

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE MESTRADO PROMOÇÃO DE SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

CLARISSE CARVALHO LEÃO MACHADO

**O enfrentamento da violência na atenção básica em saúde de
Ribeirão das Neves – Minas Gerais**

Belo Horizonte

2013

CLARISSE CARVALHO LEÃO MACHADO

**O enfrentamento da violência na atenção básica em saúde de
Ribeirão das Neves – Minas Gerais**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientadora: Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos

Belo Horizonte
2013

M149e Machado, Clarisse Carvalho Leão.
O enfrentamento da violência na atenção básica em saúde de Ribeirão das Neves - Minas Gerais [manuscrito]. / Clarisse Carvalho Leão Machado. - - Belo Horizonte: 2013.
104f.
Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Promoção da Saúde. 2. Violência/prevenção & controle. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Passos, Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	8
REFERÊNCIAS.....	17

ARTIGO 1

O enfrentamento da violência pela Estratégia Saúde da Família a partir da promoção da saúde: uma revisão de literatura.....	18
---	----

ARTIGO 2

Enfrentamento da violência na Atenção Básica em saúde sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde de um município mineiro.....	41
--	----

ANEXOS

Anexo A - Projeto de pesquisa para qualificação.....	72
Anexo B - Roteiro para o desenvolvimento dos grupos.....	98
Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	100

RESUMO

MACHADO, C. C. L. **O enfrentamento da violência na atenção básica em saúde de Ribeirão das Neves – Minas Gerais.** 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Este trabalho visa compreender como os Agentes Comunitário de Saúde da Atenção Básica em saúde do município de Ribeirão das Neves, uma das cidades da região metropolitana de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais, entendem o enfrentamento da violência no seu contexto de trabalho. Vários estudos têm demonstrado o impacto da violência na saúde da população brasileira e como a violência tem sido reconhecida como um problema de saúde pública que necessita ser enfrentado. Com a finalidade de saber como essa temática tem sido tratada dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família pela literatura científica e pelas políticas públicas, foi realizada uma revisão bibliográfica que percorreu estudos a partir de 2002 (logo após a entrada formal da pauta da violência no setor saúde do Brasil com a *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência* publicada pelo Ministério da Saúde em 2001) e as principais políticas públicas pertinentes ao tema. A base de dados utilizada para a busca dos artigos científicos foi a Biblioteca Virtual de Saúde, de onde foram selecionadas 12 publicações que abordavam o enfrentamento da violência a partir da promoção da saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Os estudos destacam as novas diretrizes que esta estratégia aporta para o processo de saúde-doença-cuidado, a necessidade de aprimorar a ação intersetorial no que se refere ao enfrentamento da violência, devido ao fato de tratar-se de uma problemática complexa e multideterminada, e de desenvolver ações de prevenção e de promoção de saúde. Também apontam o grande atravessamento da violência no fazer dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica e o despreparo dos profissionais para lidar com este problema. Já a pesquisa empírica do presente estudo utilizou metodologia qualitativa e exploratória, cujo método foi a realização de grupos de conversação inspirados na teoria dos grupos

focais junto aos trabalhadores da Atenção Básica do município referido. Foram analisadas as falas transcritas de um dos grupos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), selecionado por apresentar maior riqueza de elementos em relação aos objetivos do presente estudo. Para o tratamento dos dados, realizamos análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2010). Os resultados apontam que as ACSs estabelecem relação entre saúde e violência, que concebem a violência de maneira ampla e complexa, o que se evidencia pelos seus relatos. A violência é vivenciada no seu cotidiano de trabalho de diversas maneiras e causa grande impacto tanto na população atendida pelo PSF quanto em suas atuações profissionais de uma maneira geral. Sentem impotência diante do enfrentamento da violência, especialmente quando se trata de uma situação já instalada. Citam ações de prevenção à violência, realizadas pelo PSF, as quais foram abruptamente interrompidas ou descontinuadas. Assim, estratégias de enfrentamento da violência, seja no nível de atenção às vítimas, seja na prevenção, ainda carecem de desenvolvimento. Reconhecem a importância da realização de ações intersetoriais e de promoção da saúde para o enfrentamento da violência, mas apontam tímidas iniciativas neste sentido.

Palavras-chave: Enfrentamento da violência. Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

MACHADO, C. C. L. **Tackling violence in primary health care in Ribeirão das Neves - Minas Gerais**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

This work aims to understand how employees of Primary Health in Ribeirão das Neves, one of the cities in the metropolitan region of Belo Horizonte in Minas Gerais state, consider addressing violence in their work context. Several studies have demonstrated the impact of violence on the health of the population and how violence is recognized as a public health problem that needs to be faced. In order to know how this issue has been addressed within the context of the Family Health Strategy in the scientific literature and public policy, we conducted a literature review that studies come from 2002 (shortly after the entry of the formal agenda of violence in health sector in Brazil with the National Policy to Reduce Accidents and Violence published by the Ministry of Health in 2001) and the main policies relevant to the topic. The database used for the search of scientific articles was the Virtual Health Library, of which 12 were selected publications that addressed addressing violence from health promotion within the Family Health Strategy. Studies highlight the new guidelines that this strategy brings to the process of health-illness care, the need to improve intersectoral action in relation to addressing violence, due to the fact that this is a complex problem and multifactorial and develop prevention and health promotion. Also point out the great crossing of violence to workers' health and the lack of primary care professionals to deal with this problem. Already the empirical research of this study used qualitative methodology and exploratory, whose method was to hold conversation groups inspired by the theory of focus groups with workers of the municipality referred to Primary Care. We analyzed the transcribed speech of a group of Community Health Agents (CHA), selected for having greater wealth of information regarding the objectives of this study. For the treatment of the data, we conducted a thematic content analysis proposed by Minayo (2010). The results

indicate that the ACS established relationship between health and violence, violence that design in a broad and complex, as evidenced by their reports. The violence is experienced in their daily work in different ways and has a great impact on both the population served by the PSF as in their professional performance in general. Feel powerlessness of addressing violence, especially when it comes to a situation already installed. Cite actions to prevent violence, carried out by the PSF, which were abruptly interrupted or discontinued. Thus, strategies to deal with violence, whether at the level of attention to victims is on prevention, still require development. Recognize the importance of conducting and intersectoral health promotion for addressing violence, but point shy initiatives.

Keywords: Confronting violence. Family care. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A relação entre saúde e violência no âmbito das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS) é bastante recente e carece ainda de reflexões e estudos que ajudem a compreendê-la. A pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo apresenta o processo de inclusão da pauta da violência no setor saúde em seu artigo intitulado *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica* (2007). A autora mostra que desde a década de 1960 e 1970 há um movimento de âmbito internacional para a ampliação do conceito de saúde, o que facilitou o reconhecimento da violência como um problema do setor saúde. Mas foi na década de 1990 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu “acidentes e violências” como um problema de saúde pública pelo elevado índice de morbimortalidade decorrente dessas causas. Em 1993, esta organização “escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde” (MINAYO, 2007, p. 1260). Já no relatório anual de 2002, a OMS revelou que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas” (OMS, 2002, apud MINAYO, 2007, p. 1260).

Na década de 1960, a sensibilização da questão da violência dentro do setor saúde começa a ocorrer por meio de textos e debates por parte de profissionais de saúde denunciando as violências ocorridas contra crianças (MINAYO, 2007). A violência contra a mulher também começa a ser pautada no setor a partir de uma forte pressão por parte dos movimentos feministas, emergindo de maneira mais explícita na *Conferência sobre Violência e Saúde*, realizada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) em Washington, em 1994. Mas, de uma maneira geral, a autora conclui que:

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Opas e a Organização Mundial da Saúde começaram a falar especificamente do tema "violência" (e não apenas "causas externas"), congregando as várias discussões

(sempre dispersas e com pouca legitimidade institucional, até então) que vinham ocorrendo nos diferentes âmbitos e em alguns países. (MINAYO, 2007, p. 1261)

Em 1997, a OMS elege o enfrentamento da violência como uma das 5 prioridades para os países da América, e no seu relatório de 2002 o termo “causas externas”, utilizado pela Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID) X, foi substituído pela expressão “violência e saúde”. É quando também se produz uma série de recomendações para o setor, sendo uma delas a de que cada país construa um diagnóstico e um plano de ação a respeito do tema, momento em que há a entrada decisiva da violência como um problema a ser enfrentado pelo setor saúde. É a partir desta diretriz que o Brasil produz em 2005, junto à Fiocruz e a OPAS, o documento intitulado *Impacto da violência da saúde dos brasileiros* (MINAYO, 2007).

O Brasil, por sua vez, acompanhou o processo histórico que ocorria no mundo. Os movimentos pelo fim da ditadura foram fundamentais para o reconhecimento da violência social como uma questão pública. No setor saúde, seus profissionais passam a produzir estudos a partir da década de 1970, que aparecem de maneira mais contundente na década de 1980. É também nesta década que estes profissionais começam a atuar no enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes, que se concretizaram em ações práticas no terceiro setor. Estes movimentos fizeram parte também daqueles que ajudaram na construção do *Estatuto da Criança e Adolescente* (1990), e do *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil* (2002). O movimento de mulheres também teve participação fundamental em uma política que colabora com a pauta da violência na saúde, que é o *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), de 1983, destacando a violência de gênero. Em 2004, em continuação a esta política, é lançada a *Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos*. Em 2003, o *Estatuto do Idoso* também pauta a questão da violência contra o idoso de maneira intersetorial incluindo a área da saúde. Mas o documento brasileiro que marca definitivamente a entrada da questão da violência no setor da saúde é a *Política*

Nacional de Redução de Acidentes e Violência publicada pelo Ministério da Saúde em 2001 (MINAYO, 2007).

Em relação a este documento, a autora ressalta que o monitoramento deste problema

necessita ser encarado de forma muito diferente daquela que a área tem tradição, nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente, o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica. (MINAYO, 2007, p. 1264)

Um dos mais importantes desdobramentos desta política foi o plano de ação que dispõe sobre a estruturação da *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde* e a implantação e implementação de *Núcleos de Prevenção à Violência* em estados e municípios.

Observa-se, portanto, que a entrada da questão da violência como um problema de saúde pública surge no bojo de um processo histórico mais amplo relacionado aos movimentos mundiais surgidos nas décadas de 1960 e 1970 e nacionalmente daqueles que participaram da redemocratização do país na luta contra a ditadura militar. De maneira que esta questão não entra no setor saúde como mais um agravo de saúde que deve ser resolvido pelo setor, mas sim faz parte de um projeto de construção de uma sociedade mais democrática e justa. No setor saúde, este projeto se concretiza com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe novas diretrizes de atuação dos serviços de saúde, de seus profissionais e sua organização.

Assim, a violência, bem como outros problemas sociais considerados como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que passam a receber atenção por parte do setor saúde, aportam novas necessidades de atuação. Neste sentido, os conceitos de prevenção e especialmente de promoção da saúde passam a ser fundamentais para a construção de uma nova prática de atenção à saúde que seja construída junto com outros setores e a sociedade em geral.

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo. (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 520)

A partir de um olhar lançado desde o ponto de vista da violência como um problema de saúde pública, a promoção da saúde se apresenta como uma estratégia imprescindível, especialmente por ser a violência uma comorbidade considerada evitável. Por outro lado, desde o ponto de vista da Política de Promoção da Saúde, a violência é considerada como um fator condicionante e determinante do processo saúde-doença, que deve ser levado em consideração nas práticas de atenção à saúde, em especial da Atenção Básica em saúde (BRASIL, 2012).

A política de Promoção de Saúde propõe novas maneiras de lidar com as questões complexas que passam a ser pautadas no setor saúde. Se antes, o modelo biomédico, nem sequer levava em consideração os condicionantes e determinantes sociais da saúde, hoje, a Saúde Coletiva, especialmente a Política de Promoção à Saúde, traz à tona essa problemática e propõe, paralelamente, uma nova lógica de atuação.

A mudança de concepção do processo saúde-doença que o SUS aporta, e que vêm sendo implementada e desenvolvida desde a sua instituição, especialmente através da Política de Promoção da Saúde, lança um olhar sobre a população atendida que possibilita que não somente os sintomas sentidos no corpo físico, biologicamente explicáveis, sejam reconhecidos pelos trabalhadores dos serviços de saúde, como também toda a complexidade do território, com todos os seus aspectos geográficos, culturais, sociais, de valores, históricos, econômicos, e etc. O confronto com a realidade questiona antigas práticas da tradição da assistência à saúde e interroga sobre como seria possível promover a saúde diante dos novos elementos que emergem a partir desta perspectiva.

A Política de Promoção da Saúde preconiza a ação intersetorial e coloca a Atenção Básica, em especial a estratégia de Saúde da Família como a organizadora do sistema de saúde no território e não a que irá executar, necessariamente, as ações. Assim, também se faz indispensável pensar nessas novas estratégias, a partir de uma relação entre os diversos setores. Tanto os trabalhadores da ponta quanto a gestão, neste esforço, devem considerar também o que ocorre fora do Estado, como os grupos que se reúnem espontaneamente, grupos culturais, reuniões de igreja, associações de bairro, movimentos sociais, grupos artísticos, etc, que mostrem uma possibilidade para o enfrentamento para as questões sociais.

A violência, por seu turno, apesar de esbarrar constantemente e de diversas maneiras com os profissionais de saúde e com suas práticas, é muito mais ampla e não é capaz de ser enfrentada apenas por estes profissionais. Ela é um fenômeno complexo, multideterminado, ligado a questões culturais, sociais, psicológicas, emocionais, históricas, e pode se apresentar de diversas maneiras ao longo do tempo e com diversas intensidades e formas. Assim, é no mínimo ingênuo pensar que os profissionais da saúde seriam os únicos responsáveis por solucionar esse grave problema social. Sendo a construção deste fenômeno um processo complexo, seu enfrentamento também não poderia ser feito por um só setor. Ele se apresenta na vida cotidiana, da qual os equipamentos sociais fazem parte, como saúde, escola, equipamentos da assistência social, defesa social, etc. Assim, se faz necessário pensar no enfrentamento da violência de uma maneira ampla, multisetorial, multidisciplinar, que envolva diversos atores sociais e diversos tipos de estratégias.

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

o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (OMS, 2002, p. 5)

Maria Cecília de Souza Minayo, no documento do Ministério da Saúde *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (MINAYO, 2005), faz várias considerações a

respeito da dificuldade em conceituar a violência de maneira condensada e fixa. Assim, a autora toma a seguinte postura, que nos parece importante ao estudar a problemática da violência:

Assumindo a proposta ecológica, o presente documento dá ênfase ao sentido dinâmico da produção da violência, cuja interpretação se adéqua à teoria da causalidade complexa em que “todas as coisas são causadas e causadoras” e em que se evidenciam a retroalimentação entre os fatores e a reflexividade dos fenômenos. Por isso, a tônica reflexiva e metodológica proposta é a do imbricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social. (MINAYO, 2005, p. 25)

O conceito de promoção da saúde, por sua vez, também não recebe uma definição fixa e única abrangendo diversas interpretações conflitantes entre si que remetem a pressupostos teóricos, políticos e epistemológicos distintos. Quando analisadas todas essas concepções, o que permanece como base do conceito de promoção da saúde é a concepção positiva de saúde. Ela rejeita a concepção negativa da saúde, que entende saúde com ausência de doença e a concebe de maneira positiva, como um estado de bem-estar bio-psico-social. Essa nova visão aporta novas necessidades de atuação no setor saúde, que precisam incluir outros saberes intra e intersetoriais.

Apesar das diversas interpretações que podem ser feitas a respeito do conceito de promoção da saúde, partiremos da concepção que leva em conta a promoção da saúde como um movimento que propõe mudança social e cultural e não apenas de hábitos individuais. No entanto, as várias interpretações existentes a respeito do conceito de promoção da saúde, mostram que este ainda exige discussões e que não é ponto pacífico entre os trabalhadores de saúde. A conquista da Política de Promoção da Saúde não foi suficiente para garantir a efetivação de sua proposta na prática cotidiana dos trabalhadores de saúde.

A promoção da saúde considera fundamental levar em conta a realidade do território onde os serviços de saúde atuam, especialmente os de Atenção Básica. Neste sentido, os trabalhadores, ao mesmo tempo em que precisam atender as diretrizes políticas globais, devem levar em consideração a situação de saúde

presente e a dinâmica do seu território de abrangência local. Sendo assim, esta política propõe que os profissionais não devem somente executar o que está prescrito para suas atividades de trabalho, mas também devem participar da própria construção do seu fazer de maneira ativa, reflexiva, autônoma e participativa.

Para a Política de Promoção da Saúde

a saúde é resultado dos modos de organização de produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado, marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (BRASIL, 2006, p.13)

Assim, essa política enfatiza justamente a questão do contexto em que a saúde se insere, que ganha uma visibilidade ainda maior no âmbito da Atenção Básica em saúde. No entanto, vários avanços ainda são necessários, no sentido de aprimorar e efetivar a Política de Promoção da Saúde para que os profissionais que devem efetivá-la possam desenvolvê-la e implementá-la, pois apesar da política ter sido construída e legitimada, ela prevê uma mudança cultural e não pode se contentar com mudanças apenas legais.

Estas questões surgem como problemática a ser estudada a partir da minha atuação profissional como psicóloga do Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica do município de Ribeirão das Neves/MG entre agosto de 2007 e janeiro de 2012¹. As ações de matriciamento neste município aconteciam nos Programas de Saúde da Família (PSF)² e nas Unidades Básicas de Referência (UBR)³ e consistiam basicamente em visitas semanais ou quinzenais à essas unidades para a realização em conjunto das seguintes atividades: discussões de casos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, realização de grupos na unidade e ações coletivas com e na comunidade.

¹ Para saber mais sobre matriciamento e apoio matricial, ver Campos, Domitti (2007).

² Apesar de atualmente o termo correto para designar esta política é *Estratégia de Saúde da Família (ESF)*, utilizarei em alguns momentos a designação PSF uma vez que no município estudado esta estratégia ainda é denominada desta maneira.

³ No segundo artigo será explicitada a diferença entre esses dois tipos de unidades de saúde.

Por meio dessas ações, os profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica, se corresponsabilizavam no acompanhamento dos casos do território de abrangência das equipes de Saúde da Família que necessitavam de um suporte da saúde mental. Grande parte da demanda trazida pelos profissionais da Atenção Básica à equipe de matriciamento em saúde mental estava relacionada a problemas sociais sobre os quais a violência tinha um atravessamento importante. Os casos mais frequentes eram: mulheres e crianças em situações de violência doméstica; idosos que sofriam algum tipo de violência; jovens sem perspectiva de emprego e renda e adolescentes que engravidavam precocemente e sem planejamento; crianças e adolescentes que paravam de estudar ou com grande dificuldade em frequentar escola regularmente; crianças com dificuldades escolares que muitas vezes estavam relacionadas a problemas emocionais advindos de um contexto sócio-familiar precário; usuários abusivos de álcool e outras drogas, e dependentes de benzodiazepínicos. Esses casos não envolviam apenas aspectos clínicos, onde as demandas estavam relacionadas a queixas no corpo físico, como também aspectos psicológicos e sociais, exigindo das equipes de Saúde da Família respostas novas. As equipes traziam estes casos para serem discutidos nas visitas da equipe matricial a fim de buscar soluções outras que não somente a resposta a sintomas físicos separadamente, mesmo que estes muitas vezes compusessem a demanda dos usuários.

A violência estava presente na relação com a saúde, mesmo sem ser nomeada como tal. No entanto, não estava claro para os profissionais da Atenção Básica, neste contexto, quais estratégias utilizar para enfrentar tais problemáticas. Sendo a promoção da saúde a principal diretriz para a Atenção Básica que contempla o enfrentamento da violência enquanto fator determinante e condicionante de saúde, surge a questão se a relação entre promoção da saúde e enfrentamento da violência é feita por parte dos trabalhadores da Atenção Básica. Se sim, como é feita essa relação? Existem ações de enfrentamento da violência por parte deste segmento do setor saúde? Quais são os facilitadores e entraves que aparecem no processo de enfrentamento da problemática da violência enquanto um problema de saúde?

Assim, a partir da necessidade de avançar na elucidação de estratégias possíveis para enfrentar a problemática da violência na Atenção Básica, este estudo buscou compreender melhor quais são os entraves e possibilidades que os próprios profissionais veem a partir de sua atuação e vivência profissional, tendo em vista a nova concepção que a promoção da saúde traz sobre o processo saúde-doença e sobre a ampliação do conceito de saúde.

Para conhecer a percepção dos próprios profissionais da Atenção Básica sobre estas questões foram realizados 8 grupos de discussão com Agentes Comunitários de Saúde e gerentes das unidades de Atenção Básica, inspirados na metodologia dos grupos focais. As falas dos grupos foram gravadas em áudio e foi realizada uma análise de conteúdo temática. A escolha por realizar esta quantidade de grupos foi feita a partir de uma demanda do Núcleo de Promoção da Saúde e Cultura de Paz de Ribeirão das Neves em abranger todas as Regiões Sanitárias do município, uma vez que a realização dos grupos fez parte das metas deste Núcleo.

No entanto, apenas foi possível realizar a análise qualitativa de um dos grupos devido à limitação de tempo. Assim, foi escolhido para análise um grupo de Agentes Comunitários de Saúde, por ser esta categoria profissional, dentre aquelas que atuam na Atenção Básica, imprescindível para a existência da Estratégia Saúde da Família no contexto brasileiro. Essa categoria profissional torna mais possível o estabelecimento de vínculo e contato longitudinal do serviço com usuários e território, facilitando a implementação da estratégia de Saúde da Família. No entanto, todos os grupos tiveram falas ricas e interessantes que, se possível, serão analisadas em uma outra oportunidade. Estudar os grupos dos gerentes das unidades, em um segundo momento, também poderá nos fornecer elementos de comparação entre essas diferentes funções contribuindo para elucidar aspectos importantes sobre o enfrentamento da violência no contexto da Atenção Básica.

Desta forma, no primeiro artigo que integra esta dissertação, será explicitada a revisão de literatura não sistemática realizada a partir da legislação brasileira e da produção científica que tratam de questões pertinentes ao presente estudo. Já no segundo artigo será apresentada a análise dos resultados da pesquisa empírica

sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao enfrentamento da violência na Atenção Básica do município de Ribeirão das Neves. E por fim, serão feitas considerações finais em relação ao trabalho como um todo.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. 1ed. Brasília: SAS, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: SVS, SAS 2006.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, sup., p. 1259-1267, 2007.

_____. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: MINAYO M. C. S., SOUZA E. R., organizadores. Impacto da violência sobre a saúde. Brasília: Ministério da Saúde;. p.9-33, 2005.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. IV, n. 3, p. 513-531, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: 2002.

ARTIGO 1

O enfrentamento da violência pela Estratégia Saúde da Família a partir da promoção da saúde: uma revisão de literatura

Resumo: O presente artigo apresenta uma revisão de literatura acerca do enfrentamento da violência no contexto da Estratégia Saúde da Família com base na legislação e publicações científicas. Parte do princípio de que promoção da saúde é hoje uma política pública de âmbito nacional a partir da qual a violência é considerada como um dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que deve ser enfrentado pelo setor saúde. No entanto, ainda fazem-se necessários avanços no sentido de elucidar como o setor da saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, poderia atuar no enfrentamento da violência. Esses desafios são ainda maiores quando consideramos que a violência se caracteriza por ser fenômeno complexo e multifacetado.

Palavras chave: Enfrentamento da violência; Promoção da Saúde; Saúde da Família.

Introdução

Neste artigo será apresentada uma revisão crítica de literatura acerca do enfrentamento da violência pela Estratégia de Saúde da Família a partir das diretrizes e políticas de promoção da saúde. A revisão foi realizada com dois enfoques. O primeiro se deu nas mudanças que os textos oficiais sobre a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, Promoção da Saúde e o enfrentamento da violência foram sofrendo após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que esta contextualização histórica é fundamental para compreender quais as concepções que vem sendo construídas destes elementos e como elas se

relacionam. Estes textos oficiais, considerados aqui como fontes primárias, incluem a legislação nacional, tais como: portarias, decretos, políticas, leis orgânicas,. Estes textos foram retirados de sites oficiais do governo e de pesquisa livre na internet. O segundo enfoque será a apresentação e discussão dos textos escolhidos pela revisão da literatura científica realizada.

Ao longo do texto também serão citados autores com reconhecimento na área, especialmente da saúde coletiva, que vêm debatendo temas pertinentes ao objeto do estudo em questão, bem como aqueles que se revelaram importantes a partir da leitura dos textos científicos estudados.

Vale ressaltar que, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB; BRASIL, 2012) - documento oficial mais atual que normatiza a ESF - optei por utilizar o termo Atenção Básica (AB), pois esta política “considera os termos ‘atenção básica’ e ‘Atenção Primária à Saúde’, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2012, p. 22). Assim, a utilização do termo Atenção Primária à Saúde só será feita quando houver uma citação a algum documento ou literatura internacional, já que este é o termo mais utilizado mundialmente⁴. Já em relação aos termos Programa de Saúde da Família (PSF) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), tal política não menciona em nenhum momento o termo PSF, utilizando apenas ESF. Assim, da mesma forma, o termo PSF apenas será utilizado quando constar em alguma literatura e documentos abordados neste estudo.

A Estratégia de Saúde da Família: breve contextualização histórica

A Estratégia de Saúde da Família é uma política nacional que

visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais,

⁴ Para uma discussão mais aprofundada do histórico da utilização destes termos, ver em Giovanella e Mendonça (2009).

representados respectivamente pelo Conass e Conasems⁵, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 54)

Nos textos oficiais que descrevem a estratégia Saúde da Família especialmente na *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB – Brasil, 2012) constam as atribuições e diretrizes da política. A literatura científica relata o processo histórico de implantação desta estratégia contribuindo para a compreensão de suas principais características e funções e de como ela se relaciona com a promoção da saúde e o enfrentamento da violência.

Seu surgimento está vinculado às conjunturas políticas internacional e nacional que ganharam força, respectivamente, em 1978, com a conferência de Alma-Ata e com a Constituição Brasileira de 1988. Mas é na década de 1990 que o Ministério da Saúde (MS) “fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p.601).

Nesta conjuntura, é lançado em 1993 pelo MS o Programa de Saúde da Família através da Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). E logo após, em 1994, é publicado o primeiro documento do Programa intitulado *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Viana e dal Poz (2005) consideram que o PSF operou mudanças no modelo assistencial dentro do SUS já que houve alterações na

forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 229)

⁵ Nota da autora para esclarecer que Conass designa Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conasems significa Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Porém, antes mesmo da institucionalização do PSF enquanto um programa do Ministério da Saúde, existiram outros programas e experiências que vieram a inspirar sua criação. Um deles foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 nas regiões norte e nordeste do país e a partir do qual começou-se a “a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão- somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)” (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 230). Segundo estes autores, através do PACS são introduzidos elementos que farão parte essencial da concepção do PSF (e posteriormente da ESF), tais como a não centralidade no indivíduo, a busca da relação ativa com a comunidade (em contraposição à espera passiva pela demanda) e a ampliação do enfoque que deixa de ser somente a intervenção médica (VIANA; DAL POZ, 2005).

Já em relação à mudança de PSF para ESF, segundo Giovanella e Mendonça (2009), “Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96)” que disciplinou uma “concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações”, além de assumir “a caracterização de primeiro nível de atenção” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 602). Além disso, em 1996 é lançado um documento chamado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, quando “o PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que aponta para uma fusão dos dois programas, pois suas operações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário” (VIANA; DAL POZ, p. 235). Neste documento “o programa já é definido como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS” (VIANA; DAL POZ, p. 236).

Na PNAB de 2006 ainda é utilizado o termo PSF, e o termo ESF não se refere à Estratégia de Saúde da Família, mas sim à Equipe de Saúde da Família (Brasil, 2006). Já no texto da PNAB de 2012, não aparece mais PSF, mas somente ESF para designar Estratégia de Saúde da Família, e equipe de Saúde da Família recebe a sigla de eSF (BRASIL, 2012a).

Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família surge como forma de atuação prioritária da atenção básica em saúde e de organização do sistema de saúde como um todo, cabe uma breve explanação sobre atenção básica em saúde, que nos fornecerá elementos para compreender como se configura o contexto de trabalho nesta estratégia.

Atenção Básica em saúde: breve contextualização histórica

Há autores que dão preferência para a utilização do termo Atenção Primária em Saúde (APS) e outros preferem utilizar Atenção Básica (AB). De maneira geral, no contexto internacional, como nas diretrizes oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) bem como na literatura científica, utiliza-se Atenção Primária em Saúde (APS). Já no contexto Brasileiro há variações na literatura científica, mas os documentos políticos oficiais optaram por utilizar Atenção Básica, o que é explicitado na PNAB (Brasil, 2012). Porém, para além da mera escolha de nomenclatura, a literatura aponta a permanência de um debate conceitual que sinaliza aspectos importantes para o presente estudo.

Segundo Mendes (2012) “A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis” (MENDES, 2012, p. 55). Segundo este autor, desde a década de 1920 até a década de 1970, vários movimentos tanto do setor saúde quanto de outros setores foram importantes para a consolidação da APS, que se institucionalizou globalmente na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef (MENDES, 2012). Esta define que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao

alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/UNICEF, 1979)

No entanto, para Mendes (2012), ocorreram problemas de conceituação e de implementação da Atenção Primária à Saúde primeiramente porque entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, havia uma diferença na possibilidade de operacionalização das metas então propostas. Além disso, aponta: ambiguidades de alguns conceitos estabelecidos nos foros internacionais; o uso diferenciado que algumas escolas do pensamento sanitário fazem do termo; e “pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde” (Mendes, 2012, p. 55-56), ou seja, saúde como ausência de doença.

A perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença, apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos a vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Do mesmo modo que o todo é sempre mais do que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional. (ALMEIDA FILHO, 2001, p.147)

Diante da dificuldade de definir uma conceituação de Atenção Primária em Saúde com base em uma concepção positiva de saúde Mendes (2012) aponta a ocorrência três interpretações principais: “a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2012, p. 56). As três interpretações são explicadas da seguinte maneira:

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental. (MENDES, 2012, p.58)

Segundo este autor, há uma co-existência de práticas mais fortemente marcadas por uma ou mais de uma dessas interpretações, em um mesmo sistema de saúde. No caso do Brasil, ele acredita que há condições para que haja a implementação da APS enquanto estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. No entanto, o autor marcar uma diferenciação clara entre APS e atenção básica à saúde, enfatizando a necessidade de se superar a atenção básica e ir em direção à APS.

No SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde. (...) A institucionalização da APS do SUS como estratégia de saúde da família (ESF) significará dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde e a consequente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família (ESF). (MENDES, 2012, p.58)

O autor sugere que o Brasil se encontra no sétimo ciclo da APS denominado de ciclo da atenção básica à saúde, e que há que se instituir o oitavo ciclo denominado ciclo da atenção primária à saúde. Este ciclo propõe “uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS” (MENDES, 2012, p. 102). Além disso,

a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS. A palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. (MENDES, 2012, p. 102)

Giovanella e Mendonça (2009) sugerem que a escolha da manutenção do termo AB no Brasil pode estar relacionada no Brasil a necessidade de “diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de

APS seletivos e focalizados difundidos pelas agências internacionais”, na década de 1980 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 582).

Em virtude desta tendência que ocorreu na implantação da APS com foco no entendimento desta enquanto atenção primária seletiva e focalizada, em 2008, a Organização Pan-americana de Saúde, lança um documento chamado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” em que propõe que para esta renovação ocorra os sistemas de saúde devem tomar a APS como seu fundamento.

No entanto, independente da terminologia escolhida, a princípio, entende-se que os diversos autores e documentos oficiais têm em conta conceitos de APS e AB como sinônimos nos dias de hoje. Ou seja, de que trabalham com uma concepção ampliada que agrega os mesmos elementos que, por sua vez, no contexto brasileiro, giram em torno da concepção e propostas encarnadas pela ESF. Segundo a PNAB (2012), “Pelo viés da qualidade, (a nova PNAB) induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família” (PNAB, 2012, p. 10). Além disso, “A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde” (PNAB, 2012, p. 11). E está entre as considerações preliminares da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB a “Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2012, p. 15). Assim, entende-se que a Atenção Básica

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19)

Assim, cabe-nos analisar mais detidamente a Política de Promoção da Saúde como fundamental para concretizar as diretrizes da Estratégia Saúde da Família e a possibilidade de enfrentamento da violência neste contexto.

Promoção da Saúde

O principal documento oficial que normatiza sobre a promoção da saúde a nível nacional é a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b), publicada pelas secretarias de Vigilância à Saúde e de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. O fato de essa política ser elaborada por duas secretarias distintas dentro do setor saúde em nível federal já aponta para uma de suas características que é a ênfase no conceito ampliado de saúde e na integralidade da atenção. Esta política é fruto de um esforço do setor “para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006b, p. 18).

Já na apresentação, fica clara a proposição de uma política “transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade” (BRASIL, 2006b, p. 7). A transversalidade é esclarecida mais adiante quando aponta que as ações de promoção da saúde, que estão relacionadas a um “comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão” (BRASIL, 2006b, p. 15). E esclarece que essa articulação transversal visa conferir “visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País” (BRASIL, 2006b, p. 15).

O ponto central que a política traz, no entanto, e que embasa esses outros aspectos, é o conceito ampliado de saúde, que por sua vez, é uma das bases do processo de construção do SUS, segundo enfatiza a *Introdução* desta política (BRASIL, 2006b). Esta concepção considera que “a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico” (BRASIL, 2006b, p. 13), e neste sentido “o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das

vezes, pela centralidade dos sintomas” (BRASIL, 2006, p. 13). Assim, define a promoção da saúde

como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro [...] é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência [...]. (BRASIL, 2006b, p.14)

Para tanto, ao longo do texto, são apontados diversos aspectos e diretrizes que giram em torno desta mudança na concepção de saúde trazida pelo “paradigma promocional”, o qual “vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas” (BRASIL, 2006b, p. 15). Enfatiza ainda que o processo de implantação e implementação desta política “provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde” (BRASIL, 2006b, p. 18).

E por fim, há um trecho deste texto da política que ajuda a compreender ainda mais o sentido dado à promoção da saúde “observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos” (BRASIL, 2006, p. 17), e completa:

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade. (BRASIL, 2006, p. 17)

Apesar da política de promoção da saúde trazer algumas proposições, alguns autores ressaltam as divergências de concepções de promoção da saúde existentes na literatura:

O discurso da promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. Há uma extensa produção de trabalhos sobre o tema que torna evidente o quanto as estratégias em promoção da saúde contemplam perspectivas das mais conservadoras às mais progressistas. (CZERESNIA; FREITAS, 2009)

Segundo Almeida Filho (2011)

o campo geral de práticas chamado de promoção da saúde, contendo tanto a prevenção quanto a proteção e a promoção (senso estrito) da saúde individual e coletiva, supõe um repertório social de ações preventivas de morbidade (riscos, doenças, etc), protetoras e fomentadoras da salubridade, que de certo modo contribui para a redução dos sofrimentos causados por problemas de saúde-doença na comunidade. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 114)

Diferente do conceito estrito promoção da saúde, vale aqui uma explicitação maior do que seria o conceito amplo de promoção da saúde, referido acima, que para este autor, “refere-se à ação difusa, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 118). A concepção do complexo “promoção-saúde-doença-cuidado”, em uma nova perspectiva paradigmática, “implica a construção de um marco teórico-epistemológico capaz de reconfigurar o campo da saúde, face ao esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 121 apud PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000). Este debate pode ser útil à noção de integralidade frente à complexa conjuntura sanitária brasileira atual.

Neste sentido no âmbito da produção do conhecimento este autor propõe o conceito de sobredeterminação de compreensão do “promoção-saúde-doença-cuidado”, a partir do qual, mais importante do que “medir desigualdades em saúde, certamente será compreender suas raízes e determinantes” (ALMEIDA FILHO, 2001, p. 123). Concluindo que qualquer abordagem de saúde deverá ancorar-se “em modelos explicativos de maior complexidade e em espectros conceituais mais amplos” (ALMEIDA FILHO, 2001, p. 123).

Portanto, a legislação brasileira atual e os autores que têm discutido a Estratégia de Saúde da Família, a Atenção Básica e a Promoção da Saúde, aportam noções que nos ajudam a vislumbrar possibilidade de enfrentamento da violência no âmbito da Atenção Básica em saúde. Assim, noções como intersetorialidade, território e mudança no modelo de atenção à saúde, são algumas delas que buscamos elucidar na revisão de literatura descrita abaixo. Nos interessa compreender como essas noções se fazem presentes na literatura científica que tem trabalhado a relação entre estes três elementos: Estratégia de Saúde da Família, Promoção da Saúde e violência.

Revisão da literatura científica brasileira sobre o enfrentamento da violência no âmbito da Atenção Básica

O principal objetivo desta revisão exploratória da literatura científica foi fazer uma leitura das publicações que abordam o enfrentamento da violência a partir da promoção da saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família e apontar os principais aspectos mencionados pelos estudos. Além disso, nos interessa compreender como os autores têm relacionado o enfrentamento da violência, a promoção da saúde e a Estratégia de Saúde da Família no sentido elucidar novos saberes e práticas relacionados ao fazer em saúde.

Primeiramente foi realizada uma descrição estrutural referente ao tipo de publicação, metodologia empregada e perspectiva teórica, dando uma visão geral dos tipos de estudos que predominantemente são realizados sobre a temática em questão. Posteriormente, foi feito um levantamento de como os autores abordam os três aspectos mais amplos já discutidos nos documentos oficiais, quais sejam: violência, promoção da saúde e Estratégia de Saúde da Família. Além disso, a partir da análise feita na primeira parte do presente texto, concluiu-se que seria interessante analisar a literatura científica de acordo com os seguintes elementos mais específicos: intersetorialidade, território e mudança no modelo de atenção à

saúde. E, por fim, apontar as conclusões e apontamento trazidos pelos os autores que mostram a direção que tais estudos estão tomando.

A busca dos textos foi feita através Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por publicações de 2002 a 2013 - cobrindo os últimos dez (10) anos - em inglês, português e espanhol, em que constavam as palavras-chave: violência, saúde da família e promoção da saúde. Este período coincide justamente com o momento logo após a publicação da *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências*, de 2001. Interessante notar que todas as publicações selecionadas para análise datam da segunda metade da década de 2000 em diante, o que indica que a produção científica sobre esta temática ainda é recente.

A primeira seleção de textos somou um total de trinta e cinco (35) publicações das quais nove (9) estavam em duplicidade e quatorze (14) não abordavam a ESF ou o PSF, sendo que dentre estes, alguns eram normas técnicas de outros países, que não foram incluídas para a an. Desta maneira, foram selecionadas para análise doze (12) publicações, dentre elas uma (1) tese de doutorado, uma (1) dissertação de mestrado, uma (1) norma técnica e nove (9) artigos científicos.

Aspectos estruturais

Em relação ao tipo de publicação e de metodologia empregada encontramos oito (8) pesquisas empíricas com metodologia qualitativa, dois (2) artigos de revisão, um (1) estudo quantitativo transversal de base populacional e uma (1) norma técnica. O fato da maior parte das publicações serem pesquisas qualitativas pode estar relacionado ao caráter complexo e multideterminado das temáticas abordadas - violência e saúde – exigindo abordagens mais compreensivas.

Em relação à perspectiva teórica, a norma técnica não é explícita, uma vez que não tem o caráter de pesquisa e, portanto, não se pretende a uma análise (BRASIL, 2009). O estudo quantitativo toma como base a epidemiologia (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Quatro publicações, incluindo a dissertação e a tese, trazem conceitos desenvolvidos pelo campo da saúde coletiva e da reforma sanitária que toma corpo através do SUS (SANTOS, 2005; SILVA,

2005; ARAGÃO, 2013; SOUZA; FREITAS, 2011). Um dos artigos utiliza a hermenêutica-dialética para realizar a interpretação de sentidos (BUDÓ et. al., 2007). Outros dois trazem autores consagradas na área das ciências humanas para a compreensão de fenômenos relacionados a área da saúde, sendo que em um deles é utilizada a teoria da violência simbólica de Bourdieu (Silva, Reis, 2009) e em outro é utilizado Habermans (ALMEIDA; MELO, 2006). E, por fim, três dos trabalhos tomam como base teórica conceitos e autores que estudam o *trabalho*, sendo que dois destes artigos utilizam o conceito de *Bournout* para a compreensão dos fenômenos estudados (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Saúde da família, promoção da saúde e violência

De maneira geral, as publicações não enfatizam a construção histórica e as discussões atuais acerca da Atenção Básica em saúde, mas sim se remetem mais diretamente à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na maior parte das publicações, a ESF é relacionada a questões do trabalho, do trabalhador, à abertura de um novo campo de trabalho, como provocador de uma discussão sobre as relações e organização do trabalho e à mudança nas práticas em saúde (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010, 2011; SOUZA; FREITAS, 2011; BRASIL, 2009). Em um dos artigos, a estratégia Saúde da Família é relacionada à escolha dos sujeitos de pesquisa e faz-se mais menção à Atenção Básica que por sua vez deveria atuar com foco na prevenção (ARAGÃO, 2013). Dois outros artigos enfatizam a estratégia Saúde da Família como aquela proposta que encarna de maneira mais veemente os princípios e diretrizes do SUS (BUDÓ et. al., 2007; SILVA, 2005). Em outro artigo a ênfase é dada à ESF como possibilidade de enfrentamento da violência (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008) e um outro relaciona a ESF mais fortemente com a promoção da saúde (SILVA; REIS, 2009). Em três dos artigos a ESF é relacionada a vários dos temas e subtemas abordados no presente estudo, quais sejam, o enfrentamento da violência, a

promoção da saúde e a intersetorialidade (ANDRADE; FONSECA, 2008; ALMEIDA; MELO, 2006; SANTOS, 2005).

Em relação à violência, em dois dos artigos ela aparece apenas como um critério de escolha dos sujeitos de pesquisa, as quais lançam seu foco no fenômeno do *burnout* sofrido por profissionais da estratégia de Saúde da Família (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010). Já a dissertação não traz a violência como tema central, mas sim como um dos aspectos levantados pelos sujeitos de pesquisa (SILVA, 2005). Em dois artigos é trazida a clássica definição da Organização Mundial da Saúde, sendo que em um deles não há um detalhamento e o foco está no atendimento pela ESF à criança vítima de violência (ARAGÃO, 2013), e o outro é uma norma técnica brasileira cujo objetivo é informar sobre a violência havendo assim uma descrição dos tipos de violência desenvolvida pela OMS (BRASIL, 2009). No estudo quantitativo a violência aparece como um problema que necessita ser mensurado, e é enfocada a violência doméstica contra idosos (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Em um dos artigos há ênfase no PSF como uma possibilidade de enfrentamento da violência através da promoção da saúde, enfocando a violência doméstica contra a mulher (ANDRADE; FONSECA, 2008). Na tese analisada (SANTOS, 2005), a violência aparece como ponto central, enfocando a violência intrafamiliar e a maneira como a ESF enfrenta tal problemática. E em três artigos (SOUZA; FREITAS, 2011; SILVA; REIS, 2009; ALMEIDA; MELO, 2006) a violência é relacionada mais diretamente ao trabalho, seja através da violência institucional, da violência simbólica ou da violência social que afeta o trabalho. E, por fim, um dos artigos tem por objetivo justamente compreender as concepções dos trabalhadores sobre violência (BUDÓ et. al., 2007).

Em relação à promoção da saúde, em um dos artigos há maior ênfase à prevenção e apenas a menção de que a equipe de Saúde da Família não realiza a promoção de saúde (ARAGÃO, 2013). No artigo que descreve a pesquisa quantitativa a promoção da saúde é abordada de uma maneira superficial (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Em dois dos artigos a

promoção da saúde é muito mencionada e relacionada à importância de levar em conta a realidade local, ao conceito amplo de saúde e à relevância dos fatores determinantes de saúde (ANDRADE; FONSECA, 2008; BUDÓ et. al., 2007). No entanto a promoção da saúde, na maioria das publicações se encontra mais fortemente relacionada às questões do trabalho: em um dos artigos fala-se da necessidade de promover a saúde dos profissionais para que se melhore a qualidade do trabalho e a qualidade de vida (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011); em outro a promoção da saúde aparece como impedida pela manifestação de violência (SOUZA; FREITAS, 2011); causa sentimentos ambíguos nos trabalhadores, por vezes gera apatia ou os fazem sentir missionários (SILVA; REIS, 2009); fala-se que é necessária a promoção para se realizar uma mudança no trabalho (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010); e aparece como parte da mudança do modelo de atenção (ALMEIDA; MELO, 2006). Na tese, a promoção da saúde é abordada como um tema central do estudo e como um tema fundamental para o PSF (SANTOS, 2005). Na dissertação, também é tida como tema central e o estudo é voltado para dar subsídios às ações de promoção da saúde (SILVA, 2005).

Intersetorialidade, território e mudança do modelo de atenção à saúde

Em relação à intersectorialidade, dois dos artigos apenas mencionam que não há trabalho em equipe e que não ocorrem ações intersectoriais (ARAGÃO, 2013; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011). Um deles faz uma relação direta com a mudança do modelo de atenção (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011) e em dois artigos este aparece como um tema central (ALMEIDA; MELO, 2006 ; ANDRADE; FONSECA, 2008). Em um deles relaciona a intersectorialidade ao SUS (BUDÓ et. al., 2007) e em três artigos fazem uma relação direta com a ESF (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; BRASIL, 2009). Na tese, a intersectorialidade é tomada como uma das estratégias basilares da promoção da saúde, mas menciona as dificuldades de colocá-la em prática (SANTOS, 2005). Já na dissertação, a intersectorialidade é mencionada como uma necessidade trazida pelo PSF (SILVA, 2005).

Em relação ao território, seis artigos não abordam o termo especificamente (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; ANDRADE, FONSECA, 2008; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010), porém dois deles falam de aspectos relacionados ao território como a diversidade local, descentralização, participação, ações coletivas, condições de vida e vulnerabilidades (BUDÓ et. al., 2007; ARAGÃO, 2013). Três das publicações mencionam território apenas enquanto local físico (SOUZA; FREITAS, 2011; BRASIL, 2009; SILVA, 2005). Um dos artigos e a tese relacionam a importância do território à proposta do PSF (ALMEIDA; MELO, 2006; SANTOS, 2005) e outro também menciona a ESF e a dificuldade da equipe estar no território por causa das demandas de atendimento na unidade de saúde (SILVA; REIS, 2009).

Em relação à mudança do modelo de atenção à saúde, dois dos artigos não falam sobre reorientação do modelo de atenção à saúde (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008; BRASIL, 2009) e um outro, apesar de não mencionar, fala da ampliação do conceito de saúde e a inclusão da violência no setor (SOUZA; FREITAS, 2011; BUDÓ et. al., 2007). Quatro dos artigos dão grande importância ao tema, sendo que em dois deles é o tema central (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; SILVA; REIS, 2009; ARAGÃO, 2013; ALMEIDA; MELO, 2006). Dois artigos relacionam a ampliação do conceito de saúde aos processos de trabalho (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; ANDRADE; FONSECA, 2008). A tese relaciona a mudança do modelo de atenção à saúde ao PSF, à Reforma Sanitária e ao SUS, chegando a falar em “modelo assistencial de promoção da saúde” (Santos, 2005, p. 10), trazendo uma discussão mais aprofundada discutindo concepções do que seria modelo assistencial. A dissertação utiliza o termo “modelo biopsicossocial em saúde” relacionando o “processo saúde-doença” à uma compreensão para além os aspectos biológicos (SILVA, 2005).

Conclusões e apontamentos

A maior parte dos artigos tira conclusões que tangenciam a questão do trabalho em saúde, seja apontando a falta de suporte institucional e formação inadequada para a realização da mudança do modelo de atenção proposta pela ESF, a importância da promoção da saúde para a melhoria das condições de trabalho, necessidade de reorganização das práticas assistenciais e de capacitação dos profissionais, e apontando a violência como um problema que afeta os trabalhadores (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010, 2011; ANDRADE; FONSECA, 2008; SOUZA; FREITAS, 2011; SILVA; REIS, 2009).

Os outros aspectos que aparecem nos outros artigos são: um deles aponta que os sujeitos de pesquisa, que são enfermeiros da Atenção Básica, não tomam a violência como um problema a ser enfrentado pelo setor saúde; não há consensos sobre denúncias e notificações; e desconhecem os fluxos e procedimentos em relação ao enfrentamento da violência (ARAGÃO, 2013). O estudo quantitativo descreve a violência contra os idosos de acordo com o inquérito realizado e sugere um diagnóstico da magnitude do problema para se avançar no seu enfrentamento (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Outro estudo, cujos sujeitos de pesquisa são usuários, relata que estes tem um sentimento de insegurança em relação à criminalidade, o que sugere que a violência está atrelada à criminalidade (BUDÓ et. al., 2007). A norma técnica propõe a estimular a cultura de paz (BRASIL, 2009).

Em relação às sugestões dadas pelos autores a partir dos estudos, um dos artigos aponta a necessidade de realização de levantamento sobre os determinantes sociais para realizar a promoção da saúde da comunidade (BUDÓ et. al., 2007), e em outro para a necessidade de dar maior ênfase à intersetorialidade (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011). A maior parte dos artigos aponta a necessidade de avançar nas questões relacionadas ao trabalho de alguma maneira. Um deles aponta para a necessidade de reestruturação das capacidades profissionais, de novas referências epistemológicas e que a atuação do enfermeiro deveria fazer parte de ações coletivas, de redes sociais e que os enfermeiros deveriam refletir sobre as condições de vida e a garantia de direitos (ARAGÃO, 2013). Alguns artigos apontam para a

necessidade de uma mudança profissional, de capacitação, seja na formação base ou na continuada (ANDRADE; FONSECA, 2008; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). E outro artigo conclui que a violência institucional e a estrutural afetam o trabalho que por sua vez reflete na assistência (SOUZA; FREITAS, 2011).

Em relação à estratégia Saúde da Família e seu histórico de construção, o aspecto que se destaca na legislação é o fato de ser uma ferramenta de *reorientação do modelo de atenção à saúde*. Este aspecto por sua vez engloba alguns elementos essenciais, tais como: 1) reorientação do processo de trabalho (trabalho em equipe, multidisciplinar, de co-gestão); 2) reorientação da Atenção Básica (a estratégia de Saúde da Família encarna os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica); 3) impacto na situação de saúde de indivíduos e coletividades (o foco da assistência não está somente no indivíduo e no aspecto curativo, mas contempla a família e a comunidade e atua nos condicionantes e determinantes de saúde).

Enquanto estratégia primordial da Atenção Básica, vale destacar os elementos encontrados que melhor a caracterizam: 1) ser o contato preferencial do usuário com o sistema (não deixando de lado a importância do acompanhamento longitudinal); 2) apontar uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, (assim não é seletiva e focalizada), o que leva a necessidade de ações intersetoriais de promoção da saúde); 3) causar impacto na situação de saúde individual e coletiva (o que leva a importância de se trabalhar com a autonomia do usuário e com os condicionantes e determinantes de saúde). Desta forma, a Estratégia de Saúde da Família concretiza a Atenção Básica que, por sua vez, propõe uma mudança institucional dos processos de trabalho.

Assim, é interessante notar neste sentido, que a maior parte dos artigos aponta justamente questões acerca dos processos de trabalho, emergidas a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família. Por outro lado, as conclusões apontam a necessidade de fomentar a formação acadêmica ou continuada (em serviço) dos trabalhadores de saúde. Esta necessidade de formação, por sua, traz a

necessidade de construção de novos saberes. Neste sentido, a maior parte dos artigos utiliza dos conceitos elaborados pela saúde coletiva e reforma sanitária brasileira o que pode apontar para o fato de que vem sendo construído um novo campo de saber, já mencionado por alguns autores que tem sido chamado de campo da saúde coletiva. Almeida Filho (2011) conceitua a saúde coletiva, no âmbito do Brasil, como um “espaço-processo-movimento de conhecimento e produção de práticas sociais focado neste recorte múltiplo (epistemológico e histórico) do objeto saúde, que pode configurar um novo paradigma que chamamos de saúde coletiva” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 149).

Assim, a violência passa a ser pautada pelo setor saúde tanto em decorrência da constatação da magnitude e impacto na saúde de indivíduos e populações, quanto por uma modificação do próprio sistema de saúde e da maneira com ele concebe o processo de saúde-doença-cuidado. Neste sentido, a legislação também aponta principalmente para a necessidade de se aprimorar a atuação intersetorial, devido ao fato de tratar-se de uma problemática complexa e multideterminada, e de desenvolver ações de prevenção e de promoção de saúde. A literatura científica também aponta que apesar da proposta da ESF aportar a possibilidade de enfrentamento da violência a partir da perspectiva da intersteorialidade e da promoção da saúde, constata que os profissionais não são preparados (ANDRADE; FONSECA, 2008; SANTOS, 2005). Sugerem também uma atuação profissional voltada para ações com a comunidade, seja através de grupos de reflexão ou de Conselhos Locais de Saúde (BUDO et al., 2007).

Na literatura científica a violência também aparece não só como um problema a ser enfrentado pelo setor saúde, como também um aspecto que interfere diretamente no fazer dos trabalhadores de saúde. Assim, a violência ora afeta as condições de trabalho, deteriorando-as (SOUZA; FREITAS, 2011), ora é a própria instituição que exerce a violência através de um discurso autoritário (SILVA; REIS, 2009), e ora surge no abuso de poder que perpassa as relações do trabalho em saúde (ALMEIDA; MELO, 2006).

Referências

- ALMEIDA, A. M. R. de; MELO, E. M. de. Reflexões sobre a intersetorialidade e sua relação com o Programa Saúde da Família. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.16, n. 4, p.183-186, 2006.
- ALMEIDA FILHO, N. de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. (Coleção temas em saúde).
- ANDRADE, C. de J. M.; FONSECA, R. M. G. S.da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho da Estratégia de saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.3, p.591-595, 2008.
- ARAGÃO, A. S. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 172-179, jan.-fev./2013. Número especial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ed. Brasília: SAS, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: SAS, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ed. Brasília: SAS, 2006a. (Série E. Legislação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília : SVS, SAS 2006b.

BUDÓ, M. L. D. et al. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva cultural. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 511-519, jul-set, 2007.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.de. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FELICIANO, K. V.de O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.

_____. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 575-626.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, C. L. de; APRATTO JÚNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, out., 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. **Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**, Alma-Ata. Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

SANTOS, N. C. dos. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF** - um estudo de caso. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, A. M. R.; REIS, A. O. A. Saúde e adolescentes: possibilidades de violência simbólica. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** v. 19, n. 3, p. 457-464, 2009.

SOUZA, L. J. R. de; FREITAS, M. do C. S. de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.35, n.1, p.96-109, jan./mar. 2011.

SILVA, T. M. G. O. **Experiências psicossociais e de atenção à saúde em famílias de baixa renda chefiadas por mulheres**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. 2005.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, p. 225- 264, 2005.

ARTIGO 2

Enfrentamento da violência na Atenção Básica em saúde sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde de um município mineiro

Clarisse Carvalho Leão Machado⁶

Izabel Christina Friche Passos⁷

Maria Aline Gomes Barboza⁸

Resumo:

Este texto visa apresentar e discutir os resultados de pesquisa exploratória sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Atenção Básica em saúde do Município de Ribeirão das Neves- Minas Gerais a respeito da relação entre saúde e violência, e do enfrentamento da violência em seu cotidiano de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como método de produção de dados grupos de conversação inspirados na teoria dos grupos focais (GATTI, 2005). Para o tratamento dos dados realizamos análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2010). Os resultados apontam que as ACSs relacionam saúde e violência, entendendo a violência de maneira ampla e complexa, o que aparece ao longo dos diversos relatos de vivências no cotidiano de trabalho. Sentem impotência diante do enfrentamento da violência e questionam a interrupção abrupta e a descontinuidade de ações realizadas pelo PSF que poderiam contribuir para tal enfrentamento.

⁶ Mestranda do Programa de Mestrado de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e psicóloga do Município de Ribeirão das Neves - MG.

⁷ Professora Associada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000).

⁸ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Já atuou como psicóloga no município de Ribeirão das Neves-MG.

Reconhecem a importância da realização de ações intersetoriais e de promoção da saúde, mas apontam tímidas iniciativas neste sentido.

Palavras-chave: Violência; Promoção de Saúde; Atenção Básica em saúde.

Introdução

Este texto visa apresentar e discutir os resultados de pesquisa⁹ qualitativa exploratória sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Atenção Básica do Município de Ribeirão das Neves- Minas Gerais sobre a relação entre saúde e violência, e o enfrentamento da violência em seu cotidiano de trabalho. O problema de pesquisa surge a partir da atuação profissional da primeira autora deste artigo como psicóloga nas atividades de matriciamento em saúde mental¹⁰ na Atenção Básica em saúde junto às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF)¹¹ e das Unidades Básicas de Referência (UBR) deste município, no período de agosto de 2007 a janeiro de 2012¹².

Observou-se que a violência era um tema recorrente e que atravessava de diferentes maneiras o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que atuavam na Atenção Básica deste município. A violência estava presente dentro da unidade de saúde entre os profissionais e na sua relação com os usuários e com a gestão. Ela também acontecia nas comunidades e atravessava o trabalho das equipes de PSF de maneira indireta ou mais diretamente. Os impactos gerados pelas diversas situações de violência ocorridas no contexto comunitário também chegavam às

⁹ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no dia 30 de maio de 2012, com número de CAAE-01140812.1.0000.5149.

¹⁰ As atividades de matriciamento junto às equipes da Atenção Básica em saúde envolvem atendimento compartilhado, discussão de caso, visitas domiciliares e grupos com os usuários.

¹¹ Utilizaremos aqui o termo PSF ao invés de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (2012), uma vez que, neste município, ainda é este o termo utilizado nos textos das políticas municipais e também entre trabalhadores e usuários no cotidiano da assistência em saúde.

¹² Para saber mais sobre apoio matricial ver Campos e Domitti (2007).

unidades de saúde enquanto demanda explícita de atenção à saúde. A violência estrutural presente na sociedade de maneira geral também era uma questão presente nos relatos dos profissionais.

A partir dessas observações surgem então algumas questões que levaram ao desenvolvimento da pesquisa, tais como: Como os profissionais que atuam na Atenção Básica em saúde vivenciam a violência no seu cotidiano de trabalho? Estes profissionais estabelecem relação entre saúde e violência? São realizadas ações de enfrentamento da violência? Quais são os obstáculos e os fatores facilitadores apontados pelos profissionais no enfrentamento da violência?

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) considera a violência como um dos fatores determinantes e condicionantes de saúde e a Saúde da Família é considerada pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia na implementação desta política (BRASIL, 2012). Assim, a violência se vista na perspectiva da promoção da saúde, não pode ser pensada apenas do ponto de vista de seus efeitos enquanto agravos à saúde física e psicológica das pessoas que sofrem algum tipo de violência. Nesta perspectiva, a violência deve ser compreendida enquanto um fenômeno complexo, que exige uma reflexão mais aprofundada sobre o processo-saúde-doença-cuidado. Assim, em concordância com Minayo (2005), adotamos uma proposta ecológica de compreensão da produção da violência que considera o embricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social nesse processo.

Buscamos, portanto, com este trabalho, compreender como os Agentes Comunitários de Saúde do município em questão compreendem o enfrentamento da violência no contexto da Atenção Básica em saúde. Para tanto foram realizados oito grupos de discussão inspirados na metodologia dos grupos focais (GATTI, 2005), dos quais um grupo de Agentes Comunitários de Saúde foi escolhido para a análise. A escolha deste grupo se deu pelo fato dos ACSs serem os atores que mais caracterizam a proposta estratégia Saúde da Família no contexto brasileiro. Os grupos foram gravados em áudio e a partir das falas transcritas foi realizada análise de conteúdo temática dos dados.

Metodologia

A metodologia utilizada nessa pesquisa é qualitativa, de cunho exploratório. Os dados foram produzidos a partir da realização de grupos com trabalhadores da Atenção Básica em saúde, inspirados na teoria dos grupos focais (GATTI, 2005). Para análise dos dados, utilizamos o método da Análise de Conteúdo temática proposta por Minayo (2010).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Ribeirão das Neves-MG, em articulação com as ações do Núcleo de Promoção da Saúde e Cultura de Paz¹³ municipal, do qual faz parte a primeira autora deste artigo. Este Núcleo realiza ações de articulação intra e intersetoriais no âmbito municipal com objetivo de promover atividades de promoção de saúde e espaços de reflexão crítica sobre a violência.

A relevância de ações de promoção da saúde e enfrentamento da violência neste município se dá pelo fato de ser popularmente conhecido como “cidade-presídio” em razão da grande concentração de instituições penitenciárias em seu território. Essa característica da região contribui para que a cidade seja identificada, ainda que de forma simplista e a-histórica, à criminalidade e à violência.

Segundo Felizardo (2008), o município não atrai investimentos financeiros, mantendo um quadro de pobreza econômica gravíssimo. A falta de atividade econômica expressiva e a existência dos presídios acabam por gerar um círculo vicioso de exclusão, desigualdade social, desemprego, baixa renda, pobreza, condições precárias de moradia, saneamento básico, educação, lazer e cultura. É uma cidade que integra a região metropolitana de Belo Horizonte e conta com uma população de 296.317 habitantes, predominantemente urbana (IBGE, 2010).

A iniciativa de constituição de um núcleo que trouxesse à tona a discussão sobre violência e saúde se deu a partir da participação de alguns servidores municipais em um curso ministrado, no ano de 2008, pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da

¹³ O Núcleo foi instituído formalmente através da Portaria Municipal nº 034 de agosto de 2011, em consonância com a Portaria nº 936 de 2004 do Ministério da Saúde.

Faculdade de Medicina da UFMG¹⁴, chamado Programa de Transferência de Tecnologia de Abordagem da Violência e Construção da Paz. Este curso foi oferecido para alguns municípios do estado de Minas Gerais e teve por objetivo principal discutir o enfrentamento da violência na área da saúde (OPAS, 2010).

A articulação entre as ações de formação sobre a temática da violência programada pelo Núcleo de Ribeirão das Neves junto à Atenção Básica em saúde e a realização desta pesquisa exigiu algumas adequações metodológicas. Nesse sentido, consideramos que o percurso metodológico caracterizou-se como um processo híbrido em que a pesquisadora, membro do Núcleo, coordenou alguns momentos de formação em saúde no contexto das Rodas¹⁵, com o objetivo de conhecer e analisar as percepções dos trabalhadores da Atenção Básica sobre a relação saúde e violência, e sobre o enfrentamento da violência no cotidiano de trabalho. As Rodas são espaços coletivos de reflexão instituídos na Atenção Básica em saúde deste município como parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que nela atuam. Para que fosse mantido o sigilo necessário à realização da pesquisa, foi solicitado que durante a realização desses momentos de formação nas Rodas, sob coordenação da pesquisadora, não houvesse a presença de outros integrantes do Núcleo, e também de trabalhadores que coordenam equipes da Atenção Básica em Saúde.

Para compreender como os trabalhadores da Atenção Básica deste município entendem o enfrentamento à violência neste contexto, foram realizados oito grupos de discussão, sendo cinco grupos com ACSs e três grupos com gerentes das unidades de Atenção Básica do município, que em sua grande maioria eram enfermeiros. Em virtude da parceria da realização da pesquisa com o Núcleo

¹⁴ Este núcleo é também o idealizador do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência dentro do qual este trabalho está sendo realizado.

¹⁵ As Rodas são inspiradas na metodologia de co-gestão de coletivos desenvolvida pelo sanitarista Gastão Wagner de Souza Campos (2000). Em Ribeirão das Neves, as Rodas de trabalhadores acontecem quinzenalmente nas unidades de saúde com participação de membros de cada equipe da Atenção Básica. Essas Rodas são intercaladas com a Roda Regional que quinzenalmente reúne os gerentes das unidades de Atenção Básica por região sanitária. Durante as Rodas são tratados temas relativos à prática profissional e são repassados informes da gestão.

municipal, foi necessária a realização dos grupos de maneira que todas as regiões sanitárias fossem igualmente contempladas¹⁶. Porém, para a produção desse artigo, foi analisado um grupo de ACSs composto por duas equipes de PSF do município.

A escolha por realizar grupos com ACS e gerentes das unidades se deu a partir das observações já mencionadas da experiência de participação da pesquisadora nas atividades de matriciamento em saúde mental. Os membros das equipes de Atenção Básica que mais participavam dessas ações eram os ACSs e os gerentes das unidades (que em sua maioria eram enfermeiros). Os médicos eram acionados somente quando havia a necessidade de discussão de algum caso específico que já acompanhavam ou viriam a atender a partir de então. Quando havia a participação dos médicos, estes optavam por discutir os casos diretamente com os médicos psiquiatras, ou realizavam atendimentos compartilhados com a equipe de saúde mental. As técnicas de enfermagem também não participavam das atividades de matriciamento, pois ficavam encarregadas de atender os pacientes para que fosse possível a participação do restante da equipe.

A escolha por analisar um grupo de Agentes Comunitários de Saúde para fins do presente estudo se deu pelo fato desses profissionais estabelecerem uma relação mais direta com o território e um vínculo mais estreito com os usuários quando comparado aos gerentes das unidades da Atenção Básica. De acordo a determinações da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), os ACSs devem ser moradores da área onde trabalham e uma das principais atribuições de ser trabalho é realizar visitas domiciliares a todas as famílias, circunscritas em micro-áreas de referência, mensalmente. Além disso, a Estratégia de Saúde da Família, em que os ACSs são um componente imprescindível, é a política pública que mais preconiza a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012). O grupo escolhido também apresentou grande riqueza de elementos em relação aos demais

¹⁶ O município de Ribeirão das Neves é dividido em 5 regiões sanitárias que contam com dois tipos de unidade de saúde da Atenção Básica: as Unidades Básicas de Referência (UBR) e as unidades onde estão lotadas as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). As UBRs são unidades que realizam tanto ações de atenção secundária em saúde para toda a região a qual pertence quanto ações de atenção básica para cerca de 46% da população que está descoberta de PSF (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2010).

grupos de ACSs. No entanto, seria interessante analisar também os grupos de gerentes para realizar uma comparação no intuito de elucidar elementos importantes para a compreensão do enfrentamento da violência neste contexto, o que não será feito neste estudo devido a limitações de tempo, mas que poderá ser feito em outra oportunidade.

Refletindo sobre a escolha dos sujeitos, consideramos o risco de enviesamento na pesquisa, já que muitas categorias profissionais das equipes de Saúde da Família não foram convidadas para participação nos grupos. Porém, o fato da participação expressiva de ACS e gerentes/enfermeiros em atividades coletivas de discussão de casos e reflexão sobre o trabalho em equipe – como se observa nas ações do matriciamento em saúde mental - sinaliza a forma de organização e distribuição de funções entre os membros das equipes, o que se reproduz na realização de atividades de promoção da saúde e enfrentamento da violência. Esta forma de organização pode indicar que médicos e técnicos de enfermagem são categorias profissionais que ainda ficam encarregadas mais frequentemente de ações curativas, e não trabalham de forma articulada com toda a equipe, como preconizam as políticas públicas de saúde. Este aspecto metodológico pode ser considerado uma limitação do presente estudo, o qual precisa ser superado em pesquisas posteriores.

Os grupos com as ACSs foram agendados diretamente com as unidades, com a autorização prévia da coordenação da Atenção Básica para que fossem realizados dentro dos serviços e no horário de trabalho. Para cada grupo de ACSs, foram convidadas todas as profissionais de duas equipes de PSF de territórios vizinhos em cada região sanitária. O convite foi feito pela própria pesquisadora por meio de telefonema à unidade de saúde.

No dia dos grupos, um novo convite foi feito para aqueles que estavam presentes na Roda, com uma explicação um pouco mais detalhada da pesquisa e da metodologia, esclarecendo-se que a participação não era obrigatória e o sigilo sobre a identidade dos participantes seria mantido.

Os grupos foram realizados entre os meses de julho e setembro de 2012. A duração dos grupos foi em torno de duas horas cada, contando com a chegada, preparação do local, apresentação da pesquisa e dos participantes, discussão e encerramento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo C) foi lido em voz alta e assinado por aqueles que concordaram em participar. Em alguns grupos algumas pessoas se recusaram a participar, mas de maneira geral houve ampla adesão daqueles que estavam presentes. Utilizamos gravador de áudio para registro da discussão, mediante consentimento dos participantes.

Utilizamos um roteiro semi-estruturado (Anexo B), elaborado com o objetivo de se constituir como uma ferramenta de orientação para a moderação dos grupos. A utilização do roteiro, no entanto, não excluiu a possibilidade de participação aberta e interação livre por parte dos membros dos grupos. Na condução dos grupos, a pesquisadora procurou observar como os participantes interagiram entre si, como os saberes foram sendo construídos e quais eram as funções que as sentenças exerciam em cada momento. Junto à pesquisadora, uma estudante de psicologia participou do grupo como observadora, auxiliando nas anotações de falas e comentários que poderiam contribuir com os objetivos da pesquisa. Ao final de cada grupo, houve o compartilhamento de impressões e observações entre pesquisadora e observadora sobre toda a atividade.

Resultados e discussão

Como resultado do presente estudo, será apresentada uma análise temática dos dados produzidos a partir da transcrição de um dos grupos realizados com ACSs de dois PSFs. Segundo Minayo (2010), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõe uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316).

A partir da organização do material transcrito, iniciou-se a análise temática de conteúdo a partir de categorias previamente definidas de acordo com os objetivos da

pesquisa e da discussão teórica realizada. Os temas/categorias que organizaram e direcionaram a análise do material foram: a vivência da violência no cotidiano de trabalho; a percepção dos sujeitos de pesquisa sobre a relação entre saúde e violência; e a percepção dos sujeitos de pesquisa sobre o enfrentamento da violência no contexto da estratégia Saúde da Família. Durante a análise dos dados, observou-se que as falas que se referiam à categoria *percepção dos sujeitos de pesquisa sobre a relação entre saúde e violência* apareceram de maneira transversal em relação aos demais temas. Assim, ela não será tratada em separado, mas irá permear as outras duas categorias analíticas.

Violência no cotidiano de trabalho: as “Guerreiras do SUS”

O início do grupo realizado com as ACS foi marcado pelo relato de uma das participantes sobre a violência que havia sofrido há dois dias em seu território de trabalho, e também de moradia. A ACS expressou como essa vivência afetou sua saúde, relatando que estava passando mal até aquele dia, chegando a achar que fosse morrer. Com estes comentários ela não estava conceituando a relação entre saúde e violência, mas estava dando um exemplo concreto, confirmando a compreensão de que a violência impacta a saúde a partir de sua experiência pessoal.

Este tipo de violência que as ACSs relataram vivenciar tanto como moradoras quanto como trabalhadoras da região, foi por elas denominado como “*violência urbana*”, em consonância com a característica do município em questão que é eminentemente urbano (IBGE, 2010). A OMS classificou essa violência como violência comunitária, caracterizando-a como uma violência interpessoal e definindo-a como: “violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa” (OMS, 2002, p. 6).

No material analisado, as ACSs relatam que este tipo de violência tem se intensificado, e que sua ocorrência se dá tanto fora quanto dentro do horário de

trabalho delas, dentro da própria unidade ou quando realizam visitas domiciliares. Relatam que pessoas se dirigem às unidades portando arma de fogo e que já ocorreu tiroteio entre grupos rivais do tráfico de drogas local dentro da unidade, que também já serviu de refúgio para os envolvidos. Também já se depararam com tiroteios nas ruas quando realizavam visitas domiciliares.

As participantes do grupo estudado atribuem a existência desta violência ao tráfico de drogas e à disputa entre “*gangues*” pelo fato de a unidade de saúde em questão se localizar “*perto do aglomerado, onde tem guerra do tráfico*”. Por outro lado, algumas dizem que “*A violência tá muito grande, né? Em todos os lugares*”, o que dá a entender que elas não atribuem especificamente àquela área, um índice maior de violência do que a que tem ocorrido em outros lugares. Podemos pensar que a diferença está no fato de as ACSs e a unidade de Saúde da Família se encontrarem mais expostas a este tipo de violência por se localizarem no território e não na região central das cidades, como geralmente acontece com hospitais, unidades de pronto atendimento e centros de especialidades . O impacto deste tipo de violência na saúde das ACSs também está presente na literatura, que mostra como o trabalho “a céu aberto”, territorializado, tem consequências para a saúde dessa categoria profissional apontando a necessidade de “revisão dessas ações de saúde como parte do complexo da política de saúde e no contexto da guerra urbana instalada nos grandes centros urbanos da sociedade brasileira” (SOUZA, FREITAS, 2011, p. 108).

A equipe de saúde sente-se coagida a fazer o que os usuários ligados ao tráfico demandam: “*tem que passar eles na frente porque não só a gente corre o risco, como também os outros pacientes*”. Os médicos, também pressionados, fornecem atestados às pessoas envolvidas no tráfico, sem nenhuma razão de saúde que justifique tal conduta. Souza e Freitas (2011) apontam que este tipo de violência acaba por submeter a população ao silêncio e ao medo, causando um impacto na saúde dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família especialmente dos ACS que estão tão expostos à este tipo de violência quanto o restante da população local.

Diante deste tipo de situação, as ACSs tentam se proteger, fazendo visitas domiciliares junto a alguma colega de trabalho ou deixando de fazer vistas às casas dos pacientes envolvidos em *“rivalidade entre gangues”*. No entanto, reclamam que nem sempre há a compreensão por parte dos gestores sobre a dificuldade em realizar visitas neste tipo de situação: *“Aí acha que a gente é obrigada, apesar de tudo que tá acontecendo, a ir pra rua”*. Neste caos, talvez seria necessário rever, como propõe Souza e Freitas (2011), as ações de saúde realizadas pela ACSs.

Frente a este tipo de situação, as ACSs se consideram mais *“corajosas”* do que os médicos, pois os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem muitas vezes se recusam a trabalhar no PSF após vivenciarem de perto alguma situação de violência deste tipo: *“Acaba que vários profissionais bons saem. Não ficam no PSF por conta dessa violência”*. Fica a pergunta sobre o que faz com que os outros profissionais da equipe de Saúde da Família tenham uma rotatividade maior do que os ACS, uma vez que todos eles estão expostos a este tipo de violência, principalmente os ACS. O fato de morarem na mesma área onde trabalham, diminuindo os custos que o trabalho, principalmente transporte e diminuindo o tempo de deslocamento trabalho-casa e vice-versa seria um fator que faz com que os ACS se mantêm neste trabalho por mais tempo? Ou seria o fato de morarem no mesmo contexto sócio-econômico, político e cultural daqueles que perpetram a violência e amedrontam os demais profissionais, que em geral moram em outros municípios da região metropolitana e de Belo Horizonte, que as *“encoraja”*? Por outro lado, elas podem também sofrer retaliações e ameaças a que outros profissionais não estão tão expostos quanto elas. Poderia ser também uma falta de outras opções de trabalho. Merecia uma investigação mais cuidadosa que pudesse revelar porque os ACS se mentem trabalhando naquele local diante de tais situações de violência. Outros trabalhos na literatura também citam a exposição à violência como um dos fatores que fazem com que os profissionais médicos não se fixem em equipes de Saúde da Família (FELICIANO, KOVACS, SARINHO, 2011).

Em relação a uma possível solução para minimizar o impacto da violência urbana no cotidiano de trabalho em saúde das ACS, o grupo apresentou divergências.

Algumas disseram que seria interessante ter guardas municipais na porta da unidade de saúde, o que, na perspectiva delas, também poderia contribuir para amenizar a atuação das “*barraqueiras*”. É interessante notar neste caso, como a violência urbana se mescla neste momento à violência dos usuários em relação aos serviços de saúde, como é o caso das “*barraqueiras*”, fazendo com que a solução apontada para ambos os casos seja a mesma. Apesar de essas duas formas de manifestação de violência terem caminhos distintos de compreensão e de impacto no cotidiano de trabalho em saúde, ambas são observadas, pelas ACS, a partir do comportamento de moradores locais na condição de usuários do serviço de saúde, o que pode fazer com que sugiram estratégias semelhantes para o seu enfrentamento.

Outras participantes acreditam que esta saída não seria eficaz, não pela lógica de enfrentamento que está por trás da solução, que é uma lógica da segurança pública, mas sim porque seria ineficaz, explicando, com certo humor: “*Só se for pra cada dia pôr um, mata um. Nenhum vai ficar*”. Também levantam a possibilidade de mudar a localização da unidade de PSF. Assim, nota-se que as soluções buscadas pelas ACSs ainda estão focadas na lógica do combate à criminalidade através de medidas de segurança pública. Segundo Souza e Freitas (2011):

mediações no sentido de prevenção e controle das situações de violência no ambiente de trabalho, embora difíceis por exigirem abordagens que vão além daquelas estabelecidas pela segurança pública, são urgentes antes que alcancem patamares mais alarmantes, tendo em vista que as medidas isoladas adotadas pela segurança pública são reconhecidamente ineficazes. (SOUZA, FREITAS, 2011, p. 108)

As soluções apresentadas pelo grupo sugerem que as participantes se veem enquanto vítimas desta violência, não se responsabilizando enquanto profissionais de saúde para o enfrentamento desta problemática e demandando que sejam protegidas contra este tipo de violência. O enfrentamento deste tipo de violência, na prática, ainda não é tomado como uma questão com a qual a saúde deva colaborar, como preconizam as políticas públicas (BRASIL, 2006, 2009). Esta função continua

sendo delegada ao exército, às polícias e à justiça criminal como historicamente tem ocorrido desde a constituição dos Estados Modernos (MINAYO, 1999).

Outro tipo de violência que o grupo de ACS relata estar presente no seu cotidiano de trabalho é denominada pela OMS (2002) como violência no trabalho.

A violência no trabalho envolve não somente o comportamento físico, mas também o psicológico. Muitos trabalhadores são sujeitos a comportamentos prepotentes agressivos [*bullying*], assédio sexual, ameaças, intimidações e outras formas de violência psicológica. (OMS, 2002, p. 6)

Entendem que “*no PSF os pacientes são mais agressivos (...) o paciente aqui dentro da unidade parece que ele ganha força. São pouquíssimos os casos que a gente é confrontado ou ofendido fora da unidade*”. Diante disso cabe uma reflexão sobre o sentido desta violência, pois se ela ocorre preferencialmente dentro das unidades, e as ACS fazem muitas das suas atividades de trabalho fora da unidade, parece que esta violência está mais direcionada à própria instituição do que aos trabalhadores.

Neste sentido, as ACS observam que a equipe de saúde é responsabilizada pela falta de resolução das “*cobranças*” feitas pelos usuários. Além disso, executam tarefas fora do que está prescrito em suas atribuições de trabalho, mas que os usuários não reconhecem este esforço extra. Há, portanto, uma contradição nesta relação. Em alguns momentos as ACSs se colocam como detentoras do poder de fazer com que a atenção à saúde funcione, mesmo que outras instâncias não colaborem para tal. Em outros momentos, estas relatam que são cobradas por questões estruturais do sistema e os usuários acabam descontando o descontentamento com a qualidade do serviço de saúde através de reclamações direcionadas a uma suposta ineficiência das ACS. “Como um personagem mediador entre a institucionalidade e a comunidade, [o ACS] sente-se angustiado por não conseguir atender às demandas da população” (SOUZA, FREITAS, 211).

Também se sentem sobrecarregadas pelo fato de os pacientes fazerem demandas que elas não podem atender, de irem às suas casas aos sábados para

pedir informações e para pedir que elas olhem os exames, o que percebem como uma invasão de privacidade, que também aparece em outros estudos (SOUZA, FREITAS, 2011). Alguns pacientes também pedem ajuda para elas darem diagnósticos.

Outro aspecto apontado é a sobrecarga dos enfermeiros que são obrigados a cumprir várias metas de produção e fazer as tarefas administrativas, o que também está presente na literatura estudada (FELICIANO, KOVACS, SARINHO, 2010). Este fato, segundo as ACSs, impede o enfermeiro de fazer um bom trabalho de assistência, revelando mais um tipo de violência no trabalho, ocorrido pelo precário funcionamento do sistema de saúde. Contam: *“Aí vem os exames pra olhar e ele não dá conta. Fica dois, três meses, quatro meses lá (...) Acontece de quando verificar fala ‘nossa, fulano tá com o exame alterado’”*. Nessas situações elas são cobradas pela população de algo que não está ao seu alcance. Este é mais um motivo pelo qual acham importante ter um profissional administrativo na unidade e acrescentam que os serviços devem ser informatizados, o que ainda não ocorre na Atenção Básica do município.

Outra causa deste tipo de violência, segundo a percepção das ACSs, é o fato de que muitas vezes sua função não é compreendida pela população, gerando uma desvalorização do seu trabalho. Relatam que os pacientes as chamam de *“folgada e ignorante”*, *“cobra demais, te suga”*, quando passam na rua escutam *“Tá passeando, né, vocês só vivem passeando”*. E não reconhecem seu trabalho, pois o usuário *“Adora médico, só quer médico no posto”*.

Por estes motivos os usuários *“falam mal”* delas, ameaçam quebrar e colocar fogo no *“posto”* de saúde. As ameaças por vezes são mais generalizadas para a unidade de saúde como um todo, mas são verbalizadas na maioria das vezes para as ACS. Há usuários que ameaçam *“jogar uma bomba aqui, eu vou explodir esse posto com todo mundo”*. Muitas dessas ameaças, segundo as ACS, são feitas por usuários de medicamentos de controle, como os benzodiazepínicos, quando estes não conseguem renovar a receita médica antes da data prevista.

Os demais membros da equipe do PSF também já foram “*acusados de negligência*” na ocasião em que os familiares de um usuário o levaram para o PSF quando deveriam ter ido a uma unidade de urgência, como indicado pela equipe, evento que contribuiu para agravar o quadro do paciente e resultou em óbito. Este evento demonstra que há uma falta de compreensão do papel e da função da Atenção Básica, que faz com que a insatisfação em relação ao sistema de saúde como um todo, se sobrecaia e seja verbalizada à equipe do PSF, por ser esta que está no território, mais próximos à população.

As participantes do grupo mencionam também um tipo de violência que sentem em relação aos usuários que se manifesta de uma maneira diferente da agressão verbal, ameaça e exposição à violência comunitária, que seria um assédio moral por parte de alguns usuários. Estes casos ocorrem por parte dos usuários possuem uma situação financeira melhor, que “*tem o conhecimento maior... (...) as classe média (...) tem convênio, são pacientes que possuem dois, três carros na garagem, possui casa própria, tem tudo...*”. Estes pacientes são classificados pelas ACS como “*arrogantes*”, têm uma atitude de confrontação, querendo ser atendidos imediatamente. Explicam que “*querem ganhar tudo no grito*” e desrespeitam as ACSs, provocando humilhações diante de outros usuários e fazendo uso de insultos preconceituosos. Diante de situações como essa, uma das ACS do grupo explica como reagiu: “*Você engole seco mesmo, cé engole e ainda sorri, como se nada tivesse acontecendo*”. Explicam que estes usuários tem a finalidade de fazer propaganda política se utilizando da unidade de saúde. Esses usuários dizem a outros que foram eles que conseguiram determinada vaga de consulta ou exame médico no intuito de ganhar voto político. Esta atitude desqualifica e desacredita, frente à população, a universalidade da atenção à saúde que o SUS propõe e a atuação ética dos profissionais de saúde. Outros usuários pressionam a equipe através da influência política e econômica para conseguir vantagens na assistência á saúde oferecida pelo PSF. Segundo as ACS, esses usuários usam do “*conhecimento pra confrontar e pra desmoralizar a gente*” e as ameaçam dizendo que conseguiram aquele emprego para elas.

Ocorrem também conflitos na unidade de saúde entre os médicos e usuários, como quando a população arranha o carro de médicos. A equipe chega a chamar a polícia para intervir neste tipo de conflito, mas esta, em geral, só chega à unidade horas depois do ocorrido. Outra solução que utilizam para resolver este tipo de conflito é deixar de visitar àquela família, chegando a atingir a própria rotina de trabalho, o que compromete o acesso da população à estratégia Saúde da Família.

Em relação à violência sofrida pelos trabalhadores por parte dos usuários, relatam que evitam revidar: *“Porque ia gerar mais confusão, mais problema. E eu acho assim, a gente tá ali, vai ter que lidar com ele todo dia, até ter que ir na casa do sujeito, você vai criar mais intriga? Mais confusão? Não, você tem que amenizar aquilo ali”*. Estudos apontam que esta pode ser uma defesa adotada por esta categoria profissional para continuar exercendo suas atividades de trabalho, colocando a necessidade de naturalizar as várias formas de violência neste contexto (SOUZA, FREITAS, 2011).

A maneira como lidam com a violência enquanto profissionais do PSF frente a pacientes que se dirigem à equipe de maneira agressiva, ameaçadora ou de confronto, é mantendo um diálogo *“com jeitinho”* com os usuários. Acreditam que assim podem amenizar os conflitos sem sucumbir à coação dos usuários. Neste sentido, elogiam um dos enfermeiros que, segundo entendem, consegue contornar situações que poderiam gerar violência sendo *“paciente”* e *“fala bem”*, realizando uma comunicação eficaz com os usuários. Outras maneiras de lidar com a violência que sofrem por parte dos usuários é não discutir com o paciente, encaminhar para a ACS referência da paciente, simplesmente ignorar ou fazer brincadeiras em relação às ameaças.

Também mencionam problemas na relação com a ouvidoria da Secretaria de Saúde do Município, segundo relatam que quando algum usuário faz reclamações a este órgão, eles não procuram escutar a versão dos profissionais, acreditando imediatamente na afirmação dos usuários e perguntando sobre o ocorrido aos trabalhadores em tom de cobrança: *“eles querem espremer a gente porque eles tão espremendo eles lá”*. Estas reclamações geralmente dizem respeito à demanda dos

usuários para que sejam cadastrados, mesmo sem vagas disponíveis. Este tipo de situação revela uma falha no sistema de saúde do município que conta com apenas 46% da população municipal coberta por PSF. Assim, a maioria dos munícipes recorre às UBR para ter a atenção básica, pois não têm acesso à Estratégia de Saúde da Família. Por vezes, alguns moradores da mesma rua são cadastrados no PSF mais próximo e outros não. Há, portanto, uma pressão sobre os trabalhadores para que resolvam um problema de acesso aos serviços de saúde assegurados pelas políticas do SUS e de responsabilidade da gestão municipal. As reclamações dos usuários à ouvidoria, que deveriam ser parte integrante do bom funcionamento do sistema de saúde municipal, se tornam uma ameaça para a equipe do PSF.

Nesta mesma direção, relatam situações em que os usuários quando não conseguem acessar determinado serviço de saúde, recorrem a outras instâncias da secretaria municipal e por vezes obtém êxito, o que ocorre também em casos em que o usuário tem influência política. Este tipo de situação gera uma descrença por parte dos usuários em relação às informações fornecidas pelas ACS sobre a disponibilidade de serviços de atenção à saúde. Desta forma, percebem que as informações que fornecem não são legitimadas. Relatam que essa situação “*é humilhante pra gente porque não tem aquela conexão*” entre os trabalhadores e a Secretaria Municipal de Saúde. Acham que a secretaria deveria ligar para o PSF e procurar saber sobre o ocorrido, pois caso contrário, segundo a percepção delas, os usuários criam uma determinada imagem delas que pode gerar situações de violência: “*Como se a gente fosse culpado*” (...) “*Aí chega aqui, quem é incompetente? É a gente. Quem eles xinga? É a gente. Quem é desmoralizado? É nós, né, e fica por isso mesmo*”. Mencionam também dificuldades estruturais presentes no setor saúde que acabam contribuindo para gerar situações de violência, como, a lentidão na confecção do *Cartão SUS*.

Diante deste tipo de situação sugerem que deveria haver uma “*administração na unidade*”, pois como não há um auxiliar administrativo, as ACS acabam exercendo funções para além do que está prescrito como a função do seu trabalho. Um exemplo disso é o fato de se revezarem para prestar o serviço de recepção da

unidade de saúde ou marcarem consultas especializadas, o que já foi incorporado pelo município como parte do trabalho das ACS na estratégia de Saúde da Família.

Diante de tantas dificuldades relacionadas à violência que foram apontadas no seu cotidiano de trabalho, se lembram de que na folha de ponto das ACSs de um dos PSF está escrito: *“Guerreiras do SUS”*. Relatam que sempre demandam ao psicólogo do Matriciamento em Saúde Mental algum tipo de acompanhamento para elas, sendo que algumas delas, inclusive, fazem uso de medicamento psicotrópicos. Entre a demanda de cuidados psicológicos para elas mesmas e o comentário sobre uma unidade da polícia que esteve na comunidade por um tempo, dizem: *“Precisa de uma unidade pacificadora de plantão”*. Não fica clara a estratégia de enfrentamento proposta com este pedido, mas não deixa dúvidas de que há uma demanda por uma intervenção diante da violência comunitária que tem atingido a saúde mental das ACSs.

Pedem ajuda de um profissional psicólogo para si mesmas pelo menos uma vez ao ano, pois se sentem sobrecarregadas e com o *“emocional abalado”*. Contam que uma enfermeira quando se despediu da equipe escreveu em um cartão para uma das ACSs que atendia uma área com muitos pacientes psiquiátricos: *“Deus te dê paciência, saúde, para você aguentar essa área, porque é uma área difícil”*.

Enfrentamento da violência

No sentido de compreender como as ACS entendem o enfrentamento da violência no contexto da estratégia Saúde da Família, cabe mencionar que as participantes do grupo compreendem violência como um fenômeno complexo que se relaciona com diversos outros fatores, inclusive com a saúde. A violência comunitária, que se apresenta fortemente na fala dos sujeitos de pesquisa, é relacionada à violência que sofrem por parte dos usuários e às condições sociais em que a população atendida vive, classificadas pela OMS (2002) como violência estrutural.

E devido a esses problemas, já tão dentro da boca [ponto de venda de drogas], já tão passando com aquele clima de constrangimento, de guerra das gangues. Eles tão morando dentro da favela, já são revoltados de tá ali. Os meus passam isso e já falaram pra mim. O sofrimento de morar, assim, não tem uma infraestrutura legal, sabe? Lá na nossa área lá. Muito carentes (...) Os mais problemáticos são geralmente os mais, é... mais desprovido mesmo, mais carentes (...) cobram muito e são revoltosos da situação que vive (...) Adoece a toa. Se ficar um dia sem um remédio, nossa, chega lá no posto, nó, tem que aparecer um remédio controlado, tem que dar a receita naquela hora.

Frente à violência estrutural e comunitária que os usuários sofrem, as ACSs relatam se sentirem impotentes, sem vislumbrar uma possível atuação por parte da equipe de Saúde da Família: *“No fundo dá dó, sabe? Cê... cê não pode fazer nada”*. Sentem também impotência diante de situações de vulnerabilidade social, como a falta de saneamento básico, e a ausência de possibilidades de outro local de moradia, o que não está ao alcance de suas atuações: *“Por que será que ele tá aqui todo dia? Olha as condições que ele tá morando”*. Questionam o fato de que devem orientar os usuários a ter uma boa alimentação, sabendo que a maioria deles carece de alimentos para sobreviver. A falta de estrutura também ocorre em relação ao lazer, com ausência de praças e de projetos de convivência comunitária, como, por exemplo, um projeto do município de Belo Horizonte, citado pelo grupo, em que as escolas abrem aos finais de semana e oferecem cursos para a população.

O impacto da violência na saúde da população aparece também claramente na fala das ACS quando elas discorrem sobre violência doméstica contra a mulher. Relatam este tipo de violência relacionando-a à saúde reprodutiva, exemplificando com o caso do marido que não permite que a esposa use anticoncepcional. Nestes casos, quando há indicação, elas realizam orientações no sentido da mulher realizar cirurgia de laqueadura e do marido participar das reuniões de planejamento familiar. Também realizam grupos de mulheres, com o apoio do matriciamento em saúde mental, do qual participam mulheres que sofrem violência doméstica e têm medo de fazer a denúncia. Consideram este grupo uma ação de promoção da saúde, pois as mulheres *“Saem de dentro da casa e trazem pro PSF”* a violência que estão sofrendo.

No entanto, entendem que orientar a mulher a mudar sua situação não é eficaz, pois há uma precariedade econômica por trás da situação de violência doméstica que a impediria de cuidar sozinhas de seus filhos. Assim, reconhecem a complexidade da violência e sentem diante destes diversos fatores presentes, certa impotência no que se refere a sua atuação enquanto ACS. Esta impotência e despreparo por parte dos profissionais da Atenção Básica para lidar com este tipo de problemática também aparece na literatura, que aponta a necessidade de capacitações e ações intersetoriais para lidar com essa questão (ANDRADE, FONSECA, 2008).

As ACSs relacionam saúde e violência também em casos de mulheres que sofrem violência psicológica.

Eu acho que a maior violência é a psicológica, porque tem vezes que você recebe umas determinadas palavras que é maior que uma facada no peito, porque você guarda na alma. E principalmente as mulheres, pelo menos é o que eu tenho percebido nas minhas visitas, as mulheres são mais doentes de alma do que de corpo. São desmotivadas, são mulheres deprimidas... assim, eu vou ser bem sincera, é bem complicado você tentar recuperar as que sofreram violência, uma mulher daquelas, se também não oferecem nada pra ela sair daquilo ali...

Apesar desta falta de perspectiva das ACSs para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, os estudos apontam que “A proposta teórica do Programa de Saúde da Família apresenta as condições para enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, considerando a promoção da saúde e a intersetorialidade como eixos condutores das ações” (ANDRADE, FONSECA, 2008, p. 594). Neste sentido, as participantes do grupo apontam os grupos de mulheres como uma ação de promoção da saúde, mas não mencionam nenhuma articulação intersetorial.

Em relação à violência interpessoal em âmbito familiar (OMS, 2002), não só contra mulheres, como também contra crianças e idosos, sentem-se impossibilitadas de agir pelo medo da retaliação que possam sofrer por parte dos perpetradores das violências. Relatam casos divulgados pela mídia em que houve retaliação aos

agentes de saúde, como um agente da zoonose ameaçado por um paciente que foi denunciado por criar passarinhos ilegalmente e um ACS de outro município que foi morto a pauladas. Novamente, vemos que o enfrentamento à violência no território expõe o agente de saúde à violência comunitária presente.

Em relação à violência física contra o idoso, por exemplo, relatam que apenas instruem algum membro da família a fazer a denúncia na delegacia e a acionar o Conselho Municipal do Idoso. No entanto, em alguns casos, até mesmo a própria vítima tem medo de denunciar o ocorrido quando os autores da violência são usuários de drogas, por exemplo. Mais uma vez a denúncia aparece quase como a única saída. A literatura aponta, em relação à violência contra o idoso, que uma importante ação que poderia ser realizada pela equipe de Saúde da Família seria realizar uma abordagem familiar que leve em conta a relação cuidador-idoso incluindo a atenção aos cuidadores nas ações de saúde “já que as saúde e as circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com frequência, intimamente ligadas àquelas das vítimas” (MORAES, APRATTO JÚNIOR, REICHENHEIM, 2008, p. 2297). Também é apontada a importância de um diagnóstico local para que se inclua o enfrentamento da violência no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, para conhecer a “magnitude do problema e suas nuances, tais como, o tipo de violência praticada, seus perpetradores, as condições que a determinam, as redes sociais de apoio disponíveis” (MORAES, APRATTO JÚNIOR, REICHENHEIM, 2008, p. 2297-2298).

Em casos de violência doméstica contra criança, as ACS encaminham os casos para a enfermeira, mesmo receosas de que esta faça denúncia anônima e a família suspeite que as ACS fossem as autoras da denúncia. No caso de violência sexual contra crianças, informam à enfermeira que agenda consulta e realiza exame para verificar vestígios da violência ou encaminha para a pediatria ou ginecologia examinar. As ACS, em todos os casos, não tomam frente no enfrentamento deste tipo de violência: “*quando chega esses casos assim pra gente, a gente passa pra enfermeira e a enfermeira toma frente*”. A ACS passa a “*ficar de olho*”, mas sente dificuldade de intervir neste tipo de caso também por medo: “*ele é usuário de droga*

(..) *Como é que eu vou intervir, falar alguma coisa? E a mãe é doida com ele, separa e volta. Ele quebra tudo em casa quando ele tá em casa doidão dá uma surra nela, sabe? Então é muito complicado*". A literatura aponta que este receio em denunciar pode estar relacionado ao medo de que os perpetradores da violência se vinguem da equipe de saúde e também pode ser uma forma de manter o vínculo com a comunidade (ARAGÃO, et al., 2013).

As ACS também orientam, mas reconhecem a limitação desta ação: *"a gente orienta que nem eu estou te orientando (...) porque eles querem uma resposta imediata nossa (...) porque se eu fizer e eles descobrirem que sou eu, aí eu tô ferrado"*. E completa sua justificativa para não fazer alguma intervenção dizendo que muitas vezes são apenas suspeitas que escutem de vizinhos: *"Fulano falou que viu e contou pra mim. Que denúncia é essa?"*. Por vezes encaminham o caso para o psicólogo do matriciamento, mas as ACS entendem que os pais nem sempre comparecem à consulta pelo medo de enfrentar a questão.

Em relação ao preenchimento da Ficha de Notificação da Violência, relatam ter ciência da existência do formulário, mas entendem que para que o caso seja notificado, deve haver consulta clínica, que não faz parte de suas atribuições. Aham que, enquanto ACS, não precisam notificar, o que mostra um desconhecimento da Portaria de nº 104, de 2011 que no seu artigo 7º diz que:

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Brasil, 2011)

Além disso, acreditam que, para que haja notificação, o paciente deve confirmar a situação de violência, não podendo ser notificada apenas a suspeita de violência, o que também demonstra um desconhecimento da legislação que traz na lista de casos de notificação compulsória, confirmados e suspeitos, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências (BRASIL, 2011). O temor de que a notificação gere

algum tipo de retaliação em relação à equipe também está presente na literatura (SANTOS, 2005).

Outro impedimento apontado é a falta de suporte, caso alguma violência seja denunciada: *“Aí você chega e fala assim pro paciente ‘olha, vai lá que você vai denunciar, e você vai ter toda a cobertura’. Chega o paciente fica mais desorientado, deixa a gente doidinha porque não tem estrutura pra sustentar isso”*. E elas acabam sendo cobradas por terem dado uma orientação a partir da qual não é dada a continuidade necessária.

Também questionam o fato de serem cobradas a fazer ações de promoção da saúde, sendo que não existe estrutura e articulação com outros setores, tornando a ação de educação e promoção em saúde ineficaz: *“Só que quando você vai, atua, tá lá visitando o paciente, ele mora na beira do poço fedorento, que você não suporta, o esgoto passando na porta dele, como é que você vai trabalhar com promoção à saúde?”*.

Por outro lado, reconhecem a existência de alguns dispositivos que promovem ações de enfrentamento à violência, como as delegacias para a mulher e para o idoso, o Matriciamento em Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). No entanto acreditam que as pessoas *“não se colocam à disposição dessa estrutura que tem”*.

Também pontuam a ausência das delegacias e CRAS no território do PSF, e a falta de divulgação daquilo que já existe: *“Em Neves pode inaugurar, mas fica tudo guardado, fica tudo ali, não é aquela coisa, né, não é aberto, não é divulgado, não é nada. (...) Fica escondido, então a pessoa tipo assim... (...) Eu acho que é isso. Falta rede. Aliás, não tem é a rede”*. Em relação ao CRAS, acham que os cursos são mal divulgados e não há incentivo suficiente para as pessoas participarem dos cursos. Comparam o CRAS ao SENAI, SESC, e SESI, e gostariam que houvesse essas instituições no município.

Nesta mesma direção, relatam que não é dado prosseguimento às iniciativas existentes: *“E nós fizemos aqueles módulos, né, mas cadê? Funciona? É isso que*

nós estamos falando. A gente faz capacitação, tem módulo, tem não sei o que, mas não adianta. Chega o PSF aqui... (...) não resolve". Se lembram de capacitações em que sugeriram a realização de parceria com o SESC para que sejam realizadas atividades como as que acontecem em Belo Horizonte. Sugerem a realização da "Ação Global", mutirão para tirar carteira de identidade, atividades para as crianças de corte de cabelo e educação sobre o cuidado dentário. A queixa em relação à falta de parceria com outros setores também está presente na literatura (Santos, 2005).

Relatam algumas ações de promoção da saúde ocorridas, que houve uma boa resposta da população, mas que foram interrompidas abruptamente. O "Sábado da Saúde", em que se trabalhavam temáticas sobre drogas, doenças sexualmente transmissíveis, asma, vermes e doenças parasitárias através de teatro, segundo relatam, foi interrompido porque a gestão não queria conceder as folgas que se fariam necessárias para os trabalhadores. Segundo as ACSs, a ação no sábado conseguia atingir pacientes que trabalhavam durante a semana e iam ao PSF apenas para pegar a receita, que passaram a dar credibilidade ao trabalho do PSF. E concluem: *"Parece que eles não querem a melhoria nada, né. Só fachada. Porque quando a gente começa a fazer uma coisa boa, eles cortam."* Se lembram também do "Dia da mulher" em que fizeram escova, corte de cabelo, manicure, massagem, limpeza de pele. Também se lembram de uma visita que estavam programando com os idosos ao zoológico, que foi interrompida pelo fato de ser ano político. E falam da necessidade de se trabalhar com este público que é queixoso, choroso e deprimido, pois precisam sair da rotina do bairro e por vezes sofrem violência e não tem como resolver.

A maioria das vezes que a gente vai promover a saúde, fazer um trabalho legal, esse trabalho é abortado. Aí o quê que acontece, você fica frustrada, o paciente vem em cima de você cobrando, fica frustrado também, e desvaloriza o PSF, né. Não existe Programa de Saúde da Família.

Silva (2005) traz, a partir de seu estudo, a não sustentabilidade dos projetos de prevenção e promoção da saúde e aponta dentre as razões para tal, alguns

aspectos que podem elucidar tal questão como: falta de política pública que garanta a continuidade do programa/projetos, independente de governos e gestão, o medo e a falta de disponibilidade dos profissionais que têm que atender outras demandas (SILVA, 2005).

Relatam apenas um caso de violência do profissional para com o usuário quando uma ACS desqualificou os cuidados de uma mãe frente a outras mães usuárias. Falam então do poder que as ACSs têm no manejo de situações de conflitos entre usuários e demais profissionais de saúde, em que elas podem escolher “*atiçar*” ou amenizar a situação. A esse respeito concluem: “*nossa boca tem muito poder*”.

A gente tem que ter muito cuidado no abrir a boca pra falar na questão de um colega de trabalho ou de algo que acontece na unidade, qualquer profissional. Porque o paciente colhe aquilo e você acha que ele vai guardar aquilo pra ele? Ele vai fazer um inferno com aquilo.

Uma das ações que apontam como possibilidade de melhoria da situação do município, de uma maneira geral, seria a prefeitura “*investir mais em concursos*”. Também apontam o “*lazer*” como uma saída para prevenir a violência que acontece entre os jovens: “*o jovem tá indo pra droga, pro mundo da droga. Jovens adolescentes, crianças, você vê que tá servindo de aviãozinho, tá viciando. Ficam ociosos a noite toda, não querem saber de estudar. Né? Só cadeia que a gente vê isso*”.

Dentre as estratégias intersetoriais já existentes para enfrentar a violência na região, lembram-se do projeto “*Saúde da Escola*”, mas questionam que o difícil acesso ao projeto. Relatam também que o padre da Igreja local “*nunca deixa de falar desse negócio de violência, e o pastor também, e acaba sendo a rede na religião*”. Relatam que um senhor joga futebol com os meninos voluntariamente e “*dá palestra*” sobre violência e oferece “*no finalzinho dá o lanche*”, já que muitos vão sem tomar café.

Conclusão

As ACSs que atuam na Atenção Básica em saúde do município Ribeirão das Neves, relatam a presença da violência no seu cotidiano de trabalho de diversas maneiras causando grande impacto tanto na população atendida pelo PSF quanto em suas atuações profissionais. Os tipos de violência relatados foram, utilizando a classificação da OMS (2002): comunitária, no trabalho, estrutural e doméstica contra criança, idoso e mulher. No entanto parece que a estratégia de Saúde da Família carece de uma estratégia planejada para o enfrentamento das violências que se apresentam neste contexto.

A relação entre saúde e violência na percepção das participantes do grupo é evidente e aparece de maneira transversal nas outras categorias de análise: violência no cotidiano de trabalho e enfrentamento da violência. As ACS apresentam uma concepção de violência ampla e mostram a sua complexidade ao longo dos diversos relatos e casos apresentados. Percebem o impacto da violência no bem-estar bio-psico-social dos usuários que atendem e na construção das suas atividades de trabalho. Entendem, no entanto, que ainda permanece uma lógica curativa tanto por parte da população, quanto dos serviços de saúde e da gestão, que não priorizam as ações de prevenção e promoção da saúde. Apontam também a necessidade de uma rede intra e intersetorial para garantir a efetividade das possíveis estratégias de enfrentamento da violência que o PSF possa vir a desenvolver.

Apesar de apontarem a denúncia como uma possível solução, elas não realizam esta ação por sentirem-se expostas e amedrontadas. Também apontam a falta de suporte existente para a continuidade de alguma iniciativa de enfrentamento da violência, entendendo que este é um problema complexo que necessita do suporte mais amplo de rede. Por isso, optam por realizar orientações mais superficiais. As ACSs sentem-se impotentes frente ao enfrentamento da violência, especialmente quando se trata de uma situação de violência já instalada ou consumada.

Nesses casos, referem conhecer a Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN), mas não se responsabilizam em

preenchê-la, deixando esta tarefa aos demais profissionais da saúde que realizam atendimentos clínicos. A pesquisa mostra que existem diversas questões implicadas nesta conduta das ACS como o fato de se perceberem expostas a possíveis retaliações por parte dos perpetradores da violência e não verem continuidade das ações assistenciais após a notificação. O fato das ACS compartilharem a mesma realidade sociocultural dos usuários também traz implicações que merecem ser melhor investigadas. Cabe, portanto, refletirmos criticamente sobre a função que a ficha de notificação tem exercido no contexto de serviços que marcam mudanças no sistema de saúde como é o caso da estratégia de Saúde da Família que prevê uma atuação muito mais próxima das ações de saúde junto aos usuários através da territorialização e do vínculo.

Há, portanto a necessidade de aprofundar debates e pesquisas sobre as possibilidades de enfrentamento da violência no contexto da Atenção Básica em saúde que levem em conta as peculiaridades do papel das ACS e da estratégia de Saúde da Família.

Também ressaltam a importância de controlar o que falam, pois entendem que suas falas têm “*poder*” de incitar ou amenizar situações de violência por parte dos usuários para com o PSF e seus trabalhadores, situação recorrente no seu cotidiano de trabalho.

Em relação à prevenção da violência citam algumas estratégias já desenvolvidas pelo PSF, mas que foram interrompidas ou descontinuadas por questões políticas, gerando desânimo e descrédito na equipe e na comunidade em relação ao PSF. Apontam também a sobrecarga de trabalho da equipe de PSF dificultando o bom funcionamento do serviço. Assim, entendem que a Saúde da Família não funciona como uma estratégia que trabalha prioritariamente com a prevenção e a promoção da saúde.

Por fim, apesar da realização do grupo ter sido parte da pesquisa, serviu também como “*desabafo*” para essas profissionais. As ACS apropriaram-se daquele espaço também como um momento de realizar uma demanda em relação à situação que vivem, pedindo que algo seja feito a partir do que foi falado “*pela comunidade que tá*

precisando”, que seja realizado “*um projeto que ande*” e que sirva para “*Pra levantar a auto-estima*”.

Referências

ANDRADE, C. de J. M.; FONSECA, R. M. G. S.da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho da Estratégia de saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.3, p.591-595, 2008.

ARAGÃO, A. S. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 172-179, jan.-fev./2013. Número especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ed. Brasília: SAS, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: SAS, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: SAS, SVS, 2006.

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Huritec, 2000.

FELICIANO, K. V.de O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.

_____. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

FELIZARDO, R. L. De F. E S. **As faces da violência**: um estudo sobre o perfil da morbimortalidade por violência no município de Ribeirão das Neves, MG. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Vigilância em Saúde: área de concentração vigilância epidemiológica e ambiental apresentado à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2008.

GATTI, A. B. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber livro Editora, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde (12ª ed.). São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Violência**: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINAYO M. C. S.; Souza E. R. (Orgs.). *Impacto da violência sobre a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. p.9-33, 2005.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MORAES, C. L. de; APRATTO JÚNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, out., 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: 2002.

_____. **Podemos prevenir a violência**. Teorias e Práticas. Unidade Técnica de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/bra>

RIBEIRÃO DAS NEVES. **Relatório Anual de Gestão**. Secretaria Municipal de Saúde. Ribeirão das Neves: 2010. Disponível em: <http://www.neves.mg.gov.br/index.php/servicos-de-gestao-saude/planejamento-em-saude>

SANTOS, N. C. dos. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF - um estudo de caso**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, L. J. R. de; FREITAS, M. do C. S. de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.35, n.1, p.96-109, jan./mar. 2011.

Anexo A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Mestrado Profissional em
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

O enfrentamento da violência na
Estratégia de Saúde da Família em Ribeirão das Neves - MG

Clarisse Carvalho Leão Machado

Belo Horizonte
2012

INTRODUÇÃO

Será apresentado nas próximas páginas um projeto de pesquisa em andamento tendo o campo de pesquisa já sido realizado permitindo apontar alguns resultados preliminares. Trata-se de uma pesquisa empírica de caráter exploratório que utiliza metodologia qualitativa para abordar o enfrentamento da problemática da violência na Estratégia de Saúde da Família, especialmente na sua relação com a promoção da saúde, a partir da percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (AP) do Município de Ribeirão das Neves (RN). Este estudo fez parte de uma pesquisa maior intitulada *Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência*, da qual participei desde a sua elaboração até a aplicação dos questionários em campo, quando logo após, me desliguei para focar na análise qualitativa dos dados do presente estudo. Acredito que uma possível interlocução entre os resultados das respectivas pesquisas poderá ser bastante proveitoso em um segundo momento.

O município de Ribeirão das Neves se situa na região metropolitana de Belo Horizonte (BH- MG) e conta com 296.317 mil habitantes, segundo dados do IBGE de 2010. Trata-se de um município que sofre um forte estigma por abrigar um expressivo número de penitenciárias, somando um total de seis, sendo que mais uma está em construção neste momento. O município apresenta também um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

A escolha do campo de pesquisa se deu a partir da minha inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), através da atuação como psicóloga no Matriciamento em Saúde Mental na AP deste município de agosto de 2007 a janeiro de 2012. Segundo Campos e Domitti (2007), “O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência” (p. 400). No caso da minha atuação nesse campo, tratou-se do apoio matricial oferecido por uma equipe de saúde mental às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

Fazíamos visitas semanais ou quinzenais aos PSFs em que as discussões de casos consistiam na principal estratégia. Também realizávamos atendimentos

compartilhados junto aos enfermeiros, visitas domiciliares quando se fazia necessário e programávamos e realizávamos, junto às equipes, ações coletivas com e na comunidade. Os casos que necessitavam de um suporte da equipe de Saúde Mental trazidos pelas equipes de Saúde da Família podem ser divididos em: casos considerados graves, mas que já estavam estabilizados e poderiam continuar o acompanhamento no território; casos que necessitam de algum suporte da saúde mental mais intensivos, mas que não eram considerados muito graves, que procurávamos atender nas unidades ou encaminhávamos para as unidades especializadas em saúde mental para um acompanhamento especializado; e os casos mais leves, que eram também os mais numerosos, e que estavam relacionados a sofrimentos da vida cotidiana, muitas vezes fortemente relacionados a questões sociais.

Neste estudo irei focar no terceiro grupo de casos, que muitas vezes estavam relacionados a problemas sociais e representavam uma grande parte da demanda existente. Os casos mais frequentes desse grupo eram especialmente: mulheres e crianças em situações de violência doméstica; idosos que sofriam algum tipo de violência; jovens sem perspectiva de emprego e renda e adolescentes que engravidavam precocemente e sem planejamento; crianças e adolescentes que paravam de estudar ou com grande dificuldade de frequentar a escola regularmente; crianças com dificuldades escolares que muitas vezes estavam relacionadas a problemas emocionais advindos de um contexto sócio-familiar precário; usuários abusivos de álcool e outras drogas, e dependentes de benzodiazepínicos.

Esses casos envolviam com frequência não somente aspectos clínicos em que as demandas estavam relacionadas a queixas no corpo físico, como também aspectos psicológicos e sociais, exigindo das equipes de Saúde da Família respostas novas. As equipes traziam esses casos para serem discutidos nas visitas da equipe matricial a fim de buscar soluções outras que não somente a resposta a sintomas físicos-clínicos separadamente, mesmo que estes muitas vezes compusessem a demanda dos usuários. A violência, nesses casos, muitas vezes estava presente, mesmo que ela não fosse nomeada como tal.

Foi neste contato direto com a realidade territorial em que as equipes de Saúde da Família (eSF) se encontram, através especialmente dos relatos dos profissionais que atuam aí por meio das discussões de caso e, muitas vezes, em contato direto com os pacientes em atendimentos individuais, atendimentos compartilhados e em visitas domiciliares, que surge a questão deste estudo. Trabalhar no nível de atenção primária em saúde com a Estratégia de Saúde da Família permite uma aproximação com a realidade de vida dos usuários do SUS onde diversos aspectos complexos da realidade aparecem de uma maneira mais evidente, dentre eles a questão da violência.

Por violência tomamos aqui o mesmo conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (Dahlberg, L. L. & Krug, E. G, p. 1164)

Ainda acrescentamos uma consideração feita pela pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo, no documento do Ministério da Saúde, “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” (Brasil, 2005), após fazer várias considerações a respeito da conceituação da violência, em especial da dificuldade e problema em conceituar a violência de maneira condensada e fixa. Assim, a autora toma a seguinte postura, que me parece importante ao refletir sobre a questão da violência.

Assumindo a proposta ecológica, o presente documento dá ênfase ao sentido dinâmico da produção da violência, cuja interpretação se adequa à teoria da causalidade complexa em que ‘todas as coisas são causadas e causadoras’ e em que se evidenciam a retroalimentação entre os fatores e a reflexividade dos fenômenos. Por isso, a tônica reflexiva e metodológica proposta é a do imbricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social. (Minayo, 2005, p. 25)

Desta maneira, o presente estudo pretende compreender como profissionais da atenção primária entendem essas relações e essas questões. Quais são os entraves e possibilidades que vêm diante desse cenário em que atuam enquanto profissionais de saúde da atenção primária no enfrentamento à violência, tendo em vista a nova concepção que a promoção da saúde traz sobre o processo saúde-doença e sobre a ampliação do conceito de saúde.

A escolha de profissionais de saúde como sujeitos desta pesquisa se deu pelo fato de que esta visa compreender se e como a Estratégia de Saúde da Família tem servido de forma eficaz para lidar com uma nova concepção de saúde, por um movimento de mudança que se institucionalizou nas políticas de saúde, especialmente através do SUS, trazida pelas diretrizes políticas atuais, para o enfrentamento de algumas questões que estão relacionadas ao processo saúde-doença, mas que não são tradicionalmente tomados pelo setor saúde como parte de sua função tratar, como é o caso da violência.

JUSTIFICATIVA

A relação entre saúde e violência dentro do âmbito das políticas públicas é bastante recente e carece ainda de muitas reflexões e estudos que ajudem a avançar neste sentido. A pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo apresenta este processo em seu artigo intitulado *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica* (2007). Demonstra que desde as décadas de 1960 e 70 há um movimento de âmbito internacional para a ampliação do conceito de saúde e que na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já reconhece “acidentes e violências” como um problema de saúde pública pelo elevado número de morbimortalidade gerados por essas causas, sendo que “em 1993, escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde” (p. 1260). No relatório anual de 2002, esta organização revela que “todo ano,

mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas” (OMS, 2002, apud Minayo, 2007, p. 1260).

Mundialmente a sensibilização da questão da violência no setor saúde começa a ocorrer de uma maneira mais importante na década de 1960, por meio de textos e debates de profissionais de saúde que denunciavam as violências contra as crianças (Minayo, 2007). A violência contra a mulher também começa a ser pauta no setor a partir de uma forte pressão por parte dos movimentos feministas, o que aparece de maneira mais explícita na Conferência sobre Violência e Saúde, realizada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) em Washington, em 1994. E de uma maneira geral, conclui a autora:

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Opas e a Organização Mundial da Saúde começaram a falar especificamente do tema "violência" (e não apenas "causas externas"), congregando as várias discussões (sempre dispersas e com pouca legitimidade institucional, até então) que vinham ocorrendo nos diferentes âmbitos e em alguns países. (Minayo, 2007, p. 1261)

Em 1997, a OMS elege o enfrentamento da violência como uma das 5 prioridades para os países da América e, em 2002, produz um relatório em que o termo “causas externas”, utilizado pela Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID) X, foi substituído pela expressão “violência e saúde”. É quando também se produz uma série de recomendações para o setor, sendo uma delas a de que cada país construa um diagnóstico e um plano de ação a respeito do tema, momento em que há então a entrada decisiva da violência como um problema a ser enfrentado pelo setor saúde. É a partir dessa diretriz que o Brasil produz em 2005, junto à Fiocruz e a OPAS, o documento intitulado *Impacto da violência da saúde dos brasileiros* (Minayo, 2007).

No Brasil, os movimentos pelo fim da ditadura foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública. No setor saúde, seus profissionais passam a produzir estudos a partir da década de 1970, mas aparecem de maneira mais contundente na década de 1980. É também nesta década que começa a haver uma atuação desses profissionais relacionada às violências contra crianças e adolescentes, que se concretizam em ações práticas no terceiro setor. Esses movimentos fizeram parte também daqueles que ajudaram na construção do *Estatuto da Criança e Adolescente* (1990), e do *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil* (2002). O movimento de mulheres também teve participação fundamental em uma política que colabora com a pauta da violência na saúde, que é o *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), de 1983, destacando a violência de gênero. Em 2004, como complemento a essa política, é lançada a *Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos*. Em 2003, o *Estatuto do Idoso* também pauta a questão da violência contra o idoso de maneira intersetorial incluindo a área da saúde. Mas o documento brasileiro que marca definitivamente a entrada da questão da violência no setor da saúde é a *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência* publicada pelo Ministério da Saúde em 2001 (Minayo, 2007).

Em relação a esse documento, a autora ressalta que o monitoramento desse problema “necessita ser encarado de forma muito diferente daquela que a área tem tradição, nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente, o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica” (Minayo, 2007, p. 1264). E um dos mais importantes desdobramentos dessa política foi o plano de ação que ela gerou que dispõe sobre a estruturação da *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde* e a implantação e implementação de *Núcleos de Prevenção à Violência* em estados e municípios.

Observa-se, portanto, que a entrada da questão da violência como um problema de saúde pública em que o setor saúde deve participar do seu enfrentamento, surge no bojo de um processo histórico maior relacionado aos movimentos mundiais

surgidos nas décadas de 1960 e 1970 e nacionalmente daqueles que participaram da redemocratização do país na luta contra a ditadura militar. De maneira que essa questão não entra no setor saúde como mais um problema de saúde que deve ser sanado pelo setor, mas sim traz um questionamento da própria maneira de atuação dos serviços de saúde, de seus profissionais, sua organização, e premissas. Essa entrada acaba por mostrar a necessidade de pensar na atuação intersetorial por se tratar de um problema complexo que não pode ser resolvido com a tradição medicalocêntrica sobre a qual o setor vinha se sustentando. E, neste sentido os conceitos de prevenção, e especialmente de promoção da saúde entram como uma possibilidade que também vem sendo construída nesse processo histórico de atuação por parte deste setor, junto aos demais setores e sociedade em geral.

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo. (Minayo & Souza, 1998, p. 520)

E essas questões se fazem ainda mais relevantes no município de Ribeirão das Neves, campo alvo desta pesquisa, onde a realidade territorial apresenta o problema da violência como um dos mais difíceis aspectos a serem enfrentados na atuação dos profissionais de saúde em todos os níveis de assistência e de todas as áreas, mas especialmente para aqueles profissionais que atuam diretamente no e com o território.

A relevância do presente estudo, portanto, por um lado se dá pelo fato de que busca refletir sobre as políticas públicas sociais da área da saúde, que têm, por sua

vez, o compromisso de melhorar a vida da população em geral, especialmente os mais desfavorecidos, não contendo assim um interesse particular ou para um grupo específico. E por outro, contribuir para o campo de pesquisa proposto, que é o Município de Ribeirão das Neves, que se encontra dentre os mais desfavorecidos do Estado de Minas Gerais, com altos índices de violência, o que merece um investimento de grande relevância, não somente para a compreensão da problemática a partir daqueles que estão próximos dessa realidade, como para a construção, a partir justamente dos diversos obstáculos encontrados, de soluções que possam ser expandidas a outros locais com problemas similares, além de valorizar as ações já existentes que têm funcionado.

A violência é uma comorbidade considerada evitável e que por isso merece investimentos incisivos em ações de promoção e prevenção. Ou seja, a partir de um olhar lançado desde o ponto de vista da violência como um problema de saúde pública, a promoção da saúde se apresenta como uma estratégia importante. E, por outro lado, desde o ponto de vista da Política de Promoção da Saúde, a violência aparece como um dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, que devem ser levados em consideração nas ações da saúde, em especial da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2006). No entanto, será que essas relações entre saúde e violência são realizadas pelos trabalhadores que deveriam estar implementando essa política? Como são feitas essas relações? Se essas relações são feitas, será que são planejadas ações que vão nessa direção? Quais são os facilitadores e dificultadores que aparecem no processo de enfrentamento da problemática da violência enquanto um problema de saúde? Estas são algumas questões que este estudo busca explorar.

Objetivo

Objetivo Geral:

Compreender como os Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros que atuam na Atenção Primária em Saúde do Município de Ribeirão das Neves entendem e

vivenciam a relação entre saúde e violência, e quais são as possibilidades e os entraves que encontram no enfrentamento da violência no seu cotidiano de trabalho.

Objetivos específicos:

A partir do delineamento do objetivo geral, esta pesquisa tem como objetivos específicos:

1- Compreender como os Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros que atuam na Atenção Primária em Saúde, entendem e vivenciam: o fenômeno da violência no território onde atuam; se e como relacionam promoção da saúde e prevenção da violência.

2 - Identificar as possibilidades e estratégias já existentes no enfrentamento e prevenção da Violência no Município, apontadas por estes profissionais, tanto dentro do setor saúde como no município e as possibilidades e dificuldades percebidas e/ou vivenciadas de prevenção e enfrentamento à violência.

3 - Investigar se estes profissionais se percebem preparados para este enfrentamento.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no dia 30 de maio de 2012, com número de CAAE-01140812.1.0000.5149. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Anexo C), após a sua leitura em voz alta, antes do início dos grupos que compuseram a pesquisa, bem como assinaram uma lista de presença. Os participantes não tiveram custo, bem como benefícios de nenhuma ordem.

Os sujeitos de pesquisa foram Agentes Comunitários de Saúde (ACS)s e enfermeiros que atuam na Atenção Primária em saúde de RN. A escolha da atenção

primária em saúde como campo de pesquisa se deu porque ela é o nível de atenção em saúde (dentre os níveis, primário, secundário e terciário) em que a promoção da saúde é enfocada de maneira mais veemente. Além disso, ela é o nível de atenção que está mais próximo do território onde os problemas são vistos de uma maneira mais complexa, justamente por não estarem separados de um contexto maior e de outros fatores importantes no processo saúde-doença para além da própria doença.

Os ACSs e os enfermeiros, por sua vez, foram escolhidos por serem aqueles dentre os profissionais da atenção primária que têm suas funções mais fortemente relacionadas com o território, do qual o problema da violência não pode se apartar. Isso não significa que não seja importante estudar os profissionais médicos e os auxiliares de enfermagem que também atuam nas unidades de saúde da atenção primária do município, bem como aqueles que realizam o matriciamento em saúde mental e em ginecologia do município. Mas para os objetivos do presente estudo e também por motivo de limitação da sua natureza, não foi possível abranger todos os profissionais. No entanto, acreditamos que uma segunda etapa deverá ser realizada também entrevistas com alguns profissionais médicos que atuam no PSF do município.

Os serviços da atenção primária em saúde são divididos de acordo com as cinco regiões sanitárias do município, chamadas de Regiões I, II, III, IV e V. O município conta com dois tipos de unidade de saúde que atuam no nível da atenção primária em saúde, as Unidades Básicas de Referência (UBR) e os Programas de Saúde da Família (PSF). Cada região sanitária conta com uma UBR e com um número variável de PSFs, sendo que a Região I conta com quatorze PSFs, a Região II com dez PSFs, a Região III com doze PSFs, a Região IV com doze PSFs e a região V com cinco PSFs, somando um total de cinquenta e três PSFs e cinco UBRs.

Cada PSF se situa em um imóvel, com algumas exceções em que se encontram dois ou três PSFs em um mesmo local e com a existência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) implantada no município mais recentemente (em agosto de 2012), que abriga três equipes de PSF. Os PSFs trabalham com a Estratégia de Saúde da

Família (ESF), contando com um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As UBRs são unidades que abrigam tanto a atenção primária em saúde quanto a atenção secundária, apesar de não se utilizarem da ESF para tal. A UBR cobre boa parte da demanda por especialidade médica e a atenção primária de toda a área descoberta de PSF da respectiva região sanitária. Assim, ela conta com um maior número de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de contar com um profissional administrativo e com um profissional de nível superior (geralmente enfermeiro) que exerce a função exclusiva de gerência da unidade.

Cada região sanitária apresenta características sócio-culturais muito distintas entre si, provavelmente pelo fato de o município ter uma extensão territorial considerável, contando com 154,501 quilômetros quadrados, segundo dados do IBGE de 2010. A região I é também chamada popularmente de região central, pois é aquela que contém o centro da cidade e os principais serviços dos diversos setores, contando também com um centro comercial, como é característico dos centros urbanos. A Região II é cortada pela BR – 040 (de Belo Horizonte, sentido Brasília) que separa da região central boa parte de seu território, sendo que em alguns casos o acesso à BH é maior do que à RN. As regiões III, IV e V são separadas da região central por uma estrada de sete quilômetros de extensão, e compõe o que é chamado popularmente de Justinópolis, apesar de este ser o nome de um dos bairros da região. Essas três regiões têm características diversas, mas ao mesmo tempo guardam algumas semelhanças uma vez que não existe uma divisão territorial física entre elas. O fato de fazerem divisa com a região de Venda Nova de BH também confere à região características e vivências próprias, além de facilitar o acesso a bens e serviços existentes na capital. Outra característica é a existência de centro comercial importante localizado numa das principais avenidas que dão acesso ao município.

O foco dado aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, leva em consideração o fato de que eles têm um contato mais direto com a realidade do

território e não somente ligadas às demandas relativas a um adoecimento físico, que são priorizadas na atenção secundária e terciária à saúde. No entanto, não basta que as políticas e as leis se modifiquem ao estabelecerem um novo conceito de saúde que também implique em novas práticas dos profissionais, se no campo cultural e social esses os valores e concepções existentes e desejáveis não são debatidos, trabalhados, desconstruídos e construídos. Apesar de a violência ser considerada um dos fatores determinantes e condicionantes de saúde pela Política Nacional de Promoção da Saúde, resta investigar como esses profissionais compreendem essas relações. Se compreendem, quais as possibilidades que vislumbram para o enfrentamento da violência, e que ações já conhecem, seja no campo do Estado, comunitário ou na sua interseção, que podem ser valorizadas e reconhecidas em direção ao enfrentamento da problemática. Em suma, como é a relação existente entre esses trabalhadores, a Política de Promoção de Saúde e o enfrentamento à violência?

O fato de a pesquisadora já conhecer o município exige um exercício de distanciamento metodológico, mas por outro lado permite um conhecimento e familiaridade da realidade a ser estudada, ao mesmo tempo em que interfere nas escolhas de pesquisa que se fizeram necessárias, tanto teóricas, quanto metodológicas, bem como permitiram as questões desta pesquisa emergirem tal como se apresentam.

Pelo tema que esta investigação se propõe a tratar, a metodologia a ser utilizada exige “uma relação mais íntima e mais prolongada do investigador na situação pesquisada. Isso se dá principalmente quando são tratados temas sociais complexos, geralmente associados a fortes componentes culturais, ideológicos e/ou subjetivos, em que um investigador muito externo à situação não conseguirá captar as nuances do objeto de estudo” (Vasconcelos, 2002, p. 136). Assim, o conhecimento prévio do campo em questão pela pesquisadora, não traz necessariamente um olhar enviesado, senão que propicia uma aproximação do campo em estudo capaz de facilitar os processos de pesquisa, análise dos resultados e conclusões. No entanto, ressalta-se aqui a importância de realizar uma

análise da implicação da pesquisadora em questão com a escolha de objeto de pesquisa, bem como com todo o processo de coleta e análise de dados.

Método

O instrumento utilizado neste estudo foram rodas de conversa, aproveitando a reunião de alguns profissionais que já é realizada no próprio cotidiano de trabalho. No caso dos enfermeiros, foram utilizados os espaços da *Roda*. As *Rodas* fazem parte do trabalho dos profissionais da atenção primária em saúde. Elas acontecem quinzenalmente em cada unidade de saúde reunindo a equipe do PSF, e quinzenalmente entre os gerentes dos PSFs das respectivas regiões sanitárias (I, II, III, IV e V). A *Roda* dos gerentes é coordenada pelos respectivos coordenadores de cada região sanitária, que em conjunto compõe a *Coordenação da Atenção Primária* no nível central de gestão municipal. Esses momentos têm por finalidade discutir temas relativos à prática profissional, esclarecer dúvidas, ouvir sugestões e repassar informes para as unidades. Esse ano também foram incluídos nas *Rodas*, momentos de *Educação Continuada em Saúde*, que ocupam entre uma e duas horas dessa reunião, momento que foi utilizado para a realização as rodas de conversa desta pesquisa. Além dos enfermeiros dos PSFs, participam também os gerentes das UBR, que nem sempre são enfermeiros (há pedagogos e biólogos, por exemplo).

Vale ressaltar também que esta pesquisa está inserida dentro das propostas do *Núcleo de Promoção da Saúde e Cultura de Paz* do município de Ribeirão das Neves para o ano de 2012. Este *Núcleo* se constituiu a partir de uma demanda surgida por uma profissional do município que realizou um curso de especialização em Vigilância em Saúde na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, denominada: *As faces da violência: um estudo sobre o perfil da morbimortalidade por violência no município de Ribeirão das Neves, MG* ao Núcleo de Saúde e Paz da Faculdade de Medicina da UFMG. Este, por sua vez, realizou, em 2008, um curso chamado *Programa de Transferência de Tecnologia de Abordagem da Violência e Construção da Paz* pra alguns municípios do estado de Minas Gerais com o objetivo de discutir o enfrentamento da violência na área da saúde (OPAS, 2010) em que Ribeirão das

Neves foi contemplado. Os profissionais de Ribeirão das Neves que participaram deste curso criaram então o Núcleo de Saúde e Paz no município com o objetivo de fomentar o enfrentamento da problemática da violência através da promoção de pesquisas, debates e discussões sobre a temática com a rede intersetorial existente no município.

Desde então esse núcleo vem se reunindo, realizando algumas ações a que se propõe, e tentando se legitimar dentro da política municipal. Em agosto de 2011 um importante passo foi dado neste sentido, quando foi decretada uma portaria que instituí o *Núcleo*. Atualmente o esforço tem sido no sentido de construir um regimento interno que fortaleça ainda mais a implementação de suas ações.

Uma das metas a que esse núcleo se propôs em 2013 foi a de realizar ações junto à atenção primária em saúde sobre o enfrentamento da violência. Essas ações foram marcadas para acontecer durante o momento de *Educação Continuada* que acontece nas *Rodas* dos gerentes das unidades de atenção primária. Assim, como integro esse *Núcleo* deste agosto de 2011, pactuamos que eu seria a técnica responsável por executar essa ação e, ao mesmo tempo, usaria esse espaço para realizar as rodas de conversa da presente pesquisa. Assim, aproveitei as datas já marcadas para acontecer essas ações e solicitei que eu realizasse essas rodas sem a presença de outros integrantes do núcleo para que fosse mantido o sigilo, bem como que o conteúdo do que fosse conversado seria utilizado para fins da pesquisa. Os demais integrantes do *Núcleo* e os coordenadores da Atenção Primária do município, portanto, não participaram desse momento. Para a certificação da existência dos grupos foi passada uma lista de presença contendo data, local e unidade a que pertenciam os participantes.

Já as rodas de conversa com os ACSs foram marcadas em datas próximas das datas em que ocorreriam as rodas com os gerentes das unidades para que não interviesse a variável de uma diferença de tempo entre os grupos que tivesse que fazer parte da análise posteriormente. Esses grupos foram marcados diretamente com as unidades, com a autorização da coordenação da atenção primária de que fossem realizadas dentro dos serviços e do horário de trabalho. Essas foram todas

realizadas em sextas-feiras à tarde, quando as unidades de saúde estão com menos demandas dos usuários.

Como as rodas de conversa da pesquisa também serviram como uma ação do *Núcleo* do município, este demandou que fossem contempladas todas as regiões sanitárias. Desta maneira, seriam realizadas cinco rodas de conversa com os enfermeiros e cinco com os ACSs, já que temos um total de cinco regiões sanitárias. Como as rodas com os enfermeiros foram realizadas nos momentos das *Rodas* que já existem, a pesquisa teve que se adaptar ao fato de que foram realizadas nas datas marcadas três *Rodas*, uma com a Região V e III, uma com a Região I e II e outra com a Região IV.

Para contemplar todas as regiões, foram realizadas cinco rodas com ACS, sendo uma em cada região sanitária. Como cada PSF conta com um total de sete ACS (no máximo), mas que nem sempre estão com o quadro destes profissionais completos, optou-se por convidar as ACSs de duas equipes de PSF, de cada região sanitária, que tivessem suas casas mais próximas, para que pudesse ter um número participantes considerável e para que se minimizasse os riscos de ter que realizar grupo com um ou dois desses profissionais. Na Região II, foram convidadas ACSs de três equipes de PSF porque estas se localizam na mesma casa, recentemente inaugurada como Unidade Básica de Saúde. Três grupos contaram com cinco ACSs, um grupo com seis e um com sete, somando um total de 28 ACSs participantes. Todos as ACSs que foram convidados a participar da pesquisa foram avisados que o convite ocorreria e que os grupos aconteceriam naquelas datas.

No dia dos grupos, um novo convite foi feito para aqueles que estavam presentes com uma explicação um pouco mais detalhada da pesquisa e da metodologia, de que a participação não era obrigatória e o sigilo seria mantido, de acordo com o TCLE. A participação de maneira geral foi bem expressiva por todas essas condições descritas acima que possibilitaram que os grupos fossem viabilizados nos locais e horários de trabalho.

A duração dos grupos girou em torno de duas horas cada, contando com a chegada, preparação do local, apresentação da pesquisa e dos participantes. A

discussão em si teve duração entre uma hora e uma hora e meia e foram todas gravadas em áudio. Os grupos foram realizados entre os meses de julho e setembro de 2012.

Vale também pontuar que no mês de julho, duas semanas antes do início dos grupos, foram aplicados questionários semi-estruturados sobre promoção da saúde e prevenção da violência na atenção primária em saúde, parte da pesquisa deste mesmo estudo naquele momento. Os questionários foram aplicados com usuários e profissionais, o que pode ter exercido alguma influência no processo que foi observado durante o grupo, e serviu também de referência no momento de apresentação das rodas de conversa, que naquele momento faziam parte da mesma pesquisa. Inclusive seria muito interessante poder confrontar e complementar os dados quantitativos com os qualitativos fazendo uma triangulação de métodos, o que fica indicado para posteriores esforços de pesquisa.

A escolha por realizar grupos não teve a pretensão de abranger uma amostra de profissionais que representasse o município como um todo, mas sim teve o intuito de proporcionar uma interação entre os participantes que possibilitasse uma riqueza maior de compreensão da realidade. As interações também poderiam ser analisadas no sentido de proporcionar uma compreensão maior de como o grupo foi construindo aqueles saberes e de como ele é utilizado. Acredita-se que essa análise pode fornecer elementos de compreensão da interação daqueles sujeitos com a sua realidade de trabalho no que tange às questões de violência, especialmente pelo fato de os grupos já serem grupos pré-formados, ou seja, grupos que já trabalham enquanto tal. No caso dos enfermeiros, eles já realizam as *Rodas* quinzenalmente, e no caso dos ACS, parte do grupo é integrante da mesma equipe e quando são de equipes diferentes, fazem parte da mesma região sanitária, além de ocuparem a mesma função.

Além disso, boa parte das diretrizes políticas que orientam a Estratégia de Saúde da Família vai em direção a um trabalho em equipe, com coletivos, considerando as questões sociais e culturais do território. Me pareceu então, enquanto proposta de pesquisa nesta realidade, ser este método mais orgânico com a proposta da política,

com seus pressupostos teórico e com a natureza complexa do objeto de estudo em questão. A dimensão da intervenção também pode atuar de uma maneira benéfica quando se realiza um grupo, na medida em que proporciona uma reflexão com diversos pontos de vista ampliando as possibilidades existentes de lidar com a problemática em questão, com a qual esta pesquisa está comprometida.

Instrumento

A partir dos estudos realizados e da reflexão acerca da problemática de pesquisa, foi elaborado um roteiro semi-estruturado (Anexo B) para conduzir os grupos e que foi utilizado nos grupos de ACSs e de gerentes das unidades igualmente. As perguntas do roteiro não foram feitas como em uma entrevista, mas serviram mais de orientação para o moderador do grupo. No entanto, foi dada preferência para a condução do grupo ser realizada pelos próprios participantes depois de ser dada uma orientação inicial e de ser feita a apresentação da pesquisa. A minimização de intervenção por parte da moderadora também teve o objetivo de poder observar como os próprios participantes iriam interagir entre si para que pudéssemos ter sinais de como os saberes iam sendo construídos e quais eram as funções que as sentenças exerciam em cada momento.

Junto à moderadora, esteve também uma estudante de psicologia do 5º período da UFMG que fez o papel de observadora do grupo ajudando nas anotações das falas que seriam transcritas posteriormente e na observação do grupo como um todo. Ao final dos grupos também trocávamos nossas impressões e observações sobre o processo.

No início do grupo fazíamos a apresentação da pesquisa e a contextualização da mesma em relação aos questionários que haviam sido aplicados em cada unidade, pois já havia essa referência construída e faziam parte da mesma pesquisa. Apresentei-me enquanto psicóloga concursada do município, mas esclareci que naquele momento eu estava ali enquanto pesquisadora. Apesar de escolher me posicionar dessa maneira, não acredito que isto eximiu a pesquisa de uma implicação da pesquisadora, sem julgar se a influência foi positiva ou negativa.

Esclareci que apesar de a pesquisa estar sendo realizada em horário de trabalho, ela respeitava o sigilo exigido pelo comitê de ética, inclusive em relação à própria gestão municipal, bem como da não obrigatoriedade de participação. Lemos em voz alta o TCLE e pedi para que aqueles que quisessem participar assinassem e me entregassem. Em alguns grupos algumas pessoas se recusaram a participar, mas de maneira geral houve ampla adesão daqueles que estavam presentes.

MARCO TEÓRICO:

Hoje em dia, têm-se diversas interpretações acerca do conceito de promoção da saúde. Ela é tanto um conceito que abriga lutas por interpretações que traduzem paradigmas diferentes, quanto no âmbito brasileiro, dá nome a uma Política de estado. Em linhas gerais, o que está na base do conceito promoção da saúde, que perpassa todas as suas diretrizes, é uma concepção de saúde, que inclui não somente o corpo físico, biológico, como também o bem-estar como um todo, bio-psico-social. Além disso, o enfoque não está na saúde como ausência de doenças, que fortalece a primazia biomédica, mas na promoção desse bem-estar, incluindo novos fazeres e disciplinas para atuam também no campo da saúde. Apesar das diversas interpretações que podem ser feitas a respeito da promoção da saúde, estarei aqui partindo da concepção que leva em conta que a promoção da saúde propõe uma mudança de paradigma, uma mudança social e cultural e não somente mudança de hábitos individuais.

Possivelmente, as várias interpretações existentes a respeito do conceito de promoção da saúde, mostram que esse conceito ainda exige discussões e que esse não é um ponto pacífico entre aqueles que fazem a gestão da política, nem dentre aqueles que a executam. A conquista da Política de Promoção as Saúde, por sua vez, bem como várias outras que vieram após o fim da ditadura militar e a partir da Constituição de 1988, que tratam de garantir os direitos daqueles que mais os têm

violados, e de reduzir a desigualdade social, me parece ser um passo nessa direção, mas não garante necessariamente sua pronta efetividade.

Outro aspecto que nos interessa em particular nessa política é a questão do território. A promoção da saúde, como a estamos tomando, deve levar em consideração a realidade do território em que os serviços de saúde se encontram. Neste sentido, os trabalhadores devem estar ao mesmo tempo atentos às diretrizes políticas e às metas específicas da saúde, como também devem analisar a situação de saúde presente e dinâmica do seu território de abrangência. Não se pode apenas executar o que está prescrito sobre suas atividades de trabalho, senão que devem participar da própria construção dos seus fazeres. Devem estar ativos e reflexivos, no seu fazer cotidiano, de maneira autônoma e participativa. Assim, trata-se de uma política que aposta na capacidade dos trabalhadores de participar de seu próprio fazer.

A Política de Promoção da Saúde traz essa nova concepção em que

a saúde é resultado dos modos de organização de produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado, marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (Brasil, 2006, p.13)

Ou seja, essa política enfatiza justamente a questão do contexto em que a saúde se insere, não sendo mais possível olhar somente para as questões biomédicas. E esse contexto por sua vez está mais visível e mais presente justamente no âmbito da atenção primária em saúde.

Vários avanços ainda são necessários, no sentido de aprimorar e efetivar essa política para que os profissionais que nela atuam possam desenvolvê-la e implementá-la, pois apesar da política ter sido construída e legitimada, ela prevê uma mudança cultural e não pode se contentar com mudanças apenas legais. Elas são um ponto de partida e não fim em si mesmas. Esse talvez seja o primeiro passo,

ou um dos passos necessários para tentar avançar nessa mudança, mas está longe de ser o único ou o fim, sendo insuficiente parar aí.

A mudança de paradigma que o SUS aporta, e que vêm sendo incrementada e desenvolvida desde a sua implantação, especialmente através da Política de Promoção da Saúde, lança um olhar sobre a população atendida que permite chegar aos serviços de saúde não somente os sintomas sentidos no corpo físico e biologicamente explicáveis, como também toda a complexidade de um território, com todos os seus aspectos geográficos, culturais, sociais, de valores, históricos, econômicos, etc. O afrontamento com tal realidade questiona as antigas práticas da tradição da assistência à saúde e interroga sobre como seria possível promover a saúde diante dos novos elementos que esse olhar aporta.

A Política de Promoção da Saúde, também preconiza a ação intersetorial, e coloca a Atenção Primária, em especial a ESF como a organizadora da promoção de saúde no território e não a que irá executar necessariamente as ações. Assim, também se faz indispensável pensar nessas novas estratégias possíveis, a partir de uma relação entre os diversos setores. Tanto os trabalhadores da ponta quanto a gestão, nesse esforço, devem considerar também o que ocorre fora do estado, como os grupos que se reúnem espontaneamente, grupos culturais, reuniões de igreja, associações de bairro, movimentos sociais, grupos artísticos e etc, que mostrem uma possibilidade para o enfrentamento da questão.

A questão da violência, por seu turno, apesar de esbarrar constantemente e de diversas maneiras com os profissionais de saúde e com suas práticas, é muito mais ampla e não é capaz de ser enfrentada apenas por esses profissionais. Ela é um fenômeno complexo, multideterminado, ligado a questões culturais, sociais, psicológicas, emocionais, históricas, e pode se apresentar de diversas maneiras ao longo do tempo e com diversas intensidades e formas. Assim, é no mínimo ingênuo pensar que os profissionais da saúde seriam os responsáveis por solucionar esse grave problema social. Sabemos que assim como a construção desse fenômeno é complexa, a resolução ou o enfrentamento dele também não é capaz de ser feito por um só setor, ou apenas pelo Estado. Ela se apresenta na vida cotidiana, da qual os

equipamentos sociais fazem parte, como saúde, escola, equipamentos da assistência social, defesa social, etc. Assim, se faz necessário pensar no enfrentamento dessa questão de uma maneira cada vez mais ampla, multisetorial, multidisciplinar, que envolva diversos atores sociais e diversos tipos de estratégias.

Desta forma, pensar a violência como uma das problemáticas a ser enfrentada pela Política de Promoção da Saúde e a partir da mudança de paradigma na qual ela se insere, pode causar à primeira vista, sensação de impotência, pela complexidade e magnitude do problema, pois parecem necessárias grandes e profundas transformações políticas, sociais e culturais, que parecem não estar ao alcance de quem está trabalhando e vivendo no território. No entanto, a própria política de Promoção de Saúde se apresenta como uma nova maneira de lidar com essas questões. Se antes o modelo biomédico nem sequer levava em consideração essas questões, hoje, a Saúde Pública, especialmente a Política de Promoção à Saúde, traz à tona essa problemática e propõe, paralelamente, uma nova lógica de atuação. Talvez essa nova lógica não inclua a tradicional resolução dos problemas, que tenderia a querer simplesmente acabar com a violência, mas sim traz uma maneira de lidar com ela ou enfrentá-la, que talvez não prometa a sua completa exterminação, mas tampouco a ignora.

RESULTADOS PRELIMINARES

Para fins do presente texto, irei aqui apresentar alguns resultados preliminares deste estudo. Até o presente momento foram analisadas duas rodas de discussão, uma realizada com enfermeiros e outra com ACSs. Foram escolhidos dois grupos que a princípio para fins de análise de resultados preliminares, que apresentaram mais elementos que podem ajudar na reflexão sobre as concepções que os profissionais têm de saúde e violência e na relação entre estes dois elementos. O grupo de ACSs que será aqui analisado provém de duas equipes de PSFs da Região (sanitária) V. O grupo de enfermeiros é composto de enfermeiros da Região

V e III. Neste grupo de ACSs, estiveram presentes 8 integrantes, e o de enfermeiros contou com um número de 15 participantes.

Vale ressaltar que durante esta análise considero que o meu lugar enquanto profissional de saúde do município, objeto de estudo em questão, seguramente carrega implicações tanto na coleta de dados quanto na sua análise. Segundo Lourau:

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. Com o saber científico anulo o saber das mulheres, das crianças e dos loucos - o saber social, cada vez mais reprimido como culpado e inferior. O intelectual (...), com sua linguagem de sábio, com a manipulação ou o consumo ostensivo do discurso instituído e o jogo das interpretações múltiplas, dos “pontos de vista” e “níveis de análise”, esconde-se atrás da cortina das mediações que se interpõem entre a realidade política e ele. O intelectual programa a separação entre teoria e política: é para comer-te melhor, minha filha (...) mas, esquece que é o único que postula tal separação, tal desgarramento. (Lourau, 1975, pp. 88-89).

Esta análise da minha implicação enquanto pesquisadora na presente pesquisa acontecerá ao longo da pesquisa e deverá ser apresentada com mais elementos nos resultados finais deste estudo, apesar de que nos resultados preliminares já se considera a existência desse fenômeno.

Os grupos foram transcritos e posteriormente foi feita uma análise dos dados ali presentes através da categorização a partir das falas e, na sua relação com os referenciais teóricos do presente estudo. Foi realizada uma primeira leitura em que foram construídas 19 categorias. Estas, posteriormente, foram agrupadas em 4 categorias maiores que são apresentadas no quadro abaixo:

RELAÇÕES INSTITUCIONAIS	VIOLÊNCIAS	ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	CONCEPÇÕES DE SAÚDE, DE
------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	--

			VIOLÊNCIA E SOBRE O PSF
Relação com a secretaria	Violência que os trabalhadores fazem	Dificultadores: - Falta de estrutura - Falta de respaldo	Concepções de PSF
Relação com a equipe	Violência atendidas pela equipe de PSF	Facilitadores	Concepções de violência
Relação com a Rede	Violência Comunitária existente		Visão sobre os usuários
Relação com os usuários	Violência por parte dos usuários		Explicações da violência
	Violência institucional		Concepções sobre os trabalhadores do PSF

Para fins de resultados preliminares, não nos cabe aqui realizar considerações ainda sobre essas categorias encontrados, a relação que guardam entre si e os elementos novos que possam surgir a partir de uma leitura e análise mais exaustiva e cuidadosa dos texto, bem como da sua relação com os referenciais teóricos do presente estudo. Este quadro apenas nos permite organizar as falas para elucidar o conteúdo das falas presentes nestes dois grupos. Ao mesmo tempo, essa divisão nestas categorias, já nos apontam quais foram os temas mais pertinentes para estes trabalhadores ao falaram sobre saúde e violência.

REFERÊNCIAS:

- Brasil (2006). *Política nacional de promoção da saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2001). *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU Nº 96 seção 1e – DE 18/05/01. Ministério da Saúde.
- Campos G. W. S. & Domitti A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2): 399-407.
- Dahlberg, L. L. & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178.
- Felizardo, R. L. de F. e S. (2008). *As faces da violência: um estudo sobre o perfil da morbimortalidade por violência no município de Ribeirão das Neves, MG*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Vigilância em Saúde: área de concentração vigilância epidemiológica e ambiental apresentado à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.
- Lourau, R. (1975). *A Análise Institucional*. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2007). A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1259-1267.
- Minayo, M. C. S. (2005). *Violência: um problema para a saúde dos brasileiros*. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Impacto da violência sobre a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde;. p.9-33.

Minayo, M. C. de S. & Souza, E. R. de (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde— Manguinhos*, IV(3): 513-531.

Organização Pan-Americana da Saúde (2010). *Podemos Prevenir a violência. Teorias e Práticas*. Unidade Técnica de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil. Retirado de: <http://www.paho.org/bra>

Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar. Epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Editora Vozes.

Anexo B

Roteiro para o desenvolvimento dos grupos de discussão com trabalhadores da Atenção Básica de Ribeirão das Neves - MG

INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA

Pedir para que cada participante fala um comentário geral sobre o assunto “Violência e Saúde”. A partir do que surgir no grupo, se orientar pelo roteiro abaixo.

SOBRE VIOLÊNCIA – INTRODUZINDO A TEMÁTICA

1) Quais tipos de violências vocês observam no cotidiano de trabalho de vocês? (pensando em 3 âmbitos: 1) dentro da unidade de saúde, seja entre a equipe ou na relação com os usuários; 2) na relação que perpassa os cuidados em saúde, ou seja, na relação entre a equipe de saúde e a comunidade; 3) e na comunidade, independente da unidade de saúde; 4) em relação com a sociedade de maneira mais ampla, onde se acha a violência institucional por exemplo de forma mais ampla.

VIOLÊNCIA E SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

- 2) Na opinião de vocês existe alguma relação entre violência e saúde? Qual ou quais?
- 3) Como a violência interfere trabalho de vocês?
- 4) Vocês acham que as ações do PSF podem diminuir o problema da violência em algum nível? Como?
- 5) Vocês acham que o modo e a organização do trabalho da equipe do PSF pode diminuir o problema da violência em algum nível? Como?

VIOLÊNCIA E SAÚDE COM E PARA ALÉM DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- 6) Vocês reconhecem alguma ação que ocorre na comunidade onde está seu PSF que contribui para o enfrentamento da violência e/ou construção da cultura de paz?
- 7) Há alguma ação que realizam na unidade ou de maneira intersetorial que vocês acham que interfere positivamente no enfrentamento da violência?

Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais da Atenção Primária em Saúde do Município de Ribeirão das Neves

Você esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade, propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Um dos métodos de participação desta pesquisa será através de grupos focais elaborados e coordenados pelos pesquisadores e que ocorrerão aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho e os nomes dos participantes não serão mencionados.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____

Pesquisadores:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945/ 91843408

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel. 34631853

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi- – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina//UFMG

Bernardo Monteiro de Castro – – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Doriana Ozolio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar
Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA CLARISSE CARVALHO LEAO MACHADO - 2011715320

Realizou-se, no dia 07 de agosto de 2013, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, 5º andar, sala 526, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O enfrentamento da violência na atenção básica em saúde de Ribeirão das Neves – Minas Gerais*, apresentada por CLARISSE CARVALHO LEAO MACHADO, número de registro 2011715320, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador (UFMG), Prof(a). Marília Novais da Mata Machado (Universidade Federal de São João Del Rei), Prof(a). Cláudia Maria Filgueiras Penido (Universidade de Itaúna e Centro Universitário UNA).

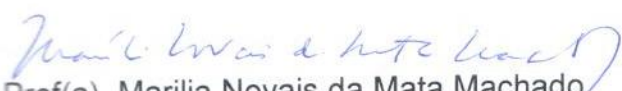
A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte. 07 de agosto de 2013.

Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Via Skype
 Doutora - PUC-SP


 Prof(a). Marília Novais da Mata Machado
 Doutora - Université de Paris XIII (Paris-Nord).


 Prof(a). Cláudia Maria Filgueiras Penido
 Doutora - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

O enfrentamento da violência na atenção básica em saúde de Ribeirão das Neves – Minas Gerais

CLARISSE CARVALHO LEO MACHADO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 07 de agosto de 2013, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador

UFMG

Maria Novais da Mata Machado

Prof(a). Marília Novais da Mata Machado
Universidade Federal de São João Del Rei

Claudia Maria Filgueiras Penido

Prof(a). CLAUDIA MARIA FILGUEIRAS PENIDO

Universidade de Itaúna e Centro Universitário UNA

Belo Horizonte, 7 de agosto de 2013.