

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA

THE VIEW OF HEALTHCARE WORKERS ON VIOLENCE IN THE DAILY WORK ROUTINE IN A HEALTH CLINIC

LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA VIOLENCIA EN EL COTIDIANO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD BÁSICA

Isabela Silva Cândia Velloso¹
Meiriele Tavares Araujo²
Adelaide De Mattia Rocha³
Marília Alves⁴

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os reflexos da violência cotidiana no trabalho de uma Unidade Básica de Saúde. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada com membros da equipe de saúde da família e submetidos à análise de discurso. A partir da criação do Programa de Saúde da Família, os profissionais se aproximam das situações de violência nas comunidades, principalmente nas visitas domiciliares. A violência explicita as relações de força da comunidade, dificultando a formação de vínculos e limitando o campo de atuação dos profissionais.

Palavras-chave: Violência; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

This study had the objective of examining the understanding healthcare workers have about the effect of everyday violence on the work at a healthcare clinic. Data was collected using a semi-structured interview with members of the family and health team and were then processed by discourse analysis. With the Family Health Program, health workers come close to the violence in the communities, mainly in home visits. Violence makes explicit the relations of force in the community, making it difficult to create bonds and limiting the scope of action of the workers.

Key words: Violence, Patient Care Team; Family Health; Nursing.

RESUMEN

El objeto de este estudio ha sido entender cómo los profesionales de salud sienten los reflejos de la violencia cotidiana cuando trabajan en una unidad básica de salud. Los datos han sido colectados con entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo de salud de la familia y sometidos al análisis del discurso. A partir de la creación del Programa de Salud de la Familia, los profesionales se han acercado a las situaciones de violencia en las comunidades, principalmente con las visitas a domicilio. La violencia explicita las relaciones de fuerza de la comunidad, complica la formación de vínculos y limita el campo de actuación de los profesionales.

Palabras clave: Violencia; Grupo de Atención al Paciente; Salud de la Familia; Enfermería.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Estudante de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG/ PROBIC

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo Administração e Pesquisa em Enfermagem –NUPAE. Professora Adjunta do ENB/EEUFMG

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Dep. de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem – NUPAE.

Endereço para correspondência: Rua Maria Heilbuth Surette, 338/301- Bairro Burity - Belo Horizonte, MG. Cep: 30.575-100. E-mail: isacancio@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A sociedade moderna tem vivido sob pressão do medo. Os crescentes índices de violência, principalmente nos grandes centros urbanos, definem comportamentos e incluem-se em uma perspectiva social baseada no individualismo, na desconfiança e no distanciamento entre as pessoas. Nessa perspectiva, situações de violência nas comunidades podem influenciar o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), tendo em vista a proposta de inserção no ambiente em que atuam, a ampla participação comunitária, o conhecimento das famílias e grupos de risco.

O conceito de violência é amplo. Não há consenso entre os autores que preferem defini-la por suas formas fragmentadas que assolam a sociedade, como violência doméstica, de gênero, contra o idoso, entre outras. Entretanto, há a idéia comum de que não se pode reduzi-la ao conceito de delinquência, muito pelo contrário, a violência abrange todas as formas culturalmente naturalizadas de agressões interpessoais, de discriminações raciais ou de classes, de abusos e de dominações contra crianças, mulheres, idosos, deficientes. Enfim, ela se manifesta e toma forma das realidades concretas onde se leva a vida, seja no nível interpessoal ou institucional e no ambiente micro ou no macropolítico-social.⁽¹⁾

Ao traçarmos um quadro das características e tendências mais recentes da violência, de uma forma um pouco simplista, seria possível definir, pelo menos, três direções na tentativa de definição de suas causas: mudanças na sociedade e nos padrões de delinquência e violência, crise de justiça do sistema criminal e desigualdade social e segregação humana.⁽²⁾

Declarada, em suas diversas manifestações e amplitude, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, como um problema de saúde pública, sabe-se que pouco se avançou em sua abordagem, por vários motivos relacionados aos profissionais e organização dos serviços de saúde. Não há recortes teóricos específicos de situações de violência, mas sim uma abordagem focalizando as formas e estratégias utilizadas pelos profissionais para lidarem com as manifestações de violência na sociedade. A essas manifestações, de caráter genérico, disseminadas na sociedade, denominaremos violência social.⁽³⁾

Os serviços de saúde inseridos nas comunidades convivem com situações de violência cotidiana, sendo informados de conflitos armados entre grupos rivais, ouvindo tiroteios e discussões que colocam os profissionais em situações de risco. Nesse sentido, afirma-se que o problema da violência afeta diretamente o campo da saúde tanto pelo elevado número de mortes que provoca, quanto pelas vítimas que constituem demanda imediata e complexa de cuidados médicos, psicológicos e de reabilitação.⁽⁴⁾

Torna-se importante ressaltar que o fator violência passa a ocupar um lugar de singular relevância com a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e do Programa de saúde da Família (PSF), em 1994, tendo em vista que preconizam a integração das ESF à comunidade assistida. As manifestações de violência podem interferir na implantação do PSF e na atuação das ESF, chegando, em algumas situações, a

descharacterizar a proposta inicial da estratégia, evidenciando o pouco preparo dos profissionais para lidarem com situações de violência, principalmente diante do risco a que estão expostos.

A cidade de Belo Horizonte aderiu à estratégia do PSF, criando o programa denominado BHVIDA. De acordo com o documento de "Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal", elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), algumas situações são consideradas inaceitáveis, como: "a organização da assistência sem conhecimento da realidade do território; não fazer o atendimento domiciliar sempre que se fizer necessário e não articular a diversidade de recursos sociais existentes na área de abrangência".⁽⁵⁾

Entretanto, não são contemplados fatores do ambiente que podem interferir na atuação das equipes dificultando o trabalho, nem a realidade é utilizada, cotidianamente, como norteadora das ações, pois os planejamentos não explicitam alguns fatores que constituem barreiras à execução de suas atividades. Na rede hierarquizada, as ESF, as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento, por constituírem o primeiro nível de atendimento e porta de entrada para o sistema, atendem à crescente demanda de pacientes vítimas de violência, com quadros clínicos cada vez mais graves e complexos, apesar do escasso preparo para lidar com as situações.

Entre as situações descritas como "inaceitáveis", torna-se fundamental repensar a realidade cotidiana de trabalho das equipes, incluindo as dificuldades relacionadas à violência à qual estão expostos os profissionais: violência decorrente de conflitos na comunidade, com casos de tiroteios; prestação de cuidados, na unidade de saúde e em domicílio, a membros envolvidos nos conflitos. Por outro lado, lidar e ter que se posicionar diante de conflitos familiares e da comunidade em geral aumenta a vulnerabilidade dos profissionais a todo tipo de conflito, o que genericamente denominamos violência social.

A partir da nova organização dos serviços, há uma maior aproximação dos profissionais das ESF's com a realidade da população atendida, e a problemática da violência, diretamente vivenciada pelas comunidades, passa a influenciar, ainda que indiretamente, no funcionamento dos serviços e o cotidiano dos trabalhadores. Assim, esse estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os reflexos da violência cotidiana no trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, focalizando o trabalho das ESF.

Serviços de Saúde e violência: algumas aproximações

A sociedade vigente foi organizada a partir da espolição violenta da mais-valia do trabalho e da exclusão de grande parte da população. Mas, na realidade, o conflito real entre o capital e o trabalho dá origem a uma luta de classes com dominação permanente dos donos do poder e que cria violência em todos os campos: político, econômico, cultural, religioso, educacional e sanitário.⁽⁶⁾

No Brasil, os índices de violência vêm crescendo nos últimos anos, principalmente entre a população masculina jovem, mas não parece haver, ainda, consenso entre os cientistas sociais quanto às causas desse crescimento.

Dados do IBGE de 2003 apontam que a mortalidade masculina no grupo etário de 20 a 24 anos chega a ser quase dez vezes superior à feminina. No caso específico das mortes por causas externas, nas quais se incluem as relacionadas à violência, enquanto a incidência entre mulheres dessa mesma faixa etária manteve-se praticamente inalterada de 1980 a 2003, apresentado 19 óbitos em 1980 e 18 em 2003, as taxas entre os homens, saltaram de 121, em 1980, para 184 óbitos por 100.000 jovens em 2003. Esse crescimento pode ser observado na relação entre as taxas de mortalidade por causas naturais e causas externas na população masculina entre 20 e 24 anos, ou seja, em 1980 essa relação era de 128/121. Em 2003, a relação passou para 75 e 184, sendo que as taxas de mortalidade por causas externas chegam a ser mais de 10 vezes superior à feminina.⁽⁷⁾

Recentemente, o “Anos Potenciais de Vida Perdidos” (APVP) vem sendo utilizado como um indicador de saúde que, quando aplicado a um grupo populacional, traduz o número de anos que uma pessoa morta prematuramente, poderia ter vivido e produzido. Por meio desse índice é possível calcular o prejuízo para determinada população por perda precoce de força de trabalho por morte ou seqüelas incapacitantes. Nesse sentido, estima-se para o País, a perda de força de trabalho, ônus com tratamento e reabilitação, bem como com encargos sociais para o próprio indivíduo ou familiares.

Dados do DATASUS de 2001, mostram que dos 178 anos potenciais de vida perdidos pelos homens no ano de 2001, 27,33% são secundários a causas externas (acidentes, homicídios e suicídios). Grande parte entre os 20 e 29 anos. Nos grupos etários de 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos, o APVP por causas externas somam cerca de 75% do total para todas as idades. Para as mulheres, o APVP de 2001 foi de 98 e deste 9,13% correspondem a mortes por causas externas.⁽⁸⁾

Dessa forma, percebe-se que o problema da violência não é simplesmente um problema de segurança pública. Na verdade, a violência extrapola limites e atinge vários segmentos, inclusive, o da saúde. São vítimas que morrem, ou que demandam atendimento em serviços de urgência e emergência e que necessitarão de reabilitação, gerando perdas individuais e prejuízos para toda a sociedade.

No setor saúde, o serviço de urgência constitui a porta de entrada para atendimento imediato e definição inicial dos prejuízos sofridos pelo indivíduo. A seguir as vítimas são encaminhadas para o longo e difícil processo de reabilitação. Entretanto, os serviços de reabilitação têm sido insuficientes quantitativa e qualitativamente para absorver o volume de pacientes com seqüelas físicas e psicológicas secundárias às situações de violência vivenciadas. Os serviços são poucos, não estão adequadamente estruturados e os profissionais, nem sempre estão técnica e emocionalmente preparados para o atendimento necessário. Nessa perspectiva, acredita-se que o setor saúde necessita ser redimensionado, com a criação de programas ou políticas que incorporem a dimensão dos sujeitos que vivenciam as situações de violência, direta ou indiretamente, para que a assistência prestada a este público seja qualificada como eficiente.⁽⁴⁾

Em 1996, em sua quadragésima nona Assembléia Mundial de Saúde, a OMS declarou a violência como um relevante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo. Diante das conseqüências da violência, a curto e longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e nações, bem como dos efeitos da violência nos serviços de saúde, foi solicitado aos membros da Assembléia consideração urgente dos problemas relacionados à violência e à publicização das atividades para amenizar o problema.⁽³⁾

Em 2002, foi publicado o “World Report on Violence and Health”, posteriormente traduzido para o francês, espanhol e russo. O Relatório estabelece como objetivos: descrever a magnitude e importância da violência em todo o mundo; descrever os principais fatores de risco para a violência; contabilizar os tipos de intervenções que têm sido realizadas e o que se conhece sobre sua eficiência e elaborar recomendações em âmbito local, nacional e internacional.

O Brasil é, hoje, internacionalmente reconhecido e tem projeção mundial quando se trata de assuntos relacionados à violência social, que vem se apresentando em suas mais distintas modalidades: crime comum, violência fatal conectada com o crime organizado, violações dos direitos humanos, explosão de conflitos nas relações pessoais e intersubjetivas, mais propriamente conflitos de vizinhança que tendem a convergir para desfechos fatais. São causas que, embora relacionadas entre si, têm raízes em causas não necessariamente idênticas.⁽²⁾

Por outro lado, embora tenha havido uma alentada produção acadêmica direcionada para o estudo da violência sob a ótica da saúde desde a década de 1990, os estudos têm privilegiado ações normativas e de curto prazo, já que a maioria dos trabalhos tem se limitado a descrever os problemas e apresentar propostas de soluções, sem aprofundar as problemáticas referenciais.⁽¹⁾

Ainda no campo da saúde, na década de 1990, desencadeou-se, no País, um movimento de mudança de modelo assistencial, que teve início com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 19 de setembro de 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.⁽⁹⁾

Como estratégia para se alcançarem os objetivos propostos pelo SUS, iniciou-se no País, em 1991, o PACS, foi redimensionado, em 1994, com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família. As metas centrais do PSF são a prestação da assistência integral e contínua, com resolutividade e qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família.⁽⁹⁾ Nesse modelo, enfatiza-se a abordagem multidisciplinar, os processos diagnósticos de realidade, o planejamento das ações e a organização horizontal de trabalho, o compartilhamento do processo decisório, além do incentivo ao exercício do controle social.⁽¹⁰⁾

A partir dessa nova organização dos serviços há uma maior aproximação dos profissionais das ESF com a realidade da população atendida. Então, a problemática da

violência, vivenciada pelas comunidades passa a influenciar, ainda que indiretamente, o funcionamento dos serviços e o cotidiano dos trabalhadores.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, considerando que esse formato de análise responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.⁽¹⁾

O cenário escolhido foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que compõe o sistema de atenção primária do Distrito Sanitário da Regional Oeste da cidade de Belo Horizonte que possui 06 (seis) ESF. Os sujeitos do estudo foram 08 (oito) profissionais de ESF, escolhidos aleatoriamente e que, nos resultados, aparecem numerados de acordo com a seqüência das entrevistas como E1, E2..... e E8. Os dados foram coletados na própria unidade, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista com roteiro semi-estruturado, por sua capacidade de enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos.⁽¹⁾

Como na pesquisa qualitativa considera-se que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões. Neste estudo a amostra abrangiu um número de profissionais necessários para o favorecimento da compreensão da realidade estudada. A coleta foi encerrada ao se observar a saturação dos dados, ou seja, quando nenhuma informação nova estava sendo acrescentada.

Os dados obtidos foram submetidos à Análise do Discurso, que visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. O objetivo básico da Análise do Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão de significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico e sociopolítico, sendo, portanto, fidedigno à significação do estudo proposto.⁽¹⁾ A análise foi realizada utilizando-se os seguintes passos propostos por Minayo⁽¹⁾: ordenação e classificação dos dados e análise final.

A ordenação dos dados inclui transcrição das fitas, releitura do material e organização dos relatos seguindo uma determinada ordem. A classificação dos dados compõe-se da leitura exaustiva e repetida dos textos, que permite apreender as estruturas de relevância e os temas centrais que são organizados em “Corpus” de comunicações. A análise final constitui a interpretação dos relatos pelo movimento entre o teórico e o empírico e vice-versa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o termo violência já fosse utilizado na antiguidade, o interesse sociológico para a problematização desse tema surgiu mais recentemente, em meados do século XIX, quando foi tema de discussão de Hegel, Marx

e Nietzsche, principalmente em função dos movimentos sociais, destacando-se os europeus desse período.

No entanto, é curioso como a Revolução Francesa, que levou tantas pessoas à guilhotina, não tenha destacado esse tema em toda a sua magnitude. Isso parece estar relacionado ao fato de que, quando justificada por um bem maior, a violência torna-se naturalizada, o que contribui, ainda mais, para dificultar sua definição. Assim, uma mesma situação pode ser caracterizada como violenta ou não de acordo com sua finalidade. A violência só existe quando é psicologicamente identificada como tal.⁽¹²⁾

Se não há para estudiosos um conceito fechado do que seja violência, para a população em geral, inclusive profissionais de saúde que trabalham em áreas consideradas como de altos índices de violência, esse conceito é amplo e também mal definido, com poucas reflexões. O conceito é construído no dia-a-dia, diante de situações em que a violência se apresenta de várias formas: agressão física, emocional, psicológica, política, social, entre outras.

Diante da dificuldade em estabelecer um conceito de violência, evidencia-se um misto de emoções e angústias ao se discutirem as questões que permeiam a relação profissional-usuário nas comunidades em que a violência está enraizada em suas diversas formas de manifestação. Além disso, há dificuldades em verbalizar situações de violência como algo relevante no cotidiano das relações, conforme mostram as falas dos profissionais a seguir.

Acho que violência de agressão física a gente nunca teve nenhuma, não. No caso da nossa equipe nunca teve nenhum caso, não. Mais de problema familiar, de problema de pai com filho, de agressão verbal, às vezes de ameaça, de ameaça assim, é mais no âmbito psicológico (E2).

A manifestação de violência quando não é visível nem demanda atendimento tende a ser menos valorizada, embora atinja membros da comunidade próxima. A entrevistada parece tentar diminuir o impacto da violência ao afirmar que as ameaças ocorrem “mais no âmbito psicológico”. Torna-se importante ressaltar que esse tipo de violência está presente em toda a sociedade, mas como não resulta em marcas físicas visíveis é relegada a um nível secundário.

É... aqui... a violência aqui é mais pelo tráfico, né? Então, a população é, muito assim, agredida, tanto fisicamente como espiritualmente (E4).

O tipo de violência mais comum divulgada na população, é principalmente com os adolescentes, que estão muito relacionadas com o tráfico de drogas e acabam sofrendo influência (E8).

Os entrevistados tendem a relatar as situações de violência concretas vivenciadas pela ESF, relacionadas a grupos mais vulneráveis e tentam explicitar as possíveis causas. Nesse sentido, percebe-se que a violência é identificada de acordo com épocas, locais, circunstâncias, realidades muito diferentes, sendo que há violências toleradas e violências condenadas. Assim, encerrar a definição de violência em um conceito fixo e simples é correr o risco de reduzi-la, de compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica.⁽¹⁾

No entanto, fica clara a dificuldade das pessoas em assimilar a real dimensão do que seja a violência em seu cotidiano de trabalho, tendo em vista que apenas situações extremas como mortes e agressões físicas são percebidas como passíveis de indignação e reação.

... escutando tiroteio a gente fica apreensiva, mas o trabalho continua do mesmo jeito, a não ser quando mata um, né? Ai a gente já chegou até a fechar aqui, mas foi umas duas vezes. É muito raro. Mas quando há alguma morte, alguma coisa perto do centro de saúde, a gente fica bem apreensivo mesmo. Mas no dia-a-dia não interfere, não (E4).

Essa entrevistada refere-se a um sentimento de proteção dentro da unidade de saúde, tendo em vista que mesmo em situações nas quais seja possível ouvir tiros próximo à unidade, há apenas certa apreensão, mas não há modificação no processo de trabalho. Na realidade, percebe-se que há uma banalização da violência vivenciada no dia-a-dia pelos trabalhadores. Entretanto, quando há morte perto do centro de saúde configura-se uma quebra dessa barreira de proteção, expondo a fragilidade das pessoas diante dos confrontos externos à unidade. Esses eventos, pela sua objetividade e magnitude, interferem na dinâmica da unidade, provocando seu fechamento, por algum tempo, até que a situação seja equacionada na comunidade e o medo do risco iminente volte ao seu limiar tolerável no dia-a-dia.

Nessa perspectiva, o medo está na interface do mundo exterior com o mundo interior, começando exteriormente pela consciência de fatores de risco variados e fora do controle das pessoas. A consciência de risco está associada à percepção interna da pessoa sobre a sua vulnerabilidade a esses fatores e a sua capacidade de resposta. O medo surge na mente assim como os sonhos, evoluindo ambos de forma interminável e recorrente. Embora existam situações materiais de perigo, o risco é antes de tudo uma percepção individual e uma construção mental.⁽¹³⁾

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

...em relação ao medo, a gente tenta evitar. Eu, por exemplo, se estivesse trabalhando num local que eu ficasse com medo eu não viria, né? (E8).

Ao interrogar o entrevistador no final de sua afirmação o entrevistado busca a confirmação de sua posição, o que evidencia certa insegurança em relação a ela.⁽¹⁴⁾

...quando o paciente age com violência, a gente tenta manter a conduta mais direcionada pro que ele quer no momento, porque a gente fica com medo e não pode conduzir da maneira como seria melhor pra ele (E7).

A entrevistada mostra sua impotência diante do paciente violento. Embora reconheça ter domínio gerencial da clínica e saiba definir a conduta mais adequada, ela

opta por uma postura de auto-proteção, pois precisa atender a demanda imediata do paciente: “fazer o que ele quer no momento” em vez de lançar mão de sua prática rotineira para não sofrer retaliação posterior.

Em relação às visitas domiciliares, elas têm sido consideradas por muitos profissionais de saúde como um fator de risco no trabalho, à medida que a sensação de segurança da estrutura física da unidade de saúde é rompida. Mesmo os ACS que residem na área de abrangência do centro de saúde e conhecem a realidade local, mostram, em algumas situações, receio de circularem pelas ruas onde moram. As visitas são evitadas quando os ACS identificam que o risco está elevado, em decorrência de tiroteios, conflitos de grupos rivais ou alguma situação que altere a precária condição de normalidade local.

Nesse sentido, ao sair da unidade, o profissional fica mais exposto à rotina da comunidade e perde o suporte físico e emocional do centro de saúde. Nessas atividades, a realidade deixa de ser aquela descrita pelo ACS e passa a ser uma realidade compartilhada pelo profissional que não reside na região. O ACS, nesse contexto, é um vigilante, dos agravos à saúde da população e, também, uma sentinela das movimentações nos aglomerados.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores, representando a unidade de saúde, assumem a condição de representantes do Estado, detentores de certo poder na relação com a comunidade, mas deparam-se com um poder paralelo do qual desconhecem as regras. Há para com as ESF um certo respeito e consideração da população, mesmo por parte dos indivíduos diretamente envolvidos com a violência. Os profissionais têm a incumbência de cuidar e os protagonistas de situações de violência, o direito de serem cuidados. No entanto, fica clara a dependência do contexto no qual os limites são tênues.

...eles tem muita consideração com o pessoal daqui, da saúde, né? Do centro de saúde (E4).

Os dias que a gente fica sabendo que tá tendo algum problema na área, a gente não vai. Lógico que quando você vai fazer uma visita, você fica... você se sente um pouco ameaçado, fica meio de olho, mesmo se você sabe que no dia não está acontecendo alguma coisa. Você sabe que a área é uma área de risco (E2).

Apesar de a unidade de saúde funcionar como barreira à violência, impondo respeito, por outro lado, o medo está sempre presente entre os profissionais em uma área reconhecidamente violenta, na qual, a qualquer momento, podem eclodir conflitos diversos. Nesse sentido, percebe-se o exercício de um poder entre parceiros, individuais ou coletivos, que surge a partir do modo de ação de alguns sobre outros.⁽¹⁵⁾

As situações de violência fazem parte da organização do trabalho em geral, mas nas visitas domiciliares são um fator decisivo. As visitas, eletivas ou não, são definidas após informação da situação de violência na área pelos ACS ou pela própria percepção do profissional, de acordo com o endereço a ser visitado e da situação de violência no momento. Portanto, o processo de trabalho é, em parte, definido pelas condições do ambiente. No caso de situações extremas de manifestação de violência, como

tiroteios, as visitas são suspensas, deixando em segundo plano a assistência aos usuários, em favor do instinto de sobrevivência do profissional.

Pois é, isso que eu falei, prejudica nessa hora, que tá tendo tiroteio a gente não pode descer (E4).

... a gente adequou o nosso horário de visita. A gente faz sempre visita no horário da manhã, e no meio da semana. São sempre visitas programadas, né? Algumas das vezes, quando tá tendo algum problema de violência na região, tipo tiroteio, alguma coisa assim, o agente de saúde avisa pra gente, a gente não faz a visita no dia (E8).

Os tiroteios são citados como eventos que inviabilizam as visitas domiciliares. Além disso, o serviço se organiza de acordo com a realidade local. Assim, mesmo com o apoio da população para o trabalho da ESF, os profissionais deixam transparecer que há um sofrimento gerado pela exposição ao perigo, e estratégias de proteção para o trabalho são adotadas, de acordo com os acontecimentos locais. Os trabalhadores, cientes dos riscos, acreditam, ainda, ter de contar com o fator sorte para trabalharem em um ambiente permeado pela violência.

...sofremos, porque a gente visita a casa dos meninos. Então é sempre uma tensão (E3).

...é que a gente vai visitar é a pé, ou então no nosso carro próprio, sem segurança nenhuma mesmo. A gente tá ali exposto, e se acontecer, aconteceu, não tem nada assim, que a gente... não tem nada que é feito pra nos proteger. A gente fica a mercê mesmo, vai da sorte. E você vai. Você vai correr o risco mesmo. A gente fica contando com a sorte; com Deus e com a sorte (E2).

Apesar do medo e do sofrimento relatado pelos entrevistados, as visitas domiciliares são realizadas. Sentem-se desprotegidos abandonados à própria sorte. Referem não haver infra-estrutura adequada do serviço para o desenvolvimento de suas ações.

Nas sociedades marcadas pela violência, como é o caso da brasileira, a violência torna-se uma “linguagem organizadora”, configurando um sistema em que a regra de acesso é o exercício puro e simples da violência.⁽¹²⁾ Nesse sentido, as ações dos profissionais são definidas a partir do contexto social, no qual é estabelecido um jogo de dominação entre dois poderes: o poder de direito do Estado e o poder de uma realidade de violência. Os profissionais posicionam-se involuntariamente no centro do conflito, sendo a situação do ACS a mais preocupante por ser, ao mesmo tempo, um membro da comunidade que conhece suas regras de funcionamento e um trabalhador da saúde que tem um trabalho a realizar.

Na construção de ações coletivas, a expansão da violência afeta o campo de relações a partir das quais as formas de organização se constituem e se reproduzem. Assim, a violência é uma linguagem que integra as demais manifestações de cada indivíduo e as legitima, sendo capaz de organizar relações de poder, de território, de autodefesa, de inclusão e exclusão e institui-se como único paradigma ⁽¹²⁾, conforme se vê nas falas a seguir:

...eles chegam, a gente já sabe quem é. Aí, pede pro que é o próximo para entrar na sala para passar na frente, eles deixam tranquilo. Aí, entra. O atendimento deles é rápido, aí vai e sai. Não faz receita, não tira ficha, não faz nada disso, mas é atendido (E1).

a gente procura liberar da melhor forma possível o serviço. Pra andar mais rápido no atendimento, pra liberar bem rápido. Quanto mais rápido, melhor pras pessoas ficarem aqui dentro do posto (E3).

As falas mostram a organização do trabalho cotidiano a partir da identificação de indivíduos da comunidade que possam colocar em situação de risco outros usuários e profissionais diante da possibilidade de confronto na unidade de saúde. O conhecimento dos usuários e do que representam, em termos de riscos, faz com que os profissionais, com a aquiescência da comunidade os priorizem no atendimento para liberá-los rapidamente. O atendimento torna-se diferenciado do rotineiramente prestado aos usuários: não há registro em prontuário nem prescrição escrita. Há um acordo tácito entre as partes, no qual os profissionais buscam evitar que o centro de saúde se torne um cenário de confrontos. Essa forma de atender a indivíduos identificados como de alto potencial de risco para o funcionamento do serviço torna-se uma estratégia de proteção aceita por profissionais e usuários. A violência constitui, assim, um poderoso obstáculo à ação coletiva como forma de resolução de problemas.

... a gente se sente despreparado. Mas isso interfere demais da conta. A gente vê quando acontece alguma coisa na comunidade, algum acerto de contas. Às vezes alguém que morreu, os vizinhos adoecem mais, além da família, que fica desestruturada (E2).

A entrevistada se refere à interferência das situações de violência vivenciadas pela comunidade, como acerto de contas entre grupos rivais envolvendo morte e o reflexo no trabalho da unidade de saúde e, ainda, ao despreparo dos profissionais para lidar com o problema. Embora vivam em um contexto permeado pela violência, com conflitos constantes, o evento da morte surge como o gatilho de reações de luto que se traduzem no adoecimento mais freqüente das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência pode ser entendida como um fenômeno biopsicossocial definido a partir das relações de forças em uma determinada sociedade. No setor saúde, com a criação do PSF, a nova organização do trabalho favoreceu a aproximação dos trabalhadores com a realidade da população, trazendo para a agenda da saúde pública o problema da violência nas comunidades. Os profissionais reconhecem os riscos a que estão expostos, principalmente nas visitas domiciliares, mas, também, no trabalho cotidiano nas unidades de saúde. No entanto, acreditam no reconhecimento, apoio e proteção da ESF pela comunidade no desenvolvimento de suas atividades, embora sejam insuficientes para conter o risco em determinadas situações.

Percebe-se que falar sobre a violência na área da unidade de saúde é difícil para os profissionais. Inicialmente,

coloca-se a violência como algo distante, que não interfere no trabalho. Aos poucos, são explicitados “os medos” no dia-a-dia de trabalho, a priorização de atendimento a indivíduos reconhecidamente perigosos, as regras de organização do serviço para evitar conflitos e a suspensão das visitas domiciliares, como estratégia de proteção.

Nesse sentido, o poder instituído das ESF se defronta com uma outra forma de poder paralelo, cujas regras e objetivos são distintos e opostos. A população e profissionais são penalizados, nos grandes centros urbanos, pelas diversas formas de violência. Os tiroteios e as mortes, são sinais de alerta quanto ao risco, havendo, também, os aspectos subjetivos do cotidiano, de violência familiar ou na vizinhança contra crianças, mulheres e idosos, os quais provocam adoecimento na população e um estado de alerta permanente entre os profissionais. Portanto, para abordar a violência como problema de saúde pública, há que se percorrer um longo caminho de estudos, preparação dos trabalhadores e organização dos serviços de saúde, incluindo condições de trabalho como suporte para os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza E R, Organizadores. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
2. Adorno S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. Rev Sociologia, Porto Alegre, 2002; (8):234-8.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). World Report on Violence and Health. Geneva: OMS; 2002.
4. Deslandes SF. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
5. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Recomendações para a organização da Atenção Básica na Rede Municipal: Versão Preliminar. Belo Horizonte: Gerência de Assistência; 2002. (mimeo).
6. Boof L. A voz do arco-íris. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.
7. IBGE. Indicadores Sociais de 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2004
8. DATASUS. Informações de saúde. Mortalidade (2003). [Citado em: 20 jul. 2005] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. 3ª Ed. Brasília: MS, 1999.
10. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública, 2004; 20 (2):
11. Minayo, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. São Paulo: Editora Hucutec, 2004.
12. Marcondes Filho C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. Cad. Saúde Pública, 2001; 15 (Supl. 2): 37-43.
13. Motta PRM. Ansiedade e medo no trabalho: a percepção do risco nas decisões administrativas. In: VII Congreso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11. Oct.2002.
14. Maingueneau D. Termos chave da análise do discurso. Belo Horizonte: UFMG; 1998.
15. Foucault M. O Sujeito e o poder. In: Dreyfos H, Rabinow P, Foucault, M. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

Recebido em: 30/09/2005

Aprovado em: 03/01/2006