

TATIANA TELLES E KOELER DE MATOS

**A VIOLÊNCIA E O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.**

**CAMPOS GERAIS – MG
2011.**

TATIANA TELLES E KOELER DE MATOS

**A VIOLÊNCIA E O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para a obtenção do Certificado de
Especialista**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Geralda Fortina dos Santos

**CAMPOS GERAIS – MG
2011.**

TATIANA TELLES E KOELER DE MATOS

**A VIOLÊNCIA E O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para a obtenção do Certificado de
Especialista**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Geralda Fortina dos Santos

Banca Examinadora :

Prof^a. Dr^a. Geralda Fortina dos Santos

Prof^a. Dr^a. Andrea Maria Silveira

Aprovado em Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2011

Dedico este trabalho ao meu esposo Airton, e meus filhos Rayanne e Daniel que me incentivaram em todos os momentos da minha formação, compreendendo as longas viagens e momentos de ausência.

À Equipe da ESF 01, a qual já não faço mais parte, mas que esteve comigo durante todo curso que estou concluindo, e que partilhou a busca do conhecimento.

À Professora Geralda Fortina dos Santos, pela disponibilidade e dedicação durante a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu avô, Prof. Dr. Walter Telles, pelo exemplo,
ao meu pai, Julio Frederico Koeler pelos ensinamentos
e ao meu marido, Airton Ferreira de Matos, pela dedicação inquestionável.

Se o mundo pudesse existir composto somente por homens maravilhosos,
estes três seriam os melhores moldes...

“O erro é a matéria prima do conhecimento, só existem duas categorias de pessoas que nunca erraram: os natimortos, e aqueles que jamais ousaram galgar, conquistar, conhecer.”

Prof. Dr. Walter Telles.

RESUMO

O presente estudo apresenta uma revisão da literatura sobre o tema violência no trabalho da equipe da Estratégia da Saúde da Família. A caracterização da violência nesse contexto, ao identificar e compreender os elementos da produção desse fenômeno pode contribuir para seu enfrentamento. O método escolhido foi o de revisão narrativa que permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o conhecimento do tema investigado. Os principais aspectos com relação à violência no trabalho dos profissionais de saúde da equipe encontrados na literatura foram: os tipos de violência, a prevalência da violência no ambiente de trabalho; os fatores associados ao risco, as consequências para os trabalhadores e prevenção destes eventos. Numa ampla e complexa dinâmica, profissionais da saúde podem ao mesmo tempo ter de lidar com as vítimas da violência, ser alvo de violências, ou até mesmo, podem ser autores de violências institucionais contra a população que atendem. Assim, estes trabalhadores estão expostos a variadas formas de violência, trazendo graves consequências à saúde, necessitando assim que outros estudos sejam desenvolvidos em relação à temática, principalmente, em nosso País.

Palavras-chave: Violência. Estratégia de Saúde da Família. Trabalhadores de Saúde.

ABSTRACT

This study reviews the Family Health Strategy team's workplace violence studies. Identifying and understanding workplace violence may contribute to combating it. The method chosen was a narrative review that systematically gathers and synthesizes research results. The main aspects regarding violence between patients and health workers found in the literature were: the types of violence, the prevalence of violence in the workplace, factors associated with risks, the consequences for the workers and prevention of these events. Health professionals may simultaneously have to deal with victims of violence, be the target of violence, or even be institutional perpetrators of violence against patients they serve. Health workers are exposed to various forms of violence, bringing serious health consequences. Other studies need to be developed related to the theme, especially in our country.

Keywords: Violence. Family Health Strategy. Health Workers

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DA LITERATURA	14
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A violência é um tema pertinente não só à segurança pública, mas também à saúde, uma vez que os agravos à saúde causados pelos acidentes e violências são constantes na rede de saúde pública, e causadores de lesões muitas vezes graves e permanentes, dispendiosas ao poder público e de caráter extremamente danosos ao paciente. A violência provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

De acordo com estudos da Agência Europeia da Saúde do Trabalhador (European Agency for Safety and Health at Work, 2002, p. 2) 4% da população economicamente ativa afirma ter sofrido alguma forma de violência no trabalho e que os ambientes de maior risco concentram-se no setor de serviços (saúde, transporte, comércio varejista e educação).

A violência no local de trabalho vem sendo definida como “incidentes no qual os trabalhadores são insultados, ameaçados, agredidos ou sujeitos a outros comportamentos ofensivos nas circunstâncias relativas ao seu trabalho” Di Matino (2003, p.5).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o trabalho tem como peculiaridade o intenso contato da equipe com a população assistida em sua área circunscrita, e esta população acaba sendo agente de violências cometidas contra a equipe de saúde.

Estudo de base populacional realizado na Finlândia revelou que os enfermeiros de saúde mental e médicos são algumas das profissões mais violentadas no trabalho, perdendo apenas para guarda de prisão e policial. Para o autor isto é causa de preocupação, uma vez que os trabalhadores de saúde não estão preparados para lidar com a violência, que muitas vezes, vêm dos pacientes (Salminen, 1997).

Em pesquisa realizada em um hospital regional, na Suécia, os autores Arnetz et al (1998) referem que os trabalhadores de hospitais têm um grande risco de sofrer violência no ambiente de trabalho, no curso de suas carreiras, sendo que o risco é maior para os trabalhadores de enfermagem que trabalham na assistência.

Santos e David (2011) em trabalho “Percepções do Estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde,” assinalam que no trabalho dos profissionais ESF, as atividades inerentes a ela, por seu propósito e bases teórico-conceituais, requerem a estruturação de vínculos com a clientela assistida, cujas dificuldades sociais propiciam inúmeras demandas intensificando as tensões do ambiente de trabalho.

Acrescenta-se a isto o fato de que os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família trabalham em uma área circunscrita, e que a população abrangida nesta área é fixa; portanto, o vínculo que se cria com esta população é uma das características do programa. De maneira geral pode-se dizer que a violência se evidencia quando a população não se sente atendida em seus anseios e passa a ver a equipe não mais como agente promotor de saúde, mas sim como um inimigo velado que entre outras coisas a impede de procurar tratamento especializado em outras instâncias. Isto porque muitas prefeituras, por questões de organização do fluxo do serviço, impedem que o paciente procure o médico especialista sem o encaminhamento do profissional da ESF.

Considerando a violência um tema de grande interesse, especificamente, a violência no trabalho cotidiano dos profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família, decidiu-se elaborar uma revisão da literatura sobre o assunto.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Descrever formas de violência externa que afetam os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família;

Objetivos Específicos

- Revisar os conhecimentos sobre os tipos de violência praticada pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família aos trabalhadores de saúde;

- Entender como a estreita relação que a equipe de Saúde da Família possui com a comunidade, que deveria ser tão benéfica para ambos os lados, pode tornar-se prejudicial para a saúde dos trabalhadores da ESF;

3 METODOLOGIA

O método escolhido foi o de revisão narrativa que permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Foram pesquisados artigos na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com as palavras chaves Violência e Saúde da Família, onde foram encontrados 479 artigos com as mais variadas formas de relação de violências e os trabalhadores de saúde. Ao refinar a busca com as palavras-chave violência trabalhadores saúde da família, 14 foram os trabalhos encontrados, e destes, apenas 2 trabalhos eram compatíveis com o tema. A pesquisa nas bases de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2011.

Acrescenta-se que foram usadas as referências bibliográficas que originaram estes trabalhos e outras fontes de referencia sobre violência, visto que apesar de o tema ser parte do cotidiano das equipes da Estratégia da saúde da família, ainda é um campo muito pouco explorado.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Conceito de violência

Existe um amplo conceito do que vem a ser violência, e não há consenso entre os autores quanto a sua definição. Em 2002, pela primeira vez, a Organização Mundial da Saúde se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente do que a que vinha adotando até então, quando apenas classificava os efeitos desse fenômeno ou realizava análises e fazia recomendações esporádicas sobre o assunto. Para isso divulgou o *Relatório mundial sobre violência e saúde*, no qual define violência como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (KRUG et al., 2002, p. 5).

Muitas outras definições existem, algumas coincidentes, outras divergentes. Entretanto, Minayo e Souza (2003), em *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira* destacam que há a idéia comum de que não se pode reduzi-la ao conceito de delinqüência. Pelo contrário, a violência abrange todas as formas culturalmente naturalizadas de agressões interpessoais de discriminações raciais ou de classes, de abusos e de dominações contra crianças, mulheres, idosos e deficientes. Enfim, a violência se manifesta e toma formas das realidades concretas onde se leva a vida, seja no nível interpessoal ou institucional, seja no ambiente micro ou no macropolítico-social.

Por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal. É importante aqui distinguir os conceitos de violência e de agressividade.

Segundo Freud (1980), a agressividade é um impulso nato, essencial à sobrevivência, à defesa e à adaptação dos seres humanos. Constitui-se como elemento

protetor que possibilita a construção do espaço interior do indivíduo, promovendo a diferenciação entre o EU e o OUTRO. Portanto, a agressividade, ao contrário da violência, inscreve-se no próprio processo de constituição da subjetividade. A transformação da agressividade em violência é um processo ao mesmo tempo social e psicossocial para o qual contribuem as circunstâncias sociais, o ambiente cultural, as formas de relações primárias e comunitárias e, também, as idiosincrasias dos sujeitos.

Violência do Trabalho

Lancman S. et al (2009) conceituam a violência *do* trabalho como aquela que relaciona-se à deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de produtividade, que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos.

Como explanam Njaine K. et.al (2009) em Impactos da violência na saúde: “sabe-se que médicos e enfermeiras trabalham, em média, em dois ou três lugares. Além do gasto de energia, enfrentam ainda condições de trabalho que nem sempre são ideais, precisando improvisar para realizar o atendimento”. Daí a tendência do profissional tentar criar o possível e o impossível em um cenário em que podem até ser responsabilizados por erro médico, má conduta e negligência, quando é o próprio serviço que não lhes dá o apoio necessário para trabalhar adequadamente. Esse quadro configura o que alguns autores que estudam a psicodinâmica do trabalho chamam de “pressão por trabalhar mal”; isto é, o trabalhador sabe o que deve fazer, tem competência para tal, mas não pode realizar bem suas atividades porque não conta com as condições técnicas e relacionais condizentes. Levando-se em conta a rotatividade de profissionais em algumas unidades, o tamanho reduzido das equipes e os arranjos de carga horária, o profissional que está à frente do atendimento se vê diante de uma demanda de atendimentos geralmente grande.

Violência no Trabalho

Lancman S et al (2009) conceituam a violência *no* trabalho como aquela que envolve a relação com chefias, pares, clientes e o público no exercício das atividades.

Complementando ainda esta definição, Santos Junior e Costa Dias (2005, p 708) relatam que a maioria dos autores estudados adota a seguinte definição de violência no trabalho:

Todas as formas de comportamento agressivo ou abusivo ou mesmo quaisquer atos, posturas e atitudes que possam causar dano físico ou psicológico ou desconforto em suas vítimas ou dano ao patrimônio, praticados por quem quer que seja (cliente/paciente, assaltante, colega de trabalho ou pessoa com a qual o trabalhador mantenha alguma relação que não seja a profissional – cônjuge, amante, irmão, colega etc.), estando o indivíduo (vítima) trabalhando, a serviço do trabalho ou indo para ou voltando do trabalho.

Ao conceito de violência no trabalho, podemos ainda acrescentar os incidentes relacionados a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques e que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores. Entende-se por violência psicológica formas de agressão verbal, ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos.

Em revisão bibliográfica, Santos Junior e Costa Dias (2004) citam dois tipos de violência no trabalho, segundo a *Occupational Safety & Health Administration* em 1995: violência externa, praticada por clientes/pacientes e a interna.

Na externa, o indivíduo que pratica a violência não tem nenhuma relação com a vítima, como por exemplo, atos violentos com a intenção de roubo.

Já na praticada por clientes/pacientes, existe algum tipo de relação profissional entre o praticante do ato violento e a vítima. É o tipo mais habitual, e também o que tem conseqüências mais leves e menos visíveis, como ofensas verbais e ameaças.

Na violência interna, o indivíduo que pratica o ato violento tem algum tipo de ligação com o local de trabalho ou com algum trabalhador. Temos como exemplo deste

tipo de violência, as brigas entre colegas de equipe, entre parentes no local de trabalho, entre outros.

A esses tipos de violência, agrega-se a violência indireta, que ocorre quando, no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas, considera também a desqualificação do trabalho realizado, a impossibilidade de realizá-lo com qualidade e situações que obrigam os trabalhadores a agirem contra a sua vontade, seus valores, numa violação da integridade psíquica e, portanto, da dignidade humana.

A violência indireta pode decorrer do convívio, da interação e do testemunho de situações de violência externa, o que significa ter contato, presencial ou indireto, com vítimas da violência ou com os agressores.

Neste trabalho, trataremos especificamente da violência praticada por clientes/pacientes contra os profissionais da Estratégia da Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família

Em 1994, o Ministério da Saúde colocou, em seu plano de ações e metas prioritárias, a Estratégia da Saúde da Família para o processo de reorganização da atenção básica à saúde. O modelo em questão apresenta uma característica de atuação inter e multidisciplinar, bem como a responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas Unidades de Saúde da Família.

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes multiprofissionais uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vai além de práticas curativas.

A Unidade de Saúde da Família consiste em uma unidade ambulatorial pública de saúde, destinada a realizar assistência contínua às especialidades básicas, por meio de uma equipe multiprofissional. É sua tarefa desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do

nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

Ao considerarmos a complexidade do processo saúde/doença e a saúde, de uma forma ampliada e integral, verificamos a necessidade e a importância de um trabalhador com perfil que responda às necessidades identificadas na população. A aproximação com a comunidade requer o mínimo de tempo da equipe, conhecimento da saúde da família e habilidades clínicas.

O Ministério da Saúde preconiza que cada equipe deve ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas).

Violência e a Estratégia de Saúde da Família

Lancman S et al (2009) mostram que a violência fica acentuada em serviços como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que prevêm um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência.

Contrera-Moreno, L. e Contrera-Moreno, M. I. (2004) ressaltam ainda que outro fator é o tipo de clientela atendida, tais como: pacientes psiquiátricos, com demência, drogados e pessoas envolvidas em gangues, pois geralmente possuem armas. Pacientes idosos também são fontes de violência, e em muitas vezes estes clientes atacam tanto verbal como fisicamente, sem que o trabalhador tenha provocado a agressão. Outros fatores mencionados como geradores de violência foram a frustração com o serviço devido a espera pelo atendimento médico e o estresse dos pacientes que estão com muita dor ou com distúrbios psiquiátricos ou emocionais.

As situações mais comuns em que ocorre violência contra o profissional de saúde são, em geral, quando o paciente está agitado ou é reprimido, quando recebem más notícias, ou ainda, quando lhe é solicitado fazer algo que não deseja. Familiares e amigos ansiosos e angustiados também são fonte de violência contra trabalhadores de saúde principalmente em unidades de emergência aglomeradas.

Segundo Pinheiro (2001), a pressão que muitas equipes sofrem dos usuários para a marcação de consultas, as queixas freqüentemente apontadas pelos usuários sobre o tempo de espera demasiadamente longo e a caracterização do serviço público como "lento e ineficaz" geram em toda a equipe uma ansiedade para a resolução dos conflitos criados pela sua população de abrangência. E saber que esta mesma população que causa ansiedade deve ser alvo de seus cuidados, ainda causa na equipe mais ansiedade ainda.

Pela identificação do Agente Comunitário de Saúde como representante da comunidade no serviço de saúde, Santos e David (2011) identificam que há uma expectativa das pessoas de serem atendidas no momento que precisam e que seus problemas sejam resolvidos. Quando o atendimento não corresponde ao esperado gera insatisfações e até agressões de ordem verbal ou pressão psicológica intensa.

Segundo Velloso (2005), no cotidiano de trabalho, os profissionais da Estratégia da Saúde da Família têm de transpor vários obstáculos impostos pela violência social, tema pouco discutido na área de saúde. O enfrentamento de agressões verbais, físicas e morais tornaram-se constante nos serviços de saúde que, constituem, atualmente, uma das poucas portas abertas, onde o usuário é recebido e ouvido, quer ele fale ou grite. As escolas fecharam suas entradas, os locais de lazer público transformaram-se em zonas de perigo e, freqüentemente, as questões da vida cotidiana das pessoas, suas necessidades e subjetividades chegam às unidades de saúde. As atividades de atenção à saúde têm como uma de suas diretrizes atender a livre demanda, o que significa também estar sujeito às mais diversas situações, independente de seu grau de risco.

O atendimento é prestado à população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob constante pressão, considerando que, além das agressões de pessoas

simplesmente fragilizadas e doentes, a unidade de saúde recebe e atende indivíduos diretamente ligados ao tráfico de drogas, normalmente armados, e a possibilidade de invasão por gangues rivais, em razão de constantes guerras, é uma realidade cotidiana. Essas situações vivenciadas pelas equipes de saúde exigem redobrados esforços de superação diários para que seu trabalho possa ser desenvolvido com responsabilidade, ética e comprometimento com a saúde da comunidade (VELLOSO, 2005).

Não são raras as situações em que os profissionais são ameaçados e chegam mesmo a sofrer agressões ao prestarem atendimento a pacientes com problemas de saúde e sem condições de realizarem os cuidados necessários, como aquisição de medicamentos que não estão disponíveis na UBS, realização de exames diagnósticos, necessidade de suplementação alimentar, dentre outros. Há uma responsabilização do profissional que extrapola sua capacidade real de resolução dos problemas de saúde da população. Nesse sentido, os profissionais, embora se empenhem em prestar uma atenção qualificada aos usuários que atendem, em muitas situações, são reconhecidos como trabalhadores desqualificados e incompetentes, sendo-lhes atribuída total responsabilidade sobre o estado de saúde dos pacientes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Lancman S et al (2009), em pesquisa sobre as repercussões da violência no trabalho na saúde mental, a observação dos efeitos da violência física no trabalho leva geralmente a ações pontuais que buscam minimizar, ou mesmo solucionar as suas causas. Já a violência psíquica, mesmo quando direta e expressa por agressões verbais, assédios, ameaças à integridade do trabalhador, nem sempre é evidente, uma vez que ocorre na relação intersubjetiva, dificultando sua constatação, sendo até mesmo negligenciada nas avaliações de diversos contextos de trabalho.

A literatura em seus diversos estudos registra que as possíveis conseqüências da violência no trabalho dependem da intensidade ou gravidade com que é percebida, da freqüência e da vulnerabilidade individual da vítima. Quadros como insônia, medo, ansiedade, depressão, agorafobia, reação aguda ao estresse, estado de estresse pós-traumático, baixa na produtividade e insatisfação com o trabalho têm sido citados como conseqüência dos episódios de violência no trabalho.

E embora os transtornos psíquicos graves ligados ao trabalho possam ocorrer, o que se vem observando mais freqüentemente são fenômenos que não se configuram como distúrbios mentais clássicos, mas como situações de elevado sofrimento psíquico, cuja origem é atribuída à conjuntura vivida pelos trabalhadores, em função da organização do trabalho.

Segundo Heloani et al (2008) e Soboll (2008), a experiência da violência psíquica, devido a seu caráter subjetivo, deve ser tratada em diferentes níveis, principalmente por seu impacto e custo para o trabalhador. Os efeitos dessa violência incluem sintomas de ordem psicossomática e podem se manifestar sob a forma de sensação de desconfiança, desânimo, perda de sentido do trabalho, baixa auto-estima, entre outros. Esses efeitos tendem a agravar-se com o tempo, podendo acarretar rompimento de relações interpessoais, absenteísmo, rotatividade, adoecimentos, afastamentos do trabalho e, finalmente, a desestruturação da organização do trabalho.

A violência, nas suas diferentes formas, como as relatadas pelos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, é expressa no medo do risco de exposição, na integridade ameaçada e no temor de represálias. Além disso, os sentimentos de impotência frente a situações de precariedade, a invisibilidade dos esforços realizados, a porosidade das fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais e a conseqüente contaminação do tempo de não trabalho permanecem, na maioria das vezes, ocultos.

Ainda Lancman S et al (2009) exprimem que embora os resultados indiquem forte tendência de sofrimento psíquico decorrente da violência no trabalho, o processo de trabalho desenvolvido no PSF proporciona perspectivas interessantes para seus profissionais. Compor um sistema em que seja possível reunir o ato técnico e atividades inovadoras e que levam a uma melhor qualidade de vida para a população é uma oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal que gera satisfação e envolvimento profissional com o outro.

A visibilidade da violência psíquica no trabalho e suas formas, a partir da participação dos trabalhadores, pode contribuir para a construção de estratégias individuais, grupais e organizacionais que tornem o trabalho mais saudável, permitindo aos trabalhadores realizá-lo, apesar das ameaças e do medo que vivenciam.

Santos Junior e Costa Dias (2005) referem que medidas preventivas (que não são simples e nem podem ser pontuais) não devem tardar. Essas medidas devem considerar o profissional de saúde, o processo de trabalho e a comunidade como um todo. Iniciativas como o acolhimento efetivo e resolutivo dos pacientes, uma triagem com classificação de risco e a humanização do atendimento podem ter grande impacto na diminuição dos episódios de violência no trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se a partir do trabalho apresentado que a Estratégia de Saúde da Família vem se ampliando de forma considerável em todo território nacional, e com ela, temos visto o quanto cresce a necessidade de estudos sobre esta nova especialidade de nosso setor de saúde, e primordialmente os estudos referentes ao processo de trabalho tão especial destes trabalhadores que vivenciam intimamente o cotidiano das famílias brasileiras.

A rotina dos serviços de Saúde da família, pela própria política de ação ligada a uma comunidade restrita, é diferenciada dos demais serviços de saúde. Como são muitas vezes estruturados dentro de áreas de vulnerabilidade social, e alguns membros da equipe são pertencentes à comunidade abrangida, torna-se impossível a dicotomia comunidade/trabalhadores, e estes aspectos que favorecem a interação da equipe com os usuários, também de certa forma expõem esses trabalhadores as mais diversas formas de violência impetradas por estes mesmos usuários que deveriam ser alvos de seus cuidados.

Com o aumento da violência estrutural, todas as outras formas de violência vêm aumentando consideravelmente, necessitando de intervenções. Desta forma, recomenda-se que outros estudos relativos ao tema sejam desenvolvidos, principalmente no Brasil, uma vez que os mesmos ainda são escassos em nosso País.

REFERÊNCIAS

ARNETZ, J.E. *et al.* Violence toward health care workers: prevalence and incidence at a large regional hospital in Sweden. **AAOHN Journal**, v.46, n.3: p.107-14, 1998.

BATISTA, C. B. *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trabalhos de educação em saúde (Online)**, v.9, n.2: p.295-317, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

CAMELO S.H.H.; ANGERAMI E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.1: p.14-21, jan./fev. 2004.

CONTRERA-MORENO,L.; CONTRERA-MORENO, M.I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.6: p.746-9, nov./dez. 2004.

Di MARTINO, V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. **Joint Programme on workplace violence in the health sector**. Geneva, p.5, 2003.

European Agency for Safety and Health at Work. Bélgica; 2002.

Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>
Acessado em 10/10/2011.

FREUD, S. **Por que a guerra?** In: *Obras completas*. vol. 22, p. 241-59. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

HELOANI J.R.M. *et al* **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, vol.1, 2008.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde, Geneva, 2002.

LANCMAN S. *et al.* Repercussões da violência no trabalho na saúde mental. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4: p.682-8, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NJAINÉ K. *et al.* **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, p.289-302, 2009.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p.65-112, 2001.

SALMINEN, S. Violence in the workplaces in Finland. **Journal of Safety Research**, p.123-31, 1997.

SANTOS Jr, E.A.; DIAS, E.C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.3: p.705-22, 2005.

SANTOS Jr, E.A.; DIAS, E.C. Violência no Trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.2, n.1: p.36-54, 2004.

SANTOS, L.F.B.; DAVID H.M.S.L. Percepções do Estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, v.19, n.1: p52-7, Rio de Janeiro, jan./mar 2011.

SOBOLL L.A.P. **Assédio Moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

VELLOSO, I.S.C., A Interferência da violência social no trabalho em uma unidade básica de saúde. **Escola de Enfermagem da UFMG**, Belo Horizonte, 2005.