



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARINE FERREIRA

**METODOLOGIA ACESSO MAIS SEGURO NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS

2020

CARINE FERREIRA

**METODOLOGIA ACESSO MAIS SEGURO NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini  
Coorientador: Vinícius Paim Brasil

FLORIANÓPOLIS

2020

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Residência: **Metodologia Acesso Mais Seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis.**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família, modalidade residência multiprofissional em saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2020.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini - Presidente  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Professora do Departamento de Enfermagem

---

Me. Vinícius Paim Brasil - Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Preceptor – Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Florianópolis

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Felipa Rafaela Amadigi- Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Professora do Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gisele Cristina Manfrini Fernandes- Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Professora do Departamento de Enfermagem

FERREIRA, CARINE. Metodologia Acesso Mais Seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis. 2020. pag. 42. Trabalho de Conclusão de Residência – Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Gue Martini e Coorientador: Me. Vinícius Paim Brasil

## RESUMO

A violência é uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil e requer a construção de políticas públicas orientadas por perspectivas multi e transdisciplinares na produção de conhecimento científico e práticas para Atenção Primária em Saúde. Este trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam em territórios com presença da violência armada sobre a utilização do Acesso Mais Seguro. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal com amostra intencional. Os participantes foram profissionais vinculados às equipes de estratégia de saúde da família de seis Centros de Saúde de Florianópolis que possuem a metodologia Acesso Mais Seguro implantada. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e uma escala de percepção, ambos construídos pela autora da pesquisa, e realizado a análise descritiva dos dados. A implantação do Acesso Mais Seguro no município possibilita que as condutas frente à atual situação da violência armada no território adscrito, pois a metodologia confere mais segurança às equipes inseridas no território atenuando as situações de estresse, gerando maior bem estar aos profissionais e diminuindo os impactos à saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; violência; processo de trabalho; Acesso Mais Seguro.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AMS – Acesso Mais Seguro

CICV – Comitê Internacional da Cruz Vermelha

CS – Centro de Saúde

ESF – Equipes de Saúde da Família

PS - Plano de Segurança

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
3.1 A VIOLÊNCIA E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	12
3.2 ACESSO MAIS SEGURO (AMS): UMA FERRAMENTA DE PROTEÇÃO.....	12
3.3 ACESSO MAIS SEGURO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS .....	14
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	16
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	16
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	17
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	18
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	18
4.7 CUIDADOS ÉTICOS.....	18
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO... 37</b>	
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE C- ESCALA PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO.....</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A violência tem aumentado e está mais presente nos centros urbanos. Não é mais considerada uma realidade apenas das grandes cidades, mas chega a regiões de dimensões menores, como no caso de Florianópolis. A problemática da violência apresenta causas multifatoriais e constitui-se um dos principais desafios ético-políticos em âmbito nacional e local. Trata-se de uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil e requer a construção de políticas públicas orientadas por perspectivas multi e transdisciplinares e atenção acadêmica para aliança na produção de conhecimento científico e práticas para Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2008; BENICIO; BARROS, 2017).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2004), a violência apresenta-se como o uso intencional da força física ou do poder, seja ela real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, podendo resultar ou com alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou de privação na sociedade. Realizada no contexto das relações e da dinâmica mediada pela vida urbana e, dessa forma é composta não só por dados de letalidade, mas também por expressões de enfrentamento ao outro, por vias de assaltos à mão armada, ameaças, agressões, espancamentos, raptos e, por fim, os assassinatos (MOURA, OLIVEIRA, VASCONCELOS, 2015).

Em 2017, verificou-se um incremento da violência, foram 63.880 mortes violentas intencionais no Brasil, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Em Florianópolis houve aumento das taxas de mortalidade por homicídio e intervenções legais, tendo como perfil prevalente de homens jovens, de baixa escolaridade e com predominância de negros. Quanto à forma de agressão destaca-se a arma de fogo contando com 78,5% dos casos (FLORIANÓPOLIS, 2017).

A violência está relacionada com a estrutura social, econômica e política. É maior em locais onde se percebe exclusão e desproteção social. Nesse contexto, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população em seu território e intervém em áreas vulneráveis à violência, que colocam a saúde das pessoas em risco (BRASIL, 2008). A atuação na comunidade integra as dimensões econômicas, políticas e sociais dos sujeitos e do seu território, assim, é necessário que os profissionais e os serviços de saúde desenvolvam

estratégias para desenvolver o cuidado em ambientes permeados pela violência (KAISER, BIANCHI, 2008).

As singularidades e diferentes características dos territórios constituem desafios,

além dos já inerentes ao complexo trabalho da ESF, no cotidiano do processo de trabalho da saúde e todos os fatores que exercem influência sobre o território afetam de maneira direta a assistência e a promoção dos serviços de saúde. É necessário considerar cada território como único, planejar e realizar ações focadas no aumento da proteção e da segurança do profissional de saúde (BRASIL, 2017). O trabalho da ESF prevê uma aproximação com o território de forma a conhecer sua dinâmica de funcionamento, bem como as principais características demográficas, sociais, econômicas, epidemiológicas e culturais relativas à população adscrita. Assim, é possível programar as ações da ESF a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população (BRASIL, 2017).

A vulnerabilidade dos territórios tem aumentado frente à violência armada, a atuação das equipes multiprofissionais conjuntamente à população depara-se com a necessidade de produção de práticas para seu enfrentamento. Nos últimos anos, o município de Florianópolis tem vivenciado um crescimento da violência nos territórios de suas comunidades e áreas periféricas. Esta realidade torna necessário o uso de estratégias que possam tornar o acesso aos serviços menos impactados pelas situações de violência cotidiana vivenciada nas comunidades.

É importante conferir visibilidade aos fatores que colocam a saúde dos trabalhadores em risco, visando maneiras de reduzir as situações de vulnerabilidade existentes, contando com a participação multiprofissional e o controle social neste processo. É imprescindível que os profissionais compreendam o território sem aplicar estereótipos impostos pela sociedade (MERCES et. al, 2017).

A estratégia do Acesso Mais Seguro (AMS) qualifica os profissionais de saúde inseridos em seu território para identificar os riscos a que estão expostos, estabelecer procedimentos que previnam os incidentes de segurança e minimizar suas consequências, para que o trabalho das equipes de saúde da família ocorra de forma integral, segura e com qualidade (CICV, 2016).

A metodologia AMS pode auxiliar os serviços públicos considerados essenciais como: Saúde, Educação e Assistência Social e, seus profissionais, a reduzirem os riscos que podem correr em contextos delicados e inseguros. Através da construção de um protocolo que corresponde com o cenário em que está implementado, propõe uma série de



ações e medidas para preparar e responder aos desafios e situações de violência, a partir da avaliação permanente de risco e do estabelecimento de medidas e procedimentos que reduzam esses riscos no seu dia a dia.

A aproximação pela temática se deu ainda durante a graduação, tive a oportunidade de participar do treinamento de duas unidades de saúde para implementação do programa AMS, as experiências vivenciadas nesse período mostraram o impacto da violência armada do território no trabalho dos profissionais de saúde, as suas consequências na saúde das equipes e usuários das comunidades neste contexto. Na residência minha experiência com o programa tornou-se mais significativa por estar presente em meu cotidiano de trabalho, onde se faz essencial para o processo de trabalho.

Diante do exposto cabe o questionamento: qual a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre a utilização do Acesso Mais Seguro como ferramenta de enfrentamento às situações de violência armada no território?

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família, que atuam em territórios com presença da violência armada, sobre a utilização da Metodologia Acesso Mais Seguro.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o impacto do AMS na assistência à saúde;
- Analisar o impacto que a violência no território determina no cotidiano dos centros de saúde;

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tema da violência, em sua interface com os direitos humanos e a clínica, requer urgente debate na agenda da saúde coletiva. Existe uma significativa produção escrita sobre o tema, que traz valiosas contribuições, mas que expõe com clareza a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas, e evidencia a escassa difusão das experiências de intervenção que estão em curso em nosso país e no mundo.

Buscando de modo não sistemático, a produção acadêmica brasileira, essa fundamentação teórica está organizada em três tópicos: a violência e a atuação profissional das equipes saúde da família; Acesso Mais Seguro (AMS): uma ferramenta de proteção; Acesso Mais Seguro para profissionais de saúde em Florianópolis.

#### 3.1 A VIOLÊNCIA E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família é baseada no trabalho de equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adstrita. Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, acessibilidade, responsabilização, do vínculo e longitudinalidade do cuidado que acontece próximo da família, com humanização e acolhimento, o que fortalece a relação entre profissionais e comunidade, com vistas à equidade e estímulo à participação social. As equipes saúde da família atuam na vigilância de seu território, o que oportuniza a aproximação com a comunidade e possibilita o reconhecimento das características culturais e socioeconômicas em seu contexto político e social (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, a atuação da Estratégia Saúde da Família ultrapassa o simples conhecimento do perfil epidemiológico da área delimitada e permite vivenciar os problemas de forma integral e compreender o indivíduo em sua totalidade. O processo de trabalho organizado de acordo com os princípios do SUS e o conceito ampliado de saúde possibilita promover assistência integral, considerando o indivíduo como um todo, inserido num contexto familiar e social que influenciam o modo de viver e amplia as possibilidades de atendimento. A aproximação com o território possibilita melhor observação das relações sociais e das pessoas com o ambiente em que vivem, além de permitir um estreitamento do vínculo entre equipe e comunidade, favorecendo a priorização de ações e serviços a serem ofertados (BRASIL, 2012).

Logo, uma APS efetiva estaria voltada para os processos de saúde dos sujeitos nos seus territórios de convivência, ficando mais atenta aos desafios e possibilidades ligados aos seus modos de vida. Atributos como longitudinalidade, abrangência da integralidade, orientação para comunidade e competência cultural, quando efetivados, podem contribuir para um cotidiano do trabalho que tome a violência como um preocupante determinante social de saúde nos dias atuais, demandando, por sua vez, intervenções planejadas, de cunho intersetorial e articuladas com a comunidade (BENICIO; BARROS, 2017).

Na atuação da Equipes Saúde da Família (ESF) em territórios de alta vulnerabilidade social e violência urbana armada, além dos desafios intrínsecos do trabalho mais próximo da comunidade, as equipes saúde da família ainda se deparam com as dificuldades e os riscos de manter suas atividades em um contexto permeado pela violência. Desta forma, o setor saúde precisa entender a violência como reflexo dos problemas sociais, sejam de cunho privado como a violência doméstica ou relacionados a questões macrossociais, entre elas a desigualdade, impunidade, corrupção e presença do crime organizado, havendo relação direta entre homicídios e vulnerabilidade social (TAVARES, 2016).

O trabalho desenvolvido pelas ESF nessas áreas é inseguro, havendo situações em que só conseguem desempenhar suas atividades no interior das unidades de saúde, restringindo a atenção em saúde somente aos usuários que frequentam as unidades (POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013).

Os diferentes tipos de violência devem ser conhecidos entre os profissionais de saúde para serem prevenidos e trabalhados. A violência urbana, da mesma forma, precisa ser tema de discussão nas equipes para que se torne conhecida a realidade local, os sinais de risco e as condutas mais seguras a serem tomadas, tornando o processo de trabalho mais adequados aos sinais e riscos de algum confronto.

Em sua maioria, os profissionais de saúde não estão habituados com essa realidade social, passando a sofrer de forma significativa as consequências dos atos de violência, soma-se a isso, a constante tensão e o medo de que algo negativo possa acontecer. Em geral, as unidades de saúde localizadas em comunidades de vulnerabilidade social e risco de violência armada, sofrem com a estigmatização e conseqüentemente com a alta rotatividade dos profissionais, prejudicando a efetivação dos princípios básicos do SUS como a longitudinalidade, o vínculo, a integralidade e o acesso universal (GONÇALVEZ; QUEIROZ; DELGADO, 2017)

### 3.2 ACESSO MAIS SEGURO (AMS): UMA FERRAMENTA DE PROTEÇÃO

A violência armada em contextos urbanos resulta em fechamento de escolas, unidades de saúde e de outros serviços públicos essenciais, sendo as comunidades mais vulneráveis as mais afetadas. Essa conjuntura pode prejudicar a implementação de programas de saúde preventiva, como campanhas de vacinação, acesso de doentes crônicos a tratamento, situações que geram um alto custo econômico e social (CICV, 2018).

Outro desfecho desse cenário que dificulta a prestação dos serviços públicos essenciais é a dificuldade de alocar profissionais em áreas vulneráveis à violência armada, somado à alta rotatividade de profissionais que são vítimas diretas ou indiretas de eventos violentos (CICV, 2018).

Diante do exposto, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) tem desenvolvido respostas específicas em vários países, entre eles o Brasil, uma das estratégias utilizadas foi a metodologia de Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais que teve início em 2009 na cidade do Rio de Janeiro (RJ), após resultados vantajosos a ferramenta também foi implementada pelos municípios de Duque de Caxias (RJ), Florianópolis (SC) e Porto Alegre (RS) (CICV, 2018).

AMS é baseado e foi adaptado a partir dos protocolos de segurança do CICV, alinhado às políticas e diretrizes da norma internacional ISO 310003, e tem como objetivo qualificar os profissionais de saúde para identificar os riscos a que estão expostos no seu território de atuação, para que possam estabelecer procedimentos padrões que previnam incidentes de segurança ou que permitam minimizar as consequências da violência para que o trabalho da ESF seja mantido de forma segura. Essa ferramenta considera o impacto e o custo das consequências da violência armada para a oferta de serviços de saúde em áreas de vulnerabilidade.

#### **3.2.1 Operacionalização do AMS conforme guia do CICV de 2018**

O AMS está estruturado em dois níveis de ação que se articulam, a gestão municipal de saúde por meio do grupo de suporte, e as unidades de Saúde da Família localizadas em territórios de alta vulnerabilidade social e situação de violência urbana que receberam treinamento e incluíram a ferramenta em seu processo de trabalho. Para sua implantação, três elementos são necessários: as oficinas de sensibilização dos profissionais, a criação do grupo de suporte e a utilização do sistema de notificação.

A primeira parte da oficina AMS é realizada com todos os profissionais do serviço selecionado, por meio de trabalhos em grupo e tem o objetivo de trabalhar a metodologia do AMS e refletir sobre as consequências da violência armada que atingem e ameaçam os servidores e os serviços na comunidade, bem como a que riscos as ESF estão expostas durante o seu processo de trabalho. Este momento traduz-se numa catarse de relatos e sentimentos acerca do impacto da violência no processo de trabalho das ESF. A segunda parte consiste em reuniões subsequentes do Grupo de Tomada de Decisão (profissionais de diversas categorias escolhidos na Oficina) para finalização do produto do treinamento, o Plano de Acesso Mais Seguro (PS), que é específico de cada CS e deve ser conhecido e seguido por todos os trabalhadores do mesmo. O Plano organiza as ações a serem tomadas nas ocasiões de incidentes de segurança, assim as decisões deixam de ser intuitivas, sendo agora sistematizadas.

O segundo elemento, grupo de suporte, é composto por profissionais da gestão municipal que são responsáveis pelo treinamento e gerência do AMS antes, durante e após possíveis incidentes de segurança. Cabe ao grupo de suporte analisar os dados do sistema de notificação, qualificando os eventos e apoiar as equipes de saúde em suas necessidades, incluindo atenção em saúde mental.

O sistema de notificação registra os incidentes de segurança que alteram o processo de trabalho das equipes (fechamento do CS ou restrição ao território), quantificando dados que norteiam o desenho de estratégias de prevenção e limitação das consequências da violência para a oferta de serviços de saúde.

Na rotina diária dos Centros de Saúde integrantes do AMS, faz-se a análise dos sinais do território e a probabilidade de que eventos adversos aconteçam, sendo construída a classificação de risco que é atribuída a um padrão de cores: verde, amarelo, laranja e vermelho. Para cada uma das cores existem condutas padronizadas a serem seguidas que orientam a tomada de decisão, de maneira que nenhuma conduta se dá unilateralmente e em momento de estresse e/ou nervosismo. Todos os dias, no início da manhã, o Grupo de Tomada de Decisão se reúne, analisam a situação do território por meio de sinais que indiquem a probabilidade de que algum incidente de violência ocorra. O Grupo define a classificação de risco do dia, sinalizando a cor num cartaz exposto em local de fácil visualização para os servidores, porém restrito aos usuários.

A Metodologia do AMS classifica os riscos da seguinte forma:

**Verde:** representa o risco habitual do território e prevê a manutenção das atividades normais de trabalho tanto no território quanto dentro da unidade de saúde. Todavia, as equipes devem estar sempre atentas às mudanças dos sinais ao longo do dia.

**Amarelo:** restringe o trabalho para dentro da unidade de saúde, ficando suspensas quaisquer atividades externas, seja visitas de rotina dos ACS, atendimento domiciliar da equipe, ou atividades de prevenção e promoção de saúde a serem realizadas do CS. Essa restrição pode ser para todo o território ou apenas alguma área ou mesmo micro-área.

**Laranja:** Ocorre quando o CS interrompe suas atividades externas e internas, sendo preciso fechá-la temporariamente, mas não é necessário evacuar os profissionais para outro local. Neste caso, há a possibilidade do equipamento voltar a funcionar, retornando à classificação amarela ou verde, ou, caso a situação se agrave, fechar definitivamente, evoluindo para a classificação vermelha.

**Vermelho:** Quando a situação se agrava a ponto de as equipes não estarem seguras nem mesmo dentro das unidades de saúde, a classificação passa a ser vermelha. Nestes casos, a unidade é fechada, resolvem-se os casos de usuários e atendimentos urgentes e avalia-se o melhor momento para todos saírem em segurança.

A qualquer momento do dia a cor/classificação de risco pode mudar, sendo fundamental a comunicação entre o Grupo de Tomada de Decisão, os demais profissionais e o Grupo de Suporte. Atualmente, tem-se utilizado o aplicativo de mensagens instantâneas para celular para repasse da informação de maneira mais ágil (CICV, 2018).

### 3.3 ACESSO MAIS SEGURO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

Santa Catarina é o estado brasileiro na última posição da taxa de homicídios por arma de fogo entre os estados brasileiros, porém ocorreu um considerável crescimento dessa taxa nos últimos anos (de 5,9 para 7,5 homicídios por arma de fogo em 100 mil habitantes), representando o aumento da violência, principalmente nas grandes cidades. Em Florianópolis, capital do estado, com uma população de

433.158 habitantes em 2012, cerca de 52.459 pessoas moravam nas 64 áreas de interesse social no município, e nestas áreas a taxa de homicídio também vem crescendo (IBGE, 2012; PMF, 2012; WAISELFISZ, 2016). A definição para áreas de interesse social abrange aspectos referentes à baixa renda familiar, precariedade habitacional, precariedade da rede de infraestrutura, precariedade ambiental e áreas de risco, precariedade na posse da terra, precariedade dos equipamentos e serviços urbanos (PMF, 2007). As mudanças observadas nos cenários urbanos do Brasil ocorreram da mesma forma, em Florianópolis, ampliando áreas de favelização, tráfico de drogas, violência e homicídios. Os reflexos da violência urbana na área da saúde passaram a influenciar no trabalho das equipes saúde da família.

O Município conta com 124 ESF alocadas em 49 Centros de Saúde (BRASIL, 2018). Em algumas áreas de interesse social as ESF atuam em áreas de risco social e de violência armada, estando sujeitas aos agravos decorrentes dessa realidade. O elevado número da violência no município de Florianópolis, somado as dificuldades dos profissionais em manterem o serviço de saúde de maneira satisfatória, suscitou a necessidade de treinar as equipes com a estratégia do Acesso Mais Seguro. Até novembro de 2016, sete Centros de Saúde foram treinados e estão em fases distintas de implantação do método AMS. São eles: CS Novo Continente, CS Monte Cristo, CS Tapera, CS Costeira, CS Saco Grande, CS Agrônômica e CS Prainha. Tais Centros de Saúde foram selecionados mediante análise da gestão devido a sua localização geográfica e ao histórico de situações de violência que envolveu cada um desses CS. Em 2018 os demais 42 Centros de Saúde também foram treinados, devido à necessidade de todos os profissionais da rede saberem identificar os sinais de risco do território, padronizando assim as ações a serem tomadas frente a um evento de violência.



## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal com amostra intencional, teve como finalidade conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam em territórios com presença da violência armada sobre a utilização da metodologia Acesso Mais Seguro.

A pesquisa quantitativa trabalha com variáveis expressas visando à forma de dados numéricos e empregando rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, por exemplo, a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões (POLIT; BECK, 2011).

Estudos transversais abrangem coletas de dados em um tempo estabelecido. Os fenômenos do estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Este delineamento é próprio para descrever a situação do fenômeno, ou até mesmo as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Florianópolis, organizada a partir do modelo da Estratégia Saúde da Família. Os Centros de Saúde (CS) são as estruturas responsáveis pelo provimento da ampla maioria dos serviços em APS e apresentam-se como porta de entrada preferencial para as demandas de saúde de todas as pessoas do território (FLORIANÓPOLIS, 2016).

No município de Florianópolis estão implantadas 124 Equipes Saúde da Família de acordo com dados do DATASUS (BRASIL, 2018). Essas equipes estão distribuídas em 49 Centros de Saúde organizados por Distritos Sanitários, sendo: Norte, Sul, Centro e Continente, conforme a localização e área de atendimento do CS (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Como critérios de inclusão, participaram da pesquisa seis CS, os quais possuem o AMS implantado e realizam a classificação de risco do território diariamente. No início da implantação do AMS no município de Florianópolis, no ano de 2015, foram elencados CS prioritários para receberem o treinamento baseado na realidade de vulnerabilidade do território de abrangência e presença da violência armada. Foram excluídos aqueles Centros de Saúde que não possuem a metodologia implantada (40) e um (01) CS, o qual apesar de possuir a metodologia implantada, não realiza a classificação diária do território. Dos CS

participantes dois estão localizados no Distrito Centro, dois no Distrito Sul e dois no Distrito Continente.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de todas as categorias que compõem as equipes de ESF nos CS selecionados da APS do município de Florianópolis (CS que possuem a metodologia do AMS implantado). Participaram os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde e equipe odontológica) que atuam há mais de 12 meses na assistência à saúde na APS e que estavam vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no período destinado à coleta de dados. Foram excluídos os residentes de medicina de família e comunidade e os residentes do Programa Multiprofissional em Saúde da Família (enfermagem e odontologia), bem como profissionais que estavam afastados de suas atividades laborais no período da coleta de dados.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado através de entrevistas individuais e presenciais um questionário sociodemográfico e uma escala de percepção dos profissionais sobre o AMS, ambos construídos pela autora do estudo. A entrevista para coleta dos dados deste conjunto de instrumentos levou em torno de 20 minutos.

##### **- Questionário de caracterização dos participantes**

Consiste em um questionário contendo as variáveis sociodemográficas, sendo elas: idade, sexo, escolaridade, categoria profissional, se possui especialização/residência em saúde pública ou saúde da família, o CS onde atua, tempo de atuação na APS, tempo de atuação no atual CS e participação ou não no grupo de tomada de decisão do AMS. Esse questionário foi elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE B).

##### **- Escala percepção dos profissionais sobre o AMS**

O instrumento apresenta 13 afirmações com respostas em escala do tipo Likert que objetiva verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico, a mesma apresenta escores para as possibilidades de respostas, sendo elas: nunca, quase nunca, às vezes, quase

sempre e sempre (MILLER, 1967). Cada sentença foi analisada individualmente (APENDICE C).

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, foram seguidos os seguintes passos para procedimento da coleta de dados:

- 1º Apresentação da pesquisa aos profissionais das unidades participantes em reunião geral de cada CS;
- 2º Agendamento com os profissionais vinculados a ESF, com interesse em participar da pesquisa, o melhor momento para coleta de dados;
- 3º Foi solicitado confirmação de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 4º Após aceite foi realizado o preenchimento do questionário sociodemográfico e da escala percepção do profissional sobre o AMS;

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos pelos instrumentos de coleta foram organizados e digitados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente realizado a análise descritiva dos dados. A estatística descritiva ou análise descritiva é entendida como um conjunto de técnicas analíticas utilizadas para resumir o conjunto dos dados coletados numa dada investigação, que são organizados, geralmente, através de números, tabelas e gráficos (MORAES, 2010).

#### 4.7 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número de parecer 3.617.408, atendendo todos os requisitos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como teve anuência da Escola de Saúde Pública do município de Florianópolis.

Com respeito à dignidade humana, a pesquisa foi realizada após os esclarecimentos necessários aos participantes da pesquisa, com a leitura e assinatura de duas cópias do Termo Consentimento Livre Esclarecido, sendo uma cópia entregue ao participante e outra à pesquisadora. Durante todo o processo de pesquisa, os dados foram mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo preservada a imagem dos

participantes, a confidencialidade, garantindo-se a não utilização dos dados em prejuízo de pessoas ou comunidades, garantindo também o respeito aos valores culturais, morais e religiosos dos participantes.

A pesquisa não trouxe despesas, gastos e danos ao participante. Ao mesmo, não houve nenhuma gratificação. A contribuição do participante na pesquisa beneficia os demais profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde ao fornecer informações de como o AMS contribui para o enfrentamento da violência armada na APS no município de Florianópolis promovendo melhorias no processo de trabalho dos profissionais e fazendo com que a violência territorial tenha o menor impacto possível no acesso à saúde da população.

Os dados coletados nas entrevistas foram arquivados e permanecerão por cinco anos nos arquivos da pesquisadora.

## 5. RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa seguem no formato de artigo conforme requisito de apresentação de Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC.

### **TÍTULO: METODOLOGIA ACESSO MAIS SEGURO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**

**RESUMO:** A violência caracteriza-se como uma questão sociopolítica que compromete os serviços de saúde, seu financeiro e sua organização. Este trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam em territórios com presença da violência armada sobre a utilização do Acesso Mais Seguro. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal com amostra intencional. Os participantes foram profissionais vinculados às equipes de estratégia de saúde da família de seis Centros de Saúde de Florianópolis que possuem a metodologia Acesso Mais Seguro implantada. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e uma escala de percepção, ambos construídos pela autora da pesquisa, e realizado a análise descritiva dos dados. A implantação do Acesso Mais Seguro no município possibilita que as condutas frente à atual situação da violência armada no território adscrito, pois a metodologia confere mais segurança às equipes inseridas no território atenuando as situações de estresse, gerando maior bem estar aos profissionais e diminuindo os impactos à saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; violência; processo de trabalho; Acesso Mais Seguro.

### **INTRODUÇÃO**

A violência caracteriza-se como uma questão sociopolítica que compromete os serviços de saúde, seu financeiro e sua organização (MINAYO; SOUZA, 2011). A violência tem aumentado e está mais presente nos centros urbanos. Não é mais considerada uma realidade apenas das grandes cidades, pois chega a regiões de dimensões menores, como no caso de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2017).

A vulnerabilidade dos territórios tem se intensificado frente à violência armada, a atuação das equipes multiprofissionais conjuntamente à população depara-se com a necessidade de produção de práticas para seu enfrentamento. Nos últimos anos, o município

de Florianópolis vem vivenciando um crescimento da violência nos territórios de suas comunidades e áreas periféricas. Esta realidade torna necessário o uso de estratégias que possam tornar o acesso aos serviços menos impactados pelas situações de violência cotidiana vivenciada nas comunidades.

A Estratégia Saúde da Família consiste em um modelo de atenção centrado na família e na comunidade na lógica da vigilância em saúde e na qualidade de vida, organizado nos princípios da equidade e universalidade. Com a proposta de romper com o modelo curativista, a estratégia inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças (CAMPOS et. al, 2016).

O trabalho desenvolvido por profissionais da Estratégia Saúde da Família nas áreas de vulnerabilidade, por vezes, é inseguro devido a dinâmica de violência armada do território, havendo situações em que só conseguem desempenhar suas atividades no interior das unidades de saúde, restringindo a atenção em saúde somente aos usuários que frequentam as unidades (POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013).

Diante do exposto, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) tem desenvolvido respostas específicas em relação a problemática da violência e suas inúmeras consequências em vários países, entre eles o Brasil. Uma das estratégias utilizadas foi a metodologia de Acesso Mais Seguro (AMS) para Serviços Públicos Essenciais que teve início em 2009 com um projeto piloto em algumas comunidades na cidade do Rio de Janeiro (RJ), após resultados vantajosos a ferramenta também foi implementada em 2015 pelos municípios de Duque de Caxias (RJ), Florianópolis (SC) e Porto Alegre (RS) (CICV, 2018).

O AMS é baseado e foi adaptado a partir dos protocolos de segurança do CICV, alinhado às políticas e diretrizes da norma internacional ISO 31000, e tem como objetivo qualificar os profissionais de saúde para identificar os riscos a que estão expostos no seu território de atuação, para que possam estabelecer procedimentos padrões que previnam incidentes de segurança ou que permitam minimizar os impactos da violência para que o trabalho da ESF seja mantido de forma segura (CICV, 2018).

A metodologia é aplicada a partir da construção de um protocolo que corresponde com a realidade do cenário em que está sendo implementado, propõe uma série de ações e medidas para preparar e responder aos desafios e situações de violência armada, a partir da avaliação permanente de risco e do estabelecimento de medidas e procedimentos que reduzam esses riscos no seu dia a dia (CICV, 2018).

Todos os dias, no início da manhã, um grupo, chamado de Grupo de Tomada de Decisão, formado por representantes de todas as categorias profissionais que atuam no Centro de Saúde, analisam a situação do território por meio de sinais que indiquem a probabilidade de que algum incidente de violência possa ocorrer. O Grupo define a classificação de risco do dia, sinalizando a cor num cartaz exposto em local de fácil visualização para os servidores, porém restrito aos usuários. A classificação de risco é atribuída a um padrão de cores: verde, amarelo, laranja e vermelho. Para cada uma das cores existem condutas padronizadas a serem seguidas que orientam a tomada de decisão, de maneira que nenhuma conduta se dá unilateralmente e em momento de estresse e/ou nervosismo (CICV, 2018).

Nessa perspectiva, esse artigo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família que atuam em territórios com presença da violência armada sobre a utilização da Metodologia Acesso Mais Seguro na Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizado em seis centros de saúde (CS) localizados em áreas de vulnerabilidade social e presença de violência armada no município de Florianópolis, os quais possuem o AMS implantado e realizam a classificação de risco do território diariamente. Foram excluídos aqueles centros de saúde que não possuem a metodologia implantada (40) e um (01) CS, o qual apesar de possuir a metodologia implantada, não realiza a classificação diária do território. Participaram da pesquisa todas as categorias profissionais que compõem as equipes ESF que atuam há mais de 12 meses na assistência à saúde na APS e que estavam vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no período destinado à coleta de dados. Foram excluídos os residentes de medicina de família e comunidade e os residentes do Programa Multiprofissional em Saúde da Família (de enfermagem e de odontologia), bem como profissionais que estavam afastados de suas atividades laborais no período da coleta dados, que ocorreu entre novembro de 2019 a janeiro de 2020.

Por meio de entrevistas individuais e presenciais, foi aplicado um questionário sociodemográfico e uma escala de percepção, ambos construídos pela autora do estudo. A entrevista para coleta dos dados deste conjunto de instrumentos levou em torno de 20 minutos. O questionário consiste num formulário que contém as variáveis sociodemográficas, sendo elas: idade, sexo, escolaridade, categoria profissional, se possui

especialização/residência em saúde pública ou saúde da família, o CS onde atua, tempo de atuação na APS, tempo de atuação no atual CS e participação ou não no grupo de tomada de decisão do AMS.

A escala de percepção utilizada apresenta 13 afirmações com respostas em escala do tipo Likert que objetiva verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico, a mesma apresenta escores para as possibilidades de respostas, sendo elas: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre (MILLER, 1967).

Os dados obtidos pelos instrumentos de coleta foram organizados e digitados em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente realizado a análise descritiva dos dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da pesquisa 89 profissionais, sendo a maior porcentagem (82%) do sexo feminino. A predominância feminina entre as trabalhadoras do setor saúde chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis médio e elementar. (WERMELINGER, 2010). Em relação à idade, a faixa etária variou de 28 a 71 anos.

Quanto à categoria profissional, prevaleceram os ACS (43%), seguidos por técnicos de enfermagem (23%), enfermeiros (16%), dentistas (8%), médicos (6%) e técnicos em saúde bucal (4%). Em suas atribuições (PNAB, 2017), o ACS tem papel fundamental no que se refere às ações no território, por meio de visitas domiciliares sejam elas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, atuando no espaço mais próximo de realidade das famílias. Na equipe de Saúde da Família, o ACS é o profissional que mais conhece o modo de viver das pessoas e da comunidade, corroborando com isso, Almeida, Peres, Fonseca (2019), afirmam que o entendimento e credibilidade dos ACS é conquistada porque estes são também moradores, conhecem e convivem há anos com a realidade do local, conectados a esse espaço por uma rede composta por familiares, amigos, vizinhos e conhecidos mais distantes.

O baixo número de participantes médicos e enfermeiros se justifica pelo fato



de muitos profissionais dessas categorias terem ingressado na rede pelo processo seletivo que ocorreu há menos de 12 meses da coleta de dados, logo esses profissionais foram excluídos por não atender aos critérios de inclusão da pesquisa. A rotatividade de profissionais de

saúde, em especial nas áreas de vulnerabilidade, interfere na formação do vínculo com a população e integralidade do cuidado a partir da ruptura precoce da longitudinalidade, princípio fundamental da APS (BARATA; RIBEIRO; CASSANTI, 2011).

Dos 32 profissionais de ensino superior entrevistados, 17 (53%) possuem especialização ou residência em saúde da família. Esse conhecimento das especificidades da área de atuação e população é fundamental para a prática efetiva da assistência à saúde na APS (BRASIL, 2009).

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes do estudo (n:89). Florianópolis, 2020.

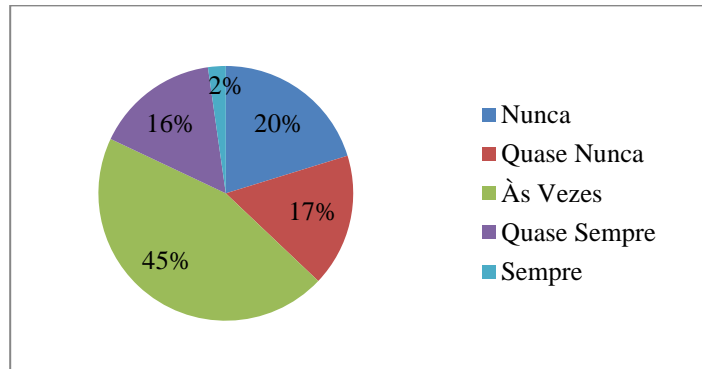
VARIÁVEIS	n.	%	Média	Min./Máx.
<b>Idade</b>			47,8	28/ 71
<b>Sexo</b>				
Feminino	73	82		
Masculino	16	18		
<b>Escolaridade</b>				
Médio	56	64		
Superior	32	36		
<b>Categoria Profissional</b>				
ACS	38	43		
Dentista	7	8		
Enfermeiro	14	16		
Médico	5	6		
Téc. de Enfermagem	21	23		
Téc. de Saúde Bucal	4	4		
<b>Especialização Saúde da Família</b>				
Sim	17	53		
Não	15	47		
<b>Tempo de atuação na APS</b>	-	-	13,8	1/31
<b>Grupo de Tomada de Decisão</b>				
Sim	39	44		
Não	50	56		

Delineado o perfil dos profissionais entrevistados, segue descrição dos dados relevantes observados a respeito da utilização da metodologia AMS frente a situações de violência armada por meio da aplicação da escala de percepção dos profissionais

das ESF.

Dos profissionais entrevistados, 56 (63%) afirmam que vivenciaram situações de violência armada no território do CS, vale enfatizar que quase 29% destes alegam que ocorrem quase sempre e sempre (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Situações de violência armada no território do Centro de Saúde vivenciada pelos profissionais.



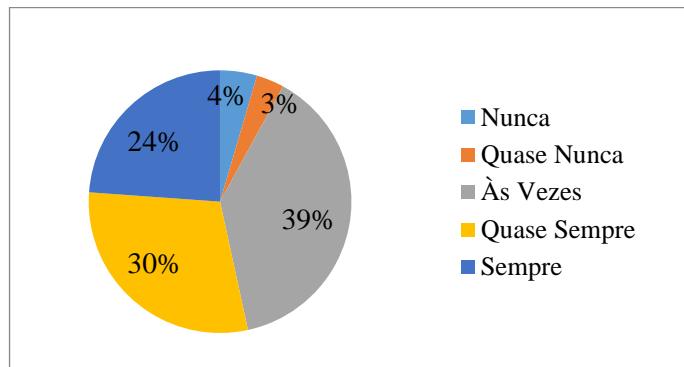
Fonte: Autora da pesquisa

Esse dado mostra a necessidade de mudança no olhar em relação à questão da violência e a elaboração de políticas de saúde para o enfrentamento deste problema, visto que, mesmo com a prevalência da violência no cotidiano, debate-se pouco acerca de suas consequências, as possibilidades de intervenção e medidas de proteção como o AMS.

Esse estudo que teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os reflexos da violência cotidiana no trabalho da APS e mostra que os serviços de saúde inseridos nas comunidades vulneráveis convivem com situações de violência cotidiana, sejam elas: as informações sobre conflitos armados entre grupos rivais, tiroteios, incursões das forças de segurança e discussões que colocam os profissionais em situações de risco (VELLOSO et. al, 2005). Outro estudo sobre as repercussões da violência urbana na assistência à saúde também indicou resultados semelhantes, pois os profissionais participantes já haviam enfrentado situações violentas, entre as quais se destacam os confrontos entre os traficantes e policiais (MACHADO; DAHER; MACHADO, 2016).

Apesar de estarem expostos a situações de violência frequentemente, 54% dos profissionais sentem-se seguros em seu ambiente de trabalho a maior parte do tempo, e 39% às vezes (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Sentimento de segurança no ambiente de trabalho expressado pelos profissionais de saúde.

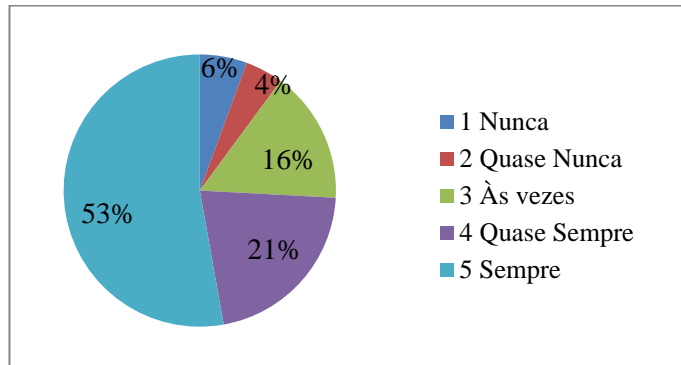


Fonte: Autora da pesquisa.

Pode-se justificar a sensação de segurança pelo uso do AMS, cujo foco é a construção de medidas de proteção que possam ajudar a evitar ou minimizar o impacto de um incidente de segurança. O AMS prevê ações para trabalhar os riscos identificados com objetivo de ampliar a segurança e a proteção dos profissionais e das comunidades localizadas em áreas vulneráveis. (CICV, 2018). Outra possível justificativa para sensação de segurança manifestada pelos profissionais dentro dos CS segundo Veloso et. al (2005), é a naturalização da violência vivenciada no dia-a-dia devido a frequência de situações violentas nos contextos das comunidades mais vulneráveis, entretanto, quando há algum incidente de maior gravidade como um óbito perto do centro de saúde configura-se uma quebra dessa barreira de proteção, expondo a fragilidade das pessoas diante dos confrontos externos à unidade.

Repensar as práticas em saúde e da organização do processo de trabalho na APS pode amenizar a vulnerabilidade dos profissionais da saúde. Nesse sentido, quando questionado quanto à participação em treinamento para uso da metodologia AMS, 61% receberam treinamento, 90% afirmam que a metodologia contribui para sentir-se seguro e 75% refere que o mesmo é utilizado sempre no CS. Para Kaiser e Bianchi (2008), os fatores associados ao risco de exposição à violência e suas implicações pelos profissionais da APS poderiam ser atenuados por meio de educação permanente e auto desenvolvimento, possibilitando uma maior compreensão e flexibilidade nas relações humanas (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Contribuição da metodologia Acesso Mais Seguro para o sentimento de segura dos profissionais de saúde.

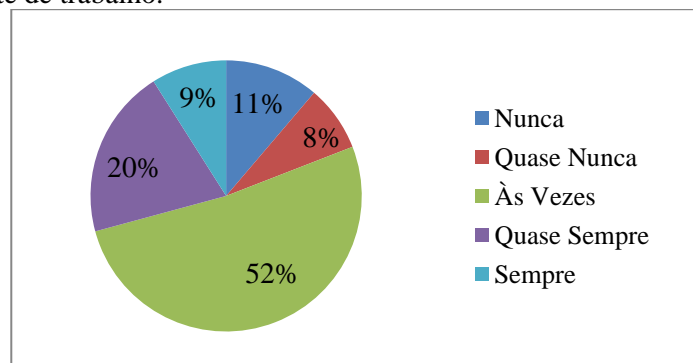


Fonte: Autora da pesquisa.

A análise do trabalho em um ambiente permeado por situações diversas de violência mostra como a percepção de riscos e a vulnerabilidade individual pode produzir diferentes reações das pessoas em seu cotidiano profissional, o que torna evidente a dimensão subjetiva e interna da noção de risco.

Ao abordar sobre o preparo para lidar com a questão da violência em seu trabalho, 11% responderam que nunca, 8% quase nunca, 52% às vezes, 20% quase sempre e 9% sempre (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Sentimento de preparo dos profissionais de saúde para lidar com situações de violência em seu ambiente de trabalho.



Fonte: Autora da pesquisa.

O uso de ferramentas para lidar com a violência armada amplia a capacidade dos profissionais para enfrentar situações que podem acontecer num contexto vulnerável, pois estimula o conhecimento da realidade, a compreensão da dinâmica da violência no local bem como a observação de sinais que podem gerar riscos e fomentar mudanças no comportamento e na postura dos profissionais de modo a

minimizar os danos para si e para a coletividade permitindo que os riscos sejam gerenciados de forma eficaz, eficiente e coerente (CICV, 2018). Esse preparo e sensação de segurança por parte dos profissionais é relevante porque não é possível eliminar os riscos aos quais os profissionais estão expostos, o que se pode fazer é gerenciá-los e trabalhar com o que é possível evitar e prever.

Os desafios dos profissionais que atuam nas áreas de violência armada são ainda maiores do que os já postos pela atuação da Estratégia Saúde da Família, pois não é raro ocorrerem mudanças inesperadas na agenda de atividades das equipes devido aos conflitos no território adscrito, por exemplo, 69% dos entrevistados responderam que a violência armada na comunidade interfere no seu cotidiano profissional.

O dado alerta que o processo de trabalho da ESF por vezes é afetado, pois o cotidiano de violência no território exige que os profissionais, a partir da análise do contexto, necessitem restringir suas atividades no território, atuando mais no interior dos CS, impactando diretamente na oferta de serviços e na vida das pessoas que vivem nessas comunidades que, além de sofrerem diretamente com a violência no território em sua forma crônica, sofrem também com a interrupção ou alteração na prestação de um serviço público considerado essencial, 73% dos profissionais alegam que já precisaram alterar ou cancelar alguma atividade por causa da violência na comunidade (CICV, 2013).

A violência urbana predomina em lugares onde vivem aglomerados de famílias em situações precárias e desiguais socialmente, de baixa renda, baixa escolaridade, características presentes nos CS pesquisados (POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013). Os CS participantes da pesquisa são os localizados em área de extrema vulnerabilidade do município de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2017), onde de forma geral, a maior parte dos usuários dependente exclusivamente do SUS, logo o impacto da não oferta de algum serviço (como a visita domiciliar) impacta muito mais do que nas áreas de classe média, onde as pessoas têm condições de acessar a serviços que não os do SUS.

As visitas domiciliares têm sido consideradas por muitos profissionais de saúde como um fator de risco no trabalho, à medida que a sensação de segurança da estrutura física do CS é rompida. Mesmo os ACS que residem na área de abrangência do centro de saúde e conhecem a realidade local, mostram, em algumas situações, receio de circularem pelas ruas onde moram, pois enquanto morador da comunidade, ele mesmo evita circular em alguns locais, porém enquanto profissional da APS precisa acessar todo território de abrangência para atender a toda a população. As visitas são evitadas quando o Grupo de Tomada de Decisão identifica que algo está fora do comum, ou seja, o risco está elevado, em decorrência de tiroteios, conflitos de grupos rivais ou alguma situação que altere a precária condição de normalidade local (VELLOSO et. al, 2005).

O impacto da violência não se limita ao acesso à saúde, mas também gera adoecimento e sofrimento tanto para os profissionais, quanto para os usuários. É necessário ter um olhar diferenciado aos problemas de saúde mental do profissional que vivenciou situação de violência armada, nesta pesquisa 85% dos entrevistados acreditam que a violência armada reflete em adoecimento, insatisfação e insegurança por parte dos profissionais, 89% afirmam a partir de sua percepção do cotidiano que o mesmo ocorre com os usuários, frequentemente.

A violência urbana não está restrita às agressões físicas e aos homicídios, pois se observa que, cada vez mais, tem afetado a qualidade de vida dos indivíduos, suas famílias e comunidade, gerando diversos problemas físicos, psíquicos, morais e sociais, necessitando, assim, de atenção dos serviços de saúde, pois danos emocionais provocados pela violência, na maioria das vezes, se apresentam nas consultas ocultos nos sintomas físicos, onde as queixas orgânicas se sobrepõem às queixas psíquicas (RIBEIRO, et. al, 2013).

Nesse sentido, um estudo quantitativo evidencia a relação entre multimorbidades e pessoas que vivem em áreas de baixo desenvolvimento social, associando transtornos mentais com queixas físicas e recomenda que os profissionais atuantes em territórios caracterizados pela vulnerabilidade social tenham um olhar ampliado e voltado para a determinação social do processo saúde doença, pois irão se deparar com um maior número de distúrbios de saúde física e mental para administrarem simultaneamente (BARNETT et. al, 2012).

A violência destaca-se, portanto, como um fenômeno que acarreta problemas para as condições de saúde dos usuários e dos profissionais, como também interfere no desempenho profissional dos trabalhadores que realizam assistência nesses ambientes adversos (SILVA, et. al, 2017). Discutir a repercussão da violência na saúde dos

profissionais e usuários evita que a mesma se torne comum e banal, ela não deve passar despercebida, nem ser naturalizada. Alguns espaços utilizados pelos profissionais das ESF possuem grande potencial na construção de estratégias de proteção e enfrentamento como nas reuniões de planejamento e nas reuniões de equipe. Dos entrevistados, 81% afirmam que a violência é pauta nas reuniões de equipe frequentemente, 93% consideram necessário o uso de ferramentas de proteção e 100% reconhecem a necessidade e importância de haver uma padronização de ações a serem tomadas diante de um evento de violência, esses dados mostram que os profissionais valorizam este tema como um problema relevante para seu trabalho e encontram-se sensibilizados quanto à temática e à necessidade de refletir constantemente a respeito das ações adotadas.

É consenso nos estudos de que as diferentes formas de manifestação da violência e seu impacto no processo saúde-adoecimento vêm exigindo novas formas de abordar o problema nos serviços de saúde, demandando a readequação do processo de trabalho e a organização em rede para consolidar o que é preconizado pelas políticas públicas brasileiras. Deste modo, a abordagem dos indivíduos nos serviços de atenção primária precisa assegurar a integralidade e a intersetorialidade nos atendimentos (MENDONÇA et. al, 2018; VELLOSO et. al, 2005).

## **CONCLUSÃO**

A implantação do Acesso Mais Seguro no município de Florianópolis possibilita que as condutas frente à atual situação da violência armada no território adscrito dos CS sejam padronizadas, tanto nos procedimentos de segurança adotados pelos trabalhadores quanto nas pactuações realizadas com os gestores e representantes do movimento comunitário.

A metodologia confere proteção às equipes inseridas em territórios vulneráveis e minimização das consequências da violência, atenuando as situações de estresse, gerando maior bem estar aos profissionais e diminuindo os impactos à saúde do trabalhador.

Gestores e profissionais da saúde são imprescindíveis na iniciativa de formação de redes de prevenção e atenção à violência. O setor saúde, que tem sido fundamental neste debate, é incapaz de resolver a questão da violência por si só. Isso leva ao entendimento de que a intersetorialidade é uma exigência intrínseca e essencial no campo deste problema. Os resultados trazem um desafio para os profissionais, gestores e sociedade que é considerar o problema da violência em sua amplitude e multicausalidade para que possam planejar, interagir e intervir de forma eficaz.

Investir em mudanças no processo de trabalho se coloca como meio para se garantir a integralidade do cuidado e a intersetorialidade nas ações, uma das formas para se viabilizar isso seria ampliar as discussões a respeito dos impactos da violência armada no trabalho da ESF. As mudanças serão possíveis a partir da compreensão da violência como um processo social que pode se expressar na saúde dos diferentes segmentos etários e da formação e capacitação de profissionais, tanto no que se refere à maior compreensão do fenômeno, quanto a incorporação de estratégias de prevenção e de proteção para situações de violência, a partir do uso de tecnologias que impliquem numa relação dialógica com os usuários.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. F. de; PERES, M. F. T; FONSECA, T. L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saúde Soc.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 207-221, Mar. 2019 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 20 de agosto de 2019.

BARNETT, K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **The Lancet**, v. 380, n. 9836, p. 37-43, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602402>>. Acessado em: 20 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, G. W. S. et. al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz**, p. 783-836, 2006.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Para Construir um Acesso Mais Seguro: guia para profissionais de saúde**, 1ª ed., Rio de Janeiro, 2013a.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. **Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais - Relatório**, 2018. Disponível em:<



<https://www.icrc.org/pt/publication/acesso-mais-seguro-para-servicos-publicos-essenciais-brasil>> Acessado em 04 de julho de 2019.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **Revista O Social em Questão**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 28, p. 187-98, 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>>. Acessado em: 10 de setembro de 2019.

FIÚZA, T. M. et al. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 6, n. 18, p. 32-39, 2011.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Perfil epidemiológico da violência em Florianópolis, 2017. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28\\_12\\_2017\\_11.28.19.ff8c754b3f12ecc6d8f97f801fd891dd.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_12_2017_11.28.19.ff8c754b3f12ecc6d8f97f801fd891dd.pdf)>. Acessado em 05 de junho de 2019.

GONÇALVES, H. C. B; QUEIROZ, M. R. de; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17-23, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922017000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922017000100017&script=sci_arttext)>. Acessado em: 15 de julho de 2019.

KAISER; D.E; BIANCHI; F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 29, n.3, p.362-366, 2008. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6755>>. Acessado em: 20 de junho de 2019.

KINGMA, Mireille. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. **International Nursing Review**. V. 48, p. 129-130, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11558684>>. Acessado em: 02 de dezembro de 2019.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência sob o olhar da saúde: A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2011.

POLARO, S. H. I; GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M. Building the gerontological performance of nurses in Family Health Programs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013.

MACHADO, C. B; DAHER, D. V. Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1445-1452, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24480>>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

MENDONÇA, C.S; MACHADO, D. F; ALMEIDA, M. A. S; CASTANHEIRA, E. R. L. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-na-atencao-primaria-em-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa-da-literatura/16977?id=16977>>. Acessado em: 02 de junho de 2019.

MILLER, G. E. Ensino e aprendizagem nas escolas médicas. Tradução de Maria Helena Caldas de Oliveira. São Paulo: Nacional, 1967.

RIBEIRO, W.S. et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **PloS one**, v. 8, n. 5, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648507/>>. Acessado em: 03 de julho de 2019.

SILVA, S. M. da et al. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5895>>. Acessado em: 06 de fevereiro de 2020.

VELLOSO, I. S. C. et al. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 302-308, 2005. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/476>>. Acessado em: 13 de janeiro de 2019.

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>>. Acesso em: 06/02/2020

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração do estudo identificou-se a escassez de material que se discute saúde e violência armada. Sendo assim, esse trabalho almeja demonstrar a complexidade de se atuar em um território marginalizado, a partir da pesquisa e registro de dados pertinentes à população e profissionais da saúde que anseiam por estratégias e amparo baseados na produção de conhecimento científico.

Percebe-se que falar sobre a violência na área da unidade de saúde é difícil para os profissionais, por ser tratado, historicamente, como um problema de segurança pública e não próprio do setor saúde. Inicialmente, coloca-se a violência como algo distante, externo e que não interfere no trabalho. Nesse sentido, o poder instituído das ESF se defronta com uma outra forma de poder paralelo, cujas regras e objetivos são distintos e opostos. A população e profissionais são penalizados, especialmente nos grandes centros urbanos, pelas diversas formas de violência e tem limitação do acesso a serviços públicos considerados essenciais.

Pensar na preparação dos profissionais para trabalhar em áreas marcadas pela violência é destacar a importância de se discutir este tema nos espaços de saúde, fornecer ferramenta necessária para segurança do trabalhador e evidenciar a necessidade de educação permanente para o profissional de saúde. Assim, conclui-se que há urgência em inserir, nos espaços em que se discutem saúde, sobre a problemática da violência urbana, os impactos da mesma na saúde dos profissionais e usuários, bem como considerar a desigualdade social e os determinantes sociais como aspectos inerentes a esse processo. A reflexão sobre a prática e a problematização da realidade na qual os profissionais estão inseridos promove a busca pelo aprimoramento teórico e facilita a compreensão do processo de territorialização, estimula a criação de vínculo do profissional de saúde com a comunidade, o que facilita a fixação do profissional, garantindo longitudinalidade do cuidado à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II. [Painel de Indicadores do SUS, 5]. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 20 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2018>>. Acessado em: 17 de jun de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura Equipes Saúde da Família. 2018. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 01 maio 2019.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. **Para Construir um Acesso Mais Seguro: guia para profissionais de saúde**, 1ª ed., Rio de Janeiro, 2013a.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. O Programa Acesso Mais Seguro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>> Acessado em 02 de junho de 2019.

FLORIANÓPOLIS. Portaria nº 22/2016. Política Municipal de Atenção Primária à Saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Diário Oficial Eletrônico do Município, n. 1820, 09 nov. 2016. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29\\_11\\_2016\\_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf)

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Perfil epidemiológico da violência em Florianópolis, 2017. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28\\_12\\_2017\\_11.28.19.ff8c754b3f12ecc6d8f97f801fd891dd.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_12_2017_11.28.19.ff8c754b3f12ecc6d8f97f801fd891dd.pdf)>. Acessado em 05 de junho de 2019.

KAISER; D.E; BIANCHI; F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 29, n.3, p.362-6, 2008. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6755>>. Acessado em: 20 de junho de 2019.

MERCES, M. C et. al. Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. **RevFundCare Online**. Vol. 9, n 1 p. 208-214, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5367/pdf>>. Acessado em 28 de julho de 2019.

MINAYO M. C. S; SOUZA; E. R. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2011.

MORAIS, C.. **Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa**. Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Educação, Bragança, 2010.

MOURA, L. B. A; OLIVEIRA, C; VASCONCELOS, A. M. N. Violências e juventude em um território da Área Metropolitana de Brasília, Brasil: uma abordagem socioespacial. **Ciênc Saúde Coletiva**. Vol. 20, n. 11 p. 3395-405, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.17442014>>. Acessado em: 30 de julho de 2019.

POLARO, S. H. I; GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M. Building the gerontological performance of nurses in Family Health Programs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

TAVARES, R. et al . Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 923-934, Mar. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000300923&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300923&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 30 de julho de 2019.

World Health Organization. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva; 2004. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA ESCOLA SAÚDE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que compõe um Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública de Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pela residente de enfermagem Carine Ferreira sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Jussara Gue Martini e coorientação do Me. Vinícius Paim Brasil, intitulada: **O PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**. Este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família que atual em territórios com presença da violência armada sobre a utilização do Acesso Mais Seguro.

O estudo está pautado na Resolução 466/2012 de acordo com o Conselho Nacional de Saúde e será respeitada a sua disponibilidade e disposição física e psicoemocional para participar do mesmo.

Garantimos que esta pesquisa não trará nenhum risco de natureza física, exceto um provável desconforto psicológico uma vez que propõe uma reflexão sobre o seu processo de trabalho que pode evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis. Estaremos dispostos a escutá-lo sempre que necessário a fim de diminuir o desconforto sentido, bem como prestaremos assistência de acordo com suas necessidades e um espaço para suas observações de maneira individual caso se sinta constrangido.

Esclarecemos que haverá cuidado com o manuseio e socialização das informações mantendo sempre seu sigilo. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em eventos científicos como em revistas da área da saúde sem que haja a quebra de sigilo sobre sua identidade. Asseguramos o anonimato e a confidencialidade, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Entretanto, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional.

Esta pesquisa não envolve financiamento e sua participação é voluntária, logo você poderá recusar-se a participar ou retirar-se em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, manifestando seu interesse através dos contatos que se seguem mais adiante neste termo.

As informações coletadas serão manuseadas somente pelos pesquisadores responsáveis, de forma alguma será exposta a outras pessoas. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação. Toda informação será mantida em sigilo de modo a garantir a sua privacidade em todas as fases da pesquisa ficando de posse dos pesquisadores por um período de cinco anos ao fim dos quais os mesmos serão destruídos.

Garantimos que você não terá despesas por participar deste estudo, contudo, caso aconteçam despesas não previstas e comprovadamente vinculadas a sua participação, estaremos dispostos a realizar o ressarcimento das mesmas. Igualmente informamos do seu direito à indenização caso haja danos a sua pessoa e que sejam comprovadamente vinculados a sua participação neste estudo, conforme determina a lei.

Em relação aos benefícios da pesquisa, em curto prazo, reflexões acerca de seu processo de trabalho, sensibilização e valorização de suas atividades. Em longo prazo, fornecer dados que possam contribuir para a elaboração de novas medidas de enfrentamento da violência armada na APS no município de Florianópolis de forma que promova melhorias no processo de trabalho dos profissionais fazendo com que a violência territorial tenha o menor impacto possível no acesso à saúde da população.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão a pesquisadora Residente de Enfermagem Carine Ferreira, a orientadora da pesquisa Prof. Dr<sup>a</sup> Jussara Gue Martini e o coorientador Enfermeiro Vinícius Paim Brasil.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e você receberá uma via deste termo assinada e rubricada pelos pesquisadores responsáveis em todas as suas folhas numeradas.

Nome da pesquisadora responsável: Carine Ferreira

Telefone:(47) 99643-2991

E-mail: carine2009@hotmail.com

Endereço: R. Prof. Clementino de Brito, s/n - Capoeiras, Florianópolis - SC, 88070-150

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

Nome da orientadora da pesquisa: Jussara Gue Martini

Telefone:(48) 3721-2769 E-mail: jussarague@gmail.com

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Bloco I, sala 01, térreo. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040900.

Assinatura da orientadora: \_\_\_\_\_

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF, CEP 70719-040 Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade - Florianópolis – SC, CEP 88040-400. Fone: (48) 3721-6094 – E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_.



## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

### QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Idade:
Sexo: ( ) Feminino      ( ) Masculino
Escolaridade:
Categoria profissional:
Especialização/residência em Saúde Pública ou Saúde da Família: ( ) Sim    ( ) Não
Centro de Saúde (CS):
Tempo de trabalho na APS:
Reside no território de abrangência do CS onde trabalha: ( ) Sim    ( ) Não
Tempo de trabalho no atual CS:
Faz parte do grupo de tomada de decisão do AMS?    ( ) Sim      ( ) Não

## APÊNDICE C- ESCALA PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO

### ESCALA PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação.

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
1. Você vivencia situações de violência armada no território do seu Centro de Saúde.					
2. Você se sente seguro em seu ambiente de trabalho.					
3. A metodologia AMS é utilizada em seu Centro de Saúde.					
4. Em situações de violência, o AMS contribui para você sentir-se mais seguro.					
5. Você já precisou alterar ou cancelar alguma atividade por causa da violência na comunidade.					
6. O problema da violência armada na comunidade interfere no seu cotidiano profissional.					
7. Você considera necessário o uso de ferramentas para lidar com as questões de violência no território.					
8. Você se considera preparado para lidar com a questão da violência em seu trabalho.					
9. Você já recebeu algum treinamento para lidar com as questões relacionadas a					

violência armada.					
10. O tema da violência na comunidade é debatido/discutido nas reuniões de equipe.					
11. Você sente/percebe que a violência armada reflete em adoecimento, insatisfação e insegurança por parte dos profissionais.					
12. Você sente/percebe que a violência armada reflete em adoecimento, insatisfação e insegurança por parte dos usuários.					
13. Você considera importante a padronização de ações a serem tomadas no momento de um evento de violência.					