

VANESSA RODRIGUES GONÇALVES CAETANO

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ABORDAGEM DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2011

VANESSA RODRIGUES GONÇALVES CAETANO

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ABORDAGEM DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Maria Costa da Silva Lopes

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2011

VANESSA RODRIGUES GONÇALVES CAETANO

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ABORDAGEM DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Maria Costa da Silva Lopes

Banca Examinadora

Prof^a. Ana Maria Costa da Silva Lopes

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Aprovada em Belo Horizonte 28/06/2011.

Ao meu filho João Pedro, razão da minha existência.

Aos colegas de trabalho do PSF - Programa de Saúde da Família - Vila Ideal.

À minha família pelo apoio e colaboração.

Resumo

A violência é considerada hoje um problema de saúde pública que tem afetado a população brasileira e também a área de saúde. Neste contexto destacam-se os profissionais do Programa de Saúde da Família, que, em sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social. Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a temática da violência e saúde, a partir do diagnóstico situacional de uma Equipe de Saúde da Família do Município de Ibitaré-MG, além de propor estratégias para o enfrentamento desse problema a fim de viabilizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde da família. Os resultados obtidos sugerem estratégias de formação de parcerias da área de saúde com diversos setores, participação comunitária no planejamento em saúde, abordagem multiprofissional e interdisciplinar, criação de vínculo com a comunidade e investimento em capacitação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: violência, saúde pública, educação em saúde, atenção primária à saúde, saúde da família.

Abstract

Currently, violence is considered a health issue that has been affecting Brazilian population and also the staff from the health area. In this way, a special attention is given to the professionals from Family Health Program, which focused during its launch on city areas with higher social risk. The objective of this work was to perform a bibliography review on the thematic of violence and health, departing from a diagnosis of situation from a Family Health Team from the city of Ibitaré-MG, proposing further strategies for dealing with this problem, in order to allow the work process of family health professionals. The results suggest strategies for partnership between health area and other sectors, community participation on health planning, a multi-professional and interdisciplinary approach, and the generation of link to the community and investments on professional training.

KEYWORDS: Violence, Public Health, Education in Health, Primary Attention to Health, Family Health.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGIA	4
4. DESENVOLVIMENTO	5
5. DISCUSSÃO	13
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária.

Este programa está vinculado a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Assim, a Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável por conhecer a realidade das famílias através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais demográficas e epidemiológicas.

É importante que os profissionais da equipe de saúde da família tenham perfil adequado e comprometimento com suas atribuições. Além disso, é necessária a busca por programas de educação permanente para um bom processo de trabalho e para que as ações de saúde ocorram conforme as propostas do PSF.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) tem como objetivo certificar profissionais de saúde formalmente vinculados à estratégia Saúde da Família como especialistas em Atenção Básica em Saúde da Família. O Curso é baseado na estratégia de educação à distância e as atividades são descentralizadas, tendo como referência o Pólo Municipal de Apoio Presencial à Educação Superior da Universidade Aberta do Brasil.

Ingressei no curso com o objetivo de me atualizar e especializar na atenção primária à saúde, além de buscar novos instrumentos para superar as dificuldades encontradas na prática profissional diária. Todas as disciplinas do curso contribuíram para a melhora do processo de trabalho na equipe de saúde em que estou inserida, contudo, a disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde teve uma contribuição maior a partir da proposta de elaboração de um diagnóstico situacional.

A construção deste diagnóstico foi importante para conhecer a situação de saúde na área de abrangência da equipe de saúde da família, tanto para a definição das ações a serem implementadas, a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações.

Cotta e colaboradores (2007) reforçam a importância de se conhecer a realidade local, segundo os mesmos:

“os profissionais de saúde devem estar atentos para a realidade, buscando perceber as carências da população sob seu cuidado. Devem ainda, procurar conhecer as características demográficas, epidemiológicas, culturais, socioeconômicas, políticas, enfim, adentrar na comunidade. Só se cuida adequadamente daquilo que se conhece, do contrário, as ações não passam de esquemas aprendidos na academia e reproduzidos de modo completamente acrítico e desvinculado das necessidades das pessoas”.

Para fins do estudo proposto elegeu-se a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Vila Ideal B, que é formada por ocupações irregulares, abriga um grande contingente populacional em condições de vida extremamente baixas, rodeadas pela violência e pelo tráfico de drogas. Tal situação altera a rotina de atendimento da equipe de saúde e a dinâmica do PSF.

Os profissionais de saúde alocados neste PSF não conseguem criar um vínculo efetivo com a população adscrita, pois tem medo da violência, o que reflete também na alta rotatividade profissional nas equipes de saúde de família, desfalcando as mesmas e comprometendo a assistência integral à saúde da população.

O problema da violência foi priorizado devido a sua magnitude ao afetar não somente a população, mas também os profissionais de saúde, bem como o processo de trabalho dentro da UBS. Dahlberg e Krug (2007) reforçam que a prevenção da violência, segundo o enfoque da saúde pública, começa com uma descrição das proporções e do impacto do problema, por esta razão se fez importante a construção do diagnóstico situacional da área em estudo.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Fazer uma revisão de literatura sobre violência e saúde.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

Avaliar o diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Vila Ideal B, priorizando o problema da violência e propor estratégias de enfrentamento que viabilizem o trabalho dos profissionais de saúde da família.

3. METODOLOGIA

Para se atingir o objetivo proposto, optou-se por realizar uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, de natureza exploratória, de abordagem qualitativa. Este trabalho teve como objeto de estudo as publicações científicas que enfocaram o tema violência e saúde.

Escolheram-se, para obtenção de material de fonte secundária, os bancos de dados eletrônicos GOOGLE ACADÊMICO e aqueles contidos na BIREME, de forma a obter informações mais precisas e alcançar artigos mais fidedignos e por estes serem utilizados por muitos pesquisadores da área de saúde para a publicação de artigos científicos.

Os descritores utilizados para a pesquisa bibliográfica foram: “violência”, “saúde pública”, “educação em saúde”, “atenção primária à saúde”, e “saúde da família”. Priorizou-se a seleção dos artigos publicados nos últimos 10 anos, e em seguida foi realizada a leitura dos resumos de cada um, de modo a identificar aqueles que abordavam o tema.

Procurou-se estabelecer uma triangulação entre a vivência profissional, o diagnóstico situacional e a literatura pesquisada, permitindo uma reflexão sobre o problema da violência na área de saúde.

O diagnóstico situacional foi elaborado a partir do banco de dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Primária), dos registros internos da equipe de saúde da família e da observação ativa da área de abrangência assim como da rotina de funcionamento da Unidade de Saúde.

4. DESENVOLVIMENTO

O PSF Vila Ideal, fonte inspiradora deste estudo, está localizado na periferia do Município de Ibirité, região metropolitana de Belo Horizonte - MG. A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Vila Ideal B é formada por ocupações irregulares, abriga um grande contingente populacional em condições de vida extremamente baixas, rodeadas pela violência e pelo tráfico de drogas.

Tal situação altera a rotina de atendimento da equipe de saúde e a dinâmica do PSF, pois alguns usuários inseridos no narcotráfico não podem ser identificados, não permitem ser cadastrados e não aceitam visitas das agentes comunitárias de saúde (ACS). Contudo, em situação de doença/necessidade os mesmos têm a UBS como referência e durante o acolhimento exigem prioridade. Observa-se também que grande parte dos problemas de saúde da população está direta ou indiretamente relacionado com a violência e o tráfico de drogas local.

Os profissionais de saúde alocados neste PSF não conseguem criar um vínculo efetivo com a população adscrita, pois têm medo da violência. O número de visitas domiciliares é baixo (às vezes não é feita nenhuma visita no mês), pois os profissionais se sentem inseguros ao transitar pelas vilas e becos.

Neste cenário ocasionalmente ocorrem episódios de troca de tiros, assassinatos e operações da polícia contra o tráfico de drogas. Além disso, alguns usuários da UBS chefes do narcotráfico abusam de seu “poder” e exigem dos médicos atestados, receitas e exames, o que gera frustração e insegurança por parte destes profissionais.

De acordo com Lancman *et al.* (2009) esta situação pode ser entendida como um ato de violência indireta, pois obriga os trabalhadores a agirem contra sua vontade, seus valores, numa violação de integridade psíquica e, portanto, da dignidade humana.

A violência local reflete também na alta rotatividade profissional nas equipes de saúde de família, desfalcando as equipes e comprometendo a assistência integral à saúde da população.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declara que "a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países" (MINAYO E SOUZA, 1998).

Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a

violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (DAHLBERG E KRUG, 2007).

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.

Esta definição cobre uma ampla gama de resultados, incluindo injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário. Ela reflete um crescente reconhecimento entre pesquisadores da necessidade de incluir a violência que não produza necessariamente sofrimento ou morte, mas que, apesar disso, impõe um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo (DAHLBERG E KRUG, 2007).

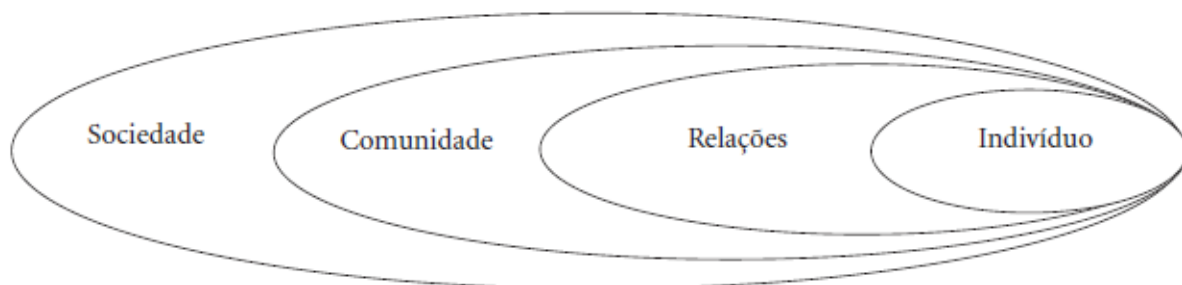
A violência é vista por diversos autores como um fenômeno multicausal. De acordo com Dahlberg e Krug (2007) não há um fator único que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente com outros ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras. Pesquisas recentes sugerem que fatores biológicos e vários fatores individuais explicam a predisposição para a agressão, e que tais fatores também interagem com fatores familiares, comunitários, culturais ou outros fatores externos, criando situações em que a violência pode ocorrer.

Não há um consenso sobre a causalidade da violência. Minayo e Souza (1998) descrevem que de um lado estão os que sustentam que a violência resulta de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais. De outro estão os que sustentam a violência como fenômeno de causalidade apenas social.

A Saúde Coletiva talvez seja o campo do saber humano em que deságuam todos os problemas sociais. Nela, de alguma forma, a injustiça, a miséria, a fome, a corrupção e, sem dúvida, a violência vão emergir sob o aspecto da doença e da morte (AMARO *et al.*, 2008).

Existe um modelo ecológico, apresentado no relatório de Dahlber e Krug (2007) que ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência. O modelo explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento (Figura 1).

Figura 1
Modelo ecológico para compreender a violência.



Fonte: DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, p. 1163-1178. Rio de Janeiro, 2011.

A proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida (DAHLBERG E KRUG, 2007).

É fato que os movimentos de industrialização provocam fortes correntes migratórias com destino às periferias dos grandes centros urbanos, onde as populações passam a viver sob condições de extrema pobreza, desorganização social, expostas a novos comportamentos e sem condições econômicas de realizarem suas aspirações (MINAYO E SOUZA, 1998).

A violência surge então a partir do momento em que os atores sociais envolvidos nestes movimentos são submetidos a uma força de atração, arrastando-os para condutas criminosas. Migração interna, favelização, condições precárias de vida, desemprego, acesso reduzido à escolaridade seriam geradores de comportamentos desviantes. Trata-se de um fenômeno de ordem complexa, com múltiplas causas e efeitos que se integram e influenciam mutuamente (MINAYO E SOUZA, 1998; AMARO *et al.*, 2008).

A pesquisa da violência demonstra que as oportunidades para que ela ocorra são maiores em alguns contextos do que em outros – por exemplo, em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional. Comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego e mobilidade residencial também têm mais probabilidade de viver experiências violentas (DAHLBERG E KRUG, 2007). Essas características se enquadram perfeitamente no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Vila Ideal B, justificando a presença da violência local.

A gravidade dos problemas relacionados à violência, do ponto de vista social, relaciona-se à criminalidade, onde a correlação perversa entre droga e exclusão fortalece o submundo do crime. Nas comunidades de baixa renda, a falta de condições materiais para a subsistência transforma o narcotráfico em uma fonte de renda ou até mesmo opção de vida, à custa do envolvimento de menores, que se tornam vítimas da ilusão do "dinheiro fácil" e, em seguida, da droga e da violência (GONÇALVES, 2002; AMARO *et al.*, 2008).

Além da associação da droga à violência, outro aspecto que chama a atenção é o da autodestruição da saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo. O consumo abusivo de drogas, seus efeitos e suas consequências têm sido identificados como um dos problemas de saúde prevalentes e uma das principais situações de risco a que a população em geral tem sido exposta (GONÇALVES, 2002).

As drogas e o narcotráfico estão entre os assuntos mais polêmicos e mais debatidos na sociedade. Em vez de ser encarado como um problema de saúde, o abuso de drogas é tratado pela sociedade com tolerância, no caso de drogas lícitas como o álcool e o cigarro, e como delito, no caso do consumo de drogas ilícitas. Pouca atenção se dá ao consumo de drogas como consequência de uma conjuntura social, política e econômica (GONÇALVES, 2002).

Existe no senso comum de boa parte da população o mito da inevitabilidade e da falta de controle da violência, especialmente na classe dos profissionais de saúde. Esse mito pode ser considerado uma representação social que se tem sobre a violência e que pode, portanto, ser analisado por meio da pesquisa científica. No entanto, a atuação dos serviços de saúde na problemática da violência é um tema ainda pouco discutido na literatura (AMARO *et al.*, 2008).

Segundo Dahlberg e Krug (2007) embora a violência tenha estado sempre presente, a humanidade não deve aceitá-la como um aspecto inevitável da condição humana. Desde a década de 1980, a área da saúde pública tem desempenhado um crescente papel positivo a esse respeito buscando compreender as raízes da violência e a sua prevenção. De acordo com os autores, a violência pode ser evitada, e suas consequências, reduzidas, da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir e reduzir, em todo o mundo, as complicações relacionadas à gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e água contaminados.

Os fatores responsáveis por reações violentas, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas, podem ser modificados. Exemplos de sucesso em todo o mundo, desde ações individuais e

comunitárias de pequena escala até políticas nacionais e iniciativas do legislativo, comprovam que é possível prevenir a violência (DAHLBERG E KRUG, 2007).

A saúde pública caracteriza-se, sobretudo, por sua ênfase em prevenção. Portanto, mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados (DAHLBERG E KRUG, 2007).

No Brasil convivemos com uma política com fortes componentes repressivos e uma frágil estrutura preventiva, representada basicamente por projetos locais. Coloca-se então o desafio de encontrar formas criativas para intervir nessa realidade, principalmente na formulação de políticas públicas orientadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento centrado no indivíduo e em suas motivações (GONÇALVES, 2002).

Sendo a violência um problema multifacetado com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, ela deve ser enfrentada em níveis diferentes ao mesmo tempo. O modelo ecológico apresentado na figura 1 tem uma dupla utilidade a esse respeito: cada nível no modelo representa um grau de risco e pode ser visto como ponto-chave para intervenção (DAHLBERG E KRUG, 2007).

Dos profissionais de saúde espera-se sensibilidade humana para compreender as consequências do consumo de drogas para a sociedade, grupos, famílias e indivíduos. Espera-se também que eles se interessem pela pessoa dependente de drogas, entendendo que a droga é um episódio na vida do usuário; a química da droga estimula o uso abusivo; a estrutura psicológica da pessoa incentiva a procura e a manutenção da dependência mais que a própria química da substância (GONÇALVES, 2002 apud GONÇALVES *et al.*, 2000).

Amaro *et al.* (2008) consideram que a problemática do tráfico de drogas constitui uma espécie de “estado paralelo” em muitas periferias do país, impedindo os serviços públicos de desempenharem seu trabalho em segurança. Observa-se que o trabalhador da área de saúde que convive com estas situações de miséria intensa, tráfico de drogas e violência, associadas à falta de recursos para resolvê-las acaba desenvolvendo um sentimento de impotência para propor alternativas, se tornando mais uma vítima da violência no ambiente de trabalho.

Além dos aspectos macro conceituais da violência imposta aos diversos segmentos populacionais, é igualmente importante aquela diretamente sofrida pelas pessoas nos locais de trabalho. A violência nos locais de trabalho afeta indistintamente os trabalhadores em todos os países e se converte em sérias ameaças à sua saúde (MOURA E LISBOA, 2005).

A violência no trabalho está relacionada a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques que impliquem risco para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores. Entendendo por violência psicológica formas de agressão verbal ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos (LANCMAN *et al.*, 2009).

A violência no trabalho pode ainda ser classificada como externa, quando ela é praticada por clientes/usuários ou interna, quando quem a pratica tem algum tipo de ligação com o local de trabalho. Ainda existe a violência chamada indireta que pode decorrer do convívio, da interação e do testemunho de situações de violência externa, o que significa ter contato, presencial ou indireto, com vítimas da violência ou com os agressores, como no caso dos profissionais de saúde alocados em áreas de risco (LANCMAN *et al.*, 2009).

Quando iniciei meu trabalho como enfermeira no PSF Vila Ideal, recebi um recado do chefe do narcotráfico através de uma das ACS's, que também queria se impor, dizendo que “quem mandava ali eram eles e que se eu não os obedecesse me colocavam para correr”. Este é um exemplo claro de violência no trabalho externa e ao mesmo tempo interna.

As situações de violência contra o profissional da saúde são mais um tema ainda pouco estudado. Encontram-se poucos artigos científicos sobre o assunto. Estudos da União Européia revelam que 4% da população economicamente ativa afirmam ter sofrido alguma forma de violência no trabalho e que os ambientes de maior risco concentram-se no setor de serviços, como saúde, transporte, comércio e educação (AMARO *et al.*, 2008; LANCMAN *et al.*, 2009).

Os efeitos da violência podem se manifestar sob a forma de sensação de desconfiança, desânimo, perda de sentido do trabalho e baixa auto-estima. Esses efeitos tendem a se agravar com o tempo, podendo acarretar rompimento de relações interpessoais, absenteísmo, rotatividade, adoecimentos, afastamentos do trabalho e, finalmente, a desestruturação do processo de trabalho (LANCMAN *et al.*, 2009).

O medo é apenas uma das manifestações da vivência da violência, sobretudo hoje, nas grandes regiões metropolitanas (MINAYO E SOUZA, 1998). Em seu estudo com equipes de PSF das cidades de São Paulo, Ribeirão Preto e Embu, Lancman *et al.* constatam que “o medo é uma constante no relato de toda a equipe, relacionado ao temor de sofrer represálias de usuários reconhecidamente violentos e descontentes com o atendimento oferecido”.

Dentro da questão da violência sofrida pelo profissional da saúde, um dos pontos principais, quando se pensa na atenção básica realizada nas periferias das cidades de médio e

grande porte, é a ameaça constante de retaliações, praticada principalmente por líderes do tráfico de drogas (AMARO *et al.*, 2008).

Nas regiões metropolitanas o setor saúde apresenta algumas peculiaridades que exercem influência decisiva sobre as possibilidades de organização da atenção básica, dentre essas peculiaridades destaca-se a violência urbana que repercute no cotidiano das equipes de saúde da família, contribuindo para elevar a rotatividade profissional (VIANA *et al.*, 2006).

Os dados encontrados na revisão bibliográfica coincidem com os fatos vivenciados na Unidade de Saúde Vila Ideal. A rotatividade profissional, principalmente por parte dos médicos, que possuem maior oferta de emprego, é frequente nas equipes de saúde inseridas nesta Unidade. No momento, das três equipes de saúde somente uma contém médico. Recentemente, uma médica pediu demissão após sofrer ameaças pelo chefe do tráfico. Outra situação semelhante aconteceu com uma enfermeira efetiva da Unidade que ao presenciar uma cena de assassinato próximo à UBS também pediu exoneração do cargo.

Os profissionais que permanecem atuando na Unidade se sentem inseguros com a violência local e só permanecem no emprego por questões salariais. A maioria deles está à procura de uma nova oportunidade de trabalho que ofereça maior segurança e estabilidade.

A preocupação com as diferentes manifestações da violência coloca-se hoje como uma questão crucial para a sociedade brasileira, agravando a situação quando a área da saúde passa a ser atingida e a população passa a necessitar de maiores cuidados quando se torna vítima. Nestes casos, os profissionais da área da saúde se confrontam com a temática da violência em sua prática cotidiana, e nem sempre estão preparados para assumir as atribuições (ROSA, 2008).

Essas violências ficam acentuadas em serviços como o PSF, que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que prevêm um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador (LANCMAN *et al.*, 2009).

As visitas domiciliares preconizadas pelo PSF, por exemplo, ficam comprometidas nestas áreas de risco. Devido ao confronto frequente da polícia no combate à criminalidade, o acesso e o ir e vir dos enfermeiros, nesses locais de trabalho, é perigoso e, por conseguinte, penoso e doloroso (MOURA E LISBOA, 2005).

Na Unidade de Saúde em estudo, em decorrência do medo da violência local, os profissionais só realizam visitas domiciliares com o veículo fornecido pelo Município. Como

o número de automóveis é insuficiente para atender toda a demanda, as visitas são agendadas uma vez por mês. E se a data da visita coincidir com algum dia de confronto da polícia ao tráfico local ou a algum outro motivo que ofereça maior risco aos profissionais de saúde, as visitas são canceladas. Mesmo os ACS's que são moradores da região e se demonstram naturalizados com a violência, nestas situações supracitadas eles também não se arriscam em visitas domiciliares.

Na grande maioria das Unidades de Saúde as equipes estão despreparadas para uma atenção efetiva e eficaz orientada para a vigilância à saúde, porque as condições de trabalho das equipes - implantadas prioritariamente nas periferias das cidades - são precárias, o número de famílias para receber assistência é muito alto e não há uma rede de serviços assistenciais para assegurar a integralidade da prática da vigilância à saúde e da equidade de acesso a esses serviços (GONÇALVES, 2002).

Santos (1998), em sua pesquisa realizada em um PSF localizado na periferia do município de Florianópolis, destacou as principais dificuldades no que se refere à equipe, dentre elas: violência, drogas, migração e muita rotatividade dos usuários; baixo investimento na capacitação de recursos humanos; necessidade de fortalecimento de mecanismos de controle social; recursos humanos insuficientes; ausência de alguns trabalhos com grupos comunitários; falta de capacitação da equipe sobre a proposta do PSF; não realização do cadastramento de todas as famílias da região.

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto não é objeto específico da área de 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 (MINAYO E SOUZA, 1998). O trabalho com grupos, por exemplo, é uma excelente estratégia de prevenção possível de ser utilizada pelas equipes de saúde.

No entanto, quando se leva em consideração os diferentes aspectos sociais implicados na relação entre o profissional da saúde, geralmente advindo das classes médias e altas da sociedade, e uma comunidade carente, somados à lógica curativista do modelo biomédico, que não abarca a complexidade da violência, pode-se ter uma noção da dimensão da dificuldade na relação entre o setor saúde e a problemática da violência (AMARO *et al.*, 2008).

5. DISCUSSÃO

Para que os profissionais de saúde possam superar este desafio da violência, as estratégias mais sugeridas entre os autores estudados perpassam pela interdisciplinaridade, intersetorialidade, formação de parcerias, participação comunitária, criação de vínculo e capacitação profissional.

A abordagem da violência não deve ter propósito simplista de procurar culpados; ao contrário, devem ser buscados suportes mútuos e cooperação entre escolas, família, polícia, estudantes, comunidade e todas as áreas da saúde. Somente ao considerar a subjetividade do problema, é possível compreender por que em uma mesma família um membro opta por comportamentos violentos e outro não (MINAYO E SOUZA, 1998; GONÇALVES, 2002; CAVALCANTI, 1999).

O sucesso prolongado de prevenção da violência, cada vez mais, dependerá de abordagens abrangentes em todos os níveis. Nas comunidades, os parceiros podem incluir pessoas dedicadas a cuidados de saúde, polícia, educadores, trabalhadores de serviço social, funcionários públicos e autoridades do governo (DAHLBERG E KRUG, 2007).

Apenas uma abordagem intersetorial e interdisciplinar consegue abranger a problemática em questão. A complexidade do fenômeno exige abordagem ao mesmo tempo social, psicológica e epidemiológica, levando em conta, inclusive os aspectos biológicos. Vários estudiosos da atualidade observam que se torna cada vez mais necessária uma epidemiologia da violência, incluindo uma epidemiologia dos problemas psiquiátricos gerados por ela (MINAYO E SOUZA, 1998).

Amaro *et al.* (2008) destaca a importância do diálogo entre a área de saúde e os movimentos sociais, uma vez que estudos feitos em diversas partes do mundo têm evidenciado que a existência do chamado “capital social” é um ótimo fator de proteção contra a violência. Além disso, no Brasil, a participação da comunidade na gestão da saúde está garantida na Constituição Federal (1988) e regulamentada pela Lei Federal 8142/90. Assim, segmentos da sociedade civil organizada podem desempenhar papel decisivo na regulação da saúde, agindo como importantes parceiros na prática diária dos serviços.

Cotta (2007) apud Costa e Lionço (2006) ressalta a importância do fortalecimento do poder de vocalização dos grupos sociais, protagonistas da condição de exclusão. Assim, o sujeito deixa de ser mero expectador da sua realidade e passa a ser um ator social, um cidadão de direitos e deveres.

A interlocução e a integração de diferentes atores e instituições em rede propiciam a sustentação necessária para a eficácia e continuidade das ações empreendidas a partir da compreensão da violência no contexto da complexidade histórica, social, cultural e psicológica, e privilegiando a extensão dos direitos de cidadania, inclusive na vigência das relações interpessoais e familiares (CAVALCANTI, 1999).

Idéias de parceria e participação comunitária são alternativas de atuação dos serviços de saúde para superar a violência, baseadas em uma relação de confiança mútua conquistada pelos profissionais de saúde junto à população e pela atuação do conselho local de saúde. Contudo, parceria entre serviços de saúde e comunidade é outro tema pouco abordado em estudos científicos (AMARO *et al.*, 2008).

Por todas estas questões e pela gravidade das consequências acarretadas pela violência sobre a família, a sociedade e, sobretudo, o usuário, é necessário buscar soluções envolvendo trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, através de uma abordagem interdisciplinar (GONÇALVES, 2002).

Em pesquisa realizada com médicos do Programa Médico de Família de Niterói, Cavalcanti (1999) observou que os profissionais consideraram a orientação um trabalho a longo prazo, cuja repercussão só é sentida algum tempo depois. No entanto, segundo eles, a presença diária na comunidade possibilita o reconhecimento da distância entre o modo como os pacientes vêem o mundo e suas próprias concepções.

A abordagem da família, e o fortalecimento dos laços entre os profissionais de saúde e a população atendida, constituem importantes estratégias que podem contribuir para a prevenção, a identificação e a intervenção em situações de violência familiar (CAVALCANTI, 1999).

Se por um lado os profissionais se vêem imersos nos mesmos problemas das comunidades em que trabalham, sendo afetados por estes problemas e necessitando estabelecer um limite entre o exercício das atividades técnicas, o compromisso profissional em situações nas quais podem interferir positivamente, e as questões mais difíceis e complexas, quando se deparam com a impotência para sozinhos mudar uma realidade que só será transformada pela ação e investimento coletivo, da sociedade como um todo, e também individual, dos sujeitos diretamente submetidos a tal realidade. Por outro lado a proximidade e os vínculos constituídos permitem aprofundar as relações, viabilizando a orientação dos conflitos para formas de enfrentamento menos destrutivas, mais saudáveis. Nesta perspectiva, os

profissionais de saúde da família se tornam atores da maior significância para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência (CAVALCANTI, 1999).

As características do PSF fazem dele um espaço privilegiado para a prática de cuidados nos contextos que emergem muitos dos problemas relacionados à violência. Assim, o Programa reúne condições que possibilitam a superação desses problemas. Contudo, um dos grandes desafios a ser enfrentado é a formação de recursos humanos aptos para dar conta de práticas transformadoras, com competência técnica, compromisso social, e capacidade para trabalho em equipe multiprofissional (GONÇALVES, 2002).

O modelo biologicista no qual os profissionais da saúde têm sido formados não dá conta das principais necessidades da população, não tem articulado educação e saúde, promoção, prevenção e cura, pois é centrado na doença e pouco direcionado ao social (GONÇALVES, 2002).

Amaro *et al.* (2008) afirmam que a difícil inserção do tema da violência no campo da saúde tem uma estreita relação com as marcas desse modelo biomédico que circunscreve a atuação dos profissionais de saúde a um campo restrito pela medicalização, a qual não se aplica ao imbricado universo da violência.

Em seu estudo a partir de entrevistas com representações sociais de duas regiões de periferia do Município de Londrina, Amaro *et al.* (2008) observaram a não atuação dos serviços de saúde perante a violência local, devido à perseverança do modelo biomédico e à falta de vínculo com a comunidade, que levam o profissional da saúde a não desenvolver sua sensibilidade para o contexto social da mesma.

Em contrapartida as situações de estigmatização e mau relacionamento entre profissionais de saúde e comunidade, fazem surgir às situações de violência praticadas contra o profissional da saúde, que geram mais uma razão para a não-atuação na questão da violência (AMARO *et al.*, 2008).

Para superar o descompasso entre a formação dos profissionais e as necessidades do mercado de trabalho configuradas pelos PSF's, o Ministério da Saúde vem estimulando parcerias entre os serviços e as universidades, para redimensionar a formação no nível dos cursos de graduação e especialização *lato sensu* a fim de garantir a formação continuada e permanente dos profissionais (GONÇALVES, 2002).

Nesse sentido, para garantir a qualidade do PSF é necessário qualificar e manter atualizados os profissionais de saúde, por meio de programas de educação permanente que tratem de questões como: trabalho em equipe, aprendizado mútuo, dificuldades no

relacionamento com a comunidade, ética e compromisso com a busca de melhores condições de vida e saúde de grupos sociais que vivem em condições precárias.

Os membros da equipe de saúde devem ser capazes de construir vínculos com a família e a comunidade, destruindo a imagem de serviço público descompromissado. Lembrando que, o respeito à autonomia e à dignidade de cada indivíduo é de suma importância para o estabelecimento desse vínculo (GONÇALVES, 2002; COTTA, 2007).

Faz-se necessária a identificação e definição não só das necessidades e demandas em saúde, mas também das condições institucionais para viabilização das ações e dos caminhos a serem percorridos - o que inclui a formação adequada dos profissionais de saúde para atuar no SUS e nos seus diferentes níveis, especialmente na atenção básica, de modo a torná-los capazes de enfrentar os problemas resultantes da pobreza e da desigualdade social tão presentes no cotidiano brasileiro (COTTA *et al.* 2007).

Amaro *et al.* (2008) consideram de suma importância os investimentos nas mudanças na formação do profissional de saúde e nos processos de educação permanente, visando criar uma nova geração de profissionais mais sensíveis às questões sociais e às reais necessidades da comunidade. Cotta *et al.* (2007) propõe uma revisão radical do papel das instituições de ensino - o aparelho formador - na educação dos seus estudantes, com a perspectiva de devolver à sociedade um profissional que seja capaz, precisamente, de dialogar.

Cotta *et al.* (2007) defende que o processo de formação de recursos humanos em saúde deve ter como pilares fundamentais: (1) o pensamento crítico e produtivo, (2) o ensino em consonância com o serviço, (3) a conscientização do aluno frente à realidade da população, (4) a autonomia individual e coletiva, e (5) o aprendizado baseado nos problemas da população assistida, de modo que o profissional atue como sujeito transformador da realidade.

Com efeito, o papel das instituições de nível superior deve ultrapassar os limites até então considerados como oficiais - mera reprodução intramuros de saberes - permitindo, outrossim, a composição entre erudição e criatividade, tão necessária à resolução dos problemas da coletividade (COTTA *et al.*, 2007).

Vale ressaltar, ainda, que a educação em saúde deve ser voltada para as necessidades e demandas da comunidade, possibilitando um exercício da prática profissional que promova a autonomia, a cidadania, a participação social, a satisfação do usuário e a resolução de problemas através da produção de vínculo e acolhimento entre profissionais e usuários do serviço (COTTA *et al.*, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é vista hoje como um problema de saúde pública em diversos países. De acordo com a OMS o conceito de violência passou a abranger não somente o dano físico como também o psicológico, impondo um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde.

Existe o senso comum da inevitabilidade e da falta de controle da violência, principalmente na classe dos profissionais de saúde. No entanto é preciso acreditar que a violência pode sim ser evitada e suas consequências reduzidas.

O trabalhador da área de saúde, principalmente aquele inserido no PSF, apesar de ser mais uma vítima da violência no ambiente de trabalho, possui um grande potencial para enfrentá-la. As estratégias mais sugeridas entre os autores estudados perpassam pela interdisciplinaridade, intersetorialidade, formação de parcerias, participação comunitária, criação de vínculo com a comunidade e capacitação profissional.

O serviço de saúde deve articular-se intersetorial, multiprofissional e interdisciplinarmente e com organizações da sociedade civil e comunitária. Deve-se intensificar a relação da saúde com outros setores como educação, serviço social, justiça, segurança pública, ministério público, poder legislativo e movimentos sociais para construção de estratégias individuais, grupais e organizacionais que tornem o trabalho mais saudável.

Um dos grandes desafios a ser enfrentado é a formação de recursos humanos aptos para dar conta de práticas transformadoras, com competência técnica, compromisso social, e capacidade para trabalho em equipe multiprofissional para garantir a qualidade do PSF.

A atuação dos serviços de saúde na problemática da violência ainda é um tema pouco discutido na literatura. Portanto, é preciso intensificar os estudos e planejamentos para a prevenção de agravos decorrentes da violência. É preciso também superar as falhas de aplicação do modelo de atenção básica, como é o caso do PSF.

Em suma, a análise dos desafios e estratégias na abordagem do problema da violência pela equipe da saúde da família nos permitiu concluir que os desafios estão em capacitar os profissionais de saúde fazendo-os superar o medo e acreditar na prevenção da violência, e a partir do aprofundamento sobre o tema propor estratégias transformadoras da prática profissional, com compromisso social e trabalho em equipe.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A Atuação do Serviço de Saúde na Violência sob o olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina (PR). **Saúde Soc.**, v.17, n.3, p.171-180, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01/09/2010.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 1, p. 193-200, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/05/2011.

COTTA, R. M. M. *et al.*. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 31 n. 3, p. 278-286. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/05/2011.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, p. 1163-1178. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/05/2011.

GONÇALVES, A. M. Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família. Tese (doutorado) Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002. 209p.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G; CASTRO, E. D. de; TUACEK, T. A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n4/7227.pdf>>. Acesso em: 01/09/2010.

MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997- fev. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em: 22/02/2011.

MOURA, F. J. M.; LISBOA, M. T.L. A violência e a sua origem nas interfaces com o mundo do trabalho da enfermeira de saúde pública. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 108-115. Rio de Janeiro, 2005.

ROSA, R. *Violência e seu contexto: violência e formação dos acadêmicos da área de saúde* [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

SANTOS, R. dos. Possibilidades e limites para viabilização do Programa de Saúde da Família - PSF na região Monte Cristo. *Katálysis* v. 0, n. 3, p. 72-75, 1998. Disponível em: <<http://www.journal.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewArticle/5672>>. Acesso em: 01/09/2010.

VIANA, A. L. A. *et al.*. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 577-606. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29/05/2011.

Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Disponível em: <http://www.who.int/entity/violence_injuryprevention>. Acesso em: 29/05/2011.