúde?

Esse trabalho assenta-se sobre a perspectiva do cognitivismo na psicologia social, pressupondo a ideia de que somos ativos na busca do conhecimento, prospectivamente orientados e capazes de orientar nossas condutas de maneira racional (Krüger, 1986). Além disso, o movimento cognitivista ressalta a importância do conceito de regra e concebe os processos cognitivos como essencialmente construtivos (Penna, 1984).

Inicialmente, apresenta-se uma revisão da literatura sobre a temática do estudo: discussão sobre os conceitos de violência e violência doméstica, caracterização dos tipos de violência doméstica, um breve histórico da inclusão do tema na agenda do setor saúde, especialmente no Brasil, explicação do conceito de crença e apresentação de resultados de pesquisas com profissionais e gestores de saúde. Após essa revisão, apresentam-se os objetivos da pesquisa e, em seguida, descrevem-se de forma detalhada os passos adotados para sua realização. Logo após, apresentam-se os resultados encontrados, divididos em quatro

seções: caracterização dos municípios e gestores participantes; crenças sobre fatores geradores de violência contra crianças, adolescentes, idosos e parceiros íntimos; crenças sobre a abordagem da violência doméstica pelo setor saúde; descrição das ações sobre violência doméstica realizadas nos municípios estudados. Depois, são discutidos os principais resultados encontrados em comparação com resultados de outras pesquisas. Posteriormente, apresentam-se as considerações finais, as quais sintetizam as principais conclusões e recomendações, além de algumas limitações do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DEFINIÇÕES E CARACTERIZAÇÃO

Ao se debruçar sobre a violência, o pesquisador encontra de imediato a dificuldade de se conceituá-la satisfatoriamente. De uma maneira geral, as definições levam em consideração as consequências do comportamento, o julgamento social, sua estrutura multifatorial e/ou fatores motivacionais (Szelbracikowski & Dessen, 2005). Apesar da variedade de definições, psicólogos sociais tendem a concordar com a admissão da intencionalidade do agente como fator indispensável para caracterizar um comportamento como sendo agressivo (Krüger, 2006; Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2012). Nesse sentido, a agressão pode ser entendida, basicamente, como sendo um comportamento que tem a intenção de causar danos físicos ou psicológicos (Rodrigues et al., 2012). Devido às polêmicas em torno da possibilidade de uma manifestação mais espontânea da agressão, a partir de uma característica biológica básica inata, defendida por alguns teóricos, Krüger (2006) propõe a consideração de uma variação da intencionalidade em uma linha imaginária de continuidade: em um extremo teríamos as reações agressivas de rápida deflagração (envolvendo um nível baixo de consciência e deliberação) e no outro os comportamentos agressivos resultantes de um apurado planejamento.

No entanto, na prática, a presença da intencionalidade nem sempre é óbvia, ou seja, não é facilmente constatada. Sendo assim, o julgamento sobre se um ato foi ou não cometido intencionalmente pode ser impreciso e questionável. Portanto, a condição necessária da intencionalidade em relação ao que pode ser considerado como sendo uma agressão traz uma dificuldade prática em termos de uma classificação consensual de um comportamento como sendo agressivo ou não, pois pode haver divergências sobre se um determinado acontecimento foi ou não intencional. Resumindo, a intencionalidade é uma condição necessária para caracterizar um comportamento como agressivo, mas sua presença ou ausência não é observada objetivamente, necessitando ser inferida a partir do contexto.

Um complicador a mais no julgamento de um ato como sendo ou não violento é a variação existente entre as diversas culturas. Assim, pode-se dizer que o entendimento sobre o que é violência varia conforme a época e o lugar. Nesse sentido, a visão sobre práticas arraigadas de grupos específicos, tais como a secção de clitóris, pode ter julgamentos diferentes conforme os

observadores façam parte dessas ou de outras culturas. A respeito dessa questão, Stelko-Pereira e Williams (2010) argumentam que, apesar de existirem certas culturas que valorizam e aceitam determinados comportamentos que outras repudiam, associar o conceito de violência a características culturais poderia torná-lo demasiadamente flexível. Assim, as autoras entendem que há regras (como a Declaração Universal dos Direitos Humanos) que definem os comportamentos que promovem o desenvolvimento saudável e a sobrevivência da cultura humana, tornando pragmática a demarcação do que seja violência, na medida em que essa envolveria o desrespeito a um direito do outro. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), que define violência levando em consideração a saúde e o bem estar das pessoas, as práticas aceitáveis culturalmente que têm implicações prejudiciais à saúde do indivíduo são consideradas como violentas (Dahlberg & Krug, 2002).

Por fim, uma terceira questão a se problematizar ao definir o que é violência é sua diferenciação ou não em relação ao termo agressão. Algumas tentativas de diferenciação entre os termos violência e agressão referem o primeiro a uma ação mais deliberada e o segundo a uma reação que alguns autores supõem ser instintiva, enquanto outras tentativas parecem apontar mais para uma gradação, ou seja, um ato violento, por exemplo, seria mais forte ou danoso que uma agressão (Stelko-Pereira & Williams, 2010). Além de haver divergências entre as propostas de diferenciação entre violência e agressão, as definições que utilizam o termo violência costumam empregar os mesmos elementos que definições que utilizam a expressão comportamento agressivo, tais como a intencionalidade do ato e danos e sofrimentos físicos e psicológicos. Para exemplos de definições de violência / agressão, confira Stelko-Pereira e Williams (2010); Szelbracikowski e Dessen (2005). Assim sendo, em acordo com o posicionamento de Stelko-Pereira e Williams (2010), nesse trabalho os termos violência e comportamento agressivo serão considerados como sendo sinônimos.

A OMS (1996, conforme citado por Dahlberg & Krug, 2002, p. 5), conceitua violência da seguinte forma: “O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação”. Em relação a essa definição, três aspectos chamam a atenção: (a) a consideração da intencionalidade como requisito para um comportamento ser classificado como sendo violência, excluindo, assim, os acidentes, por serem eventos não intencionais; (b) a consideração do uso do poder traz uma maior abrangência ao conceito, abarcando também atos de ameaça, intimidação, omissão e negligência; (c) a violência pode envolver não apenas ferimentos e morte, mas uma

ampla gama de resultados, os quais podem ser imediatos ou latentes e perdurar por muito tempo após o ato violento inicial (Dahlberg & Krug, 2002).

Levando-se em consideração quem comete o ato, as diversas formas de violência, que podem ser de natureza física, sexual, psicológica e relacionada à privação ou ao abandono, podem ser classificadas em: (a) violência autodirigida; (b) violência interpessoal, que se subdivide em violência entre os membros da família e entre parceiros íntimos e em violência comunitária; (c) violência coletiva (Dahlberg & Krug, 2002). A violência autodirigida é aquela que uma pessoa pratica contra si mesma, incluindo comportamentos suicidas e autoabusos. A violência interpessoal é aquela praticada por outro indivíduo ou um pequeno grupo de pessoas. Esse tipo se subdivide em violência entre membros da família e entre parceiros íntimos (que ocorre geralmente, mas não exclusivamente, dentro dos lares) e em violência comunitária (que envolve indivíduos que são independentes, que podem ou não se conhecer, geralmente ocorrendo fora dos lares, como, por exemplo, violência juvenil, violência nas escolas e assaltos). A violência coletiva é aquela cometida por grupos maiores, como o Estado, milícias, grupos terroristas e grupos políticos organizados.

As expressões violência doméstica e violência intrafamiliar também suscitam confusões. Segundo Stelko-Pereira e Williams (2010), na América do Norte a expressão violência doméstica está associada à violência do homem contra a mulher. Por outro lado, Bair-Merritt (2010) aponta que as expressões violência familiar e violência doméstica são frequentemente usadas como sinônimas e se referem à violência que ocorre entre quaisquer membros da família, incluindo as díades pai ou mãe - filho, parceiro íntimo - parceiro íntimo ou irmão - irmão.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002, p. 15) conceitua a violência intrafamiliar da seguinte forma: “A violência intrafamiliar é 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 consangüinidade, e em relação de poder à outra.” Para o Ministério da Saúde, o conceito de violência doméstica é um pouco mais abrangente do que o conceito de violência intrafamiliar, incluindo não só os membros da família, mas também outras pessoas que não têm função parental, mas convivem no espaço doméstico, como empregados, agregados e pessoas que convivem esporadicamente (Brasil, 2002). No presente trabalho, serão adotados esses conceitos de violência doméstica / violência intrafamiliar apresentados pelo Ministério da Saúde.

2.2 A VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE

Há evidências de que violência doméstica, em suas diferentes tipologias, está associada a agravos à saúde, afetando negativamente o desenvolvimento psicossocial e a qualidade de vida das pessoas (Bair-Merritt, 2010; Flury, Nyberg, & Riecher-Rössler, 2010; Garcia-Moreno & Watts, 2011; Krug et al., 2002; Rutherford et al., 2007). Esse impacto negativo da violência doméstica sobre a saúde da população justifica a formulação e implantação de políticas públicas de saúde que ajudem no enfrentamento desse problema social.

Esse processo de inclusão da violência na agenda de debates e ações do setor saúde vem ocorrendo lentamente, mas percebe-se um grande salto nas produções nos últimos anos: tradicionalmente, a temática se restringia ao atendimento pontual das lesões e traumas, refletindo a lógica biomédica; uma maior sensibilização se inicia na década de 60, quando profissionais de saúde empreenderam debates sobre os efeitos negativos da violência contra crianças; no caso da violência contra a mulher, a pressão inicial sobre o setor partiu do movimento feminista, que reivindicava não só o tratamento de lesões e traumas, mas também ações sobre as causas da violência; no caso de maus-tratos a idosos essa discussão e militância foram menos expressivas; na década de 80, o tema da violência entra com mais vigor na Saúde e na década seguinte, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS começaram a falar especificamente de violência e não apenas se referir a causas externas em geral (Minayo, 2006). Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA 49.25, na qual reconheceu a violência como um problema de saúde pública importante e crescente em todo o mundo; chamou atenção para suas graves consequências para indivíduos, famílias, comunidades e países; pediu que os países membros avaliassem a situação da violência em seus territórios e que comunicassem à OMS as informações sobre o problema e sua abordagem; solicitou ao diretor geral da OMS a criação de ações de saúde pública para lidar com a questão da violência (Krug et al., 2002).

No cenário brasileiro, a instituição da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria nº. 737/GM de 16 de maio de 2001, é um marco importante (Brasil, 2001). Esse documento se apresenta como instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais e propõe o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas, valorizando medidas relativas à promoção da saúde e à prevenção de acidentes

e violências, bem como à adequação de ações relacionadas à assistência, recuperação e reabilitação. O documento aponta ainda sete diretrizes consideradas fundamentais para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país: promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 936 de 18/05/2004, que dispõe sobre a estruturação da 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 (Brasil, 2004). De acordo com o documento, a rede é constituída pelo Ministério da Saúde (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas), pelos núcleos estaduais e municipais, organizações sociais, instituições acadêmicas e Estados e municípios com iniciativas que contribuam para o enfrentamento da violência. Entre as atribuições dos núcleos estaduais e municipais estão: elaboração de um plano de prevenção da violência e capacitação dos profissionais em parceria com polos de educação permanente.

Em 2005, foi apresentado o relatório intitulado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”. O relatório traz um diagnóstico da situação da violência e acidentes no Brasil e procura refletir mais amplamente sobre o contexto no qual a violência pode se desenvolver, reconhecendo a relevância do problema no país (Brasil, 2005).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria nº. 687 de 30 de março de 2006 (Brasil, 2010). Segundo o documento, a Política se organiza em sete eixos: alimentação saudável; práticas corporais / atividades físicas; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável. Entre as ações previstas para o eixo de prevenção à violência estão: investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual; incentivo ao desenvolvimento de planos estaduais e municipais de prevenção da violência.

A notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos é obrigatória no Brasil (Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente; Lei 10.778/2003 – estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher;

Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e Lei 12.461/2011 – que altera a Lei 10.741/2003) e o Ministério da Saúde, a partir de um processo de aperfeiçoamento de instrumentos e fluxos, publicou em 2011 a Portaria GM/MS nº. 104 de 25 de janeiro de 2011, incluindo a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na relação de doenças e agravos de notificação compulsória (Brasil, 2011).

Por meio da Portaria MS/GM nº. 1.356 de 23 de junho de 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é constituído por dois componentes: vigilância por inquérito e vigilância contínua (Brasil, 2011). De acordo com o documento, a vigilância por inquérito se refere aos dados de atendimentos de pessoas que sofreram violências e acidentes, coletados pontualmente por inquéritos e amostragem, em serviços de sentinela de urgência e emergência. A vigilância contínua se refere à captação de dados a partir da notificação compulsória de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres por meio do preenchimento da “ficha de notificação / investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências” no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Na prática, em relação à vigilância contínua, ao identificar um caso de violência doméstica ou ao se suspeitar de um caso, os profissionais devem preencher uma ficha padronizada de notificação e repassá-la ao profissional ou setor do município responsável pelo seu recebimento (geralmente a referência técnica em Vigilância em Saúde ou Vigilância Epidemiológica). Esse profissional então envia as notificações feitas para a Gerência Regional de Saúde (GRS), que consolida os dados e repassa à gestão estadual, alimentando o banco de dados. Essa ficha de notificação pode ser visualizada no ANEXO B.

No entanto, apesar do reconhecimento das consequências prejudiciais da violência e de alguns avanços em termos de formulação de políticas, na prática a transformação das proposições em intervenções concretas encontra barreiras a serem superadas pelos profissionais e gestores do sistema de saúde (Cavalcanti & Souza, 2010; Lima, Souza, Acioli, & Bezerra, 2010; Meneghel et al., 2011; Marques, 2011; Minayo, 2006; Minayo & Deslandes, 2009; Ribeiro, Souza, & Valadares, 2012; Schraiber et al., 2007; Souza & Minayo, 2010). Compreender essas questões a partir das crenças de profissionais e gestores é importante para conhecer as dificuldades e planejar maneiras de superá-las.

2.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CRENÇAS DE PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE

As pessoas possuem inúmeras crenças sobre o que é ou não verdadeiro, bonito e bom no mundo social e físico no qual elas vivem e essas crenças possuem consequências comportamentais observáveis, são mantidas de forma organizada em sistemas e não podem ser observadas diretamente, mas podem ser inferidas de todas as coisas que o crente diz ou faz (Rokeach, 1981). Em conjunto, as crenças de uma pessoa formam sua compreensão de si mesma e de seu meio (Bem, 1973). De acordo com o modelo cognitivo, que ressalta o papel mediacional da cognição, as pessoas reagem a eventos a partir da forma como os interpretam e essa interpretação é influenciada pelas suas crenças, as quais são construídas a partir das interações com outras pessoas e com o mundo em geral (Beck, 1997; Knapp & Beck, 2008).

Para Rokeach (1981, p. 92), “Uma crença é qualquer proposição simples, consciente ou inconsciente, inferida do que uma pessoa diz ou faz, capaz de ser precedida pela frase ‘Eu creio que...’”. Segundo Krüger (2006, p. 32), “Crenças são proposições que, na sua formulação mais simples, afirmam ou negam uma relação entre dois objetos concretos ou abstratos, ou entre um objeto e algum possível atributo deste”. Assim, o entendimento de que crença é uma afirmação a respeito de algo é um elemento comum em ambas as definições.

As crenças estão organizadas em sistemas que variam em profundidade (há crenças que são mais centrais e mais resistentes à mudança) e podem ser descritivas (descrevem o objeto como verdadeiro ou falso, correto ou incorreto), avaliativas (afirmam se o objeto é bom ou ruim) e prescritivas (advogam algo como sendo desejável ou indesejável) (Rokeach, 1981). No estudo das crenças, ocupa-se inicialmente não tanto com sua veracidade, mas com o contexto a partir do qual elas são construídas, seu grau de aceitação subjetiva por parte das pessoas e sua influência sobre o comportamento (Krüger, 2006).

A formação e atuação no setor saúde estão profundamente arraigadas ao modelo biomédico, cultivando no setor uma lógica curativa que dificulta a compreensão e abordagem do fenômeno da violência em sua complexidade (Aragão, Ferriani, Vendruscollo, Souza, & Gomes, 2013; Guedes, Fonseca, & Egry, 2013; Kiss & Schraiber, 2011; Lima, Rückert, Santos, Colomé, & Acosta, 2009; Minayo, 2006; Oliveira, Almeida, & Morita, 2011; Pedrosa & Spink, 2011; Signorelli, Auad, & Pereira, 2013). Além disso, de uma forma geral, a violência é um tema sobre o qual profissionais de saúde têm pouca informação, o que pode ser depreendido pela escassez, apontada por vários estudos, da abordagem desse tema em

treinamentos e na formação dos profissionais (Andrade et al., 2011; Aragão et al., 2013; Fonseca, Leal, Skubs, Guedes, & Egry, 2009; Gebara, 2009; Gebara & Lourenço, 2008; Kiss & Schraiber, 2011; Lima et al., 2009; Lourenço, Cruvinel, Almeida, & Gebara, 2010; Machado et al., 2009; Oliveira et al., 2011; Sprague et al., 2011; Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro, & Rivara, 1999; Vieira et al., 2009). A consideração de todo esse contexto é fundamental para a compreensão dos sistemas de crenças que permeiam o setor saúde.

Pesquisas mostraram que, de uma maneira geral, parece que profissionais de saúde tendem a considerar problemas socioeconômicos (acesso precário a educação, desemprego, pobreza), abuso de álcool e/ou drogas ilícitas, problemas de relacionamento e de estrutura familiar e/ou questões psicoemocionais (falta de paciência e amor, problemas pessoais) como os principais fatores geradores de violência doméstica (Andrade et al., 2011; Cavalcanti & Souza, 2010; Gebara, 2009; Gebara & Lourenço, 2008; Kiss & Schraiber, 2011; Lourenço et al., 2010; Nunes, Sarti, & Ohara, 2008; Paulin Baraldi, Almeida, Perdoná, Vieira, & Santos, 2013; Vieira et al., 2009).

Estudos encontraram entre alguns profissionais de saúde a presença de crenças legitimadoras de violência doméstica (Machado et al., 2009; Sprague et al., 2011), atribuição de culpa às mulheres pela situação de violência (Kiss & Schraiber, 2011; Sprague et al., 2011), o não reconhecimento da violência doméstica como objeto de trabalho do setor saúde (Coll-Vinent et al., 2008; Kiss & Schraiber, 2011; Lobato, Moraes, & Nascimento, 2012; Vieira et al., 2009; Vieira et al., 2013) e a aceitação da utilização de punição física como uma estratégia educativa (Andrade et al., 2011; Gebara, 2009; Nunes et al., 2008).

Entre as principais dificuldades relatadas por profissionais de saúde para atuação no que concerne à violência doméstica estão: falta de capacitação para lidar com a questão (Andrade et al., 2011; Cavalcanti & Souza, 2010; Gebara, 2009; Lima et al., 2009; Silva & Ferriani, 2007), medo de denunciar casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica (Andrade et al., 2011; Gebara, 2009; Lima et al., 2009; Lourenço et al., 2010; Silva & Ferriani, 2007; Sugg et al., 1999), falta de apoio e acompanhamento dos órgãos jurídicos, como Conselho Tutelar (Andrade et al., 2011; Gebara, 2009; Lourenço et al., 2010), ausência de uma rede integrada formada por diferentes áreas (Andrade et al., 2011; Cavalcanti & Souza, 2010; Lima et al., 2009; Silva & Ferriani, 2007; Sugg et al., 1999), falta de comprometimento e “evasão” / desistência do atendimento (Andrade et al., 2011; Sauret, Carneiro, Valongueiro, & Vasconcelos, 2011), além de excessiva carga de trabalho (Andrade

et al., 2011) e reduzido número de profissionais, incluindo assistentes sociais e profissionais da saúde mental (Andrade et al., 2011; Lima et al., 2009).

Pesquisa realizada em três municípios da região metropolitana de Recife identificou que os gestores pesquisados (secretários titular e adjunto de saúde e os diretores de planejamento, saúde da mulher, DST/AIDS, ações básicas e de acidentes e violência) tinham ligação com o movimento feminista, filiação antiga a um mesmo partido político e/ou eram sanitaristas (Porto, McCallum, Scott, & Morais, 2003). Para os autores dessa pesquisa, essas características, juntamente com o compromisso político com o movimento feminista e a pressão exercida por esse movimento no Conselho Municipal de Saúde favoreceram decisões por propostas de ações para mulheres em situação de violência, apresentadas nos planos municipais e plurianuais de saúde desses municípios.

Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, os gestores pesquisados (coordenador da ESF, assessor da promoção de saúde, gerentes técnicos dos programas de atenção à saúde da criança, adolescente, mulher, idoso e de saúde mental e os supervisores operacionais ou do Grupo de Apoio Técnico de algumas Áreas Programáticas) expressaram a compreensão da necessidade de responder às demandas da sociedade, o que teria facilitado a implementação de ações de abordagem da violência doméstica, mas reconheceram a presença de entraves, tais como a disputa de recursos que marcam as políticas públicas e a participação descontínua entre os diversos setores da prefeitura e entre as instâncias internas da secretaria de saúde e citaram a baixa capacitação, fragilidades institucionais, medo de represálias devido à proximidade com os agressores, fragmentação dos processos de trabalho e pouco investimento em recursos humanos (como a inexistência de plano de cargos e salários) como os principais limites para a abordagem da violência doméstica pela Estratégia de Saúde da Família (Castro, 2010).

Em outro estudo, realizado em Itabuna (BA), gestores apontaram como entraves para a oferta de ações em relação aos adolescentes em situação de violência: despreparo na formação dos profissionais, precariedade de recursos, ineficiência dos encaminhamentos e falta de articulação entre os diversos setores, inclusive o jurídico (Souza & Santana, 2009).

A falta de clareza ao definir violência doméstica e a crença de não possuir poder de intervenção diferenciado foram resultados encontrados em pesquisa realizada com gestores (secretário municipal de saúde, chefe do departamento de Atenção Primária à Saúde e gerentes de Unidades Básicas de Saúde) no município de Juiz de Fora, MG (Gebara et al., 2010). O estudo ressaltou que a falta de treinamento dificulta a detecção de fatores de risco, bem como o encaminhamento adequado e as ações preventivas.

Observa-se que essas pesquisas com gestores encontraram alguns resultados semelhantes às aquelas que utilizaram profissionais como sujeitos, mas também apontam peculiaridades que não devem ser negligenciadas. Nesse sentido, para que possamos entender melhor a questão da abordagem da violência doméstica pelo setor saúde, torna-se pertinente a inclusão também de gestores de saúde em pesquisas para investigar a formulação e implementação de políticas e programas de saúde relacionados à violência.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral desse estudo foi identificar crenças de secretários municipais de saúde e de coordenadores municipais da ESF de municípios pertencentes a uma determinada Microrregião de Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais a respeito de violência doméstica e da inclusão desse tema na agenda do setor saúde.

Os objetivos específicos foram: (1) apontar crenças sobre fatores geradores de violência doméstica; (2) levantar crenças sobre o papel do setor saúde em relação à violência doméstica; (3) identificar crenças sobre as principais dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica; (4) apontar semelhanças e/ou diferenças entre as crenças dos secretários municipais de saúde e as crenças de coordenadores municipais da ESF; (5) descrever experiências de intervenção que estão sendo desenvolvidas nos municípios estudados.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Com base na classificação dos tipos de pesquisas apresentada por Breakwell e Rose (2010), o presente estudo pode ser caracterizado da seguinte forma: (a) obtenção de dados do tipo intrapessoais, pois identificou crenças; (b) obtenção de dados de forma direta, pois foi feita através de entrevistas (estímulo à autodescrição); (c) estudo descritivo, pois não houve manipulação de variáveis; (d) exposição dos dados a tratamento qualitativo.

4.2 PARTICIPANTES

No Brasil, em termos de organização do sistema de saúde, os municípios estão agrupados, formando microrregiões e regiões de saúde. Em cada município, o sistema de saúde pública é gerido pelo secretário municipal de saúde (também chamado de gestor municipal de saúde), cargo de confiança ocupado por alguém escolhido pelo prefeito, que assume a Secretaria Municipal de Saúde, órgão que exerce a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da esfera municipal de governo. Entre os diversos setores, programas e projetos do serviço público de saúde encontram-se as equipes da ESF, formadas por enfermeiro, médico, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nos municípios, essas equipes se responsabilizam por um território com determinado número de famílias a serem cuidadas, buscando reorganizar a atenção primária através do cuidado integral, contínuo e mais próximo das famílias. Cada município possui um número determinado dessas equipes, de acordo com o tamanho da população.

A presente pesquisa foi realizada com secretários municipais de saúde e com coordenadores municipais da ESF de municípios que fazem parte de uma determinada microrregião de saúde, escolhida intencionalmente. A microrregião escolhida engloba ao todo 20 municípios (todos localizados na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, Brasil). Os gestores de saúde de todos os 20 municípios foram convidados para participar dessa pesquisa,

totalizando 41 participantes convidados: 20 secretários municipais de saúde e 21 coordenadores municipais da ESF (um dos municípios possui dois coordenadores municipais da ESF). No entanto, nem todos aceitaram participar. Sendo assim, o presente estudo foi realizado em 18 municípios (de um universo de 20 municípios), com a participação de 16 secretários municipais de saúde (de um total de 20 secretários) e 19 coordenadores municipais da ESF (de um total de 21 coordenadores).

4.3 INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi feita através de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), a qual foi elaborada pelos pesquisadores com base nos objetivos dessa pesquisa e no questionário utilizado no trabalho de Gebara (2009). A entrevista possui duas partes. A primeira se propõe a caracterizar os participantes. A segunda parte está dividida em dois blocos de perguntas: o primeiro se refere aos fatores geradores de violência doméstica e o segundo à abordagem da violência doméstica pelo setor saúde. As perguntas desses blocos foram precedidas pela expressão “Na sua opinião” para realçar o caráter pessoal das respostas. O pesquisador utilizou um aparelho digital gravador de voz para gravar as entrevistas.

4.4 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi conduzida em duas etapas: a primeira ocorreu em dois municípios e a segunda foi feita nos demais. A primeira etapa serviu para testar o roteiro da entrevista, verificar a viabilidade operacional da pesquisa e fazer as modificações necessárias. Além disso, as análises dos primeiros dados obtidos forneceram uma ideia inicial dos possíveis resultados do estudo e um conjunto inicial básico de categorias. Como não houve problemas significativos, o pesquisador deu sequência à coleta de dados nos demais municípios (segunda etapa).

O pesquisador entrou em contato com os gestores de saúde por meio dos telefones das secretarias municipais de saúde. Os números das linhas telefônicas foram obtidos através dos sítios dos municípios na internet e de lista telefônica. Após se identificar, o pesquisador

deu explicações básicas sobre a pesquisa, convidou os gestores para participar e agendou as entrevistas, que foram feitas frente a frente, individualmente, no próprio município onde o participante trabalha. Decidiu-se de antemão que os gestores que recusassem o convite seriam perguntados se poderiam dizer as razões para a recusa. As razões apresentadas estão expostas na seção de resultados. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital gravador de voz e transcritas na íntegra. O tratamento dos dados foi feito através da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, servindo às funções de exploração ou verificação de hipóteses (funções que podem na prática coexistir de maneira complementar), tem como campo de aplicação o estudo de comunicações escritas, orais e também não linguísticas portadoras de significado (como imagens, fotografias, monumentos, mitos, rituais) e seu interesse está nas inferências (saberes deduzidos da descrição dos conteúdos das mensagens), que podem se referir aos antecedentes da mensagem (condições de produção) ou aos seus possíveis efeitos, podendo ser de natureza psicológica, sociológica, econômica, etc. (Bardin, 2011).

Na prática, a análise de conteúdo procura identificar e agrupar características específicas da mensagem em estudo de forma objetiva e sistemática para, em seguida, serem interpretadas com base em teorias explicativas (Franco, 2008). A partir de sucessivas leituras do material coletado, cada vez mais minuciosas, identificam-se proposições e temas (ou outras unidades de registro) relevantes para o estudo, buscando diferenciá-los em um primeiro momento e depois agrupá-los de acordo com a semelhança de sentido sob uma expressão chave (categoria) que represente o significado central das proposições e temas levantados, procedendo-se, em seguida, à interpretação do material, baseada na organização dos dados e nas referências ao contexto e aos pressupostos teóricos adotados, citando, ao longo do relatório, recortes das comunicações que fundamentem as conclusões (Amado, 2000).

Dentre as técnicas da análise de conteúdo, optou-se pela análise categorial temática (Bardin, 2011). A unidade de registro utilizada foi a menção explícita de palavras e expressões contidas nas respostas dos entrevistados que exprimem as explicações adotadas por eles para as situações que lhes foram apresentadas durante a entrevista, ou seja, suas crenças sobre os temas propostos pelas questões da entrevista, as quais foram sintetizadas e agrupadas em categorias temáticas de acordo com o sentido. A presença desses elementos nas respostas dos participantes foi adotada como indicador, caracterizando, assim, uma análise qualitativa. As questões da entrevista foram consideradas como as unidades de contexto. O sistema de categorias não foi fornecido a priori. Ele resultou da análise progressiva do corpo documental.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No dia 02 de maio de 2012, em reunião previamente agendada, o projeto da pesquisa foi apresentado ao diretor e à referência técnica em epidemiologia e doenças e agravos não transmissíveis da GRS à qual os municípios do estudo estão vinculados. No dia 05 de junho de 2012, também foi apresentado aos membros da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em sua reunião ordinária promovida pela respectiva GRS. O projeto não recebeu nenhuma objeção por parte dessas instâncias institucionais à sua realização. Essas apresentações foram realizadas para tornar a comunidade ciente da realização da pesquisa e dos seus procedimentos e para facilitar o contato e adesão dos gestores. O projeto também recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, por meio do parecer número 152.500 (ANEXO A).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista, em duas vias (uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador). O TCLE informava que a adesão dos participantes é voluntária, não há nenhum tipo de pagamento, os participantes podem retirar-se do estudo a qualquer momento, as entrevistas são gravadas, as informações fornecidas pelos entrevistados serão tratadas com anonimato e que os resultados serão divulgados em meios públicos com honestidade científica (ver APÊNDICE B). Os termos assinados, as gravações e as transcrições ficarão guardados por cinco anos pelo pesquisador.

5 RESULTADOS

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A microrregião de saúde onde a pesquisa foi realizada é composta por 20 municípios, todos localizados na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, Brasil. Um deles é um polo regional e os demais são municípios de pequeno porte. Em quatro deles (20% do total), a maior parte da população reside na zona rural. Três municípios apresentam Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alto (entre 0,7 e 0,799) e os demais apresentam IDHM médio (entre 0,6 e 0,699). A tabela 1 apresenta algumas características sociodemográficas dos municípios.

Tabela 1
Caracterização dos municípios da microrregião pesquisada

Município	População (Censo 2010)	População urbana (Censo 2010)	População rural (Censo 2010)	IDHM 2010
01	17.946	9.470 (52,77%)	8.476 (47,23%)	0,625
02	4.079	2.701 (66,22%)	1.378 (33,78%)	0,681
03	3.293	2.175 (66,05%)	1.118 (33,95%)	0,657
04	10.263	7.270 (70,84%)	2.993 (29,16%)	0,651
05	5.537	1.642 (29,66%)	3.895 (70,34%)	0,632
06	4.637	2.223 (47,94%)	2.414 (52,06%)	0,625
07	4.462	2.030 (45,50%)	2.432 (54,50%)	0,629
08	7.230	4.683 (64,77%)	2.547 (35,23%)	0,644
09	15.823	12.909 (81,58%)	2.914 (18,42%)	0,688
10	6.867	5.556 (80,91%)	1.311 (19,09%)	0,668
11	8.707	4.225 (48,52%)	4.482 (51,48%)	0,674
12	7.206	5.199 (72,15%)	2.007 (27,85%)	0,683
13	17.110	14.454 (84,48%)	2.656 (15,52%)	0,714
14	101.519	97.636 (96,18%)	3.883 (3,82%)	0,724
15	2.192	1.429 (65,19%)	763 (34,81%)	0,652
16	10.862	8.814 (81,15%)	2.048 (18,85%)	0,684
17	10.368	7.256 (69,98%)	3.112 (30,02%)	0,664
18	8.678	6.876 (79,23%)	1.802 (20,77%)	0,677
19 ^a	7.054	5.156 (73,09%)	1.898 (26,91%)	0,669
20 ^a	37.942	31.380 (82,71%)	6.562 (17,29%)	0,709

Nota. Referências: IBGE (2010), PNUD (2013).

^aMunicípios da microrregião que não fizeram parte da coleta de dados.

Do universo de 20 municípios, dois não fizeram parte da coleta de dados. Por e-mail, o secretário municipal de saúde de um deles informou que a administração atual tem pouco tempo de trabalho, a violência doméstica no município está em construção, falta muito para alcançar a busca de todos os casos existentes, a nova equipe está em processo de capacitação e, portanto, não tem muito para relatar. Foi feita uma nova tentativa em resposta ao e-mail recebido, mas não houve retorno. Em relação ao outro município que não fez parte da pesquisa, foram feitos vários contatos telefônicos com a secretaria de saúde, mas em nenhum conseguimos falar diretamente com a secretária municipal de saúde. Recados e contatos foram deixados com os atendentes, mas não foi obtido retorno. Por fim, o convite foi feito por e-mail, o qual não foi respondido. Assim, consideramos o convite recusado por ambos os municípios.

Dos 18 municípios em que a coleta de dados foi realizada, dois secretários municipais de saúde se recusaram a participar: um deles disse que não tem disponibilidade de tempo para receber o pesquisador e o outro falou que não é do município e que tinha acabado de assumir a secretaria, não conhecendo ainda a realidade e a situação do município. No entanto, ambos permitiram que os coordenadores da ESF participassem do estudo. Portanto, nesses dois municípios só foram entrevistados os coordenadores municipais da ESF.

As características sociodemográficas dos gestores que participaram da pesquisa podem ser visualizadas nas tabelas a seguir. Ao compararmos ambos os grupos de gestores, três características chamam a atenção: sexo, formação educacional / profissional e experiência em gestão. Com relação ao sexo, a maioria dos secretários municipais de saúde é do sexo masculino (68,8%) enquanto que a maioria dos coordenadores municipais da ESF é do sexo feminino (78,9%). Quanto à formação educacional / profissional, ambos os grupos são constituídos por enfermeiros (a maioria), profissionais de outras áreas da saúde, exatas e com Ensino Médio. No entanto, entre os secretários municipais de saúde essa formação é mais distribuída. Nesse grupo, 75% dos participantes têm curso superior (37,5% em enfermagem, 12,5% em outras áreas da saúde, 12,5% em administração, 6,25% na área de exatas e 6,25% na área de humanas) e 25% têm Ensino Médio. Já entre os de coordenadores municipais da ESF, 94,7% têm curso superior (73,7% em enfermagem, 10,5% em outras áreas da saúde, 10,5% na área de exatas) e 5,3% têm Ensino Médio. Por outro lado, há uma semelhança interessante entre ambos os grupos no que se refere à experiência como gestor: a maioria dos secretários municipais de saúde (87,5%) não tem experiência no cargo de coordenador municipal da ESF e a maioria dos coordenadores municipais da ESF (78,9%) também não tem experiência prévia no cargo de secretário municipal de saúde.

A tabela 2 descreve cada um dos secretários municipais de saúde entrevistados. A idade varia entre 24 e 58 anos (média = 35,38) e metade deles tem mais de um ano de experiência nessa função.

Tabela 2
Descrição dos secretários municipais de saúde entrevistados

Sexo	Idade anos	Estado civil	Escolaridade	Tempo de experiência		
				PS	SMS	CMESF
M	28	casado	Enfermagem	1 ano	3 meses e meio	---
M	36	casado	Gestão Pública	---	10 anos	---
M	32	casado	Ensino Médio	4 anos (ACS)	7 meses e meio	---
M	41	casado	Administração	---	4 anos	2 anos
M	32	casado	2º Grau	10 anos (Téc. Enf.)	2 meses	---
F	36	separada	Enfermagem	10 anos	3 anos	---
M	30	casado	Odontologia	7 anos	3 meses	---
F	25	solteira	Enfermagem	6 meses	3 meses	---
F	58	viuva	História e Estudos Sociais	---	3 meses	---
M	30	casado	Enfermagem	9 anos	3 meses	7 anos
M	25	solteiro	Sistema de Informação	---	2 anos	---
F	24	solteira	Enfermagem	2 anos e 4 meses	3 meses	---
M	53	casado	Farmácia e Bioquímica	16 anos	10 anos	---
M	49	casado	Ensino Médio	---	2 anos	---
F	38	casada	Serviço Social (em curso)	---	3 anos	---
M	29	casado	Enfermagem	6 anos	6 anos	---

Nota. M = masculino. F = feminino. PS = profissional de saúde. SMS = secretário municipal de saúde. CMESF = coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família. ACS = agente comunitário de saúde. Téc. Enf. = técnico de enfermagem.

A tabela 3 resume as características do grupo de secretários municipais de saúde entrevistados. A maioria é do sexo masculino (68,8%), casado (68,8%), tem curso superior (75%), tem formação na área da saúde (62,5%) e, como vimos, não tem experiência no cargo de coordenador municipal da ESF (87,5%).

Tabela 3

Perfil sociodemográfico dos secretários municipais de saúde entrevistados

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	11	68,8
Feminino	05	31,2
Estado Civil		
Solteiro	03	18,8
Casado	11	68,8
Divorciado/Separado	01	6,2
Viuva	01	6,2
Escolaridade		
Ensino Médio	03	18,8
Superior em curso	01	6,2
Superior completo	12	75,0
Experiência profissional		
Profissional de saúde		
Sim	10	62,5
Não	06	37,5
Coordenador municipal da ESF		
Sim	02	12,5
Não	14	87,5

Nota. ESF = Estratégia saúde da família.

As características sociodemográficas dos coordenadores municipais da ESF estão descritas nas tabelas a seguir. A idade deles varia entre 26 e 67 anos (média = 40,42) e, embora alguns deles tenham poucos meses de experiência nesse cargo, a maioria (73,7%) tem mais de um ano de experiência nele. A tabela 4 descreve cada um dos coordenadores municipais da ESF entrevistados.

Tabela 4

Descrição dos coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família entrevistados

Sexo	Idade anos	Estado civil	Escolaridade	Tempo de experiência		
				PS	SMS	CMESF
F	57	casada	Farmácia	10 anos	4 anos	2 anos
F	32	solteira	Enfermagem	4 anos	---	4 anos
F	38	casada	Enfermagem	12 anos	---	8 anos
M	31	casado	Enfermagem	4 anos	---	2 anos e 6 meses
M	51	casado	2º Grau	27 anos(aux. enf.)	---	4 anos
F	26	solteira	Enfermagem	2 anos e 2 meses	---	2 anos e 2 meses
F	27	casada	Gestão Ambiental	---	---	3 anos e 1 mês
F	28	solteira	Enfermagem	6 anos	---	3 meses
F	36	casada	Enfermagem	15 anos	7 anos	8 anos
M	37	casado	Ciências da Computação	---	2 anos	4 meses
F	49	divorciada	Enfermagem	23 anos	---	15 anos
F	40	casada	Enfermagem	20 anos	---	2 meses
F	51	casada	Enfermagem	28 anos	---	9 anos
F	67	solteira	Enfermagem	28 anos	6meses	3 meses
F	48	casada	Enfermagem	12 anos	---	10 anos
F	35	casada	Enfermagem	10 anos	---	8 anos
M	33	solteiro	Enfermagem	6 anos	---	5 anos
F	27	solteira	Enfermagem	9 anos	---	5 meses
F	55	casada	Medicina	27 anos	---	2 anos e 6 meses

Nota. PS = profissional de saúde. SMS = secretário municipal de saúde. CMESF = Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família. F = feminino. M = masculino. Aux. Enf. = Auxiliar de Enfermagem.

A tabela 5 resume as características do grupo de coordenadores municipais da ESF participantes. A maioria é do sexo feminino (78,9%), casada (63,1%), tem curso superior completo (94,7%), tem formação na área da saúde (89,5%) e, como vimos, não tem experiência no cargo de secretário municipal de saúde (78,9%).

Tabela 5

Perfil sociodemográfico dos coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família entrevistados

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	04	21,1
Feminino	15	78,9
Estado Civil		
Solteiro	06	31,6
Casado	12	63,1
Divorciado/Separado	01	5,3
Escolaridade		
Ensino Médio	01	5,3
Superior completo	18	94,7
Experiência profissional		
Profissional de saúde		
Sim	17	89,5
Não	02	10,5
Secretário municipal de saúde		
Sim	04	21,1
Não	15	78,9

5.2 FATORES GERADORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

5.2.1 Crenças sobre fatores geradores de violência doméstica contra crianças

A tabela 6 apresenta as categorias que resumem as crenças sobre os fatores geradores de violência doméstica contra crianças identificadas nas respostas dos secretários municipais de saúde. As respostas foram bem diversificadas, ressaltando fatores relacionados ao agressor (“os pais foram educados com violência”), ao contexto familiar (“falta de estrutura e planejamento familiar”, “falta de diálogo na família”) e ao contexto social mais amplo (“modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano” e “cultura geral da violência como forma de educar”), com grande destaque para a crença de que o “consumo de álcool” e/ou o “consumo de drogas ilícitas” são fatores geradores de violência doméstica. Por outro lado, os fatores socioeconômicos não receberam muita atenção por parte dos secretários. As categorias “herança genética”, “falta de vivência religiosa”, “medo da mãe de denunciar o agressor”, “perda dos valores de família” e “problemas do Sistema Educacional” não foram destacadas

pelos secretários de uma maneira geral, mas foram enfatizadas por algum dos secretários em particular.

Tabela 6

Fatores geradores de violência doméstica contra crianças segundo secretários municipais de saúde

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Herança genética da agressividade	1	6,25
	Personalidade (“ser uma pessoa agressiva”)	1	6,25
	Distúrbio mental / não é uma pessoa normal	2	12,50
	Forma como foram educados (com violência)	4	24,00
	É uma forma do padrasto se vingar da mãe	1	6,25
	Falta de vivência religiosa	1	6,25
	Consumo de bebidas alcoólicas	9	56,25
	Consumo de drogas ilícitas	7	43,75
Fatores socioeconômicos	Baixa renda	1	6,25
Contexto familiar	Medo da mãe de denunciar	1	6,25
	Falta de estrutura e de planejamento familiar	5	31,25
	Falta de diálogo na família	3	18,75
Fatores sociais mais amplos	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	3	18,75
	Perda dos valores de família	1	6,25
	Cultura geral da violência como forma de educar	3	18,75
	Problemas do Sistema Educacional	1	6,25

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Essas crenças podem ser demonstradas através das falas transcritas a seguir.

Respondente 3/SMS:

Acho que fatores assim que tem, que é fundamental, acho que, eu vejo hoje, primeiro é o **alcoolismo** e **droga por parte de pais**. Porque pessoas, assim, usam uma droga, fica alterado, então eu acho que é um fator determinante o alcoolismo. É um dos fatores assim que as pessoas nos procuram. “Ah que o meu pai tava bêbado e me bateu”. Né? E hoje também, assim, vamos colocar a **falta de estrutura familiar**. Porque, assim, muitas pessoas, muita, hoje em dia cresceu muito o número de adolescentes que engravidou: uma pessoa que não tá preparada pra ser mãe, um adolescente que não tá preparado pra ser pai. E simplesmente vem essa responsabilidade de uma hora por outra. Então, acho assim, essa falta, essa estrutura familiar, o alcoolismo e usuários de droga é o que mais assim, os casos que você mais recebe é a maioria em função disso. Têm outros fatores, né, um isolado, **tem um pai mais assim que, nervoso**, que qualquer coisa acha que tem que resolver ainda na base da, tem que bater na criança pra educar, **acha que a educação é apanhando**. . . . Infelizmente é quase que **uma cultura**. Eu, aí você vai discutir com ela, “ah meu pai me corrigiu assim, me batendo, eu vou agredir o meu filho também pra **educar ele da mesma maneira que eu fui educada**”.

Respondente 12/SMS:

Contra criança? Bom, eu acho que a **estrutura familiar, planejamento familiar** seja um dos grandes determinantes dessa situação, pois nós aqui no serviço de saúde, em outras experiências também com saúde, com assistência social, a gente pode perceber que uma família que não foi planejada, que não tem uma estrutura familiar bem, não tem uma estrutura familiar bem formada, bem consolidada, isso acarreta sim a violência contra criança. Talvez **o fato dos pais terem sido**

violentados também durante a infância eu acho que isso influi muito. A gente percebe uma certa resistência quanto a esses programas do Governo pregando a não violência contra a criança, principalmente por aquelas pessoas que sofreram violência enquanto criança.

Respondente 11/SMS:

A **falta de diálogo dentro da família**. Entendeu? Eu acho que é a principal causa da violência doméstica contra criança pode ser a falta de diálogo, aquele carinho de família. Entendeu? Aí hoje o pai trabalha, a mãe trabalha, falta interagir mais, conversar mais e hoje a gente vive nesse **mundo estressante**, só de trabalho e criança pra lá criada de qualquer jeito e onde não tem esse diálogo acaba tendo os conflitos família onde pode tá gerando violência. **Pai não tem paciência, chega do trabalho, tá nervoso talvez com outras coisas, quer descontar na família**. Alcoolismo. Entendeu? E também o fator do **alcoolismo** também que tá, que muitas das vezes o pai bebe, aí vem pra dentro de casa e acaba descontando na mulher, no filho. Então, acho que mais ou menos é isso.

Respondente 4/SMS:

Então, eu acho que tá muito relacionado aí ao **uso do álcool e droga**. Né? Eu acho que na minha opinião é o primeiro ponto. Né? E acredito que, é claro que tem outros fatores, que aí realmente é uma questão de, eu acho que tem piorado isso nos últimos tempos, a **perda um pouco da identidade de religião**, né, da população de um modo geral. A gente percebe isso. Né? Então, eu acho que esse é um dos principais motivos. Eu coloco a droga, a falta um pouco da, vamos falar assim grosseiramente, da crença mesmo, né, num Deus, na questão da família, né, do **valor da família, que tá se perdendo** um pouco, né, com essas questões aí e com a falta, aí acho que é uma coisa ligada à outra, a falta de, com essa falta de entender o quê que representa uma família, aí tem a questão de a gravidez que às vezes não é desejada, às vezes um casamento prematuro, essas coisas todas que o jovem às vezes **não tá preparado pra isso**. Acho que falta esse esclarecimento e isso gera essa violência contra criança. Esses fatores que eu citei. Entendeu?

Respondente 15/SMS:

Crianças? Ah..., assim, dentro da realidade da gente aqui é, como se diz, é essas mães, como diz, né, acho que vem de berço, né, porque a gente tem lá, tipo assim, igual aqui, a gente, a mãe às vezes fica nervosa com a criança, às vezes bate na criança, mas é porque ela já é, **não é uma pessoa normal**. Né? Porque a mãe normal, normal não bate no filho. Né? Então assim, tem até uma menina aqui que mudou pra cá há pouco tempo agora, ela xinga a filha dela de demônio. Sabe? Palavrões feios mesmo. Aí eu acho assim, eu acho que é o convívio familiar. Né? Desde **como que ela foi criada ali** e eu acho dali e ela como não consegue controlar... Né? É uma pessoa que precisa de um tratamento psicológico. Né? Mas, né, como se diz, eu acho que vem daí.

A tabela 7 apresenta as categorias que sintetizam as crenças dos coordenadores municipais da ESF em relação aos fatores que eles consideram como geradores de violência doméstica contra crianças. Para os coordenadores municipais da ESF, a violência doméstica contra crianças está mais relacionada ao consumo de “bebidas alcoólicas” e de “drogas ilícitas”, “falta de estrutura e de planejamento familiar”, “baixa renda”, “modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano” e “cultura geral da violência como forma de educar”. As categorias “baixa escolaridade”, “a forma como os pais foram educados” e “o agressor tem algum distúrbio mental / não é uma pessoa normal” também tiveram algum destaque. A despeito desses fatores mais enfatizados pelo grupo, há também algumas categorias que receberam

destaque em alguma entrevista em particular: “falta de vivência religiosa por parte do agressor”, “experiências de outras vidas”, “traumas do passado”, “falta de paciência”, “falta de responsabilidade” e “as crianças são indefesas e as pessoas aproveitam dessa fragilidade e inocência dela”. De uma maneira geral, a diversidade de respostas foi semelhante à do grupo de secretários municipais de saúde. Porém, os fatores socioeconômicos receberam uma atenção maior no grupo de coordenadores municipais da ESF do que no grupo dos secretários municipais de saúde.

Tabela 7

Fatores geradores de violência doméstica contra crianças segundo coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Experiências de outras vidas	1	5,26
	Distúrbio mental / Não é uma pessoa normal	2	10,53
	Traumas do passado	1	5,26
	Forma como foram educados (com violência)	2	10,53
	Falta de paciência	1	5,26
	Falta de responsabilidade	1	5,26
	Falta de vivência religiosa	1	5,26
	Consumo de bebidas alcoólicas	7	36,84
	Consumo de drogas ilícitas	4	21,05
Características da vítima	Criança é indefesa	1	5,26
Contexto familiar	Falta de estrutura e de planejamento familiar	7	36,84
Fatores socioeconômicos	Baixa renda	5	26,31
	Baixa escolaridade	2	10,53
Fatores sociais mais amplos	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	4	21,05
	Cultura geral da violência como forma de educar	4	21,05

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Os pontos destacados acima estão exemplificados nos recortes a seguir.

Respondente 2/CMESF:

A gente tem observado isso: a maioria das casas que a gente vai notificar, ou que a gente vai observar, é sempre o caso do marido **etilista** ou tem um **caso de droga** no meio ou uma **falta assim de estrutura, até mesmo familiar** ou **questão financeira**. Eu acredito que seja isso. Pelo menos a realidade do município e a minha experiência até hoje, é isso. Entendeu?

Respondente 10/CMESF:

Na minha opinião, atualmente a maior parte da violência tá relacionada a **drogas**, incluindo o **álcool**. Eu creio que isso é o maior problema da sociedade hoje. Quantidade, acesso a drogas. Quer dizer, isso atrapalha qualquer família. Né? A **desestrutura familiar**. Pais que não têm tempo pros seus filhos, acaba perdendo os filhos. Eu acho que os maiores fatores que acaba ocorrendo tanto pra violência doméstica em criança como mulheres, essas coisas, tá relacionado a drogas, bebida. Da criança eu creio que é mais a **impaciência dos pais devido excesso de trabalho, essas coisas**.

Respondente 3/CMESF:

Eu acho que é assim a sobrecarga de serviço. Sabe? Porque as pessoas andam muito sem paciência, trabalhando demais. . . . Mas e essas pessoas que não têm assim quem faça o serviço delas, que chega em casa cansada, que tem que fazer o serviço da casa e menino quer atenção, menino chora? Aí causa esse stress, aí acaba batendo, põe de castigo. É mais ou menos gerado por aí. Eu acho que é **a sobrecarga de serviço e o stress**, porque hoje a pessoa, anda todo mundo estressado, ninguém tem paciência.

Respondente 4/CMESF:

Contra criança eu acho que é..., primeiro acho que também é..., o **poder aquisitivo** das pessoas. Né? A pessoa tem, pode ver que quando a família é mais carente parece que tem mais dificuldade de controlar essa parte, já é um número maior de filhos, né, dificuldade pra criar os filhos. Aí a violência também é gerada também pelo ambiente que a pessoa vive também. Eu acho que influencia muito também. Né? Os maiores casos que a gente tem de violência são nas áreas mais carentes. Né? Claro que tem violência também na área vamos por mais central, que é a área que tem o poder aquisitivo maior. Mas na região mais carente isso aí é bem maior.

Respondente 12/CMESF:

Contra crianças? Primeiro o analfabetismo. A ignorância, **falta de dinheiro**, o **estresse**. Mas eu acho que primeiro lugar o analfabetismo, a ignorância. Sabe? **Falta de estudos**.

Respondente 19/CMESF:

Eu acho que **aquele antigo, uma coisa mística assim que a pessoa tinha essa concepção que tinha que educar batendo**, né, porque isso não era um crime, porque o pai é permitido ao pai, à mãe, aos irmãos mais velhos baterem pra educar. Então eles não veem isso como um crime, eles veem isso como uma forma de educação.

Respondente 6/CMESF:

Acho que é **pela criança ser indefesa** mesmo. Né? Aí eles aproveitam enquanto a criança tem essa inocência, né, pra poder aproveitar delas mesmo, enquanto elas são indefesas, não têm essa, não têm como enfrentar, né, quem tá agredindo. Então, eu acredito que seja isso.

5.2.2 Crenças sobre fatores geradores de violência doméstica contra adolescentes

As categorias apresentadas na tabela 8 se referem às crenças dos secretários municipais de saúde em relação aos fatores que eles consideram como geradores de violência doméstica contra adolescentes. Comparado com a situação de violência contra crianças, embora apresente algumas semelhanças, o quadro geral apresentado em relação aos adolescentes é diferente. Nesse caso, em relação à maioria das categorias, observa-se uma menor discrepância no que concerne ao número de secretários de saúde que se referiu a cada uma das categorias. Ou seja, não há uma ou algumas categorias que tenham se destacado pelo número expressivo de respondentes que se referiu a elas. Para os secretários de saúde, o fato dos adolescentes estarem sem limites, rebeldes e querendo mandar nos pais e abusarem de

álcool e outras drogas cria uma situação que favorece uma reação agressiva por parte dos pais. Segundo eles, pais que agridem os filhos muitas vezes também abusam de álcool e/ou outras drogas, também foram educados com violência e/ou não sabem lidar com os filhos adolescentes. Soma-se a esse contexto um ambiente familiar sem estrutura e planejamento e sem diálogo. Como aconteceu em relação à criança, os fatores socioeconômicos também não foram muito enfatizados pelos secretários municipais de saúde. O preconceito dos pais, particularmente em relação à homoafetividade, foi destacado em apenas uma das entrevistas e não aparece no grupo dos coordenadores da ESF.

Tabela 8

Fatores geradores de violência doméstica contra adolescentes segundo secretários municipais de saúde

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Distúrbio mental / não é uma pessoa normal	1	6,25
	Forma como os pais foram educados (com violência)	2	12,50
	Pais não sabem lidar com adolescentes	5	31,25
	Preconceito	1	6,25
	Consumo de bebidas alcoólicas	5	31,25
	Consumo de drogas ilícitas	5	31,25
Características da vítima	Falta de limites, rebeldia	3	18,75
	Consumo de bebidas alcoólicas	2	12,50
	Consumo de drogas	5	31,25
Fatores socioeconômicos	Baixa renda	1	6,25
Contexto familiar	Falta de estrutura e de planejamento familiar	4	25,00
	Falta de diálogo	3	18,75
Fatores sociais mais amplos	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	2	12,50
	Perda dos valores de família	1	6,25
	Cultura geral da violência como forma de educar	1	6,25
	Problemas do sistema educacional	1	6,25

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

A seguir, o leitor pode conferir alguns trechos das entrevistas que ressaltam os pontos apresentados acima.

Respondente 11/SMS:

Respondente: Geralmente o adolescente é muito rebelde. Entendeu? A maioria dos adolescentes são rebeldes. E hoje, infelizmente, nós estamos vivendo com a droga. Entendeu? Hoje é um fator muito complicado hoje esse problema da droga, que é um problema da sociedade: é meu, da polícia, do cidadão, de todos nós. Entendeu? E hoje o adolescente, infelizmente, não também não tem a proximidade com a família, entendeu? Chega em casa, talvez, não são todos os casos, mas em se tratando de violência a gente já vê com os outros olhos, porque a família normal, que tem, eu acho que não vai ter tanta violência. Acho que na casa de muitas pessoas não tem. Mas eu acho que é justamente a falta de compreensão, talvez a falta de educação. Entendeu? Falta de nas escolas tá os pais conversando mais com os adolescentes, que é uma fase muito preocupante. Igual eu volto a falar, o **álcool**

e a **droga** hoje é uma realidade que a gente tem no nosso mundo. E hoje eu acho que o pai e o filho **não tem tanto diálogo** igual tinha antigamente. O pai acompanhava o filho, o filho acompanhava o pai. E hoje o filho quer mandar nos pais. Entendeu? E onde gera esse conflito, entendeu, com a falta de diálogo e acaba se estranhando dentro de casa e acaba brigando. Entendeu? Na minha opinião, acho que a maior causa que a gente vê assim é isso. Entendeu?

Pesquisador: E aí quando você fala de drogas, de álcool, você fala mais no sentido do adolescente tá usando...

Respondente: Os dois. **É mais é o adolescente, nessa parte do adolescente eu acho mais o adolescente.** Entendeu? Hoje sim. Entendeu? E hoje **o adolescente ele quer impor o pai, ele quer mandar mais que o pai, quer mandar mais que a mãe, não aceita a opinião do pai, não aceita o pai conversar.** É lógico, não são todos. Entendeu? Eu tô falando no caso da violência. Entendeu? Pois a pergunta é da violência. Eu acho que sim, cabe, cabe a isso. Entendeu?

Respondente 9/SMS:

Respondente: Os adolescentes acho que são mais assim, acho que é mais por causa de **drogas, falta de limite.** Porque hoje a criança, já desde criança não tem limite também, justamente porque os pais não ficam em casa. Então desde criança eles não têm limite. Hoje tudo pode.

Pesquisador: Entendi. E aí no caso, você falou uso de drogas, seria mais o caso o adolescente usando droga ou os pais usando drogas?

Respondente: **O adolescente usando drogas.** Os adolescentes. **E até mesmo os pais.** Tanto os pais e mais os adolescentes. E às vezes os pais não aceitam. Né? Às vezes não, os pais não aceitam. Então por isso vem a violência também. E muitos pais também usam.

Respondente 10/SMS:

Adolescentes. O primeiro aí foi crianças, né? Adolescentes também acho que entra nessa parte aí de não saber entender o comportamento do jovem, não ter tido uma, o álcool às vezes descaracterizou aquela criança, aquela criança perdeu aquela visão da autoridade do pai na casa, da mãe e se comporta de uma forma diferente e os pais partem pra agressão literalmente. Né? Então, assim dessa forma que eu imagino também que essa violência doméstica com os adolescentes é muito relacionada a isso: ao **alcoolismo** estando presente e essa **dificuldade de compreender os nossos adolescentes. A criação. Às vezes uma infância sem estrutura, né, sem a visão mesmo de pai, de mãe,** a pessoa vai criando asas e os pais ainda não têm aquela estrutura de saber compreender e lidar com essa situação. Aí acaba partindo pra violência. Também acontece muito.

Respondente 6/SMS:

Acredito que a **dificuldade de entender as mudanças que ocorrem na adolescência,** né, porque o adolescente ele já é muito contraditório, muito questionador e se a família não tiver um embasamento, não tiver, né, condições de tá dando esse respaldo pro adolescente gera conflito. A família não entende e o adolescente também não entende, ele quer saber um monte de coisa e ele quer um monte de coisa, ele quer abraçar o mundo, então vira um conflito muito grande com a família.

Respondente 12/SMS:

Além dos fatores já citados, né, acho que o **pouco preparo dos pais em lidar com o adolescente em si.** Porque eu acho, acredito muito que o adolescente atualmente ele tem uma formação, uma mentalidade diferente do adolescente de trinta anos atrás, né, mesmo devido ao acesso à informação, o acesso às redes de computador, de televisão, da própria escola já tem uma formação diferente e isso não sei se bom ou ruim vem trazendo consequências, né, pra essa faixa etária e eu percebo que os pais não têm tido muito uma habilidade de lidar com isso. Né? E, não que seja uma fase de revolta, apesar de que a gente muitas vezes vê a necessidade talvez até de um acompanhamento não só do adolescente, mas também

do pai, da mãe, que não tem mesmo um preparo pra poder lidar com isso. Eu acho que a falta de preparo dos pais leva também ao extravasamento nessa parte. E também o que nós estamos vivendo, né, o alto índice de drogas, de marginalização. Né? E talvez, aí eu, vai até parecer um paradoxo, né, que eu falei de um lado agora vou colocar de outro lado, a própria consciência do adolescente de que ele é impune. Eu acho que isso faz com que talvez haja um, né, um **rebelamento** e isso seja, né, causador de um extravasamento por parte dos pais que não sabem lidar com isso.

Respondente 16/SMS:

Adolescentes. Tá, **além desses**, do **fator social** e além do fator de **desarranjo das famílias**, aí já pro adolescente envolve a **situação de drogas**, que tá muito presente nesses adolescentes. Né? Tá envolvido também a situação sexual. Muita adolescente ela acaba engravidando e aí a família acaba não aceitando a situação e aí não é uma violência física, mas é uma violência psicológica, que também é considerada como violência. Né? A questão da própria dependência do jovem, que quer sair de casa e aí de alguma forma sofre algum **preconceito**, seja pela sua opção sexual, seja pela sua opção de tá saindo da sua residência, sofre, acaba sofrendo essa violência psicológica. Acredito que seja isso.

As categorias encontradas nas respostas dos coordenadores municipais da ESF para a questão da violência doméstica contra adolescentes estão expostas na tabela 9.

Tabela 9

Fatores geradores de violência doméstica contra adolescentes segundo coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Pais não sabem lidar com adolescentes	3	15,79
	Falta de religiosidade	2	10,53
	Consumo de bebidas alcoólicas	6	31,58
	Consumo de drogas	4	21,05
Características da vítima	Falta de limites, rebeldia	4	21,05
	Consumo de bebidas alcoólicas	2	10,53
	Consumo de drogas	6	31,58
Contexto familiar	Falta de estrutura e de planejamento familiar	7	36,84
	Falta de diálogo	4	21,05
Fatores socioeconômicos	Baixa renda	3	15,79
	Baixa escolaridade	1	5,26
Fatores sociais mais amplos	Influência da mídia	1	5,26
	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	2	10,53
	Cultura geral da violência como forma de educar	1	5,26
	Problemas do sistema educacional	1	5,26

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

O quadro geral encontrado é semelhante ao que foi apresentado pelos secretários de saúde também em relação aos adolescentes: adolescentes rebeldes, sem limites, que abusam de bebidas alcoólicas e outras drogas, pais que também abusam de álcool e outras drogas e/ou não sabem lidar com filhos adolescentes e um ambiente familiar não estruturado, não

planejado e/ou sem diálogo. Os fatores socioeconômicos foram novamente mais destacados pelos coordenadores da ESF do que pelos secretários municipais de saúde. A influência da mídia é uma categoria que só aparece nesse tópico e foi citada por apenas um gestor (essa categoria não aparece no grupo de secretários municipais de saúde). Os trechos a seguir ressaltam esses pontos que acabamos de destacar.

Respondente 14/CMESF:

Contra adolescentes? Os principais fatores? Como que eu diria? **O adolescente não obedece o pai, o adolescente quer ser dono do seu nariz, não respeita os pais.** Os pais por sua vez não se dão muitas vezes ao respeito, **as famílias são desestruturadas.** A **questão econômica.** Né? **A questão espiritual foi muito deixada de lado.** O temor de Deus ninguém tem mais. Todo mundo faz da vida o que bem entende. A gente vê a mídia, **a influência da mídia sobre a educação.** Sabe? A mídia tem grande influência. Você liga uma televisão, só tem violência. As notícias da televisão só violência. Sabe? Você não tem hora nenhuma questões educativas, sabe, de uma forma mais lúdica. Na **educação escolar,** sabe, na educação escolar acabou moral e civismo, acabou a questão musical, a terapia musical que dá, provoca uma sensibilização maior da criança e do adolescente e o leva pra um caminho mais saudável. Eu acho que são essas questões que fazem com que o adolescente, coitado, ele seja assim, é uma pessoa sem guia. Sem guia. Falta dentro dos municípios local de lazer. Falta na educação atividades lúdicas, atividades coletivas, atividades participativas, que realmente desgaste a energia do adolescente, como as atividades físicas e que também o sensibilize para algo mais refinado. Sabe?

Respondente 17/CMESF:

A questão do adolescente eu acho que é também, né, questão social, **estrutura familiar** e hoje as informações que eles estão buscando gera eles acharem que eles já são adultos, que eles já podem fazer as coisas que na verdade não estão da idade deles. Então eles começam a procurar isso então as drogas, né, entra droga, entra, né, em questão, né, a gente fala droga a gente acha que já é, não, **a droga,** né, **o álcool,** né, outras drogas ilícitas. Né? Porque tem a droga que é lícita e a que não é lícita. Então, acho que o uso, a estrutura, abandonam as escolas mais cedo, né, então eu acho que tudo isso começa a gerar uma conturbação, né, familiar, né, então isso começa debater dentro de casa. **A falta de respeito, a falta de hierarquia dentro de casa acho que tá acabando.** Né? A gente respeitava muito mais antes. Hoje acho que **não tem muito respeito com os pais.** Acho que é muito isso aí.

Respondente 19/CMESF:

Eu acho que é a própria fase do adolescente em si, porque ele é mais, é uma fase de descoberta, ele começa descobrir coisas novas fora de casa, isso leva a uma certa **rebelia** contra a família e a família revida violentando o adolescente com palavras, com agressão física mesmo.

Respondente 12/CMESF:

Falta de informações, de diálogo, **falta também do pai acompanhar esse filho no dia a dia, nos estudos, nos amigos. Se ele não faz isso com o filho, depois acontece algum problema quer descontar em cima do menino.** Né? Sua raiva, seu nervosismo. E não é por aí. Ele tem que ter um acompanhamento com ele primeiro pra saber quê que tá acontecendo, se passando com esse menino, com esse filho, o quê que tá acontecendo pra ele poder ter um diálogo, tá podendo orientar, educar, pra que esse adolescente não vá fazer qualquer coisa errada pra que ele não possa usar de violência contra ele depois. Né? **Falta de diálogo.**

Respondente 15/CMESF:

Respondente: Então, os mesmos. Eu incluo droga. Os mesmos. Eu acho que, sei lá, hoje em dia os pais também tendo que sair pra trabalhar fora, os meninos, as crianças estão ficando muito soltas. Né? Então não tá tendo tempo pros meninos e não tem paciência e não tem tempo, né, pra cuidar dos filhos. Isso eu acho que desencadeia um desentendimento aí e acaba gerando violência. Né? Não saber lidar com o adolescente. É muito difícil.

Pesquisador: E aí quando você fala, no caso aqui de adolescentes, de uso de drogas, seria o adolescente usando droga ou os pais usando droga?

Respondente: Os dois. Né? Porque às vezes é os dois que usam. Mais o que, eu acho que o que desencadeia do adolescente usar é essa falta de atenção. É o ritmo de vida atual. Né?

5.2.3 Crenças sobre fatores geradores de violência doméstica contra idosos

Antes de apresentarmos as crenças sobre a violência contra idosos, convém esclarecer a distinção entre as categorias “falta de paciência” e “modo e ritmo de vida / estresse cotidiano”. A impaciência e o estresse relacionados ao cuidado do idoso em si e às suas características (teimosia, dependência, etc.) foram colocados sob a categoria “falta de paciência”. Já a impaciência e o estresse relacionados a outras situações e afazeres do dia a dia dos familiares e de outros cuidadores foram classificados sob a categoria “modo e ritmo de vida / estresse do cotidiano”.

De uma maneira geral, os secretários municipais de saúde entrevistados acreditam que a situação de violência contra idosos é gerada quando a família ou outros cuidadores não têm paciência e nem informação e perfil adequados para cuidar do idoso e estão interessados em ficar com o idoso apenas para usufruir de seus benefícios financeiros. Nesse caso, o consumo de álcool e/ou outras drogas não foi tão ressaltado quanto nas demais situações de violência. Também foi ressaltada a dificuldade das pessoas e da sociedade em geral para valorizar e se colocar no lugar do idoso (“falta de amor, carinho e zelo”, “não pensam que serão idosos um dia”, “falta de consciência da importância do idoso”, “filhos só querem curtir a vida e não querem assumir a responsabilidade e ter o trabalho de cuidar do idoso”, “a sociedade está perdendo os valores de família”, “sociedade só valoriza as pessoas que produzem”). Além desses fatores mais específicos da situação de violência contra idosos, outros fatores comuns aos demais tipos de violência também foram citados por algum entrevistado: “distúrbio mental / quem agride um idoso não é uma pessoa normal”, “modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano” e “problemas do sistema educacional”. Curiosamente, fatores relacionados ao contexto familiar, muito enfatizados nas situações de violências contra

crianças e contra adolescentes, não aparecem nas respostas dos secretários de saúde no que diz respeito à violência contra idosos. A tabela 10 traz a categorização das respostas dos secretários municipais de saúde entrevistados a respeito da violência doméstica contra idosos.

Tabela 10

Fatores geradores de violência doméstica contra idosos segundo secretários municipais de saúde

	Categorias	n ^a	%
Características pessoais do agressor	Distúrbio mental / não é uma pessoa normal	1	6,25
	Falta de amor, carinho, zelo	1	6,25
	Não pensam que serão idosos	2	12,50
	Falta de consciência da importância do idoso	2	12,50
	Falta de paciência	6	37,50
	Filhos não querem ter trabalho, só querem curtir	1	6,25
	Falta de perfil, preparo e informação	5	31,25
	Interesse apenas no dinheiro do idoso e não no seu bem-estar	3	18,75
	Consumo de álcool e drogas	2	12,50
Fatores sociais mais amplos	Perda dos valores de família	1	6,25
	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	1	6,25
	Sociedade valorizar só pessoas que produzem	2	12,50
	Problemas do sistema educacional	1	6,25

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Os recortes a seguir destacam os principais pontos levantados acima.

Respondente 14/SMS:

É, o idoso é **improdutivo**. Né? O idoso é **um peso na sociedade capitalista** na forma de organizar o trabalho. Né? Porque a violência contra o idoso ela não é agressiva, ela é mais velada. Né? É o abandono. . . . Se não é produtivo e em alguns casos atrapalha quem é, porque o idoso ele acaba sendo um peso pra quem trabalha. Né? Se ele não se cuida, você tem que ter alguém pra cuidar, pra alimentar, pra levar no médico, pra levar não sei aonde, quer dizer, tem que ter sempre alguém da família e **a forma da família viver nessa correria toda atrás do trabalho** acaba causando isso. . . . Na sociedade capitalista é isso, né, se você tem algo a dar você tem respeito. E se você não tem nada? Na sociedade urbanizar todo esse saber que o idoso tinha foi praticamente descartado porque não precisa mais saber fase da lua, tempo de plantar, tempo de colher. Se esse saber foi, não é tão importante aqui, se eu não tenho, se eu não quero ouvir ninguém, se eu, ele ficou à margem, num canto. . . . Essa **cultura urbana nossa**, que a gente não conseguiu aprofundar ela, não sabe como viver com ela, essa cultura urbana leva a essa violência contra o idoso por ele ser um peso às vezes, porque eu tenho que trabalhar, eu tenho que correr e não tenho tempo pra poder lidar e ele vira um... E aí gera esse abandono, essa exclusão. Né? Porque às vezes tá dentro de casa, está na família, mas às vezes não é ouvido, não é, tá num canto. Né? E me lembra também, voltando talvez à criança, o trabalho também, a forma de trabalhar também interfere. É involuntário. . . . Quer dizer, **essa pressão do trabalho, essa forma nossa de organizar o trabalho, de organizar a sociedade atrás do dinheiro, do padrão de vida, esse modelo ele é insustentável, ele vai gerar mesmo a violência, voluntário ou involuntário. Ele faz as pessoas ficar estressadas e aí agride**. As pessoas não têm tempo pra aprofundar, em conhecer esse mundo e aí não tem argumentação, né, pra fazer a mediação, pra fazer a... Né?

Respondente 6/SMS:

Infelizmente, a gente vive numa **sociedade onde a gente vale o que a gente produz**. Enquanto a gente tá produzindo, a gente é bem vindo, é bem querido. Mas o idoso, ele acaba se tornando pra algumas pessoas, né, ou pra maioria delas, um peso. Né? Tem que cuidar, às vezes a pessoa não tem a disponibilidade, também não quer disponibilizar dinheiro pra tá cuidando desse idoso. Então acaba deixando de qualquer jeito, com qualquer pessoa. Né? A gente tem asilos que tratam bem, mas você tem que dar uma remuneração, tem que tá pagando e aí a família acaba... Muitas famílias aqui na nossa realidade se sustentam com o dinheiro do idoso. Então **eles querem o dinheiro, mas não querem cuidar dele da forma que deveria cuidar**. . . . Então, o que eu vejo aqui no meu município é isso. É muito comum o que sustenta aquela família ali é o dinheiro do idoso e a família não quer cuidar do idoso.

Respondente 5/SMS:

Ah, os idosos, assim, eu acho que o pessoal, a família, muita gente, eles querem cuidar do idoso, mas **eles não pensam em cuidar, eles pensam no que o idoso tem**. Algumas vezes, acontece muito disso. Porque a gente vê algumas, na região mesmo, alguns outros lugares, que a pessoa quer cuidar do idoso, mas não é interesse em cuidar, mas sim em ter as condições que o idoso tem, porque é uma aposentadoria que ele tem, a pessoa fica de olho naquilo ali. E acaba prejudicando o idoso, porque o dinheiro que eles pegam, não dão uma alimentação adequada, é judiado, é bem maltratado. Eu acho que, assim, eles em si, assim, como fala a palavra certa, eles, não é o cuidar, né, eles só pensa em ter, reter deles, do idoso. Aí acaba judiando deles, dos idosos.

Respondente 12/SMS:

Eu acho mesmo que é a questão do fato do idoso muitas vezes ser o responsável financeiro pelo sustento da família e isso acarretar talvez uma necessidade, entre outras, né, de se manter o idoso em casa mesmo sem se ter aquela disponibilidade de cuidado. Ele precisa estar em casa porque eu preciso do salário dele. Porque se ele for pro asilo eu tenho que levar o salário dele pro asilo. Então eu mantenho em casa, no pior cômodo da casa, nas piores condições da casa porque eu necessito daquele benefício que ele recebe pra manter a família. Eu acho que esse é o fator campeão em causa de violência contra o idoso. Porque a violência não é somente agressão física que eu vislumbro. Eu vislumbro a violência como uma falta de cuidado, a negligência por cuidado. . . . E a violência de agressão física mesmo é a **falta de preparo daquele familiar** que se torna cuidador, a **falta de paciência**. Né? Mas eu acho que o campeão é a **necessidade de manter o idoso na residência por conta do benefício**.

Respondente 9/SMS:

É a **falta de paciência**, que hoje ninguém tem. Então **hoje as pessoas acham que não vão ficar velho também**, então... O velho geralmente é um empecilho na vida de quem é mais novo. Isso é o que eu vejo e não o que eu penso. Não é? Não o que eu faço. . . . Mas o que eu vejo aí é a falta de paciência, que não tem. Ninguém quer perder um minuto da sua vida pra dedicar a alguém, a um idoso. São poucos que querem isso.

Respondente 11/SMS:

E **falta talvez a paciência com o idoso**. Entendeu? Idoso, todo mundo sabe, tem muito idoso que não tem paciência. Aí acaba brigando. Entendeu? Aí fica pedindo, aí caba, não tem, a falta de paciência que acaba tendo agressão entre idoso. Entendeu? A minha opinião hoje é isso.

Respondente 2/SMS:

Eles são chamados de caretas, né, os filhos às vezes não quer tomar conta dos pais, não quer ter aquela preocupação, né, aquela responsabilidade, eles criam uma revolta em cima daquilo. . . . Os filhos, não querendo ter essa responsabilidade, eles começa a ter um conflito com essas pessoas de idade. E até mesmo, tem muitos casos aí, reportagens, de agressão. Né? Agressão contra o idoso. Por quê? Porque

os filhos **não quer ter paciência**. Eles querem o quê? Viver a vida deles e **esquecer que um dia eles tiveram um pai, que eles tiveram uma mãe, que criou até na fase adulta, até eles geraram uma família**. Sendo que, eles **esquecem que um dia eles ficarão idosos** também. . . . Eu não, assim, eu não vou falar que é todos os filhos. Né? Mas esquecem por quê? Porque eles querem curtir. **Eles querem curtir. Eles não querem ter trabalho**. Por quê? O idoso, ele volta a ser criança. Ele volta a ser criança. Às vezes, na maioria das vezes, tem, ficam acamados, né, precisando de uma necessidade especial, de um carinho. Né?

Em relação às crenças dos coordenadores municipais da ESF sobre fatores que geram violência contra idosos, as categorias identificadas estão expostas na tabela 11.

Tabela 11

Fatores geradores de violência doméstica contra idosos segundo coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Personalidade, ser uma pessoa “agressiva”	1	5,26
	Distúrbio mental / não é uma pessoa normal	1	5,26
	Forma como foi educado (com violência, sem carinho)	3	15,79
	Falta de amor, carinho, zelo	3	15,79
	Falta de respeito	2	10,53
	Não pensam que serão idosos	2	10,53
	Falta de paciência	7	36,84
	Falta de vivência religiosa	1	5,26
	Falta de perfil, preparo e informação	4	21,05
	Interesse apenas no dinheiro do idoso e não no seu bem estar	8	42,10
	Consumo de álcool e drogas	2	10,53
	Contexto familiar	Falta de estrutura familiar	3
Fatores sociais mais amplos	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	4	21,05
	Sociedade valorizar só pessoas que produzem	1	5,26

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Nesse caso, o consumo de álcool e outras drogas também não foi tão enfatizado como nas outras situações de violência. Os fatores mais destacados foram: “falta de paciência dos familiares e outros cuidadores”, “interesse em cuidar do idoso por causa do dinheiro dele e não pelo seu bem estar” e o “modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano”. Os coordenadores também enfatizaram a “falta de amor, carinho e zelo”, a “falta de perfil e informação dos familiares ou outros cuidadores” e a “falta de estrutura familiar”. Essa última categoria não foi citada pelos secretários municipais de saúde. Outro fator enfatizado por alguns coordenadores da ESF como gerador de violência contra idosos é o fato dos “filhos terem sido criados e tratados com violência pelo próprio idoso no passado”. Por último, os coordenadores da ESF não se referiram a “fatores socioeconômicos” como geradores de

violência contra idosos. Essa categoria foi ressaltada por eles nas outras situações de violência. O leitor pode conferir os principais pontos levantados aqui nos extratos abaixo.

Respondente 2/CMESF:

Porque o idoso, assim, igual eu tô falando, vem a fase da infância, aí vem a adolescência, que são os hormônios, aí vem o idoso, que já volta a ser aquela criança. Aí é **aquela questão da paciência**, né, da humanização. Então, assim, o idoso, ele é complicado. Muito complicado. Lidar com o idoso não é fácil. Né? Eles acham que, que a gente, eles não acreditam que a gente quer o bem, né, que a família tá ali pra, eles começam fazer, alguns casos assim, começam até inventar certas coisas. E tem a questão também da carência, né, acha que porque tá idoso ninguém liga pra eles. Então, aí vem, né, também a falta de estrutura, aí vem a questão de cada um também de ter paciência. Né? Então, assim, a violência é a **falta de estrutura familiar**. Eu acredito. Seja em qualquer faixa etária. Na minha opinião. E o idoso, assim, ele quer carinho, ele quer atenção e **nem todo mundo tá disponível pra isso**. Né? Aí a mãe trabalha, a filha trabalha, a neta também não liga. Por quê? Ou tá na fase da adolescência, que é aquela fase difícil ou tá na fase adulta e também tem a família dela. Né? Aí começa a **falta de paciência**. Ou seja. Mas a violência em si ela é aquele tipo de **pessoa que já tá acostumado com violência**. Entendeu? A violência gera violência. A pessoa que dá um tapa, um arranco, um puxão de cabelo num idoso, é porque ele tá acostumado com isso. Na minha opinião. Ninguém faz isso à toa. Não é? Se você nunca levou, então eu acho que você não vai fazer isso. Né? Eu acho que isso tudo é uma coisa só. **Já vem da própria pessoa**.

Respondente 4/CMESF:

Eu acho que contra os idosos tem o fator da, às vezes do **stress que a pessoa não consegue, como que fala, a pessoa fica cansada. A pessoa idosa fica dependente da pessoa, a pessoa já fica cansada de cuidar daquele idoso, aí costuma descontar nele. Né? O stress dela**. “Nossa, tenho que cuidar dessa pessoa”, que depende dela igual uma criança recém-nascida, que às vezes no caso é acamado e a pessoa vai e desconta. Tem a parte também de, isso também costuma ter, poder, né, o idoso às vezes é o da família que, é o que sustenta a família. Né? Aí ele, mesmo assim ele ainda sofre violência ainda. Né? **A família só quer saber às vezes do dinheiro do idoso e não tá tão preocupada em cuidar do idoso**. Porque o cuidar do idoso ele é complicado. Né? Ainda mais numa **família às vezes que não tem estrutura**, né, nem psicológica, tem muitos filhos, né, às vezes a filha do idoso já tem muitas crianças pra tomar conta, ainda tem o idoso pra tomar conta, aí é complicado. E ela não vai tirar o idoso de casa e vai mandar pro asilo porque ela depende da aposentadoria dele. Né? Aí é um fator. Eu acho que o próprio cuidar do idoso já é estressante, né, pro cuidador, né, que seria.

Respondente 5/CMESF:

Respondente: Aí já é a parte financeira às vezes no caso. Mas é que aí agressão não é só bater. **O caboclo pode ficar às vezes sem comida, sendo maltratado, né, e o caboclo tá, os familiares às vezes tá recebendo**. Eu acho que é uma coisa, é uma agressão, a família receber o dinheiro e não cuidar bem do idoso eu acho que é uma, ou não é, não sei, no seu modo de pensar aí, se é violência. Eu acho que é. Porque deixar um idoso maltratado assim na cama, alimentando mal e o outro distribuindo dinheiro dele aí no caso. Eu acho que é. . . .

Pesquisador: Mas por que você acha que acontece isso, do familiar..

Respondente: É folga mesmo. É folga. Né? Ele não quer trabalhar mais, nada. O dinheiro é fácil. Né? Você pega um idoso pra cuidar aí hoje, o idoso hoje ele tem duas aposentadorias. Mil e trezentos reais. Ele pega esse dinheiro e deixa o caboclo, no caso do idoso que nós estamos falando agora, né, passa a mão nesse dinheiro e larga o outro. Eu acho que é uma violência. Eu acho que é. Na minha opinião.

Respondente 6/CMESF:

Aí eu acho que é a **falta de paciência**, que muitas pessoas não têm. Não **pensam que vão ser idosos um dia**. Eu acho que é isso. É a falta de paciência com eles mesmo, porque querendo ou não, a idade, eles são muito repetitivos e o que mais você tem que ter com eles é a paciência mesmo. Né? Não tem jeito. Então por isso que é a falta de paciência mesmo do ser humano para com o idoso.

Respondente 8/CMESF:

Eu acho que **falta um pouco de paciência**, de saber, né, que o idoso teve a vida toda e acaba no final da vida dele ele acaba o quê? Voltando a ser uma criança. Ele precisa das coisas, né, e a pessoa que é filho muitas das vezes não entende. Fica doente. Então assim, é um pouco de falta de paciência também e **de saber que eles necessitam dessas coisas e que você tem que tratar da maneira que tem que ser**. Aí também aí pode entrar o **álcool**, as **drogas** e tudo isso, mas e também tem o caso também de às vezes o **pai maltratou quando era criança e quando virou idoso acaba passando aquilo ali**. Né? Então, assim, existe também esse tipo de agressões. Né? Então, assim, tem vários, são vários tipos, vários fatores. É muito difícil de falar assim o quê que é que vai prevalecer. Eu acho que cada família é de um jeito, cada agressão é de um jeito, cada fator é de um jeito. É muito complexo. Né? Então, assim, eu penso são vários fatores, são vários os estilos de violência.

Respondente 12/CMESF:

O que leva uma pessoa a cometer é **insanidade mental** pura pra mim. Porque uma pessoa que tá ali idosa, já viveu tudo que tinha de viver, tem que ter carinho, atenção, apoio familiar, eles vão e fazem isso. Pra conseguir dinheiro, pra conseguir roupa, principalmente pra conseguir dinheiro. Né? Pra tirar dinheiro dos pais. Né? Invento mil e uma histórias. É, pra mim, no meu ponto de vista, é dinheiro, **pra arrancar dinheiro dos coitados dos idosos**.

5.2.4 Crenças sobre fatores geradores de violência entre parceiros íntimos

As categorias que sintetizam as crenças em relação aos fatores geradores de violência entre parceiros íntimos identificadas nos discursos dos secretários municipais de saúde estão expostas na tabela 12. Os resultados apontam para a crença de que a situação de violência entre parceiros íntimos está associada principalmente ao “consumo de substâncias psicoativas” (sobretudo o álcool), “ciúmes / insegurança” e “traição”. Os respondentes também destacaram “fatores relacionados ao contexto familiar”. A “crença de ser o dono da parceira” e a influência de uma “cultura machista/patriarcal” foram fatores específicos ressaltados, mas apenas em algumas entrevistas. Alguns secretários também enfatizaram em suas falas algumas características da própria vítima (ou possível vítima) que apontam e explicam certa passividade diante da violência do parceiro que a torna mais vulnerável a permanecer nessa situação. Há mulheres que “gostam tanto do parceiro e desejam tanto ficar com ele, que acabam se submetendo a qualquer coisa para continuar com ele”. Além disso, a violência pode ocorrer e se repetir porque a “vítima não denuncia as agressões do parceiro”.

Essa recusa em denunciar acontece porque a mulher tem medo do parceiro agredi-la ainda mais e/ou porque ela sente vergonha de se expor. Outra explicação para a passividade diante da violência é a “dependência financeira”. Por fim, alguns fatores comuns a outras situações de violência também são citados em algumas entrevistas, tais como: o fato da pessoa já carregar uma “herança genética”, um “tipo de personalidade” ou “distúrbio” que a deixa mais propensa a agredir, “exemplos agressivos dos pais”, “perda dos valores de família” e “problemas do sistema educacional”.

Tabela 12

Fatores geradores de violência entre parceiros íntimos segundo secretários municipais de saúde

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Herança genética da agressividade	1	6,25
	Personalidade (ser uma pessoa “agressiva”)	1	6,25
	Distúrbio mental / não é uma pessoa normal	1	6,25
	Exemplos agressivos dos pais	1	6,25
	Ciúmes, insegurança	7	43,75
	Crença de que é dono da pessoa	2	12,25
	Falta de amor e carinho	1	6,25
	Falta de vivência religiosa	1	6,25
	Consumo de bebidas alcoólicas	10	62,50
	Consumo de drogas	7	43,75
Características pessoais da vítima	Aceita qualquer coisa para ficar com parceiro / “ama demais”	1	6,25
	Medo do parceiro	2	12,25
	Receio/vergonha de se expor	1	6,25
	Dependência financeira	1	6,25
	Traição	4	25,00
Contexto familiar	Falta de estrutura e de planejamento familiar	2	12,25
	Falta de diálogo	3	18,75
	Falta de respeito e companheirismo	3	18,75
Fator socioeconômico	Baixa escolaridade	1	6,25
Fatores sociais mais amplos	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	1	6,25
	Individualismo	1	6,25
	Perda dos valores de família	1	6,25
	Cultura machista patriarcal	1	6,25
	Problemas do sistema educacional	2	12,25

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Os pontos destacados podem ser demonstrados através dos extratos a seguir.

Respondente 1/SMS:

A **dependência**. A dependência, né, em muitas situações a dependência total. Né? A partir do momento que duas pessoas estão juntas aí, ela vai aceitar muitas situações que o próprio companheiro vai colocar pra ela. Então, se existe uma agressão, se existe uma, alguma coisa forçada, ela vai se sentir na obrigação de aceitar aquilo ali, de aceitar essa questão. Então, o medo, né, o **medo de se expor**. Às vezes em cidades menores a gente tem esse problema. Vamos falar de hoje, de onde a gente tá hoje: (. . .). Ela se expõe muito pra sociedade. Né? **Ameaças do**

parceiro. Então, acho que, na maioria dos casos, acontece dessa forma. Ameaça mesmo, **o medo, a dependência direta, financeira mesmo do companheiro ali.** Então, acho isso leva, né, pode tá levando a isso aí. **Alcoolismo** é uma situação grave, é uma situação complicada que vai gerar essa agressão. Em muitas situações gera agressão. Então, talvez, a gente, talvez não: é, eu acredito que seja uma das principais questões que pode levar.

Respondente 2/SMS:

Olha, primeiro, né, é a **falta de diálogo.** Né? Segundo, é um fator que a gente, é muito gerador, é a **questão do álcool.** Né? **A questão da droga.** Né? E a **falta de respeito.** Por quê? Com o próximo. Porque às vezes o querer quer dizer poder. Às vezes as pessoas, às vezes o casal, eles têm **aquela obsessão de “Eu sou dono”, de possuir.** Né? Então eu acho que é a falta de liberdade que causa essa briga íntima. A falta de liberdade para com o outro. Porque, se eu tenho um companheiro, se eu não tenho uma liberdade com esse companheiro, se eu não tenho respeito com esse companheiro, se eu não tenho a confiança, vai gerar o quê? Entendeu? Vai gerar um conflito. Então, pra quê que eu vou falar que, “ah faltou amor?” Não. O amor se constrói. Então, pra mim, o gerador íntimo é o **diálogo,** é o **álcool,** é a **droga, a falta de companheirismo, a falta de respeito e a compreensão entre ambos.**

Respondente 3/SMS:

Esses fatores engloba, assim, muita coisa. Aqui, muita gente chega aqui querendo fazer corpo de delito porque o marido ou o namorado ou namorada agrediu por **ciúmes.** Ou então, sai pra uma festa, volta o que eu te falei, **o fator do álcool, o fator da droga.** Vai, se embriaga, aí começa ver coisa onde não tem e aí gera essa violência. **Ciúmes. A falta de estrutura familiar.** Que é o que eu te falei. Hoje a gente tem aqui no município um número grande de casais adolescentes: uma menina lá de 13, 14 anos com um menino também menor, que acha que já tá pronto pra viver a vida e vão morar junto. Aí não dá certo, começa o ciúme. “Ah que eu não tenho liberdade pra isso”. Quer ter a mesma vida que tinha. E na verdade não é assim. Então, eu acho assim que gera mesmo a violência que é a mais comum hoje, a violência doméstica mais comum é essa entre parceiros, é gerado assim, aí engloba todos os fatores mesmo: é um ciúme, é por causa seja de uma bebida, por causa coisa, a falta de estrutura, engloba tudo nesse sentido. . . . Então essa aí é a que mais acontece na minha opinião. É por causa disso. É por causa de, sei lá, uma falta de estrutura psicológica pra tá encarando uma vida que você tem que saber que a vida a dois não é igual, você vai ter que restringir muita coisa e o pessoal **não tá preparado.** Acho que cada vez mais, os casais cada vez mais jovens vêm, não vou dizer casando, mas vêm se unindo cada vez mais jovens e eu acho que essa falta de estrutura que realmente contribui muito pra violência.

Respondente 6/SMS:

O **alcoolismo. Uso de drogas.** É... Como que eu vou dizer, algumas doenças mesmo, por exemplo, que não são consideradas doenças, por exemplo, aquela questão **mulheres que amam demais,** que não se reconhecem nessa situação, que gera conflito. **Ciúme** é uma coisa que gera muito conflito, muita violência. É... Não sei. **A falta de respeito um com o outro.** Mas aqui no nosso município, pelos casos que a gente pega, realmente gera muito entre o alcoolismo e a questão dessas mulheres passivas, né, que não têm uma autoestima e que aceitam qualquer situação pra tá ali do lado, pra ter aquele companheiro. Essa é a nossa realidade.

Respondente 8/SMS:

Ah, acredito que seja **ciúmes, é..., insegurança, traições.** Acredito que seja isso, no relacionamento acredito que sim. Mas o que leva a pessoa a ter esses ciúmes, essa insegurança? Tudo vem da mente. Né? Eu acredito que sim.

Respondente 16/SMS:

Entre parceiros? Número um, o fator principal sempre é o **álcool** e a **droga.** Né? O parceiro, seja do sexo feminino ou masculino, que acaba usando o álcool, chega em casa alterado e acontece a violência é o que mais acontece. Droga também. Quando

a parceira ou o parceiro é usuário, o outro não entende, ele chega desorientado e acaba acontecendo a violência. E também da promiscuidade, né, talvez o marido ou a esposa, né, tá tendo **relacionamento paralelo ao casamento**, então acontece a violência. Mas o principal aí seria o álcool e a droga. É isso que acontece mais comumente no nosso município.

Respondente 10/SMS:

Mas eu vejo assim também que é a questão estruturadora, tudo é da base, é dos **exemplos do pai**. É do DNA também. A gente tem que, eu vejo assim que a gente tem que reconhecer que é sanguíneo, é **genético**. Tem pessoas mais agressivas, já herdamos esses genes dos pais. Aí junta com aquela infância desestruturada, viu o pai batendo. Aí bate uma vez, aí bate de novo. Aí não consegue ter um comportamento com isso. **Não tem um norte espiritual**. As pessoas às vezes não têm uma religião, pra ouvir uma palavra que norteia a pessoa pro convívio familiar, pra poder chegar na longevidade e um ser parceiro, companheiro do outro. . . . Agora a gente vê sempre aí casos e tudo, mas eu vejo que a causa mais, formadora mesmo é a questão social, é a base mesmo, os exemplos que a pessoa tem, junto com o DNA da pessoa, pessoas mais agressivas que não sabe se comportar diante do momento de estresse, junto com o bandido do **álcool** também, que é um desagregador social sim.

Respondente 9/SMS:

Individualismo. Hoje cada um quer pra si, fazer pra si. Então não quer dividir nem com o parceiro. Cada um quer saber quem ganhou mais, quem gastou mais. Acho que é por aí.

Respondente 14/SMS:

Essa aí é cultural, né, porque a questão da dominação, né, sobretudo masculina, a violência acontece mais entre, mais homem e mulher, né, os casos são mais. Acho que ela **vem da cultura, machista, né, patriarcal**. E passa, acho que passa por todos esses que a gente já conversou. Porque não tem jeito, o **stress** leva as pessoas, as pessoas são pouco tolerantes. Né? Não vou falar que é a violência, mas por outro lado também, é preciso analisar que nós estamos... e aí não tem só coisa ruim. Né? Não vamos dizer que a sociedade urbana também só tem coisa ruim. Né? Porque ao mesmo tempo também, mesmo tendo a violência, há muito mais liberdade, sobretudo pra mulher. . . . Mas a cultura, o conhecimento, dá o nome aí chamar de **educação**, acho que também contribui aí. Porque quanto mais o casal tem, não significa que ter escolaridade, ter mais conhecimento que não vai haver conflito, mas tá provado que são menos, que a maioria dos conflitos acontecem nas famílias com mais dificuldade de processar. Por que como é que você processa esse mundo? Como é que as pessoas, né, como é que as pessoas de pouca instrução, com pouca possibilidade, entende essa dificuldade que a gente vive né, esse conflito? Porque o mundo anterior era mais fácil. Né? Era mais, as regras eram mais claras. Não é isso? Mais difícil.

A tabela 13 apresenta as categorias relacionadas às crenças dos coordenadores municipais da ESF sobre os fatores que geram violência entre parceiros íntimos. O “consumo de álcool” e o “consumo de drogas” foram citados por uma quantidade de coordenadores expressivamente maior do que as outras categorias. Além disso, de um modo geral, os coordenadores acreditam que a violência entre parceiros íntimos está também ligada à “falta de habilidades para lidar com atritos, diferenças e discordâncias entre o casal” (essa categoria não foi assinalada pelos secretários de saúde), ao “modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano”, a “fatores socioeconômicos” (esses fatores foram pouco enfatizados pelos

secretários de saúde em geral), além de “ciúme / insegurança”, “traição”, “falta de diálogo” e “falta de respeito e de companheirismo”. Esses últimos também foram ressaltados pelos secretários de saúde. Alguns coordenadores também acreditam que a “dependência financeira”, a passividade da vítima (“não reage, não denuncia, aceita a situação”), a influência da “cultura machista / patriarcal” e “o fato do indivíduo acreditar que é o dono da parceira” são fatores geradores de violência entre parceiros íntimos. Essas situações também foram citadas por alguns secretários municipais de saúde. A “impunidade” e a “manutenção de um relacionamento do qual as pessoas se arrependeram” foram categorias enfatizadas por algum dos coordenadores. Por fim, alguns fatores comuns a outras situações de violência foram também citadas, mas apenas por algum dos coordenadores, tais como: “personalidade do agressor”, “o agressor não é uma pessoa normal”, “forma como o agressor foi educado”, “falta de vivência religiosa”, “os valores de família estão se perdendo”.

Tabela 13

Fatores geradores de violência entre parceiros íntimos segundo coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família

Categorias		n ^a	%
Características pessoais do agressor	Personalidade (ser uma pessoa “agressiva”)	1	5,26
	Distúrbio mental, não é uma pessoa normal	1	5,26
	Forma como foi educado	1	5,26
	Ciúmes, insegurança	3	15,79
	Pensa que é dono da pessoa	1	5,26
	Falta de vivência religiosa	1	5,26
	Consumo de bebidas alcoólicas	10	52,63
	Consumo de drogas	10	52,63
Características pessoais da vítima	Não reage, não denuncia, aceita (pelas qualidades do parceiro, pensa que ele vai mudar)	2	10,53
	Dependência financeira	1	5,26
	Traição	3	15,79
Contexto familiar	Falta de estrutura e de planejamento familiar	2	10,53
	Se arrependeram da relação mas continuam juntos	1	5,26
	Não sabem lidar com atritos, diferenças e discordâncias	4	21,05
	Falta de diálogo	2	10,53
	Falta de respeito e companheirismo	3	15,79
Fatores socioeconômicos	Baixa renda	3	15,79
	Baixa escolaridade	1	5,26
Fatores sociais mais amplos	Modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano	5	26,31
	Perda dos valores de família	1	5,26
	Cultura machista patriarcal / crenças sobre papel feminino	3	15,79
	Impunidade	1	5,26

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Os fragmentos a seguir retratam as considerações apresentadas acima.

Respondente 2/CMESF:

E a questão do parceiro é o seguinte: quando você está com seu parceiro e que ele faz uma violência tanto verbal quanto física, seja como for, é o estado do nervoso dele, mas ele é bom pros seus filhos, mas ele é bom pra você, ele não deixa faltar nada em casa, então você acaba relevando. As primeiras, aí releva a primeira vez, a segunda, a terceira. E aquilo vai criando uma possibilidade dele fazer mais coisas, porque **ele vai fazer porque você não faz nada**. Né? Você só releva. Releva, releva, pelas qualidades que ele tem também. Mas ninguém pensa, igual muitas mulheres, que aquilo pode piorar e gerar uma coisa pior. Né? E na verdade, não é o amor, é a convivência. “Ah ele vai mudar; ah não, mas ele não vai fazer isso”. Né? E também fator igual eu falei: **o etilismo, a droga, a falta de estrutura, a condição financeira**, né, apesar de eu achar que a condição financeira não é tão importante assim, porque tem violência doméstica com pessoas de classe média, mas a maioria eu acredito que seja de classe inferior. Mas tem também. Então, não é, não é só isso. Né? Mas, assim, a questão é essa: é não aceitar a primeira vez. Porque se levantou a mão pra você, ou a voz, ou grita, ou uma ofensa verbal e você aceitou a primeira vez. Por que casal discute, não adianta. Então tem que haver o respeito. Então, **a falta de respeito** é o maior fator. Fez uma vez, vai fazer sempre. Então, se a mulher ou o próprio homem, não limitar isso, entendeu, que é um fator importante é o respeito, isso vai só crescendo. E vai criando asas pra dar chance a outras coisas. Entendeu? Isso aí, o mais polêmico de tudo é casal.

Respondente 14/CMESF:

É aquilo que eu já lhe disse, **as pessoas não estão preparadas pra ter uma vida a dois. Você tem uma vida a dois você tem que ceder muita coisa, você tem que aprender a tratar com a diferença, né, com as diferenças**. Na vida a dois não é só sexo e quando acaba essa questão de sexo, assim, que diminui a libido, porque as pessoas têm tantas outras tarefas, aí começam as desavenças. A questão financeira é um dos grandes fatores. **Pessoas trabalhando às vezes em dois, três empregos, tá, não dão atenção devida ao parceiro. Isso contribui muito com a desavença. A possessividade**. As pessoas às vezes pensam que porque eu casei eu sou dona. Ninguém é dono de ninguém. Né? A questão da educação é primordial. A educação ela faz com que as pessoas tenham a mente mais aberta, que elas parece que compreendam mais a situação, o contexto. E quanto **menos a pessoa tem escolaridade** mais há violência entre parceiros. A questão de um querer dominar o outro. Vida a dois não é um dominar o outro, mas sim os dois seguem juntos lado a lado o mesmo caminho com um objetivo determinado.

Respondente 4/CMESF:

Aí eu acho que entra um pouco da, acho que **as drogas**, né, tem, **bebidas** também entra. Entra também até a, como eu posso falar, a educação, não é a educação, é o, como eu vou dizer pra você, é cultural. Né? Antes, parece que não era tão, hoje em dia cada um tem um parceiro, tem outro, né, hoje tá mais liberal as coisas. Né? Parece que não tem tanto aquela, a pessoa junta com um, né, aí larga, vai, fica com outra pessoa, vai com outro, não tem mais aquele, aquela coisa mais tradicional, né, de, a pessoa conhece, namora, casa. **Os valores estão meio invertidos**. Não tem muito essa ligação mais de vai namorar, casar, ter aquela, às vezes junta com um, junta com outro e a pessoa não tem muito afeto uma com a outra mais. Né? Parece que o afeto tá meio diminuindo, a humanização entre as próprias pessoas. Né? Acho que isso que gera “muncado” essa violência. Fora os fatores externos, né, aí a droga, a bebida, né, a própria questão às vezes salarial, né, também pode influenciar. A pessoa às vezes tem um **poder aquisitivo menor, né, falta trabalho**. Isso tudo é um fator mais externo. Né? Interno eu acho que é mais essa coisa cultural mesmo que tá, as mudanças de valores que parece que tá tendo na população.

Respondente 5/CMESF:

Traição. Né? A traição é. A traição. E o **álcool** outra vez, tá em todos. Né? Traição o caboclo não aceita. Ele bate mesmo. Não é que tá tanto assim também. Nêgo às vezes até prefere virar as costas e deixar pra lá porque aí, pra não dá problema, porque a Justiça, né, civil, as polícias aí no caso, né, paga cesta básica, vai preso, não sei o quê, se bater. Então, assim, tá muito vigiado. Mas é o álcool e as traições. Eu acho que é. Tirando disso... Né? O álcool e a **droga também.** Né? Então, esses três aí: o álcool, a droga e as traições. Isso aí nêgo não aceita mesmo, tem nêgo aí que não aceita. Bate mesmo e se for pro bem dele até atira se for o caso. Né? Que não tá tanto assim porque tá muito vigiado. Mas pode acontecer. Eu acho que pode. Esses três casos aí é.

Respondente 18/CMESF:

Respeito. **Não tem respeito um pelo outro.** Porque a partir do momento que levantou a mão, perde o respeito. Né? E a gente tem casos aqui também disso, de violência entre parceiros e é o respeito mesmo entre um diálogo e outro ou **um tem opinião diferente do outro, não aceita sua opinião e parte pra cima, vai agredir.** Acha que é a solução.

Respondente 9/CMESF:

Cultura diferente, porque nós somos criados, a gente, enquanto tá namorando tudo bem, depois você vem pra dentro de uma casa, nós **somos de famílias diferentes, cultura diferente, criação diferente e muitas vezes isso, se a gente não souber releva certas coisas, eu acho que isso pode gerar violência.** Porque às vezes o atrito de ideias, você vai engolindo, vai engolindo, vai engolindo e de repente uma hora isso estoura. Né?

Respondente 10/CMESF:

Ah esse aí é uma, esse é um, esse tem, bem amplo, porque entra esse, o assunto que eu falei, a parte de convivência, **diálogo**, essas coisas. E atualmente a, como eu posso falar aqui? **Tudo que eu falei tá relacionado à violência**, tanto a criança, a idosos, parceiro, mulheres, mas atualmente a maior parte da violência tá relacionado à intolerância. **O pessoal chega em casa e não tem paciência. Em vez de deixar os constrangimentos, as raivas que passou do lado de fora, eles estão trazendo pra dentro de casa e acaba descontando** na esposa, nos filhos, no pai.

Respondente 12/CMESF:

Respondente: São vários. Né? Nossa, esse, esse é muito triste. Né? **Ciúme, falta de dinheiro**, ignorância, nervosismo. Eu posso citar um monte, viu? Tem muitos. Né? Tem muita coisa. Né? Isso é o pior. Ah, sei lá. Tudo é ruim. Né? Mas esse é. Tem vários motivos. Igual eu já te falei. Falta de dinheiro, ciúme, ignorância, nervosismo, criação dos filhos, **um não concorda o outro concorda, discorda, aí gera briga, também.**

Pesquisador: Aí quando você fala assim de ignorância, o que você quer dizer? Explica melhor.

Respondente: Ignorância é a pessoa... É porque têm vários sentidos de ignorância, né, tem aquela ignorância de cultura, de estudos, né, e aquela pessoa bruta, né. É eu quero dizer nesse sentido ignorância **a pessoa ser bruta, ser nervosa, não se conter nas palavras, nos gestos**, né. Tem vários tipos de violência, né, psicológica, verbal e o ato em si.

Respondente 7/CMESF:

E muitas outras vezes também é porque começou o relacionamento e depois viu que não era aquilo que queria. Aí um não quer mais saber do outro, aí acontece muita briga por causa de sexo, né, a gente vê, principalmente na parte do homem, né, a mulher não quer e o homem quer, acaba agredindo. Então é, às vezes é, começou uma relação e foi arrastando, levando, sendo que tipo assim, não dá mais pra um, não quer aquilo mais, enjoou, cansou, **viu que não era aquilo que queria, então, e não consegue largar**, por vários motivos, mas não se gostam mais um do outro e acaba tendo a violência.

Respondente 19/CMESF:

A falta de **impunidade**. Né? A cumplicidade dos parceiros, porque às vezes **não denunciam**. Isso gera impunidade e a ideia errada de que a pessoa pode tá sempre agredindo fisicamente, moralmente. Então, é falta de impunidade mesmo. E muitas vezes a **dependência financeira** também que a mulher tem do marido e com isso ela tem que ser submissa a ele e aceita essa violência por isso.

Respondente 11/CMESF:

E o trauma daquela mulher que chegou em casa, o marido bêbado teve que forçar ela a ter uma relação naquela hora, naquele exato momento com ele? Não quer saber se ela teve prazer, se não teve. **Ela tá ali só pra ele usar**. Aí, por que a saúde não vai trabalhar a cabeça dela? Não vai orientar, não vai ajudar? Ou dar força? Porque às vezes ela não consegue sair daquele meio porque o tabu não deixa. Porque a pior coisa é você trabalhar com **o tabu**. **Aí, você nasceu pra ser mulher, casar, ter filho. Pronto, acabou a mulher aí. A mulher que cresceu assim**, ela já chegou, teve filho, pronto, acabou. Né? Então, você trabalhar isso tudo é muito difícil. E não adianta falar que o mundo tá todo mundo desenvolvido não. É só você pegar, sentar e conversar que você vai ver tabus em classe de gente riquíssima. Não é só em classe de gente pobre não. Então, é... Tem isso tudo. Eu acho. Né? No meu ver.

5.3 ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PELO SETOR SAÚDE

5.3.1 Crenças sobre o papel do setor saúde em relação à violência doméstica

De uma maneira geral, os gestores de ambos os grupos se referiram à violência doméstica como sendo um assunto que diz respeito ao setor saúde. As principais justificativas apresentadas para essa afirmação foram: (1) as vítimas necessitam de cuidados, pois a violência doméstica tem efeitos negativos sobre a saúde das pessoas, tanto física quanto psicológica; (2) os casos de violência doméstica geram uma grande demanda de atendimento para as unidades de saúde; (3) a violência doméstica gera custos financeiros e oneram o sistema de saúde; (4) um dos principais fatores geradores dessa situação é um problema de saúde, qual seja, consumo de álcool e outras drogas. (5) o setor saúde pode contribuir para o enfrentamento desse problema, pois tem acesso relativamente fácil às pessoas e às famílias e tem informações importantes a respeito da comunidade, sobretudo em função do trabalho da ESF; (6) o setor saúde pode prevenir a violência e orientar. No entanto, essa afirmação de que a violência doméstica diz respeito ao setor saúde não foi assim tão enfática em algumas entrevistas. Em adição, os gestores ressaltaram que a violência doméstica não é só uma questão da saúde, é um problema que também diz respeito aos demais setores do serviço

público e da sociedade como um todo. O seu enfrentamento deve ser feito em parceria, não sendo uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Essas considerações podem ser observadas nos fragmentos a seguir.

Respondente 1/SMS:

Putz. Diretamente. Diretamente. A partir do momento que o parceiro sofre uma agressão, seja ela verbal, física. A física diretamente tá ligada com o setor de saúde. Então vai ser gastos, custos pro município. A violência verbal, de uma forma ou de outra, ela vai entrar na questão da saúde. Questão psicológica. A saúde psicológica do paciente. Vai afetar, vai gerar. Isso vai trazer gastos, vai trazer transtornos, demanda de mais profissionais. Então, tá envolvida, com certeza.

Respondente 19/CMESF:

Com certeza, porque isso aí porque varia de graus menores, né, até graus de violência severa, que causa sequelas psicológicas, sequelas físicas e às vezes até a morte. Né? Então tem, é um assunto de extrema importância pra Saúde.

Respondente 2/ESF:

Porque saúde engloba tudo. Né? A saúde engloba o físico, o psicológico. É psicossomático. Se você não está bem psicologicamente, o que você faz? Você soma. Aí começa: as dores, as enxaquecas. Né? Eu tenho casos aqui, né, o secretário tá aqui, ele sabe, ele é testemunha, né, de uma mulher que (. . .) toda semana ela tá aqui. É uma enxaqueca insuportável. Só remédio via, é..., endovenoso, que resolve pra ela. Mas não é nada físico. Ela tem um problema familiar horrível, com o marido, dentro de casa e, é violência doméstica séria, física e verbal. Tá? Psicológica. E ela, enquanto não resolver o problema dela em casa, a dor de cabeça dela vai triplicar. . . . Já foi policial na casa dela separar briga dela. . . . Então, é muito relacionado à Saúde. Demais. Com certeza.

Respondente 4/CMESF:

Com certeza. Porque influencia todo o trabalho. Igual eu tava falando antes, isso é uma responsabilidade também da Saúde, porque isso vai gerar, vamos supor, uma violência doméstica entre um pai e uma mãe, briga: vai criar uma criança com alguns problemas psicológicos, né, vai ter que fazer tratamento. Vai afetar a unidade de saúde de algum modo. Né? Não vai ser aquela criação que a gente fala normal. Né? Fora os fatores agressivos, né, que pode, né, uma coisa mais externa, de machucar, né, fora a parte emocional também da criança. Isso vai gerar, aí aumenta o número de medicação pra criança, aí ela vai fazer tratamento psicológico, aí aumenta as filas.

Respondente 14/SMS:

Também. Também. Também. Porque hoje você tem através desse trabalho preventivo você tem essa amostra na mão. Porque você tem, o Brasil tem hoje um programa que é maravilhoso, não pelo médico, pelo enfermeiro ou pelo técnico de enfermagem, mas pelos agentes de saúde, que são aqueles que estão dentro da comunidade que convive esse drama no dia a dia. Então, você tem o conhecimento disso. Né? Não na hora que o problema chegou, mas antes dele acontecer. Então, assim, a Saúde tem uma amostra, tem um entendimento do que se acontece facilmente dentro de um território, não é, que é trabalhado por esse programa.

Respondente 3/CMESF:

Porque eu acho que a gente assim, o PSF, por exemplo, a gente faz muita busca ativa. Então assim a gente procura buscar aquele paciente, procurar saber o quê que tá acontecendo, por que, né, que ele apanhou, qual foi o motivo. Então eu acho que é uma maneira da pessoa se abrir mais com a gente. Sabe? De você ir nas casas, você ficar mais próximo ao paciente, de você conhecer. Sabe? E assim, aí eu acho que ele se sente mais à vontade de, porque quando você tá ali todo dia, você conhece aquela pessoa. Então eu acho que é muito importante.

Respondente 7/CMESF:

Eu acho que sim, sabe por quê? Principalmente por causa do PSF. Porque muitas vezes, o que acontece? A violência doméstica ela é escondida dentro da casa. Muitas vezes, não sai dali. Entendeu? É muito difícil alguém... Tem as denúncias? Tem. Mas nem sempre tem. Então quando você tem um PSF eficiente, que o agente de saúde passa em todas as casas, em todos os meses e que não só passa pra pegar assinatura, que ele passa, que ele senta, que ele conversa, então esse agente de saúde, porque o enfermeiro não vai todos os meses, nem os médicos, mas o agente de saúde todo mês ele vai na casa, então ele acaba sendo um confidente praquela pessoa, pra família. Ele é. Então acaba que, às vezes, por exemplo, se for no caso da violência contra a mulher, de tanto aquela pessoa ir ali, perguntar como é que tá e normalmente o agente de saúde é da área, então ele sabe de tudo que acontece por boca dos outros, né, porque as pessoas não denunciam, mas todo mundo sabe que fulano apanha, então ele, como ele já ouviu aquilo, ele chega na casa ele começa a conversar, ele não vai direto no assunto, mas ele dá liberdade da pessoa contar. Então, assim, se o agente de saúde tá sabendo o que tá acontecendo, o quê que ele vai fazer? Ele vai levar pro enfermeiro e o enfermeiro pro psicólogo, pro assistente social, seja pra quem mais for. Então eu acho que tem tudo a ver com a Saúde sim. E a Saúde, aliás, tem que trabalhar mais com isso. Né?

Respondente 5/SMS:

Eu creio que sim. Porque a pessoa não precisa levar pra Saúde um livro aberto do que acontece, mas se a Saúde se empenhar e fazer umas palestras, né, passar umas orientações pra família, eu acho que ajuda muito e evita um pouco desses conflitos entre as famílias. O profissional na área de saúde fazer umas pesquisas, mostrar pras famílias, fazer umas palestras, dar orientações. Eu acho que ajuda. Acho que a Saúde, assim, ela engloba nisso aí sim.

Respondente 10/SMS:

Eu acho que sim porque é aquilo que eu te falei, se tem a questão do alcoolismo, que é um agravante pra essa violência tá, cabe à Saúde criar políticas de fornecer aí condição, grupos terapêuticos pra quem tiver interesse em querer parar, não achar que é uma coisa normal social, sentar, beber e confraternizar, se a pessoa não tem um discernimento disso. . . . Então se álcool está relacionado, no meu ponto de vista eu vejo que é o álcool, cabe às instituições de saúde, no caso, né, nós, que tem uma secretaria municipal, criar políticas voltadas pra isso, pra tá agregando esse público alvo. E montar oficinas, tá presente, porque a pessoa da saúde, assim, geralmente, as portas, assim, abrem mais fácil, quando você chega numa casa assim como profissional de saúde. As pessoas se abrem mais com enfermeiro, com agente, com psicólogos. O profissional de saúde ele tem uma abertura maior.

Respondente 15/CMESF:

Uai, porque gera, assim, se a pessoa é alcoolista ela é uma pessoa doente, né, se é usuário de droga, é doente, se tá nervoso demais ou é agitado demais, é agressivo demais, também é um distúrbio. Então tem tudo a ver com a gente. Só que não seria só o pessoal do PSF. Deveria ter uma equipe pronta pra lidar com isso. Né? E com apoio também de polícia, de Conselho Tutelar, de Conselho, né, do Adolescente, de tudo. Porque a gente não tem apoio não. A gente fica ali na linha de frente de mexer com isso, de interferir. Né?

Respondente 1/CMESF:

Ah, com certeza. Porque na hora que chega o problema, né, ou uma, foi machucado ou mesmo morte, vem é pra gente. Né? Então acaba, se agente prevenir, vai ser melhor do que deixar acontecer. Porque uma mulher que foi violentada, machucada, ela vem pra gente curar. Né? Então, se agente tiver como prevenir. . . . Só que, só a Saúde, ela não tem condição, porque aí já gera mais a parte de polícia, do Ministério, do Ministério Público e, então, a gente precisava ter uma parceria. Porque só a Saúde, a gente não tem poder de ir lá e olhar. A gente teria que ter uma parceria.

Respondente 11/CMESF:

Olha, diz respeito, tá, ao setor saúde no, falando assim: não, é a Saúde que tem que resolver? Eu falo que não. Se for. Mas, por um lado, você pode ajudar. Você não precisa deixar aquela família desamparada. Porque eu trabalho com vários tipos de situações assim e quando você para pra ouvir, dar atenção àquela família, conversar, tirar um tempo.

Respondente 7/SMS:

Respondente: Eu acho que diz respeito à Saúde e à Assistência Social. Eu acho que tem que trabalhar em conjunto pra poder, pra poder dá o, pra poder melhorar essa questão de violência.

Pesquisador: Mas, porque você acha que diz respeito à Saúde também?

Respondente: Na verdade, é o seguinte, a Saúde ela vai, a questão vai, vai vir após o, a assistente social chegar, dar o parecer que precisa do tratamento psicológico, psiquiátrico de repente, aí cai na questão da Saúde.

Respondente 10/CMESF:

Respondente: Não. Diz respeito à sociedade também. Né? A sociedade envolve tanto a Saúde, Segurança e principalmente uma Educação. Porque se você tem uma boa educação, você acaba levando essa educação pra vida inteira. Agora, se você não tem, acaba caindo tudo na Saúde ou na parte de Assistência Social. Quer dizer, eu acho que a violência já começa em casa. Se você cria seu filho de um jeito violento, ele acaba adquirindo aquela característica da família. Provavelmente vai passar pra frente. Então eu acho que o negócio é uma questão social.

Pesquisador: Mas você acha que o setor saúde tem algum...

Respondente: Não, o setor saúde, acaba chegando no setor saúde pra tratamento disso. Porque a pessoa que sofre violência acaba tendo que recorrer a um psicólogo, recorrer outros tipos de profissionais pra tratar os traumas dessa violência que sofreu.

No que se refere a qual é o papel da saúde pública em relação ao tema violência doméstica, as respostas foram agrupadas em dois grupos: prevenção e atendimento e gerenciamento dos casos. A tabela 14 apresenta as categorias encontradas nas respostas dos secretários municipais de saúde. Ao todo, 10 secretários de saúde (62,5%) se referiram a ações relacionadas à prevenção. Além das ações de educação em saúde, os secretários também citaram a oferta de atividades para preencher o tempo livre, principalmente dos adolescentes, ações de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas e “trabalhar a família” para evitar que chegue à violência. Em relação ao atendimento e gerenciamento dos casos, os secretários citaram uma ampla gama de ações que podem e devem ser realizadas pelo setor saúde. Essas ações vão desde orientar a população a relatar casos de violência doméstica até o atendimento / tratamento de vítimas, agressores e para pessoas com problemas por consumo de álcool e/ou outras drogas, passando pela identificação dos casos, notificação, encaminhamentos e orientações às famílias em situação de violência. Ao todo, 12 secretários (75%) citaram alguma ação dentro dessa categoria atendimento e gerenciamento de casos.

Tabela 14

Papel do setor saúde em relação à violência doméstica segundo secretários municipais de saúde

Categorias		Respondentes	n ^a	%
Prevenção	Educação em saúde	3/SMS, 5/SMS, 6/SMS, 11/SMS, 12/SMS, 13/SMS, 14/SMS, 15/SMS	8	50,00
	Atividades para preencher o tempo livre	9/SMS	1	6,25
	Prevenção do uso de álcool e outras drogas	4/SMS, 6/SMS	2	12,50
	Trabalhar a família para não chegar à violência	6/SMS	1	6,25
Atendimento e gerenciamento dos casos	Orientar população para relatar violência doméstica	16/SMS	1	6,25
	Identificar os casos	1/SMS, 3/SMS, 16/SMS	3	18,75
	Notificar	2/SMS, 4/SMS, 10/SMS, 14/SMS	4	25,00
	Encaminhar a outros setores (Conselhos, CRAS)	2/SMS	1	6,25
	Orientações às famílias em situação de violência	5/SMS	1	6,25
	Atendimento / Tratamento	1/SMS, 3/SMS, 7/SMS, 8/SMS, 11/SMS, 13/SMS, 14/SMS, 16/SMS	8	50,00
	Atendimento / tratamento do agressor	3/SMS, 8/SMS, 16/SMS	3	18,75
Tratamento para álcool e drogas	4/SMS, 10/SMS	2	12,50	

Nota. SMS = secretário municipal de saúde.

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Os extratos a seguir ressaltam os pontos apresentados acima.

Respondente 16/SMS:

O assunto principal aí é a questão da, a responsabilidade da saúde pública quanto ao assunto da violência seria a **identificação** e a orientação da população, **orientação da população de tá conseguindo identificar o que seria uma violência doméstica. Né? A gente conseguindo que a população consiga sinalizar dentro da nossa própria família que ela consiga chegar ao atendimento público de saúde e tá sinalizando que ela recebeu algum tipo de violência** ajuda a Saúde a tá prevenindo de alguma forma, tá tratando os casos que já aconteceram e tá melhorando a qualidade de saúde da nossa população. Então, o nosso papel é identificar e tá orientando essa nossa população de como acontece, de que forma que ela acontece, seja dentro da nossa família ou seja fora da nossa família. Sendo fora, podendo sinalizar pra gente tá podendo atuar. Sendo dentro, pra gente tá disponibilizando uma equipe multiprofissional pra tá fazendo acolhida **ao violentado e ao violentador, né, pra que os dois possam se tratar** e não haver aí consequentemente o agravo à saúde do paciente.

Respondente 1/SMS:

A Saúde, hoje ela deve, com a criação, com a abertura, com a criação de novos instrumentos pra saúde, cabe aos profissionais **investigar o que tá acontecendo**. Né? Porque como eu te disse anteriormente, muitas vezes essa pessoa, não vai existir essa possibilidade de tá, ela não vai querer, não vai haver essa denúncia. Né? Então cabe a nós verificar a real situação, né, criar mecanismos, criar mecanismos de forma que não exponha aquela pessoa, não exponha aquela família, pra existir uma forma de **tratamento**, psicológico ou seja um tratamento, né, psicológico mesmo, um tratamento médico. Da forma que o problema tiver ocorrendo. Então, eu acho que dessa forma que os profissionais hoje eles têm que tá atuando.

Respondente 3/SMS:

Então, na minha opinião, o fundamental, o papel da Saúde é primeiramente a gente **esclarecer a população a respeito da violência. A gente tentar evitar a violência**. E também, assim, não conseguindo evitar, **oferecer uma estrutura pra pessoa que sofreu violência** ou até mesmo **pra pessoa que agrediu**, que também tem que ser avaliada com muito cuidado, que aí cabe os psicólogos, os assistentes

sociais, que têm que trabalhar em conjunto com a Saúde. Então, cabe à gente fazer uma reeducação do povo.

Respondente 6/SMS:

A gente tem que tentar trabalhar, né, a prevenção da violência doméstica. Então seria, né, **prevenção de uso de álcool indevido, de drogas, grupo de mulheres, terapia familiar, né, seria trabalhar a família em si, pra evitar** que a gente chegue lá na frente com esses conflitos. O que não é fácil.

Respondente 7/SMS:

É o caso do **tratamento** psicológico, do tratamento psiquiátrico, a intervenção pós o parecer mesmo da assistência social, for comprovado aquele tipo de problema, a Saúde entraria pra poder amenizar, pra tentar com psicólogo, com assistente social. Entendeu?

No caso dos coordenadores municipais da ESF, as ações citadas como sendo papel do setor saúde no tocante à violência doméstica podem ser vistas na tabela 15. Eles também se referiram à prevenção e ao atendimento e gerenciamento dos casos de violência. No entanto, a categoria “prevenção” foi citada por menos da metade deles (42,10%). Podemos observar que o papel de encaminhar os casos de violência a outros setores, tais como Conselho Tutelar e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), foi uma categoria mais enfatizada pelos coordenadores da ESF do que pelos secretários de saúde. O atendimento / acompanhamento dos agressores, categoria que aparece no grupo de secretários de saúde, não foi citada por nenhum dos coordenadores da ESF. Alguns coordenadores destacaram a importância do acolhimento, que sugere uma escuta mais atenta e empática dos profissionais, que devem estar sensibilizados com a questão e com as dificuldades enfrentadas pelas vítimas.

Tabela 15

Papel do setor saúde em relação à violência doméstica segundo coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família

Categorias		Respondentes	n ^a	%
Prevenção	Educação em saúde	1/CMESF, 2/CMESF, 5/CMESF, 14/CMESF, 15/CMESF, 16/CMESF, 17/CMESF, 18/CMESF	8	42,10
Atendimento e gerenciamento dos casos	Orientar as pessoas a relatar / denunciar	3/CMESF, 7/CMESF, 16/CMESF	3	15,79
	Identificar os casos	1/CMESF, 5/CMESF	2	10,53
	Notificar	4/CMESF, 7/CMESF, 8/CMESF	3	15,79
	Acolhimento	6/CMESF, 9/CMESF, 11/CMESF	3	15,79
	Encaminhar a outros setores	4/CMESF, 7/CMESF, 9/CMESF, 13/CMESF, 14/CMESF	5	26,31
	Orientar famílias em situação de violência	4/CMESF, 5/CMESF, 14/CMESF	3	15,79
Atendimento / Tratamento das vítimas	Atendimento / Tratamento das vítimas	8/CMESF, 10/CMESF, 12/CMESF, 13/CMESF, 14/CMESF, 19/CMESF	6	31,58
	Procurar resolver da melhor forma	2/CMESF, 6/CMESF	2	10,53

Nota. CMESF = coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família.

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Os fragmentos a seguir ressaltam os aspectos que foram destacados acima.

Respondente 2/CMESF:

É, o papel da Saúde é o seguinte: é **levar o problema pras escolas, né, pras entidades em geral, pra comunidade**. Né? Por quê? O papel da Saúde nisso: nós estamos aqui pra ajudar. Tem o apoio de psicóloga, temos apoio de assistente social. Mostrar o quê que isso pode gerar de conflito pra família, pros filhos. Né? Porque isso gera um problema pro filho. O filho que vê a mãe apanhando, né, o filho que vê o pai bêbado, o filho que, entendeu, chega em casa tem aquela confusão, ele não vai ser uma pessoa no futuro com condição de, psicológica, vamos dizer assim. Então, eu acho que o nosso papel é esse: **divulgar o problema e tentar buscar uma solução pra ele**. Mas já divulgando em escola, nos outros lugares, eu acho que seja o ponto principal. Né? Então, eu acho que isso aí é o nosso papel.

Respondente 4/CMESF:

O papel da Saúde, eu acredito assim, é uma coisa que tem que tá interligado não só com a Saúde, tem que ter os outros, né, os outros setores também interligado. A Saúde, claro, vai, **orientação com a família**, às vezes tem que juntar a família e conversar. Às vezes com uma conversa a gente consegue resolver muita coisa. As **notificações**, que agora, né, que já tá começando a ser feito. Mas notificação não como, não tem assim aquele cunho punitivo, né, é mais pra notificar pra ver se consegue daqui pra frente fazer uma nova estratégia, novo programa pra essa área aí. . . . Então acho que a Saúde é orientação, tentar levar na conversa. Né? Encaminhar às vezes pra um, “Ah, vamos encaminhar pro psicólogo”, às vezes com família, reunir ali pra tentar essa parte. Porque a parte punitiva a gente não pode fazer ainda. Né? Não pode fazer, acho que nem deve fazer. Isso aí é outro setor. Né? Mas a parte de notificação, né, às vezes até **comunicar um outro órgão**, né, às vezes Conselho Tutelar, que a gente tem uma parceria também com eles aí. Então, a orientação mesmo.

Respondente 9/CMESF:

Eu acho que é o **acolhimento** desse indivíduo que foi violentado. Primeira coisa o acolhimento e depois **encaminhar ele pra resolver essa situação, ajudar a encaminhar**. Entendeu? Né? Porque na realidade, às vezes para aqui na gente, o quê que vai acontecer? A gente não vai fazer o atendimento, a gente vai encaminhar pro perito em (. . .). Né? Então eu acho que mais o acolhimento mesmo desse indivíduo, né, dessa pessoa e a gente ajudar a encaminhar. Mas eu acho fundamental a nossa participação.

Respondente 6/CMESF:

Então. É o **acolhimento**. Né? Porque a pessoa quando ela sofre isso ela já tá muito assim debilitada, né, e tudo, às vezes ela quer uma conversa, ela não tem coragem. Acho que às vezes a gente tem que incentivar a pessoa a falar nos limites dela. Né? É mais acolher ela mesmo, tentar ajudar. Porque até mesmo pra ela fazer uma denúncia, às vezes é difícil, né, porque por ser membro familiar, entre parentes e tudo, já é mais difícil dela fazer essa denúncia. Então, a gente acolher mesmo, tratar da melhor forma e **tentar resolver da melhor maneira** também.

Respondente 11/CMESF:

Qual seria o papel? Eu falo assim, que seria melhor **ser amigo daquela família**. **Eu acho que a Saúde deveria dar mais atenção, ouvir**. Porque o profissional de saúde, o quê que acontece? Ele não para pra ouvir. Eu chego num consultório médico, eu começo a falar do meu problema, começo a chorar: “Vou passar um diazepam pra você”. “Você tá precisando tomar um rivotril”. “Ah, não deu certo não? Então você toma haldol, fenergan”. Entendeu? Mas ele não parou pra ouvir aquela pessoa. Então eu acho assim, ouvir.

Respondente 14/CMESF:

O papel da Saúde Pública em relação ao tema violência doméstica? Eu acho que é nós, além da **intervenção de fato, propriamente dita**, a gente tem um **papel educativo**. Sabe? De intervenção educativa. A gente tem **um papel de**

encaminhamento. Sabe? Porque você vai encaminhar às vezes você chega num local e não é a minha especialidade, eu não domino aquilo, mas você vê que você pode tá encaminhando aquela pessoa pra um setor que possa estar esclarecendo melhor aquela família a respeito de violência. Então você faz encaminhamentos à área da Assistência Social, sabe, da **área da psicologia ou às vezes existe uma doença que tá dando transtorno** e causando violência dentro daquela própria família.

Respondente 10/CMESF:

Pesquisador: Mas você acha que o setor saúde tem algum...

Respondente: Não, o setor saúde, acaba chegando no setor saúde pra tratamento disso. Que a pessoa que sofre violência acaba tendo que recorrer a um psicólogo, recorrer outros tipos de profissionais pra tratar os traumas dessa violência que sofreu.

Pesquisador: Entendi. E então o papel da saúde pública seria...?

Respondente: Está quase sendo reparar problemas sociais, relacionados à violência. No meu entendimento.

Os relatos sugerem que, na prática, de uma maneira geral, as ações do setor saúde ainda se concentram na parte “curativa”, em reação à demanda que chega às unidades. O serviço de saúde parece ser um espaço muito procurado por pessoas em situação de violência, embora a maioria das vítimas não relate esse fato. No entanto, muitas vezes a maneira como os serviços são ofertados e a forma de atuação dos profissionais não ajudam a identificar e romper com o ciclo de violência em que a pessoa se encontra. Por outro lado, isso mostra também que os recursos da Saúde são limitados, o que exige a cooperação de outros seguimentos da sociedade. Os fragmentos a seguir ressaltam essa situação.

Respondente 15/SMS:

Tipo assim, é igual eu falo, o trabalho começa, tipo assim, é um trabalho de equipe. O PSF aqui eu quero melhorar ele, sabe, o nosso PSF, porque nosso PSF aqui faz muita demanda ambulatorial. Então eu não quero isso. Sabe? Eu quero mais é prevenção.

Respondente 7/CMESF:

Assim, nos casos que a gente fica sabendo, igual outro dia teve até uma violência sexual com uma menor. Foi passado pro Conselho Tutelar, acompanhou, tudo direitinho. Quando a gente fica sabendo a gente faz. Só a gente não tá buscando isso ainda. Mas a gente vai buscar.

Respondente 1/CMESF:

Porque na hora que chega o problema, né, ou uma, foi machucado ou mesmo morte, vem é pra gente. Né? Então, acaba se agente prevenir, vai ser melhor do que deixar acontecer. Porque uma mulher que foi violentada, machucada, ela vem pra gente curar. Então, se agente tiver como prevenir. . . . Porque até então é só o que chega pra gente depois que aconteceu.

Respondente 1/SMS:

Uma, por ser um problema hoje ainda pouco difundido aqui, os poucos casos que aparecem a gente trata de forma individualista. Então, às vezes acaba que a gente nem tem uma, um programa direcionado a essas questões.

Respondente 4/SMS:

Eu acho que a Saúde ela acaba sendo hoje, né, vamos falar assim, o extintor de incêndio pra situação. Certo? Que não seria esse papel. É claro que tem vários setores (Educação, Assistência Social, CRAS) tem um monte de coisa que poderia fazer o papel, né, e que existe até, hoje, muitas coisas interessantes. . . . Mas é claro

que tem toda uma rede de assistente social, Educação, toda pra poder, vamos falar assim, segurar isso antes de chagar na Saúde. Né? Mas, infelizmente, não funciona bem e acaba estourando muitos problemas na Saúde. E a Saúde ela tem o dever de resolver isso aí de alguma forma, de amenizar o problema.

Respondente 14/CMESF:

O nosso trabalho ele tem apagado muito incêndio, feito muito atividades curativas, sendo que a prioridade do nosso serviço deveria ser o curativo, que existe, mas dando prioridade à questão preventiva e promoção da saúde. Tá? Essas duas pra o profissional inclusive é muito mais fácil você fazer o curativo do que a promoção. O preventivo você ainda faz alguma coisa, né, mas a promoção é mais difícil fazer. E nisso falta incentivo, falta material, falta capacitação mesmo do próprio profissional.

Respondente 12/SMS:

Nós trabalhamos com denúncias, né, quando nós temos uma denúncia, a gente junto com a Assistência Social a gente entra em contato com a família, tenta dar um apoio com psicólogo à criança, né, muitas vezes necessita de um fonoaudiólogo, né, do psicólogo, né, talvez do próprio assistente social tá intervindo, talvez o departamento jurídico. Né? Mas nós trabalhamos como se fôssemos direcionadores, mas a gente não tem mais o que fazer. A gente atende o paciente às vezes violentado, encaminha prum exame de corpo delito, a pessoa vem tirar a queixa e a gente acompanha enquanto, né, PSF, tá ali acompanhando, se tem acontecido, se não tem. E aí? Né? As nossas ações são meramente emergenciais. Né?

Respondente 3/SMS:

Eu acho que sim porque a Saúde, principalmente em municípios menores, municípios, como a gente tava descendo eu conversei com você, que todo mundo conhece todo mundo e na Saúde é onde tá os nossos serviços. Temos psicólogos, temos psiquiatras, temos médicos. Então, é aqui que é onde a sociedade vem desabafar. Você pode ter certeza disso. A gente trabalha ali, eu já falei, a gente é secretário, a gente é psicólogo, a gente é tudo.

Respondente 11/CMESF:

Porque o profissional de saúde, o quê que acontece? Ele não para pra ouvir. Eu chego num consultório médico, eu começo a falar do meu problema, começo a chorar, “Vou passar um diazepam pra você”. “Você tá precisando tomar um rivotril”. “Ah, não deu certo não? Então você toma haldol, fenergan”. Entendeu? Mas ele não parou pra ouvir aquela pessoa. Então eu acho assim, ouvir. Às vezes você tem que calar. Só ouvir. Né? Porque nem tudo é perfeito. Né? O que mostra, tipo assim, eu que venho chorar com você nem tudo que eu falar pra você tá correto. Você tem que ouvir ou senão você tem que buscar, né, fazer igual mineiro, comer pelas beiradas, né, até você descobrir ali o verdadeiro problema, pra você poder ajudar aquela família. . . . E a falta de respeito profissional dos profissionais de saúde é muito grande. Tá? Muito grande. Médico não tá nem aí. Ele quer receber. Né? O enfermeiro por sua vez também. Não quer ouvir.

Respondente 2/CMESF:

Porque saúde engloba tudo. Né? A saúde engloba o físico, o psicológico. É psicossomático. Se você não está bem psicologicamente, o que você faz? Você soma. Aí começa: as dores, as enxaquecas. Né? Eu tenho casos aqui, né, o secretário tá aqui, ele sabe, ele é testemunha, né, de uma mulher que (. . .) toda semana ela tá aqui. É uma enxaqueca insuportável. Só remédio via, é..., endovenoso, que resolve pra ela. Mas não é nada físico. Ela tem um problema familiar horrível, com o marido, dentro de casa e, é violência doméstica séria, física e verbal. Tá? Psicológica. E ela, enquanto não resolver o problema dela em casa, a dor de cabeça dela vai triplicar.

Respondente 2/SMS:

Então ela vai guardando aquilo pra si. Então a partir, através disso, começa a procurar as unidades de saúde. Então, a pessoa não consegue conviver em si próprio. Né? Só consegue viver em poder de remédio, a poder de tratamentos, sendo que isso poderia ser tudo evitado. . . . A pessoa prefere ausentar e ficar aí, como se diz, chamamos de (. . .). Por quê? Aqui eu vou encontrar uma pessoa que vai me ouvir, uma pessoa que vai me prescrever uma medicação e eu vou chegar em casa com medicamento pra mim tomar, vou tomar, vou me ocultar lá.

5.3.2 Dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica

Os gestores também foram questionados a respeito das dificuldades que o setor saúde encontra na prática para desenvolver ações relacionadas ao tema da violência doméstica. Os fatores encontrados se referem à própria situação de violência em si, à comunidade ou à política e ao sistema de saúde.

A tabela 16 traz as categorias encontradas nas respostas dos secretários municipais de saúde.

Tabela 16

Dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica segundo secretários municipais de saúde

Categorias		n ^a	%
Situação de violência em si	Vítima não fala que sofreu violência (medo do agressor, receio de se expor, receio do profissional contar)	8	50,00
	Notificação prejudica vínculo com o paciente	2	12,50
	Vulnerabilidade dos profissionais (profissionais têm medo)	1	6,25
	Família não aceita ser orientada, não se compromete	5	31,25
	Comunidade	Comunidade não participa das atividades, não se compromete	4
Política e Sistema de Saúde	Assunto não abordado na formação, falta capacitação	1	6,25
	Alguns profissionais não têm o perfil adequado	2	12,50
	Sobrecarga de trabalho dos profissionais	1	6,25
	Falta de estrutura e organização de serviços	3	18,75
	Pouca articulação intersetorial	2	12,50
	Dificuldade em conseguir profissionais para municípios do interior	1	6,25
	Falta recurso financeiro	6	37,50
	Falta vontade política	2	12,50
	Não há uma política específica	3	18,75
Problemas do sistema educacional	1	6,25	

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

Segundo os secretários municipais de saúde, as “vítimas não relatam que sofreram violência” (seja por medo do agressor, por vergonha de se expor ou por receio do profissional não manter sigilo) e as “famílias não reconhecem que estão equivocadas em sua forma de

agir, recusam as orientações e não se comprometem com o trabalho”. Os secretários também disseram que a “comunidade em geral não participa dos projetos e das atividades” que são propostas e oferecidas pelos profissionais. Além disso, também levantaram as questões do “financiamento para o setor”, da “ausência de uma política mais específica para esse tema”, “problemas com a estruturação dos serviços” (sobretudo referentes à saúde mental e à abordagem de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas), além da “pouca integração entre os diversos setores afins”, tais como Assistência Social, Educação, Judiciário, etc. Além disso, em algumas entrevistas foi comentado que “há profissionais que não têm perfil para atuarem nas políticas públicas” e que o “tema violência doméstica não é abordado na formação e nas capacitações”. Alguns secretários também apontaram como empecilho a “pouca determinação política”, que se reflete na resposta lenta do Estado em relação a esse e a outros problemas e até mesmo barrando e dificultando a implementação de projetos. Um dos gestores chamou atenção para “problemas relacionados aos investimentos e políticas educacionais”, não só no que diz respeito à questão da violência doméstica em particular, mas também em relação às ações de saúde como um todo e aos demais problemas sociais de uma maneira geral. Essas questões podem ser conferidas nos recortes a seguir.

Respondente 11/SMS:

O medo. O principal é o medo das pessoas tarem chegando até a gente, com **medo que a gente vai falar isso pro próximo, acha que a gente vai quebrar o sigilo profissional**. Entendeu? O **medo do próprio parceiro que chega a agredir**. Entendeu? O principal é o medo. Não deixa a gente chegar até essa pessoa. Acho que o principal, a palavra-chave, medo, entendeu, pra dificuldade nossa. É **resistência que as pessoas têm por achar que pode vim polícia, prender**. Entendeu? E não vê que a gente tá fazendo trabalho de prevenção pra ajudar. Não é de denunciar. É de ajudar. O principal fator é esse: o medo. Entendeu? Nosso caso.

Respondente 8/SMS:

Ah, geralmente a pessoa que violenta não vê que ela tá errada, não aceita nenhuma ajuda nossa, não aceita a gente conversar. É muito difícil essa parte, a pessoa não aceita, a pessoa que violentou. E a violentada às vezes não gosta nem que você notifique, porque ela tem medo de ser violentada novamente. Então a gente tem um pouco disso, das duas partes: uma de **não querer contar que foi violentada** e o **violentador negar que foi feito**. Acho que a maior dificuldade nossa é essa. E sem a gente saber o que realmente aconteceu, não tem como a gente fazer, a gente ajudar.

Respondente 5/SMS:

O mais difícil é você **convencer essas pessoas a tá participando disso**, porque elas não se integram disso. “Não, eu não tenho necessidade de tá participando disso não, tenho minha convivência boa, convivo bem com meus amigos, com a minha família, não tenho nada disso”. Mas vai ver a realidade tá brigando com esposa, tá brigando com os filhos ou, quando tem um idoso, ele tá judiando. Né? Cada um tem o quadro seu. Mas tá reunindo essas pessoas é difícil. **E eles não aceitam orientações, não aceitam mesmo**. É difícil. Aí, quando a gente vai querer

conversar com eles, “Ah, preocupa não, quem cuida da minha vida sou eu”. Mas a gente tenta.

Respondente 6/SMS:

A gente enfrenta as seguintes dificuldades. Primeiro é **a família, que não se enxerga com um desajuste**. Né? Até você conseguir mostrar que ela tem um desajuste ou que aquele filho que tá lá usando droga, que precisa de uma clínica, ele quando voltar precisa que a família saiba como recebê-lo. É muito difícil. Você, né, vai ter que trabalhar cultura, princípios, questão social mesmo. Então é um trabalho, isso é difícil. . . . Aí, tem a dificuldade também que a sociedade ela não aceita. Né? O quê que acontece? Quando tem algum problema, eles querem excluir, querem que tira dali. “Não, isso não é problema meu”. Ninguém quer se mobilizar pra falar assim: “Oh, como que nós vamos resolver?” Então fica **aquele jogo de empurra**: “Não, isso aqui é um problema do serviço social, isso aqui é um problema de fulano”. Ninguém quer o problema pra si. Então eu penso que se todo mundo se unisse, “Não, nós vamos resolver e nós vamos dar um jeito nisso”, a gente até conseguiria. Mas as pessoas vão pelo caminho que aparentemente é o mais fácil que é de passar o problema pro outro. E aí fica esse jogo de empurra. Né? Só que o problema ele é de todo mundo, porque na hora que ele estoura ele estoura pra todo mundo. . . . Mas a maior dificuldade mesmo é a comunidade. É as pessoas entenderem que esses fatores geram problemas, violência no futuro. Eles querem uma resposta imediata. “Ah, meu filho tá dando problema, põe ele numa clínica”. Acabou. “Eu não preciso resolver nada na minha casa, não foi aqui que surgiu o problema.” Então assim, o que eu tenho percebido aqui é assim. E com as leis. Por exemplo, hoje em dia a gente recebe muito intimação. “Ah, esse menor agora ele é um problema da Saúde”. Pronto, a família não quer nem saber dele. E aí a gente tem que ficar procurando clínica, internando, fazendo laudo, psicólogo, mas lá onde está o foco do problema, não tem compromisso. E depois que o juiz disse que o problema ele é um problema de saúde, a família não quer. Ela já não queria, achou alguém que deu esse respaldo, judicialmente...

Respondente 16/SMS:

Então, pra desenvolver a ação por si só, são o que eu coloquei, né, que é de orientação, depende mais do poder público, né, da força de vontade das **articulações** que ele, não vai ser só a Saúde. Aí envolve Saúde, Educação, Assistência Social, outros setores que vão tá contribuindo, né, com esse levantamento de dados, com a informação e até com a acolhida, como eu disse é de forma multiprofissional, não é somente de um profissional que vai fazer esse tipo de acolhida. Agora quanto à identificação, **a dificuldade sempre é do paciente acusar a violência**. Né? Então, a pessoa sofre a violência, então ela fica com receio de tá identificando, de tá “oh, recebi algum tipo de violência” e fazendo essa identificação sofrer mais violência.

Respondente 3/SMS:

Então, acho que assim a dificuldade que hoje a Saúde enfrenta com isso, **primeiramente é o povo**. Assim, porque, um pouco, a população não conhece os seus direitos, não conhece também os seus deveres. Então a gente tem essa **dificuldade de uma pessoa da saúde tá conseguindo entrar no meio familiar da pessoa**. Mas também, assim, a falta de estrutura da Saúde hoje vem de cima. Então, **a gente não tem assim um apoio**. Se eu quiser fazer um treinamento com um profissional meu como combater a violência doméstica, **onde que eu vou levantar um recurso pra tá trabalhando com isso?** A saúde oferece muitos recursos pra muitas coisas sim, mas eu acho que tem que ter alguma política social, alguma política pública voltada para a violência doméstica sim, pra gente tá lá capacitando o profissional. Porque a gente, igual eu citei a você os agentes de saúde, eles vão e fazem esse rastreamento, é instruído aqui pelo coordenador e tal, mas **a gente tinha que ter uma política que vem de cima, como apoia qualquer outro setor da Saúde**, qualquer outra área da Saúde, “ah, que vem os recursos pra

epidemiologia, pra treinamento disso, vamos combater a dengue, vamos combater a AIDS, vamos combater”. Então vamos combater a violência doméstica também? Então vamos tá treinando profissionais nessa área.

Respondente 4/SMS:

Correto. É, aí a gente tem os obstáculos aí. Que a própria notificação, porque às vezes o médico às vezes tem essa dificuldade, às vezes o enfermeiro, às vezes fica mais fácil, mais simples não notificar e tal, porque **a notificação cria uma situação ruim com o paciente**, principalmente cidade pequena. Né? Então, muitas vezes também a dificuldade é do próprio paciente que é atendido, **porque ele não quer relatar que foi uma violência doméstica**, né, pra ele não se expor. Então, ele não fala realmente o que aconteceu. Então fica difícil pra identificar. Né? Então, aí no caso a violência doméstica, né, que a gente tá falando. Geral. Né? **Então, é a questão da rede, da rede, a complexidade da rede. Né? A gente trabalha com vários tipos de rede (urgência e emergência), tem várias redes. Mas essa, a rede complexa do SUS, vamos falar assim. Né? A rede completa, melhor dizendo. Né? A rede.** O SUS, veio aí há quase 30 anos, né, tá nessa faixa aí e ele foi criado através de legislação e tudo. Porém, ele tem muita dificuldade com legislação. Né? Por quê? A legislação obriga o município a fazer isso, obriga aquilo ali, **mas não dá meios de conseguir**. Então, a gente tem problemas em vários setores dessa forma. Né? Mas eu acho que as maiores dificuldades são, tá ainda voltado, ainda continuo falando na **estruturação da saúde mental**. . . . Acho que a legislação do SUS, ela é quase perfeita, né, mas até a gente chegar, a gente vai, nesses anos nós vamos avançando e avançando muito. Né? E, então depende realmente de políticos e **boa vontade política** dos governantes lá em cima **de injetar mais recurso**, pensar políticas de rede de funcionamento do sistema completo. Acho que isso que é a grande dificuldade. Né?

Respondente 10/SMS:

Assim, eu vejo hoje na Saúde a dificuldade maior é profissional, recurso financeiro pra poder ter profissionais, pra poder pagar aquele profissional pra ele dedicar integralmente àquilo. Porque hoje a Saúde, tô falando por mim aqui pelo que eu conheço, é muito sobrecargo, acúmulo de sobrecargo. “Ah, tem aqui um programa de notificação de saúde, de violência, agravo lá de notificação de violência familiar, então vamos pegar fulano e vamos por lá pra fazer”. Mas ele já tá respondendo por mais dez programas. Aí pega, então **sobrecarrega o profissional**. Então de repente, assim, profissionais especializados especificamente nessa área pra responder pelo programa específico. Né? Então, por exemplo, tem um psicólogo especializado nessa área, um enfermeiro que tem conhecimento nisso, que goste disso e execute o programa com prazer, não porque foi mais um cargo acumulado nas funções. Então, eu vejo assim. E políticas mais intensas. Assim, mais condição. Então **resumindo: é financeiro mesmo**. É mais investimento por parte de governo pra você ter mais profissionais mais qualificados, interessados em garimpar mais sobre o tema. Porque, hoje, assim, são dados. Né? A gente precisa, é mais um profissional pra colher dados, porque o governo Estadual trabalha com dados, Federal é com dados e metas, Estadual dados e metas também. Aí quando você pega **profissionais que têm perfil, até que funciona bem as coisas. Mas é pouco**. O pessoal tá sobrecarregado e ganhando pouco. A verdade é essa. Aí fica difícil até eu na condição de gestor querer cobrar assim mais do que já é cobrado. Né? A gente vai até o limite da pessoa, profissional. Então, mais recurso financeiro, maior preocupação com esse tema.

Respondente 12/SMS:

Respondente: Eu acho que inicialmente é **a falta de políticas públicas, né, que nos direcionem pra esse foco**. Né? Porque infelizmente a saúde pública ainda é muito assistencialista, pouco preventiva. Né? É muito terapêutica, pouco preventiva. Assistencialista tem que ser. Eu acho que é a falta de políticas públicas que direcionem. Porque existem campanhas, que começam, “a semana da

prevenção contra a violência familiar”. Passou aquela semana, parece que aquilo se apaga. Então, eu acho que deveria haver uma política que direcionasse a Saúde pra essas ações. Né? Hoje as ações de saúde são direcionadas pra hipertensão, diabetes, né, gravidez na adolescência. Existem, né, subsídios pra que a Saúde Pública consiga trabalhar com isso. Mas nós enquanto secretários de um município, né, de saúde de um município, a gente acaba que **não consegue ter pernas pra poder fazer tudo sem que venha um subsídio de cima, né, do Governo do Estado, do Governo federal**. Acho que falta isso.

Pesquisador: Quando você fala de subsídio...

Respondente: Subsídio é **recurso**, é incentivo, incentivo pra contratação, pra formação de pessoal. Porque também não adianta eu ter pessoal e eu não tenho pessoal capacitado, treinado, preparado, formado praquilo. Não adianta eu ter aqui uma equipe de cinco profissionais de nível superior, “ah, vamos trabalhar com violência doméstica”. Ninguém sabe como trabalhar. E aí fica todo mundo batendo cabeça. Então eu acho que é isso, é investimento em formação, em capacitação do profissional pra isso. Profissional pouco vê isso na graduação. Pouquíssimo. Você pega um profissional, de psicologia até que sim, assistência social até que sim, e o médico? E o enfermeiro? Nutricionista então nunca ouviu falar. Né? Então eu acho que é **a formação mesmo pra essa vertente da saúde**. Acho que seria importante.

Respondente 13/SMS:

A **falta de estrutura educacional** ela é o maior, é o que nós temos de maior gravidade a nível de saúde pública hoje no Brasil, seja na violência doméstica, seja até mesmo na mudança do paradigma, porque hoje nós não trabalhamos mais na cura da doença e sim na prevenção na Saúde. Até pra se fazer essa prevenção na Saúde o fator parâmetro educacional ele é um complicador porque as pessoas elas não se motivam a fazê-lo. . . . Nós temos que retornar na educação de base mesmo, lá em baixo, tratar de todos esses assuntos lá na formação da personalidade. Lá é que tem que ser tratado de forma preventiva pra que possa no futuro a sociedade conviver bem com essa mudança de costumes, mudança de tudo isso aí. . . . É a falta, mas é claro, isso aí é a **falta sensibilidade dos atores envolvidos** no sentido de que o fator educacional é preponderante e a **falta de política de prevenção ao uso de álcool, de drogas**, de prevenção, falta de política, né, de prevenção e **falta de política de tratamento**. . . . Mas eu vejo que dentro da sua pergunta o fator educacional, o fator de prevenção e tratamento, todas as três frentes ainda é muito tímido em relação ao tamanho do problema. Muito tímido. . . . **A resposta do Estado ela tá sendo lenta** em relação aos problemas que estão acontecendo na base, uai. E aí eu falo de todos. Não é? Tá sendo tímida. Eu acho que as pessoas não estão entendendo o que tá acontecendo ou se entenderam ainda não, eu não sei qual é o fator. Né?

As principais dificuldades relatadas pelos coordenadores municipais da ESF para desenvolver ações relacionadas ao tema da violência doméstica estão sintetizadas na tabela 17. Para eles, a principal barreira é o silêncio da vítima. “A pessoa não relata que sofre violência”, muitas vezes nem mesmo quando é perguntada sobre isso. No entanto, eles reconhecem que esse silêncio tem a ver com uma série de fatores que dificultam esse relato por parte da vítima, como o preconceito por parte da sociedade, a vítima não quer “prejudicar” um parente, receio de o profissional contar para outras pessoas, vergonha, medo do agressor agredí-la mais ainda e a própria dificuldade em si de falar de um assunto delicado como esse. Outras dificuldades importantes são o “pouco investimento financeiro” e a “pouca

articulação intersetorial”, muitas vezes traduzida na prática em “jogo de empurra” entre os setores. Além disso, os coordenadores também destacaram uma série de outras barreiras, entre elas a “pouca participação da comunidade nas atividades propostas”, “falta de tempo e sobrecarga de trabalho”, “quantidade pequena de profissionais”, “pouco comprometimento por parte de alguns profissionais” e a “ausência de uma política mais específica para a violência doméstica” que oriente os trabalhos, pois, segundo eles, esse tema não é prioridade, não é um indicador de metas e não gera recursos para o município. Por fim, alguns coordenadores destacaram a “falta de determinação política” como um importante entrave à implementação de projetos: há descontinuidade dos programas, propaganda de projetos que na prática não funcionam como é anunciado, preocupação com votos ou número de eleitores e impedimento de implementação de programas no município.

Tabela 17

Dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica segundo coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família

Categorias		n ^a	%
Situação de violência em si	Vítima não fala que sofreu violência (medo do agressor, vergonha, receio do profissional contar)	9	47,37
	Vulnerabilidade dos profissionais (profissionais têm medo)	1	5,26
Comunidade	Comunidade não participa das atividades	3	15,79
Política e Sistema de Saúde	Profissionais de saúde não estão capacitados / preparados	1	5,26
	Falta de comprometimento de alguns profissionais	2	10,53
	Sobrecarga de trabalho	3	15,79
	Número pequeno de profissionais	3	15,79
	Serviço está voltado para parte curativa	1	5,26
	Pouca articulação intersetorial	4	21,05
	Falta determinação política	2	10,53
	Falta recurso financeiro	4	21,05
	Não há uma política específica, não gera recurso para o município, não é indicador	3	15,79

^aDiz respeito à quantidade de respondentes que se referiram a cada categoria.

O leitor pode conferir os principais pontos levantados acima nos extratos seguir.

Respondente 17/CMESF:

Eu acho que é mais, a dificuldade é muito **integrar todos os setores**, né, Educação, Social, Saúde, né, todo em questão mesmo da educação e tá vinculado ao esporte. Né? isso é muito importante, né, em questão da educação pra que não gere, porque o esporte ele tira a criança, né, do setor de convivência ali com a desestruturação da sociedade, né, pra que ela possa vincular. Então acho que é falta mesmo de integrar. Acho que a dificuldade toda mesmo é integrar. Por quê? Hoje os setores trabalham muito separados e a Saúde é um setor que não deveria ser separada, né, e Social então e Educação teria que tá vinculado. Acho que muito isso mesmo em questão do setor público mesmo, né, a gente fala assim questão gestores mesmo, né, de implantarem às vezes essa integração de multiprofissionais, de tá buscando sim aquele, esse assunto, né, que é a violência, né, porque a gente, a gente tem, vamos

dizer assim, eles priorizam outras coisas em questão da violência e a violência gera o que realmente a gente preocupa. Né? Então eu acho que é mais a interação mesmo. . . . Eu acho que como a Saúde ela é complicada, né, em **questão de recurso, recurso pra Saúde é muito pouco**. Entendeu? Então **eles priorizam outros setores** em vez de tá, né, em questão da violência. Por quê? **A violência ela é um pouco distante, não chega tanto à gente. Se a gente não buscar ela, ela não vai chegar no posto de saúde, ela não vai chegar aqui na secretaria de saúde.**

Respondente 1/CMESF:

A dificuldade é financeira. Porque como que a gente vai ter uma ação e aí a gente precisa de mais motos, carros, pras agentes de saúde tá indo mais vezes na área. E você sabe que o dinheiro pra Saúde é meio regrado. Né? Então, o problema maior eu acho que é o financeiro. A gente teria que ter mais dinheiro pra poder fazer mais ações. **Porque vai jogando um monte de ação.** Agora com o PMAQ nós temos sessenta e tantos, setenta e cinco itens que a gente tem que olhar. Não é só a violência. A gente tem que olhar a gestante, a gente tem que olhar cartão de vacina de criança e aí se eu for falar todos os itens eu vou ficar aqui falando até amanhã. Então, tem vários programas que é muito bom, mas e verba pra isso, pra gente poder tá desenvolvendo esses, todos esses itens? Né? Então, é complicado.

Respondente 3/CMESF:

Eu acho que o tempo. Porque assim, a gente **tem tanta coisa pra tá trabalhando que a gente não tem tempo de dedicar a isso aí.** Né? Não tem tempo de divulgar. Porque são tantos indicadores que a gente tem que conseguir meta, que a gente às vezes acaba deixando de lado isso. Porque, tipo assim, **isso não gera dinheiro pro município, então vamos trabalhar isso depois.** Né? Vamos preocupar nessas coisas mais, dar prioridade a essas outras coisas, aos outros indicadores. . . . É, igual eu te falei, eu acho que tinha que ser mais divulgado. Né? Eu acho que a gente tinha que trabalhar muito em cima disso. Tinha que ter, igual assim, o PSF, ele funciona, né, então **isso aí tinha que ser um indicador**, por exemplo. Sabe? Vamos trabalhar a violência doméstica. Então assim, vamos priorizar isso, vamos buscar, ir nas casas, mostrar pras mulheres, pros filhos, pros adolescentes. Né? E trabalhar isso acho em conjunto.

Respondente 5/CMESF:

E esconde, né, **o pessoal não gosta muito de relatar.** Né? Dificuldade em relatar isso pro agente às vezes ou mesmo pra enfermeira ou com o médico numa visita. Nêgo não relata. Nêgo fica lá, às vezes um velhinho, coitado, sofrendo lá, mas ele não quer denunciar um parente dele, um filho dele. Então, assim, eles escondem. Né? Não denuncia. Às vezes uma dona lá às vezes até apanha lá, às vezes, mas não fala. . . . Assim, a dificuldade maior é essa. Além de, no caso, de não ter assim, tanta, assim, palestra, assim, tanta, de orientação ainda, no caso, por **falta às vezes de um profissional** que pode ir atrás. Mas a dificuldade de chegar pra gente a reclamação é bastante também. Você entendeu, né?

Respondente 6/CMESF:

É mais difícil a mulher se expor mesmo, **ela mesmo relatar o que foi acontecido.** Eu já tive experiências, né, em outro município, que a mulher chegou perto de mim, eu sabia, porque eu já sabia que o marido batia, ela falou comigo que levou um tombo. Ela chegou a quebrar a clavícula. Então, assim, ela não quer se expor. E como aqui é comunidade pequena, todo mundo conhece todo mundo, acaba que a gente fica sabendo. Mas a pessoa também não quer se expor pra gente por conhecer a gente. Né? Acho que fica com vergonha. Né? E também não quer denunciar o marido porque às vezes ele vai agredi-la mais ainda. Então, a maior dificuldade é essa, da mulher mesmo chegar pra gente e falar. Pelo menos na minha área, da enfermagem. Porque às vezes a gente vai tentando, mas nem sempre a gente consegue. Por isso até a dificuldade da gente notificar uma violência doméstica. A gente tem essa dificuldade de notificar essa violência doméstica.

Respondente 7/CMESF:

Ó, eu acho que o mais difícil é você conseguir fazer com que a pessoa te conte que tá acontecendo, porque a gente sabe, porque todo mundo fala, mas pra você chegar até no ponto que a pessoa tem essa confiança pra falar isso com você é difícil. Então, principalmente quando é entre casais, né, principalmente quando é a mulher, que é o que a gente mais vê, é muito difícil conseguir que a mulher fale. Né? E se ela não te falar, você não pode fazer nada. Né? Não tem como. Então, eu acho que o mais difícil é isso. E no caso da criança também, acaba que a gente só sabe quando a criança tem alguma, um hematoma, alguma coisa assim, porque se não a gente não fica nem sabendo. Né? Então eu acho que a dificuldade é isso, é descobrir, é ter isso mesmo assim, real. Entendeu? Não é só aquela informação que tá acontecendo. Porque quando a gente sabe que tá acontecendo, a gente não pode fazer nada. Entendeu? Então, eu acho que a dificuldade mesmo, assim resumindo, vai ser, eu acho que **a dificuldade é a pessoa falar pra gente**. Acho que é isso que é mais difícil.

Respondente 16/CMESF:

A maior dificuldade é que alguma delas não se abre, nem mesmo às vezes com a psicóloga. Entendeu? Aí você observa, na escola, por exemplo, a criança tá com um comportamento estranho, de poucos amigos, não tem interação com outras crianças, quer dizer, aí você vai buscar aquilo ali, você vai ver que o problema não é escolar, que o problema muitas vezes é a casa daquela criança, às vezes é o pai e às vezes ela fica triste dentro da escola. Então assim, essa dificuldade a gente enfrenta, porque como é que a gente vai chegar naquela criança, tentar com que ela se abra, que ela fale pra nós? Porque às vezes, tudo que a criança sofre ou o adulto é tudo uma estrutura que vem de outras, é aquilo que ela guarda, tá dentro dela, ela se abrir, porque você pra se abrir, falar verdadeiramente o quê que você sente, você não pode falar isso pra qualquer pessoa e é difícil às vezes você contar um problema seu, que você sofre dentro de casa. A gente sabe que é difícil. Às vezes é fácil pra gente ouvir, mas pra ela contar é difícil, dói, machuca, passa todo um filme na cabeça dela. Não é uma coisa fácil de ser falada igual “ah vamos falar, vamos tentar parar de fumar”. Não é. Quando você mexe com o sentimento do ser humano é mais difícil.

Respondente 9/CMESF:

Então, as dificuldades, é o que eu tô te falando, às vezes **a gente não fica sabendo**. A gente só sabe quando a família chega a ter a liberdade de comentar com o agente comunitário de saúde ou às vezes uma visita que a gente faz a gente observa alguma coisa e identifica. Entendeu? Aí a gente pede o agente pra ir devagarzinho, comentando, porque eles têm mais liberdade com eles até chegar isso na gente. Porque muitas vezes passa despercebido. É o passar despercebido mesmo. Né? A falta de, a falta de informação. Acho que tinha que ter um fluxo mais, mais certinho pra tá chegando até a gente pra gente poder tá ajudando. Né?

Respondente 18/CMESF:

Não participar, **não vem participar**. Eles não vêm. Acha que a gente vai tá influenciando na vida deles. E não é isso que a gente quer. . . . A gente tenta fazer essas palestras, né, que eu tava falando, só que não adianta, não vem. Aí vai lá cinco, seis pessoas e as pessoas que vão não são as pessoas que realmente precisa participar. Entendeu?

Respondente 14/CMESF:

Então aquela responsabilidade anterior, sabe, aquele interesse, responsabilidade às vezes ficou com, **as pessoas elas procuram mais quero um emprego pra ganhar dinheiro e não se interessam muito pela assistência**. Dentre as dificuldades então tem **capacitação do profissional, profissional não tem educação continuada**, o nosso trabalho ele tem apagado muito incêndio, feito **muito atividades curativas, sendo que a prioridade do nosso serviço deveria ser o curativo, que existe, mas dando prioridade à questão preventiva e promoção da saúde**. Tá? Essas duas

pra o profissional inclusive é muito mais fácil você fazer o curativo do que a promoção. O preventivo você ainda faz alguma coisa, né, mas a promoção é mais difícil fazer. E nisso **falta incentivo, falta material**, falta capacitação mesmo do próprio profissional. Por outro lado, **falta o profissional**. . . . Porque muitas vezes, o profissional, como tecnicamente você enxerga os caminhos, você enxerga o que tem que ser feito. Entretanto, você visualiza tudo, mas coloca aquela situação, mas o técnico nunca vai poder fazer nada se não houver **determinação política**. . . . O que seria essa determinação política? Determinação e vontade mesmo política. Certo? Porque você tem um planejamento, você tem e quando chega, por exemplo, tudo para na metade. . . . Então, as coisas param tudo no meio do caminho. Muda um governo pro outro, um não dá continuidade. E assim, nós ficamos capengando e as mudanças elas fazem muito lentamente, porque mudança só se faz quando tiver atitude.

Respondente 11/CMESF:

Política. Fechou, não tem outra palavra não. Política. “Você acha que eu sou bobo, sou o prefeito da cidade, você acha que eu vou deixar os meus profissionais envolver com assunto lá da dona Maria, que o José bateu nela lá? Tá doido, ali naquela casa eu tenho uns quinze votos. Você não vai lá não. De jeito nenhum. Nossa se vier aqui, vocês pelo amor de Deus não serve de testemunha não, viu gente? Não serve, porque se não vai me trazer um transtorno muito grande. Entendeu? E se aparecer então, aí é que eles vão vim falar, eu vou perder os votos de toda aquela casa e lá são quinze filhos que eles têm.” Morreu, não tem outro problema não. É por isso que, a política acaba não só com isso, mas com muitas coisas, né, com muitos projetos bons. A gente quer colocar em prática, tem profissionais pra isso e a política barra muita coisa. Muita. A política barra quase, vamos dizer, vamos dizer assim, oitenta e nove por cento dos projetos bons que tem do Governo, né, tem pra Saúde, a política barra. Porque o Governo solta na mídia a violência doméstica. “Ah, tá.” Mas não coloca na ponta quem vai olhar ela. Ele não dá, mas na mídia tem tudo bonitinho.

5.4 INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

De uma maneira geral, os gestores se mostraram preocupados e sensibilizados com o problema da violência doméstica e em como abordá-lo da melhor forma. Apesar das dificuldades, os profissionais procuram realizar palestras nas escolas e para a comunidade em geral, notificar os casos suspeitos e confirmados, orientar as pessoas envolvidas, encaminhar os casos aos demais setores que forem necessários, como Conselho Tutelar e Assistência Social e oferecer acompanhamento médico, psicológico e de outros profissionais necessários. Porém, muitas vezes, essas ações são ainda pontuais e pouco sistematizadas nos municípios pesquisados. Muitos gestores acreditam que a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF)¹ vai possibilitar uma atenção maior à violência doméstica. As parcerias intersetoriais até acontecem, mas geralmente se fazem presente mais como um encaminhamento de um setor a outro do que por ações planejadas e realizadas em conjunto. A seguir, são descritas algumas experiências mais sistematizadas que estão sendo desenvolvidas em alguns municípios.

Em um dos municípios é realizado um fórum com representantes de vários seguimentos do setor público e da sociedade em geral. Esse fórum trata de vários problemas comuns a diversos seguimentos, dentre eles violência e álcool e outras drogas. Os representantes de cada seguimento se reúnem periodicamente. Inicialmente as reuniões eram mensais e atualmente são bimestrais. O fórum tem uma boa participação e a iniciativa partiu do setor saúde, mais especificamente da saúde mental, numa busca para organizar e fortalecer a rede de assistência. Nas primeiras reuniões, cada setor apresentou suas ações e os serviços que são oferecidos. Com esse fórum, observa-se que há uma facilidade maior para fazer os encaminhamentos e trocar informações entre os setores. O profissional fica sabendo para onde o usuário está indo e se ele compareceu ao serviço ao qual foi encaminhado. Além disso, ao contatar determinado setor, os profissionais sabem com quem estão falando, pois se reúnem pessoalmente no fórum. A maior dificuldade é conseguir ajustar a agenda de todos para que todos possam participar.

Iniciativa semelhante de integração intersetorial é desenvolvida em outro município, que criou um Conselho Municipal de Violência Doméstica, formado por representantes da Saúde, Poder Judiciário, Polícia Militar, Conselho Tutelar, Assistência Social, escolas municipais e estaduais, Igreja Católica, Igrejas Evangélicas e outros representantes da comunidade. As reuniões são periódicas (inicialmente eram todo mês) e registradas em ata. Os conselheiros se reúnem para discutir a condução de alguns casos e para planejar uma pauta de trabalho sobre violência doméstica a ser desenvolvida. A ideia surgiu de uma reunião entre gestor, alguns profissionais de saúde e representante da GRS. Inicialmente, os profissionais de saúde receberam capacitação e os coordenadores do projeto planejam capacitar também os conselheiros, pois uma das dificuldades é que eles não têm conhecimento sobre o assunto e nem mesmo sobre a função e importância do trabalho de um conselheiro de violência doméstica. Outra dificuldade é o pouco comprometimento de alguns órgãos, caso em que às vezes é preciso chamar a atenção para uma participação mais ativa da parte deles. A falta de

¹ Formado por equipes de profissionais de diferentes áreas, o NASF faz parte da Atenção Primária à Saúde, devendo atuar em parceria com a Estratégia Saúde da Família e desenvolver preferencialmente ações de promoção, prevenção e educação permanente às equipes.

um espaço mais apropriado foi outra dificuldade mencionada. A partir desse projeto, a interação entre os diversos setores melhorou. Antes, eles atuavam mais isoladamente. Os profissionais de saúde também realizam palestras na comunidade e nas escolas sobre o tema violência doméstica. Recentemente, o município concorreu em um edital do Ministério da Saúde e conseguiu um repasse financeiro (em parcela única) para o projeto.

Em outro município foi relatada uma experiência de intervenção em grupo. Não se trata de uma iniciativa específica sobre violência doméstica, mas muitos participantes vivenciam ou vivenciaram essa situação e à medida que vão se sentindo mais à vontade eles vão relatando essas experiências. Os objetivos do projeto são reformular a atenção em saúde mental, reduzir o excesso de medicalização e diminuir a demanda de atendimento de psicólogo e psiquiatra. Os agentes comunitários de saúde convidam a população em geral para participar dos encontros, que acontecem mensalmente. Nesses encontros, que são abertos e contam com a presença dos agentes de saúde, os participantes compartilham suas experiências. Aqueles participantes que precisam de uma atenção maior e/ou que têm algum encaminhamento médico ou psicológico são encaminhados a outro grupo mais específico, conduzido por enfermeiro e psicólogo, no qual são realizadas rodas de conversas e dinâmicas. Uma das dificuldades encontradas é que a própria população tem ainda dificuldade em aderir a essas novas iniciativas e “preferem” a abordagem mais tradicional centrada em atendimento médico e prescrição de medicamento.

A notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica é uma ação que se mostrou bastante conhecida e incentivada (ou cobrada) nos municípios estudados. Essa situação pode ser resultado do trabalho de capacitação e sensibilização que a GRS, através de sua referência técnica em Vigilância Epidemiológica e de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, está fazendo nos municípios. De uma maneira geral, os gestores se mostraram conhecedores da finalidade e do fluxo dessas notificações e, com algumas exceções, disseram que não há resistências ou recusas dos profissionais em fazer as notificações. As principais razões apresentadas para essa atitude positiva são: (a) os profissionais não precisam identificar as pessoas envolvidas (vítimas e agressores), ou seja, vítima e agressor não precisam ficar sabendo da notificação; (b) ao notificar, os profissionais não precisam intervir lá na situação.

No entanto, os gestores reconhecem que o número de notificações é pequeno e acreditam que há uma quantidade muito maior de casos de violência doméstica nos municípios. A principal razão apresentada para essa subnotificação é que as vítimas não falam que sofreram violência. Alguns profissionais acabam tentando dar um jeito, fazendo uma

visita aparentemente descompromissada à família, fazendo algumas perguntas sem maiores pretensões, para ver se conseguem identificar algo mais concreto. Outra dificuldade apresentada por alguns gestores é que a notificação pode prejudicar o vínculo com o paciente e por isso os profissionais preferem não notificar. Um dos gestores também ressaltou que os profissionais evitam fazer notificações por receio ou medo de gerar algum problema para ele ou para a vítima. Embora apenas um dos gestores tenha ressaltado essa última questão, esse relato sugere a hipótese de que talvez os profissionais de saúde não estejam tão abertos assim à notificação de violência como os gestores acreditam que eles estejam. A seguir, o leitor pode conferir alguns trechos das entrevistas em que os gestores se referem à notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica.

Respondente 7/CMESF:

Tem que ter. Porque se você não notifica, se acontece violência e a Saúde não notifica, ela não existe. Né? Então, isso é dados que a gente tem que notificar, por que a gente manda, nós município mandamos pra Regional, a Regional pra nível central. Então, esses casos têm que crescer, porque isso só vai ser trabalhado de verdade quando tiver dados estatísticos. Né? Porque é os dados que geram, né, a demanda do serviço. Então, se não tem notificação de violência, quem vai preocupar com violência? Ninguém. Agora, quando os dados tiver alto, aí sim, nós precisamos de política pra isso, porque isso é o que está acontecendo. Entendeu?

Respondente 1/CMESF:

É, nessa notificação não tem que identificar e a gente nem precisa, o que vai ser notificado ele não precisa nem ficar sabendo. Então, a gente não precisa da assinatura dele nem nada. Então isso aí é mais tranquilo. . . . Isso é tranquilo. Resistência se você tiver que ir lá e intervir. Aí é mais difícil porque a gente não tem amparo da polícia, alguma coisa assim.

Respondente 4/CMESF:

Aí a gente, qualquer, a gente não precisa da família saber que tá notificando. A gente pega os dados, geralmente a gente já tem todos os dados dela aqui mesmo, notifica, a família nem fica sabendo. . . . Igual assim, eu tenho os agentes de saúde que vão, faz as visitas na casa, aí fala “Tem um caso lá, ó, a mãe daquela menina lá parece que tá agredindo ela”. Às vezes um idoso. Aí eu vou lá, faço uma visitinha, olho como é que tá, mas não, nada, nem falando em violência. Né? Só pra sondar lá. Né? Aí a gente notifica e envia, pra gente ter esses dados também pro município. Mas não é nada de, eles não têm nem como, eles não têm nem, não é que eu vou chegar assim “Ô, vem cá que eu vou te notificar você aqui agora com violência doméstica”. Então, eles não, não tem muita resistência de notificar porque não vai ser exposto. Nem eles, nem a família. Né? Às vezes é pior mais é pra mim, pros enfermeiros, que tem que ir lá na família. Mas inventa uma desculpa, né, “Vim cá pra dar uma olhadinha na criança, vê se o peso dela tá bom”, no caso do idoso ver se tem um curativo, mas com outro intuito pra tentar pegar os dados. Né? Mas aí a resistência não tem muito não.

Respondente 4/SMS:

Porque a própria notificação, porque às vezes o médico às vezes tem essa dificuldade, às vezes o enfermeiro, às vezes fica mais fácil, mais simples não notificar e tal, porque a notificação cria uma situação ruim com o paciente, principalmente cidade pequena. Né? Então, muitas vezes também a dificuldade é do próprio paciente que é atendido, porque ele não quer relatar que foi uma

violência doméstica, né, pra ele não se expor. Então, ele não fala realmente o que aconteceu. Então fica difícil pra identificar.

Respondente 6/CMESF:

Então, às vezes até nós que somos profissionais deixamos de notificar, a gente tenta resolver entre a gente, não notificar, pra não dar problema pro município ou pra família ou qualquer coisa do tipo. Sabe? Então, às vezes a gente fica escolhendo quem nós vamos notificar ou não pra não vir problema pra nós.

6 DISCUSSÃO

De uma forma geral, os resultados em ambos os grupos de gestores estudados foram semelhantes. Porém, há algumas diferenças importantes. Uma delas se refere à crença de que fatores socioeconômicos (baixa renda e pouca escolaridade) são geradores de violência doméstica. Essa categoria foi mais enfatizada pelos coordenadores municipais da ESF do que pelo grupo de secretários municipais de saúde. Os primeiros reconhecem que também há casos de violência doméstica em famílias com melhores condições socioeconômicas, mas consideram que a ocorrência é maior em famílias menos favorecidas socioeconomicamente. Outra diferença a ser destacada é em relação às dificuldades que o setor saúde enfrenta para desenvolver ações relacionadas à violência doméstica: “sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde” e “número insuficiente de profissionais” foram categorias mais enfatizadas pelos coordenadores municipais da ESF do que pelo grupo de secretários municipais de saúde.

Talvez essas duas diferenças possam estar relacionadas ao fato de que os coordenadores da ESF, em geral, não atuam somente na parte de gestão, mas também atuam como profissionais de saúde que fazem parte das equipes de ESF. Esse último papel propicia um contato mais próximo e cotidiano com a comunidade (o que pode ter favorecido essa discussão que eles apresentam em cima dos fatores socioeconômicos) e uma vivência da rotina cotidiana dos afazeres de um profissional de saúde, mais especificamente da ESF (o que pode ter favorecido o enfoque dado à sobrecarga de trabalho e ao número pequeno de profissionais).

De fato, profissionais de saúde ressaltaram a influência de fatores socioeconômicos como geradores de violência doméstica (Gebara & Lourenço, 2008; Hesler, da Costa, Resta, & Colomé, 2013; Kiss & Schraiber, 2011; Lobato et al., 2012; Lourenço et al., 2010; Nunes et al., 2008; Paulin Baraldi et al., 2013; Vieira et al., 2009) e reconheceram a necessidade de ampliação das equipes (Lima et al., 2009) e a sobrecarga de trabalho (Arredondo-Provecho, del Pliego-Pilo, Nadal-Rubio, & Roy-Rodríguez, 2008; Guruge, 2012) como algumas das dificuldades para atuação. Esses últimos fatores também foram citados entre as dificuldades para atuação em estudo que foi realizado não só com profissionais de saúde, mas também com diretores de unidades básicas de saúde (Andrade et al., 2011). No entanto, em outros estudos nos quais profissionais de saúde relataram as dificuldades para desenvolver ações

relacionadas à violência doméstica, a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de profissionais não estão entre os fatores citados (Gebara, 2009; Lobato et al., 2012; Lourenço et al., 2010; Silva & Ferriani, 2007). Esses resultados parecem traduzir o duplo papel dos coordenadores municipais da ESF (profissional e gestor de saúde) e sua posição intermediária entre os profissionais de saúde e os secretários municipais de saúde.

Por fim, outra diferença importante entre os grupos de gestores se refere ao papel do setor saúde. A crença de que a prevenção da violência doméstica é um papel a ser desempenhado pela saúde pública, embora tenha aparecido em ambos os grupos, foi citada por uma porcentagem maior de secretários municipais de saúde (62,5%) do que de coordenadores municipais da ESF (42,10%). Esse resultado chama a atenção porque a proposta da ESF é reorientar o modelo assistencial à saúde em direção ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e o processo de trabalho das equipes nesse nível de cuidados deve ter como características, entre outras, o desenvolvimento de ações com a finalidade de prevenir doenças e danos evitáveis e o desenvolvimento de ações educativas (Brasil, 2012).

Em relação aos fatores considerados como geradores de violência doméstica, há categorias comuns aos vários tipos abordados nesse trabalho. Os fatores comuns mais enfatizados foram: consumo de álcool, consumo de drogas ilícitas, falta de estrutura e planejamento familiar, falta de diálogo, o modo e ritmo de vida atual / estresse cotidiano e fatores socioeconômicos (esse último ressaltado pelos coordenadores municipais da ESF). Além desses, há outros fatores que também são comuns aos vários tipos de violência doméstica, porém foram ressaltados em uma ou outra entrevista. São eles: herança genética da agressividade, personalidade / ser uma pessoa agressiva, distúrbio mental / agressor não é uma pessoa normal, falta de vivência religiosa, perda dos valores de família. Em outras palavras, embora essas últimas não sejam as categorias mais expressivas, sempre há alguém que se refere a elas. Além desses fatores em comum, os gestores apresentaram outros que são específicos de alguma situação de violência em particular, como será discutido a seguir.

No caso da violência doméstica contra crianças, em adição àqueles fatores comuns discutidos acima, os gestores também acreditam que a aceitação cultural da violência como uma forma aceitável de educar os filhos e o fato de os pais terem sido criados de forma violenta são fatores geradores desse tipo de violência. Os resultados se assemelham aos encontrados em estudos com profissionais de saúde a respeito de violência doméstica contra crianças e adolescentes, nos quais também foram enfatizados como fatores geradores: consumo de álcool e drogas ilícitas (Gebara, 2009; Gebara & Lourenço, 2008; Lobato et al., 2012; Lourenço et al., 2010), fatores socioeconômicos (Gebara & Lourenço, 2008; Lobato et

al., 2012; Lourenço et al., 2010; Nunes et al., 2008), problemas relacionais / intrafamiliares (falta de diálogo, respeito, afeto) e desestrutura familiar (Gebara, 2009; Gebara & Lourenço, 2008; Lobato et al., 2012) e aceitação cultural da punição física, ciclo intergeracional da violência e problemas pessoais/emocionais dos pais (Nunes et al., 2008). Pesquisa realizada com profissionais de saúde e com diretores de unidades básicas de saúde a respeito de violência doméstica contra crianças e adolescentes também identificou a crença de que fatores socioeconômicos (pobreza) e desestrutura familiar são geradores de violência (Andrade et al., 2011). Por outro lado, esses estudos não ressaltaram o ritmo de vida / estresse cotidianos (categoria muito enfatizada pelos gestores do presente estudo). Além disso, embora problemas pessoais/emocionais dos pais tenham sido destacados em um dos estudos citados (Nunes et al., 2008), os demais fatores que foram enfatizados por algum dos gestores em particular (como herança genética, falta de religiosidade, etc.), não foram identificados nesses estudos com profissionais.

Por outro lado, no que se refere à violência doméstica contra adolescentes, o resultado do presente estudo com gestores apresenta semelhanças e também diferenças expressivas em relação aos resultados encontrados em estudos sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes realizados com profissionais de saúde (Gebara, 2009; Gebara & Lourenço, 2008; Lobato et al., 2012; Lourenço et al., 2010; Nunes et al., 2008) e com profissionais e diretores de unidades básicas de saúde (Andrade et al., 2011). Nesses estudos, foram enfatizados problemas socioeconômicos, forma como os pais foram educados, consumo de álcool e/ou drogas ilícitas, falta de estrutura familiar e aceitação cultural da violência como forma de educar. Os gestores do presente estudo também enfatizaram esses fatores, os quais foram apresentados por eles como geradores também de outros tipos de violência doméstica, juntamente com o modo e ritmo de vida / estresse cotidiano (não citado nos estudos referidos acima). No entanto, os gestores também destacaram um conjunto de fatores peculiares que caracterizam essa situação de violência como envolvendo consumo de álcool e outras drogas não só pelos pais, mas também pelo adolescente, rebeldia e falta de limites dos adolescentes e o fato de os pais não saberem lidar com certas características dos adolescentes. Esse contexto mais específico não é retratado nos estudos referidos acima.

Ademais, cabe ressaltar que as pesquisas citadas anteriormente abordaram a violência contra adolescentes conjuntamente com a violência contra crianças. No presente estudo, optou-se por perguntar sobre esses tipos de violências separadamente. Dito isso, supõe-se que esse fato possa ser a explicação para a semelhança encontrada entre os resultados do presente estudo e os resultados daqueles citados anteriormente no que se refere

à violência contra crianças e para as semelhanças e importantes diferenças no que concerne à violência doméstica contra adolescentes. Ou seja, pode ser que ao serem perguntados sobre violência contra crianças e adolescentes, os respondentes tenham se concentrado mais na situação da criança e ao serem indagados especificamente sobre a violência contra adolescentes, eles acabaram focando especificamente nesse tema.

Em relação à violência contra idosos, além dos fatores comuns aos outros tipos de violências, os gestores acreditam que as pessoas não têm paciência com os idosos e isso gera a violência contra eles. Segundo os entrevistados, cuidar do idoso não é uma tarefa fácil, pois o idoso tem várias limitações, muitas vezes está acamado, geralmente é impaciente e repetitivo e exige tempo e dedicação por parte do cuidador. Os respondentes destacaram também a falta de informação e de perfil adequado para cuidar do idoso e a situação na qual o familiar ou outro cuidador fica com o idoso apenas pelo interesse em usufruir do benefício financeiro que o idoso recebe e não por carinho ou pelo bem estar dele. Além disso, há o estresse gerado pela falta de tempo e ritmo de vida que as pessoas em geral levam hoje em dia e elas acabam descontando no idoso. Em adição, os gestores se referiram a uma desvalorização da pessoa do idoso: as pessoas não se colocam no lugar do idoso, não têm consciência da sua importância e a sociedade valoriza somente as pessoas que são produtivas. Por fim, alguns gestores se referiram ao fato de que há casos em que o próprio idoso já foi o agressor no passado, o que pode levar os familiares a maltratá-los no presente. Quadro semelhante foi encontrado em estudo realizado com profissionais que atuam em unidade básica de saúde (Wanderbroocke & Moré, 2012).

Profissionais e gestores de serviços especializados de saúde (pré-hospitalares, hospitalares, reabilitação e saúde mental) ressaltaram a falta de estrutura das famílias para cuidar dos idosos, o fato delas não poderem ou não saberem cuidar deles de forma adequada e, no caso daqueles com demências ou outros problemas debilitantes, não disporem de recursos para pagar cuidadores, além da falta de instituições asilares suficientes e de boa qualidade como fatores geradores de violências contra idosos (Cavalcanti & Souza, 2010). Em outro estudo também com profissionais e gestores de unidades especializadas de saúde, os participantes relataram que várias famílias se mantêm distantes e que ocorrem casos em que o idoso encontra dificuldade para voltar para casa após receber alta, pois nenhum familiar quer se responsabilizar (Ribeiro et al., 2012).

A situação de violência entre parceiros íntimos foi a que teve uma variedade maior de categorias apresentadas como fatores geradores de violência. As crenças dos gestores apresentam semelhanças e deferências em relação às crenças de profissionais de saúde.

Consumo de álcool, consumo de drogas ilícitas e problemas socioeconômicos (essa última categoria enfatizada pelos coordenadores da ESF) estão entre as categorias mais destacadas. Porém, alguns gestores também ressaltaram a cultura machista, tabus envolvendo o papel da mulher e a crença de ser dono das companheiras.

Esses resultados se assemelham às crenças identificadas em profissionais de saúde. Estudos mostram que eles também acreditam que consumo de álcool e outras drogas e fatores socioeconômicos são geradores de violência entre parceiros íntimos (Arredondo-Provecho et al., 2008; Hesler et al., 2013; Kiss & Schraiber, 2011; Moreira, Galvão, Melo, & Azevedo, 2008; Paulin Baraldi et al., 2013; Vieira et al., 2009). Em outros estudos, os profissionais de saúde destacaram desigualdade de gênero e machismo como geradores de violência entre parceiros íntimos (Hesler et al., 2013; Lettiere, Nakano, & Rodrigues, 2008; Moreira et al., 2008).

Apesar dessas semelhanças, encontramos também diferenças entre as crenças dos gestores e de profissionais de saúde. Embora as categorias ciúmes, traição, modo e ritmo de vida atual /estresse cotidiano e falta de habilidade para lidar com diferenças e discordâncias conjugais (essa última categoria foi enfatizada pelos coordenadores municipais da ESF) tenham sido muito enfatizadas pelos gestores do presente estudo, elas não aparecem em estudos realizados com profissionais de saúde (Arredondo-Provecho et al., 2008; Hesler et al., 2013; Kiss & Schraiber, 2011; Lettiere et al., 2008; Moreira et al., 2008; Paulin Baraldi et al., 2013; Vieira et al., 2009).

Alguns respondentes do presente estudo também apontaram a situação de passividade da mulher frente a uma situação de violência como um fator gerador de violência contra ela. O medo das ameaças feitas pelo parceiro ou o medo dele agir com mais violência, a vergonha de se expor para a sociedade, a crença de que o parceiro vai mudar, o fato de “amar demais” o parceiro e querer ficar com ele, o reconhecimento de algumas qualidades do parceiro (ele agride, mas é bom pros filhos, mantém a casa, etc.) e a dependência financeira foram as explicações apresentadas para essa passividade. Essas crenças não foram identificadas em estudos com profissionais de saúde (Arredondo-Provecho et al., 2008; Hesler et al., 2013; Kiss & Schraiber, 2011; Lettiere et al., 2008; Moreira et al., 2008; Paulin baraldi et al., 2013; Vieira et al., 2009).

De acordo com Sinclair (2010), os principais fatores que contribuem para a situação da mulher agredida podem ser delineados em três grupos: (a) crenças sociais sobre o papel feminino, a privacidade do lar, o modelo de família intacta e sobre a culpa da vítima pela

agressão; (b) escassez de recursos comunitários (creches, serviços de apoio, casa-abrigo) e as respostas dadas pela comunidade; (c) as experiências psicológicas da mulher agredida.

Como já discutido, o consumo de álcool e o consumo de outras drogas foram associados à violência doméstica por ambos os grupos de gestores estudados. Segundo os respondentes, essas substâncias têm efeitos diretos sobre a agressividade, alteram o humor, distorcem a realidade, potencializam os problemas já existentes (pessoais ou relacionais) e reduzem a capacidade crítica (sem o efeito de substâncias, a pessoa pensaria melhor antes de cometer alguma violência). O consumo dessas substâncias pelos adolescentes foi apontado como gerador de violência contra eles próprios, na medida em que cria um clima tenso e conflituoso na família que favorece a violência por parte dos pais. Curiosamente, o consumo dessas substâncias foi menos enfatizado no caso de violência contra idosos do que nos demais tipos de violência abordados nesse estudo. De acordo com Zilberman e Blume (2005), o álcool atua como desinibidor e as drogas estimulantes (como cocaína e anfetaminas) diminuem a capacidade de controlar impulsos e aumentam a sensação de persecutoriedade, o que facilita a ocorrência de violência. Ainda segundo os autores, o consumo de substâncias psicoativas pelo agressor, pela vítima ou por ambos está frequentemente envolvido em episódios de violência doméstica, mas uma relação de causalidade não pode ser inferida.

Dentre as dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica, três categorias chamam a atenção quando comparamos os resultados do presente estudo feito com gestores e os resultados encontrados em pesquisas com profissionais de saúde. Os gestores do presente estudo apresentaram a necessidade de mais recursos financeiros para o setor saúde como uma das principais dificuldades para atuação. O pouco conhecimento dos profissionais sobre o tema da violência doméstica e a vulnerabilidade e medo que os profissionais têm de intervir não foram categorias muito ressaltadas pelos gestores. Esse resultado chama a atenção porque profissionais de saúde tendem a apresentar crenças exatamente contrárias: eles não enfatizam a insuficiência de recursos financeiros, destacam a falta de informação sobre o assunto, que não é abordado na formação e nas capacitações e relatam que se sentem vulneráveis e que têm medo dos agressores (Aragão et al., 2013; Gebara, 2009; Lima et al., 2009; Lourenço et al., 2010; Signorelli et al., 2013; Silva & Ferriani, 2007). Por outro lado, em outros estudos realizados com gestores de saúde, os participantes ressaltaram tanto a insuficiência dos recursos financeiros quanto a baixa capacitação e despreparo dos profissionais, entre outras, como as principais barreiras para atuação (Castro, 2010; Souza & Santana 2009).

Segundo os gestores, a principal barreira à intervenção é o fato da violência doméstica ficar escondida. Ou seja, as pessoas não contam que sofreram violência. Há também situações em que a pessoa diz que sofreu violência, mas depois volta atrás e nega o fato. A questão suscita até mesmo dúvida e questionamento sobre até que ponto o profissional pode ou deve interferir. Os extratos abaixo se referem aos pontos que acabamos de destacar.

Respondente 19/CMESF:

Acho que o simples fato da família às vezes encarar aquilo como uma situação normal, do dia a dia da convivência. Então às vezes, muitas vezes nem pedem ajuda. Né? Então, como a gente às vezes é uma interferência externa, às vezes a gente quando a gente interfere é quando existe uma situação extrema, né, de lesão corporal, que às vezes muitas vezes a pessoa nem com isso ela consegue denunciar o agressor e quando casos extremos que chega, né, casos de agressão severa, morte e tudo a gente já, muitas vezes tem que ser investigado, nem é o médico, nem é o setor da saúde que investiga, já é polícia, setor mais Judiciário que intervém mais. Né? Mas isso aí a dificuldade que a gente tem é no sentido mesmo da pessoa às vezes ter medo, né, é o medo que a pessoa tem de tá denunciando aquilo, de tá confessando. Muitas vezes a pessoa vem conversar com a gente que foi agredida pelo marido, dois dias depois a pessoa vem e desfala tudo aquilo, fala que vive maravilhosamente com o marido, que não tem problema nenhum de convivência, que tá tudo certo. Então, a gente não sabe até que ponto onde você pode agir. Isso aí dificulta muito a nossa ação.

Respondente 10/SMS:

Essa semana mesmo teve uma aí que o marido desceu a lenha, vamos dizer assim, né. Bateu com porrete mesmo. . . . E ela não falou, não comentou. Fiquei sabendo por outros. Mas é uma agressão nua e crua aí, né, forte. Até a gente aqui da secretaria de saúde, até que ponto a gente pode intervir nisso aí também? É uma coisa, porque ela não reclamou, ela não falou. A gente tá presente, pra ver até que ponto isso vai. Mas o cara, o marido, o parceiro não tem esse costume de tá batendo nela.

Os participantes apresentaram várias explicações para o fato das vítimas não relatarem a situação de violência, entre elas o medo que a vítima tem do agressor cumprir alguma ameaça ou agredí-la mais ainda. Sobre o medo, é interessante notar que, no presente estudo, realizado com gestores, ele aparece ligado à vítima (vítima e familiares têm medo de fazer a denúncia e se expor), enquanto que em estudos com profissionais de saúde, como visto acima, o medo aparece ligado ao profissional (o profissional tem medo dos agressores) (Aragão et al., 2013; Gebara, 2009; Lima et al., 2009; Lourenço et al., 2010; Signorelli et al., 2013; Silva & Ferriani, 2007). Semelhante ao resultado do presente estudo, o medo de intervir em situações de violência devido à proximidade com os agressores não foi destacado em estudo realizado com gestores de saúde realizado em Itabuna (BA). Porém, ao contrário dos resultados do presente estudo, esse fator foi uma das dificuldades para atuação da ESF apontadas em outro estudo também com gestores, realizado em Itabuna, BA (Souza & Santana, 2009).

Em relação às notificações compulsórias de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, os relatos mostraram bom conhecimento e atitude positiva por parte dos gestores em geral. Porém, essa boa difusão e abertura à notificação apresentada pelos gestores da microrregião estudada não é comum a outros contextos. Por exemplo, estudo realizado em um município de médio porte do Estado do Rio de Janeiro revelou que os profissionais da ESF tinham dúvidas e receios quanto às notificações, alguns inclusive desconheciam a existência da ficha de notificação na unidade de saúde (Lobato et al., 2012). Estudo realizado com gestores e profissionais de saúde de serviços de níveis pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação do município do Rio de Janeiro revelou que a notificação da violência doméstica não era uma prática comum, apenas 34,5% das unidades pesquisadas realizavam a notificação de forma sistemática e que apenas 20,7% delas tinham ficha de notificação (Ribeiro et al., 2012).

Para os gestores estudados, os profissionais de saúde de seus municípios também têm atitude positiva em relação à realização de notificação de violência doméstica e a subnotificação dos casos se deve, principalmente, ao fato de as vítimas não relatarem que sofreram violência. No entanto, um dos gestores citou que os profissionais têm receio e medo de notificar. Isso sugere que os profissionais, ou uma parte deles, talvez não tenham uma atitude tão positiva em relação à notificação como os gestores acreditam que eles tenham. O fato dos casos serem ocultos também foi apontado por profissionais de saúde como barreira à notificação (Lobato et al., 2012), além do receio e medo que eles têm de fazer a notificação (Lobato et al., 2012) e da falta de informação sobre o assunto (Aragão et al., 2013). Sendo assim, podemos inferir que há peculiaridades regionais em relação à notificação de violências e diferenças entre as crenças de gestores e profissionais de saúde em relação a esse assunto.

As crenças apresentadas pelos gestores englobam um conjunto de explicações envolvendo fatores pessoais, familiares, comunitários, sociais e culturais, assinalando para a multidimensionalidade do assunto, não se restringindo a uma abordagem reducionista. Além disso, os gestores se mostraram sensibilizados e preocupados com o problema da violência doméstica.

Entretanto, os gestores também se mostraram um pouco perdidos em relação ao que fazer diante do problema da violência doméstica. Além disso, foi possível identificar nas mensagens dos gestores a presença de elementos relativos a uma abordagem mais biomédica no posicionamento de alguns deles, na maneira como o setor está organizado e na forma de atuação de profissionais. De uma maneira geral, os gestores reconheceram a violência doméstica como um problema que diz respeito ao setor saúde. Porém, em alguns discursos

essa afirmação não foi tão enfática e clara assim. A prevenção da violência doméstica foi apontada por vários gestores como um dos papéis a ser desempenhado pelo setor saúde. Alguns até relataram que em seus municípios são realizadas com certa frequência palestras com o objetivo de informar e alertar a população a respeito desse assunto. Porém, boa parte dos entrevistados sequer se referiu à prevenção como um papel do setor saúde e, no geral, essas ações informativas são realizadas eventualmente e de forma pontual. Em geral, na prática, as ações se concentram no atendimento médico / psicológico pontual dos casos que chegam às unidades de saúde, muitas vezes encaminhados por outros setores. Embora as unidades de saúde e ações domiciliares da ESF sejam propícias à identificação e abordagem dos casos de violência doméstica, os procedimentos adotados muitas vezes não ajudam a romper a situação de violência em que a pessoa se encontra. A atuação dos profissionais diante dos casos de violência doméstica muitas vezes é pontual e reducionista. Por vezes, o profissional não procura escutar o usuário de forma mais atenta e acolhedora e a conduta se resume em prescrever medicamento. Porém, a situação de violência doméstica requer intervenções diferenciadas e críticas por parte dos profissionais de saúde. No entanto, diante da complexidade do problema, é preciso reconhecer também que os recursos do setor saúde são limitados, o que exige intervenções em parceria com outros setores da sociedade. Pelos relatos, as parcerias intersetoriais até acontecem, mas em geral se traduzem mais como um encaminhamento de um setor a outro do que em ações conjuntas realizadas de forma sistemática.

Apesar disso, de uma maneira geral os gestores reconheceram a importância do tema, demonstraram abertura a uma atuação mais eficaz, acolhedora e em parceria com outros setores e, juntamente com os profissionais, têm procurado atender a população e conduzir os casos da melhor forma. Os gestores apontaram ainda que a implantação dos NASF vai possibilitar uma maior e melhor abordagem da violência doméstica.

Sendo assim, observa-se no contexto estudado a presença de uma busca de entendimento da violência doméstica com base em uma abordagem mais ampliada dos agravos à saúde, mas também do modelo biomédico, que ainda se faz presente no cotidiano dos serviços e até mesmo no discurso de alguns gestores. Essa presença concomitante do modelo biomédico e da busca por uma abordagem alternativa também foi observada em estudo realizado com profissionais de saúde e mulheres em situação de violência, revelando atendimentos centrados em preceitos biologizantes, focado em lesões físicas e medicalização e também atendimentos centrados na escuta ativa, no estabelecimento de vínculos e em aspectos psicossociais (Signorelli et al., 2013). Em outro estudo, também com profissionais de

atenção básica e com mulheres em situação de violência, a medicalização foi entendida como a limitação mais significativa da atuação dos profissionais no que tange às mulheres que vivenciam essa situação, mas foram identificadas possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada pela ESF, possibilidades essas ainda cerceadas pelo modelo biomédico (Guedes et al., 2013).

O modelo biomédico aborda o indivíduo em partes, reduz o processo saúde-doença à sua dimensão biológica, propõe um distanciamento objetivo entre médico e paciente e uma prática focada na medicação, coadunando com uma lógica de mercado de uma sociedade que busca um medicamento para quaisquer problemas (Barros, 2002). A formação dos profissionais de saúde encontra-se sob essa abordagem, que se traduz no treinamento centrado na busca de patologias bem definidas, que não é o caso da violência e em processos de trabalho centrados na figura do médico (Berger, 2011). Com isso, os profissionais não se sentem à vontade para lidar com dimensões além do nível estritamente biológico, pois para isso não foram preparados (Barros, 2002). No entanto, conforme observado em estudo com profissionais de saúde e com mulheres em situação de violência, parece que a população também se encontra imersa em uma concepção e práticas biomédicas do processo saúde-doença, preferindo um atendimento centrado em medicamentos, exames, etc. (Signorelli et al., 2013). Essa questão também foi comentada por alguns gestores, como o leitor pode observar nos extratos abaixo.

Respondente 4/SMS:

Mas mesmo assim a gente tem um pouco de dificuldade, porque o paciente geralmente, em todos os sentidos, todos os pacientes, né, é aquele negócio, ele quer médico e remédio. Né? Ele não quer ter um trabalho maior de fazer uma terapia, de se expor, aí começa um grande, ainda continua uma grande dificuldade principalmente do paciente, de qualquer tipo de problema.

Respondente 13/SMS:

As pessoas cada dia mais elas têm mais direitos e menos deveres. Elas se postam no seu dia a dia com todos os direitos. Então não se compromissam com nada. Não têm responsabilidade de nada. Né? Ela só tem direitos. Direito àquilo, a isso, àquilo, àquilo, mas não se compromissam. O exemplo da saúde pública é claro. Você, eles até hoje preferem porta de hospital e receita na mão do que cuidar da própria saúde de forma preventiva, através de uma prática esportiva, através de uma nutrição balanceada, através de atividades que venham contribuir com a saúde dessa pessoa. Ela prefere, ele acha que saúde, até hoje, é adoecer, ir ao médico, pegar receitinha e tomar o remédio. Aí ele fica satisfeito. Se não for isso, na cabeça dele não tem saúde. Então, ele não entende que a saúde quem faz somos nós, de forma preventiva.

No que se refere à formação dos profissionais de saúde, pautada como visto anteriormente pelo modelo biomédico, Berger (2011) argumenta que os referenciais das ciências humanas devem ser de fato incorporados à grade curricular e que os professores

devem utilizar metodologias ativas e problematização, por exemplo, apresentando a violência como um tema gerador a partir do qual são promovidos questionamentos e debates em sala de aula. Sobre a reforma curricular dos cursos de saúde, Ronzani (2007) argumenta que essa mudança não deve levar em conta somente os aspectos formais, pois as crenças de profissionais de saúde, professores e alunos sobre as práticas em saúde e o contexto no qual as reformas estão inseridas podem ser fortes o suficiente para dificultar a efetividade das ações formais. O autor reconhece a necessidade de dinamizar e ampliar as ações em direção à reforma curricular, considerando não só a inclusão de novas disciplinas, mas também mudanças nos modelos pedagógicos e nas atitudes dos professores em relação às novas abordagens educacionais e pressupostos de ações em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto ao longo desse trabalho, podemos concluir que a abordagem da violência doméstica apresenta-se como um desafio para o setor saúde. Embora tenha impactos negativos sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas, a violência doméstica apresenta peculiaridades que expõem as limitações da forma como o sistema de saúde se estrutura na prática e também da formação dos profissionais e gestores de saúde. Sendo um assunto relativamente novo para o setor e estando a formação e atuação dos profissionais pautada na abordagem biomédica, o setor saúde tem dificuldades para incluir de fato a violência doméstica em sua agenda.

Nesse sentido, recomendamos que o tema da violência doméstica receba uma atenção maior nos cursos de formação, aperfeiçoamento e capacitação de profissionais de saúde. No entanto, é importante que nesse processo de formação e treinamento, os participantes não só recebam informações sobre o tema e sua abordagem, mas também que sejam utilizados procedimentos que permitam a identificação e discussão de suas crenças sobre violência doméstica. Como sugestão, professores e facilitadores podem usar o roteiro da entrevista deste trabalho como base ou ponto de partida para planejar um trabalho participativo em sala de aula ou em outras situações formais de ensino-aprendizagem.

O tema da violência doméstica também deveria fazer parte das reuniões de equipe. Em outras palavras, profissionais e gestores precisam conversar sobre esse assunto. Como sugestão, gestores, coordenadores e referências técnicas ou membros de equipes matriciais podem, durante as reuniões da equipe, procurar identificar as crenças dos profissionais sobre a violência doméstica e propor uma discussão a partir delas. O roteiro utilizado para as entrevistas desse estudo podem auxiliar no planejamento desse trabalho.

Também sugerimos que sejam formuladas políticas que abarquem de fato a violência doméstica e que possam nortear o trabalho dos gestores e profissionais de saúde. Como apresentado acima, os gestores se mostraram preocupados com o assunto, mas também se mostraram perdidos em relação a ele, sem uma proposta ou diretriz um pouco mais específica e prática.

O presente estudo se concentrou em um contexto específico: municípios de uma microrregião de saúde da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais. Nesse sentido, é preciso cuidado ao se considerar os resultados em outras regiões, sobretudo com características

socioculturas distintas do contexto desse estudo. No entanto, os resultados fornecem uma ideia do que pode estar acontecendo em outros contextos.

Outra limitação a ser problematizada é que os sujeitos da pesquisa foram abordados ressaltando seu posicionamento gerencial e provavelmente tenderam a falar desse lugar. Assim, a defesa de sua gestão e a reprodução de discursos oficiais podem em algum momento ter se confundido com suas crenças pessoais sobre a temática ou dificultado e inibido a expressão de suas crenças.

Como o presente estudo foi realizado em uma região específica, sugerimos que outros estudos sejam feitos em outras localidades com características sociodemográficas e culturais distintas. Além disso, é importante realizar estudos com gestores de outros segmentos, como por exemplo, hospitais e equipes de NASF. À exceção do município polo, os demais incluídos nesse estudo são municípios de pequeno porte. Assim, seria interessante pesquisar gestores de municípios de médio ou grande porte. Por fim, novos estudos podem também analisar semelhanças e diferenças a respeito de crenças sobre violência doméstica levando em consideração características intragrupo, comparando, por exemplo, gestores do sexo masculino e feminino, gestores com mais tempo de experiência e gestores recém-empossados, etc.

REFERÊNCIAS

- Amado, J. S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista de Enfermagem Referência*, 1ª. Série, Edição nº. 5, 53–63. Recuperado de <http://www.esenfc.pt/rr/site/?menu=null>
- Andrade, E. M., Nakamura, E., Paula, C. S., Nascimento, R., Bordin, I. A., & Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: Um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 147-155. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100017>
- Aragão, A. de S., Ferriani, M das G. C., Vendruscollo, T. S., Souza, S. de L., & Gomes, R. (2013). Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(Spec), 172-179. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>
- Arredondo-Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., & Roy-Rodríguez, R. (2008). Knowledge of and opinions on violence against women among health professionals in specialized care. *Enfermeria Clinica*, 18(4), 175-182. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18724913>
- Bair-Merritt, M. H. (2010). Intimate partner violence. *Pediatrics in Review*, 31(4), 145-150. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943729/>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo, SP: Edições 70.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos* (C. M. Bori, Trad.). São Paulo: EPU.
- Berger, S. M. D. (2011). Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 526-534. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400012>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001, maio 18). Portaria nº. 737/GM de 16 de maio de 2001. Aprova na forma de anexo desta portaria a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, seção 1e, pp. 3 - 8. Recuperado de <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=18/05/2001&jornal=1&pagina=3&totalArquivos=80>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004, maio 20). Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, seção 1, p. 52. Recuperado de <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=52&data=20/05/2004>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006, março 31). Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 63, seção 1, p. 138. Recuperado de <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=31/03/2006>

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da saúde*. (3ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). *VIVA: Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, método e delineamento de pesquisa. Em G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond & J. A. Smith (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia* (3. ed.). (F. R. Elizalde, Trad.). (pp. 22-41). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Castro, A. A. (2010). *Promoção da saúde: Abordando a violência intra-familiar no âmbito da gestão da ESF* (dissertação de mestrado). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.
- Cavalcanti, M. L. T., & Souza, E. R. (2010). Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2699-2708. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600008>
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, U., Rodríguez, D., Millá, J., & Santià, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 7-10. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18261435>
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2002). Violence: a global public health problem. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Orgs.), *World Report on Violence and Health*. (pp. 1-21). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). *Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences*. Swiss Medical Weekly, 140: w13099. <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2010.13099>
- Fonseca, R. M. G. S., Leal, A. E. R. B., Skubs, T., Guedes, R. N., & Egry, E. Y. (2009). Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 974-980. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600008>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3).
- Franco, M. L. P. B. (2008). *Análise de conteúdo* (3. ed.). Brasília, DF: Liber Livro.
- Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2011). Violence against women: An urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(1). <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.10.085217>
- Gebara, C. F. P. (2009). *Estudo das crenças dos agentes comunitários de saúde do município de Lima Duarte em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes* (dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Gebara, C. F. P., & Lourenço, L. M. (2008). Crenças de profissionais da saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia em Pesquisa*, 2(1), 27-39.
- Gebara, C. F. P., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., Carvalho, R. G., Almeida, A. A., Basílio, C., . . . Lourenço, L. M. (2010, fevereiro). Estudo das crenças dos gerentes da Atenção Primária à Saúde em relação à violência doméstica contra crianças, adolescentes e idosos na cidade de Juiz de Fora. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Portugal.

- Guedes, R. C., Fonseca, R. M. G. S., & Egry, E. Y. (2013). Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 304-311.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200005>
- Guruge, S. Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context. *International Scholarly Research Network Nursing*, 2012(2012), Article ID 486273. <http://dx.doi.org/10.5402/2012/486273>
- Hesler, L. Z., da Costa, M. C., Resta, D. G., & Colomé, I. C. (2013). Violence against women in the perspective of community health agents. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 180-186. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo demográfico 2010*. Recuperado de <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse>
- Kiss, L. B., & Schraiber, L. B. (2011). Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: A violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3), 1943-1952. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300028>
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl. 2), 54-64.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (Orgs.). (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
- Krüger, H. (2006). *Introdução à psicologia social* (2ª reimpressão). São Paulo, SP: EPU.
- Lettiere, A., Nakano, A. M. S., & Rodrigues, D. T. (2008). Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 467-473. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300008>
- Lima, M. A. D. S., Rückert, T. R., Santos, J. L. G., Colomé, I. C. S., & Acosta, A. M. (2009). Atendimento aos usuários em situação de violência: Concepções de profissionais de unidades básicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 625-632.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400007>
- Lima, M. L. C. de, Souza, E. R. de, Acioli, R. M., & Bezerra, E. D. (2010). Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2687-2697. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600007>
- Lobato, G. R., Moraes, C. L., & Nascimento, M. C. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1749-1758.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013>
- Lourenço, L. M., Cruvinel, E., Almeida, A. A., & Gebara, C. F. P. (2010). Estudo das crenças dos agentes de saúde a respeito da violência doméstica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 108-128.
- Machado, C., Matos, M., Saavedra, R., Cruz, O., Antunes, C., Pereira, M, . . . Capitão, L. (2009). Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: Estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. *Acta Médica Portuguesa*, 22(6), 735-742. Recuperado de www.actamedicaportuguesa.com
- Marques, M. C. de O. (2011). *A integração entre o setor saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no Distrito Federal* (dissertação de mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Recuperado de <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011marques-mco.pdf>

- Meneghel, S. N., Bairros, F., Mueller, B., Monteiro, D., Oliveira, L. P., & Collaziol, M. E. (2011). Rotas críticas de mulheres em situação de violência: Depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 743-752. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>
- Minayo, M. C. S. (2006). The inclusion of violence in the health agenda: Historical trajectory. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 375-383. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000200015>
- Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2009). Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1641-1649. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>
- Moreira, S. da N. T., Galvão, L. L. L. F.; Melo, C. O. M., & Azevedo, G. D. (2008). Physical violence against women from the perspective of health professionals. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1053-1059. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020080005000058>
- Nunes, C. B., Sarti, C. A., & Ohara, C. V. S. (2008). Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 136-141. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100021>
- Oliveira, C. C., Almeida, M. A. S., & Morita, I. (2011). Violência e saúde: Concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(3), 412-420. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300016>
- Paula Junior, G. V., Salgado, F. S., & Lourenço, L. M. (2012, outubro). A gestão na educação e na saúde concernentes à violência: uma revisão bibliométrica. In *Resumos de Comunicação Científica da 42ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia e VIII Congresso Iberoamericano de Psicologia* (pp. 2721-2722).
- Paulin Baraldi, A. C., Almeida, A. M. de, Perdoná, G., Vieira, E. M., & Santos, M. A. (2013). Perception and Attitudes of Physicians and Nurses about Violence against Women. *Nursing Research and Practice*, 2013(Article ID785025). <http://dx.doi.org/10.1155/2013/785025>
- Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124-135. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>
- Penna, A. G. (1984). *Introdução à psicologia cognitiva*. São Paulo, SP: EPU.
- Porto, M., McCallum, C., Scott, R. P., & Morais, H. M. M. (2003). A saúde da mulher em situação de violência: Representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Supl. 2), 243-252. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800006>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2013). *Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil 2013*. Recuperado de <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>
- Ribeiro, A. P., Souza, E. R. de, Valadares, F. C. (2012). Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(5), 1167-1177. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500011>
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2012). *Psicologia Social* (29 ed. revista e atualizada). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança*. (A. M. M. Barbosa, Trad.) Rio de Janeiro: Interciência.
- Ronzani, T. M. (2007). A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 38-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100006>

- Rutherford, A., Zwi, A. B., Grove, N. J., & Butchart, A. (2007). Violence: A priority for public health? (part 2). *Journal of Epidemiology Community Health*, 61(9), 764-770. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17699529>
- Sauret, G. V., Carneiro, R. M., Valongueiro, S., & Vasconcelos, M. G. L. (2011). Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(3), 265-273. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300007>
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Couto, M. T., Hanada, H., Kiss, L. B., Durand, J. G.,... Andrade, M. C. (2007). Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41(3), 359-367. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300006>
- Signorelli, M. C., Auad, D., & Pereira, P. P. (2013). Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(6), 1230-1240. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>
- Silva, M. A. I., & Ferriani, M. G. C. (2007). Domestic violence: From the visible to the invisible. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 275-281. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200013>
- Sinclair, D. (2010). Por que a mulher permanece em um relacionamento violento? In L. C. A. Williams, J. M. D. Maia & K. S. A. Rios (Orgs.), *Aspectos psicológicos da violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental* (pp. 84-91). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Souza, E. R., & Minayo, M. C. S. (2010). Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2659-2668. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>
- Souza, M. K. B., & Santana, J. S. S. (2009). Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 547-555. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200023>
- Sprague, S., Kaloty, R., Madden, K., Dosanjh, S., Mathews, D. J., & Bhandari, M. (2011). Perceptions of intimate partner violence: A cross sectional survey of surgical residents and medical students. *Journal of Injury and Violence Research*, 5(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5249/jivr.v5i1.147>
- Stelko-Pereira, A. C., & Williams, L. C. A. (2010). Sobre o conceito de violência: distinções necessárias. In L. C. A. Williams, J. M. D. Maia & K. S. A. Rios (Orgs.), *Aspectos psicológicos da violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental* (pp. 41-66). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Sugg, N. K., Thompson, R. S., Thompson, D. C., Maiuro, R., & Rivara, F. P. (1999). Domestic violence and primary care: Attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 8(4), 301-306. Recuperado de www.archfammed.com
- Szelbracikowski, A., & Dessen, M. A. (2005). Compreendendo a agressão na perspectiva do desenvolvimento humano. In M. A. Dessen & A. L. Costa Junior (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 231-248). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Vieira, E. M., Ford, N. J., Ferrante, F. G., Almeida, A. M., Daltoso, D., Santos, M. A. (2013). The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 681-690. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300014>
- Vieira, E. M., Perdoná, G. C. S., Almeida, A. M., Nakano, A. M. S., Santos, M. A., Daltoso, D., & Ferrante, F. G. (2009). Conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(4), 566-577. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400007>

- Wanderbroocke, A. C. N. de S., & Moré, C. L. O. O. (2012). Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(8), 2095-2103. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800020>
- Zilberman, M. L., & Blume, S. B. (2005). Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(suppl. 2), 51-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600004>

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Entrevista nº. _____ Código _____

Data da entrevista: __/__/____

Contato: _____

 Secretário Municipal de Saúde Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família**INTRODUÇÃO**

Muito obrigado por aceitar o convite para participar dessa pesquisa com gestores de saúde acerca do tema violência doméstica. Sua participação é muito importante, pois os resultados poderão nos ajudar a compreender melhor o assunto violência doméstica. Por isso, é importante que você dê respostas honestas e completas. Você tem o direito de interromper e se retirar da entrevista a qualquer momento. Essa entrevista será gravada e as informações relatadas serão mantidas em completo anonimato.

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICASSexo: masculino feminino

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Tempo de trabalho como profissional de saúde: _____

Tempo de trabalho como secretário municipal de saúde: _____

Tempo de trabalho como coordenador da Estratégia Saúde da Família: _____

Tempo de trabalho como secretário municipal de saúde deste município: _____

Tempo de trabalho como coordenador da Estratégia Saúde da Família deste município: _____

QUESTÕES SOBRE CRENÇAS E VIOLÊNCIA

1. Na sua opinião, quais são os principais fatores geradores de violência doméstica / intrafamiliar contra crianças?

2. Na sua opinião, quais são os principais fatores geradores de violência doméstica / intrafamiliar contra adolescentes?

3. Na sua opinião, quais são os principais fatores geradores de violência doméstica / intrafamiliar contra idosos?

4. Na sua opinião, quais os principais fatores geradores de violência entre parceiros íntimos?

5. Na sua opinião, a violência doméstica / intrafamiliar é um assunto que diz respeito ao Setor Saúde? Por quê?

6. Na sua opinião, qual é o papel da Saúde Pública em relação ao tema violência doméstica?

7. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades do Setor Saúde para desenvolver ações relacionadas ao tema violência doméstica / intrafamiliar?

8. Existe algum projeto sobre violência doméstica / intrafamiliar sendo desenvolvido neste município com a participação do Setor Saúde?

Fale sobre esse trabalho:

a) Como começou?

b) Como é realizado?

c) Quais as dificuldades enfrentadas?

d) Quais os principais resultados?

CONCLUSÃO DA ENTREVISTA

Você gostaria de dizer mais alguma coisa ou fazer mais alguma pergunta?

Muito obrigado pela sua ajuda. Tenha um bom dia e um bom trabalho.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadores responsáveis:

Gerson Vieira de Paula Junior: gersonvpj@hotmail.com (32)9981-7342

Lélio Moura Lourenço: lelioml@hotmail.com

UFJF / Instituto de Ciência Humanas / PPG Psicologia

R. José Lourenço Kelmer, S/N, Campus Universitário, bairro São Pedro

Juiz de Fora – MG – CEP 36036-330

www.ppgpsicologia.ufjf.br / www.ufjf.br/nevaspopss

O Sr.(a) está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “crenças de gestores de saúde em relação à violência doméstica”. Os procedimentos envolvem riscos mínimos e seguem as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A sua participação consistirá em conceder entrevista ao pesquisador, a qual será gravada em aparelho digital gravador de voz e transcrita para análise dos pesquisadores. Para participar, o Sr.(a) não terá nenhum custo e não receberá nenhuma vantagem financeira. O Sr.(a) é livre para participar ou recusar-se a participar, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento se assim o desejar e receberá todos os esclarecimentos que desejar sobre o estudo. O Sr.(a) não será identificado em qualquer publicação que resulte dessa pesquisa, sendo sua identidade tratada com padrões profissionais de sigilo. Esse termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia ficará com o pesquisador e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Crenças de gestores de saúde em relação à violência doméstica” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisado

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crenças de gestores de saúde em relação à violência doméstica**Pesquisador:** Gerson Vieira de Paula Junior**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 04786212.8.0000.5147**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia (UFJF)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 152.500**Data da Relatoria:** 18/10/2012**Apresentação do Projeto:**

O projeto procura o entendimento das interfaces entre violência doméstica e saúde coletiva, considerando os impactos da violência doméstica sobre as políticas públicas de saúde e sobre a vida coletiva.

Objetivo da Pesquisa:

investigar crenças de secretários municipais de saúde e coordenadores de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família de municípios pertencentes a uma microrregião de saúde da Zona da Mata mineira a respeito de violência doméstica e o papel do setor de saúde em relação à violência doméstica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos. Espera-se que os resultados possam ajudar a incluir a questão da violência doméstica na agenda do setor de saúde dos municípios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é preponderantemente qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em ordem.

Recomendações:

Alterar o cronograma.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em ordem.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto.

JUIZ DE FORA, 23 de Novembro de 2012

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: center;">2 - Individual</div>		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente					9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares							
	31 Ocupação							
Dados da Pessoa Atendida	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado				33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes					
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		Código (IBGE)		38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)			43 Geo campo 3		44 Geo campo 4
	45 Ponto de Referência			46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____		54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____			
Dados do provável autor da agressão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	
61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data
71 Data de encerramento				
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone
Observações Adicionais:				
TELEFONES ÚTEIS				
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Município/Unidade de Saúde				
Cód. da Unid. de Saúde/CNES				
Nome		Função		Assinatura