



Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência*

Workers at a basic health unit who interface with violence

Trabajadores de una Unidad Básica de Salud en interface con la violencia

Isabela Silva Câncio Velloso¹, Meiriele Tavares Araújo², Marília Alves³

RESUMO

Objetivo: Este estudo buscou compreender como a violência social interfere no trabalho das equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte - MG. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados por entrevistas de roteiro semiestruturado com 12 trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte – 2 enfermeiros, 5 auxiliares de enfermagem, 3 ACS's, 1 médico e 1 vigilante – e submetidos à análise de discurso. **Resultados:** Os trabalhadores reconheceram as situações de violência na comunidade onde trabalham, sentem medo, insegurança e adotam vários mecanismos de defesa para diminuir o sofrimento. Referiram também sentirem-se prejudicados com as precárias condições de trabalho. **Conclusão:** A efetividade da assistência à saúde é desafiada pela violência, e requer estratégias para lidar com a mesma dentro da unidade estabelecendo relações com outras instituições sociais.

Descritores: Violência; Equipe de assistência ao paciente; Saúde da família; Condições de trabalho

ABSTRACT

Objective: This study sought to understand how social violence affects the work of family health teams in a basic health unit in Belo Horizonte - MG. **Methods:** This is a qualitative case study. Data were collected by semistructured interviews with 12 individuals working in a basic health unit in Belo Horizonte - two nurses, five auxiliary nurses, three ACS's, a doctor and a guard – interviews were then subjected to discourse analysis. **Results:** The workers recognized the violent situations in the community where they work; they feel fear, insecurity, and adopt several defense mechanisms to reduce suffering. They also reported feeling hurt by their poor working conditions. **Conclusion:** The effectiveness of health care is challenged by violence, and it and requires strategies for coping with the same within the unit by establishing links with other social institutions.

Keywords: Violence; Patient care team; Family health; Working conditions

RESUMEN

Objetivo: En este estudio se tuvo como objetivo comprender cómo la violencia social interfiere en el trabajo de los equipos de Salud de la Familia de una Unidad Básica de Salud de Belo Horizonte - MG. **Métodos:** Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa de tipo estudio de caso. Los datos fueron recolectados por entrevistas con preguntas semiestructuradas realizadas a 12 trabajadores de una Unidad Básica de Salud de Belo Horizonte – 2 enfermeros, 5 auxiliares de enfermería, 3 ACS's, 1 médico y 1 vigilante – y sometidos al análisis de discurso. **Resultados:** Los trabajadores reconocieron las situaciones de violencia en la comunidad donde trabajan, sienten miedo, inseguridad y adoptan varios mecanismos de defensa para disminuir el sufrimiento. Refirieron también sentirse perjudicados con las precarias condiciones de trabajo. **Conclusión:** La efectividad de la asistencia a la salud es desafiada por la violencia, y requiere estrategias para lidiar con la misma dentro de la unidad estableciendo relaciones con otras instituciones sociales.

Descriptores: Violencia; Grupo de atención al paciente; Salud de la familia; Condiciones de trabajo

* Artigo extraído da Dissertação de mestrado “A interferência da violência social no trabalho em uma Unidade Básica de Saúde”, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Mestre em Enfermagem. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do ENA e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO

No setor saúde, os efeitos da violência podem ser evidenciados pelas mudanças no perfil epidemiológico que, nos últimos 30 anos, apresentou um aumento da morbidade-mortalidade por causas externas e violência, em detrimento de outras causas. A violência abrange todas as formas culturalmente naturalizadas de agressões interpessoais, de discriminações raciais ou de classes, de abusos e dominações contra crianças, mulheres, idosos e deficientes. Ela se manifesta e toma formas da realidade concreta do cotidiano, seja no nível interpessoal ou no institucional, seja no ambiente micro ou no macropolítico-social⁽¹⁾.

Em razão da complexidade desse fenômeno, limitá-lo seria reduzi-lo às facetas presentes no cotidiano. Entretanto, pode se considerar que existem quatro tipos de violência: a “clássica”, aquela direta contra o corpo, a “violência psicológica”; a “pobreza”, que se refere à privação das necessidades materiais básicas e a “repressão”, que é a privação dos direitos humanos e alienação, que se refere à privação de necessidades superiores⁽²⁾.

Nos últimos anos, no Brasil, observou-se, os reflexos da violência na organização do processo de trabalho em saúde, no comportamento dos profissionais e no atendimento à clientela. Com o Programa de Saúde da Família (PSF), o *locus* da atenção à saúde, anteriormente situado exclusivamente na unidade de saúde, estendeu-se para a comunidade, em geral, com maior aproximação entre os profissionais e os problemas e situações vivenciadas pela população, inclusive as de violência⁽³⁾, que deterioram e tornam vulnerável o processo de mudança⁽⁴⁾.

Um estudo sobre os problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar, em Londrina - PR, aponta o paciente como o principal agente agressor e causador de sofrimento na perspectiva dos trabalhadores da área da saúde. Acredita-se que essa situação encontre motivação nas parcas condições de atendimento aos usuários, pelas precárias condições de trabalho e pela própria desigualdade social vigente no País⁽⁵⁾.

Reconhecendo a expressividade da violência na atenção à saúde, na década de 1990, ela foi reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil⁽⁶⁾. Diante das sérias consequências da violência e de seus efeitos, em 1996, os membros da 49ª Assembleia Mundial de Saúde consideraram urgente a busca de alternativas para amenizar os problemas a ela relacionados⁽⁷⁾.

Nas sociedades marcadas pela violência, como é o caso da brasileira, ela torna-se uma “linguagem organizadora”, configurando um sistema em que a regra de acesso é o exercício puro e simples da violência⁽⁸⁾, constituindo um padrão de sociabilidade da população urbana, ao instituir novas regras de conduta baseadas em um conjunto de valores, representações da realidade e práticas cotidianas⁽⁹⁾. Neste estudo, abordamos a convivência dos profissionais com

situações de violência em seu sentido mais amplo, tal como se apresenta na sociedade. A essa violência chamamos de violência social, que, para a Organização Mundial da Saúde, se refere às violências que têm seus níveis alterados por fatores sociais⁽⁷⁾.

Nesse sentido, as políticas públicas devem ser implementadas, usando-se todo o instrumental disponível para a abordagem da violência, com mais inteligência e menos força física ou presencial dos aparatos de segurança. No entanto, a primeira etapa é o conhecimento de suas causas, formas e mecanismos de manutenção, incluindo os aspectos sociais. Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender em que aspectos a violência social interfere no trabalho das equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte - MG.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, considerando que esse formato de análise responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”⁽¹⁰⁾. Assim, realizou-se um Estudo de Caso qualitativo, que busca retratar a realidade de forma profunda e completa face à complexidade natural das situações; enfatiza a interpretação do contexto⁽¹¹⁾.

O cenário do estudo foi uma Unidade básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte localizada próximo a um dos aglomerados mais violentos do município onde trabalham seis equipes de Saúde da Família. Os sujeitos do estudo foram 12 trabalhadores da unidade, sendo 2 enfermeiros, 5 auxiliares de enfermagem, 3 Agentes Comunitários de Saúde, 1 médico e 1 vigilante. Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas, utilizando um roteiro semiestruturado e submetidos à Análise de Discurso, que tem como objetivo realizar uma reflexão geral relativa às condições de produção, bem como apreender a significação de textos produzidos nos mais variados campos⁽¹²⁾. As perguntas apresentadas aos sujeitos do estudo foram: ‘O que é violência para você?’ ‘Que aspectos da violência interferem no seu trabalho em saúde?’ ‘Como as equipes de saúde têm se estruturado para lidar com situações cotidianas de violência?’ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram operacionalizados seguindo os seguintes passos: ordenação, classificação e análise final. A ordenação dos dados incluiu a transcrição das falas dos sujeitos na íntegra, a leitura do material e organização dos relatos por afinidade temática. Para a classificação dos dados, foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos, com a apreensão das estruturas de relevância. Finalmente, a análise dos dados configurou-se no encontro da especificidade do objeto pela

prova do vivido com as relações essenciais⁽¹²⁾.

RESULTADOS

A partir da leitura das falas dos sujeitos, os dados foram organizados, resultando em três categorias de análise: Violência vivenciada, o Contexto da violência e seus reflexos para os profissionais de saúde e Influência no processo de trabalho.

Violência vivenciada

Os profissionais reconheceram que o cenário corresponde a uma área violenta, com influência das atividades do tráfico de drogas em seu trabalho:

... Ela [a violência] está durante o dia, durante a noite e com isso, mesmo a gente está trabalhando, a gente aprende a viver no meio dela, né? Correr não dá [...] É agressão, morte, é tráfico. (E10)

Outra forma de violência reconhecida é o comportamento agressivo dos usuários com os profissionais, que o próprio entrevistado procura justificar ao estabelecer uma relação de causalidade entre condições de vida e agressividade da população pelo fato de morarem em um local violento e de vivenciarem situações de precariedade de diversas naturezas:

... da falta de gentileza, da agressividade que os usuários têm com a gente devido à violência de onde eles moram, também. Violência que eu falo em questão de moradia e condições de vida dos moradores (E1)

Consideram violência, ainda que velada, a coação. O profissional sente-se violentado, desrespeitado, ao ser abordado por pessoas que tentam utilizar suas “boas” relações para merecerem um atendimento privilegiado:

... é uma violência velada, que o paciente chega para você e te fala: que eu sou irmão de fulano, sou tio de ciclano. Essa coisa meio velada... (E4)

Os profissionais referem que alguns usuários sentem-se em condição de superioridade em relação aos trabalhadores da unidade e aos demais usuários. Reclamam direitos e privilégios, como relata o entrevistado:

...eles chegam para humilhar mesmo, querem atendimento privilegiado, não querem enfrentar fila, falam as vezes determinados nomes até piores do que o da pessoa do alto risco... (E1)

Identificaram, ainda, uma violência referente à relação profissional-organização, considerada como forma de violência institucional o não oferecimento de infraestrutura para o trabalho, o que leva a conflitos com usuários.

...Violência pra mim é tudo que a gente está vivenciando aqui, desde que você chega no centro de saúde, que vai trabalhar com

três, quatro funcionários... (E7)

Sentem-se usados pela organização para amortecerem a revolta latente diante da falta de respostas para os problemas sociais. Sentem-se violentados e acreditam que o usuário também o é, ao ter sua saúde tratada com desrespeito, sendo iludido e, não cuidado, conforme relatado:

...eu me sinto usada para acalmar os ânimos da pessoa que está do outro lado, se eles não tivessem aqui pra ir, esse povo ia estar quebrando alguma coisa, entendeu? Aliás, eu acho que a gente faz uma grande coisa para evitar a violência, a gente ilude. (E4)

Contexto da violência e seus reflexos para os profissionais de saúde

Embora a agressão física pareça mais expressiva, as agressões não físicas são, da mesma forma, destruturantes. O profissional associa o desempenho no trabalho a seu estado psicológico e identifica a violência verbal, como um fator que “mexe com o psicológico”.

A violência verbal é séria também porque mexe com o psicológico da gente. Se a gente não estiver bem estruturado psicologicamente, como é que vai trabalhar bem? (E8)

Percebe-se que novos valores e comportamentos são adotados diante de situações de violência. O entrevistado coloca uma possibilidade de testemunhar um assassinato. Sob sua ótica, a reação que possibilita a continuidade de seu trabalho seria ignorar a cena presenciada. O trabalhador considera mais prudente e correto ser omissivo “em favor da ética”.

...a gente está num local onde está havendo um assassinato, a gente tem que fingir que não está acontecendo, aquele negócio ali pra gente conseguir trabalhar. [...]. A gente fica sabendo mais as coisas [...] então, tem que ser bem mais ético, fingir como que nada estivesse acontecendo. (E6)

Influência no processo de trabalho

O trabalho no Programa Saúde da família (PSF) requer preparo específico e habilidade para lidar com a comunidade e agir em situações também específicas e que envolvam mais do que conhecimentos clínicos, como relatou o entrevistado a seguir:

...a gente sabe, mais ou menos, quem costuma criar confusão... antes de chegarem ao atendimento, já estou sabendo quem é, exatamente pra eu dar uma agilizada, agir com mais calma, para me preparar, para receber de uma maneira até mais...de forma de estar amansando esse pessoal... (E1)

Contrariando as premissas do PSF, as necessidades dos usuários são analisadas individualmente e, se necessário, são criadas agendas paralelas às regulares, o

que se constitui em uma estratégia para resguardar a segurança dos demais usuários e trabalhadores.

Tem usuários que fazem parte desse circuito todo, que têm que ter horário especial pra atender, porque elas também não estão podendo descer no horário normal. (E1)

A relação profissional-usuário é influenciada pela realidade de vida da população, que diante do medo recolhe-se sem saber em quem confiar diante de algumas situações:

... quando começa ter o risco, quando a violência começa a ser grande, as pessoas ficam com medo de nos receber em casa [...] eles acham que a gente pode está informando alguma coisa prá... prá eles, entendeu? Como o pessoal da polícia assim, eles acham que a gente pode estar informando. (E6)

O fato de ser um membro da comunidade torna as fronteiras entre ele e os demais habitantes mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares:

...ele (o agente comunitário de saúde) mora lá. Então, ele não pode arriscar a própria pele... a gente sabe que a violência existe em uma determinada área, mas ela nunca vai ser, como se fala? Falada diretamente, posta assim pra gente, o que está acontecendo, porque existe um medo ao redor disso... (E1)

Há um exercício cotidiano e desgastante, pautado no medo dessa realidade brutal, que dificulta a adoção de estratégias de proteção que, se presentes, são individuais com base em experiências pessoais:

... o pessoal aqui sabe lidar até razoavelmente com a população. Explicando a situação, por que do atraso da consulta, por que da falta de remédio. Porque a culpa nem sempre é dos funcionários, na maioria das vezes, ou é da prefeitura ou do Estado. (E3)

Na tentativa de evitar os confrontos com os usuários e suas demandas, o entrevistado relata que foi estipulado um horário de acolhimento “às margens da gerente”:

A gente estipulou o horário de acolhimento às margens da gerência e do... e do programa, né? Porque, para eles, a gente acolhe o dia inteiro, mas acolher não significa marcar... (E4)

Além disso, os trabalhadores da unidade percebem que as enfermeiras que coordenam as equipes de Saúde da Família e as atividades da unidade não estão adaptadas ao processo de trabalho proposto. Atribuem a dificuldade de coordenação das atividades da unidade à restrição de tempo:

...a equipe está meio sem pé e sem mão. Não só a gente (auxiliares de enfermagem), mas as enfermeiras das equipes. Eu acho que está

um pouco dessintonizada. [...] Têm enfermeiras que colocam a cara junto com a gente. O paciente chega aqui e agride verbalmente, e ela fala do desacato [...] (E2)

DISCUSSÃO

A violência faz parte da própria condição humana, e as pessoas, como cidadãs são, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do fenômeno. Entretanto, o tráfico de drogas ilegais é o mais consistente e desprezível vínculo entre violência e drogas, gerando ações violentas entre vendedores e compradores⁽¹³⁾, que não se limitam a seu círculo de comércio. Ao contrário, os danos do tráfico são sentidos por toda a sociedade, inclusive, os trabalhadores da saúde.

É possível perceber que não há um limite bem definido entre o que se entende por comportamento violento no cotidiano da UBS. São considerados naturais os comportamentos agressivos dos usuários procedentes de ambientes violentos. A violência “naturalizada” identifica-se com as relações sociais de inclusão/exclusão e que, na verdade, não são percebidas como violência⁽¹⁴⁾. As condições de trabalho avaliadas pela perspectiva dos profissionais deixam transparecer que a estrutura é inadequada e insuficiente para atender aos direitos dos usuários. A realidade é perversa para profissionais e usuários que vêm sua cidadania corroída e cuja perspectiva de superação parece distante para ambos.

No ambiente de trabalho, evidenciam-se duas vias por meio das quais a violência toma corpo, a estrutural ou institucional e a comportamental ou relacional que, além de causarem danos aos próprios trabalhadores, também podem atingir as pessoas sob seu cuidado⁽¹⁵⁾.

A organização do trabalho na unidade é percebida como uma forma de violência expressa à precária integração indivíduo-organização. O reduzido número de funcionários provoca demora no atendimento, o que gera conflitos e agressões por parte da população. Para a efetivação do PSF, é essencial construir um modelo de organização de serviços baseado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade, tanto aos trabalhadores como para os usuários⁽⁴⁾.

A racionalização de custos no PSF é perceptível pela flexibilização das formas de contratação das equipes e de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde, o que leva à precarização do trabalho⁽⁴⁾. Na unidade, há alta rotatividade de profissionais não associada apenas ao contrato temporário de trabalho, mas também aos trabalhadores admitidos por concurso público que se sentem desgastados com a rotina do trabalho e acabam por tentar novas alternativas dentro da rede pública de saúde.

Os profissionais entendem que a estrutura organizacional do trabalho favorece sua desmotivação, à medida que, apesar da grande carga de trabalho, os resultados de seu trabalho não são percebidos, como melhoria das condições de saúde da população. Há um

descrédito e indignação com a organização e com o papel que lhe é destinado dentro dela de acalmar os ânimos das pessoas e, não, buscar a real solução aos problemas. Nesse sentido, o profissional vive o conflito de trabalhar exaustivamente e de não ver o retorno de seu trabalho, o que faz com que ele seja destituído de sentido, já que a finalidade do trabalho reside em alcançar um resultado anteriormente idealizado na imaginação do trabalhador⁽¹⁶⁾.

Diante do medo, parece haver uma mudança nos valores. O mais importante nas relações passa a ser a autopreservação. O sujeito ético é um ser racional e consciente e, por ser livre, decide e escolhe o que faz; por ser responsável, responde pelo que faz. A ação ética deve resultar de uma decisão interior do agente, e não de uma pressão externa, que leva ao conflito entre a autonomia da vontade do sujeito e a heteronímia dos valores morais da sociedade⁽¹⁷⁾. Entretanto, o que se observa é a tomada de decisões pelo sujeito motivada por pressão externa, por medo diante do risco que corre em seu local de trabalho. Este comportamento parece mais uma justificativa para suas ações, para continuar sobrevivendo no ambiente hostil como parte dele, reconhecendo e ignorando os fatos ao mesmo tempo.

Mas não seria prudente pensar que a mudança de comportamento não seja um processo dolorido para os profissionais, que apresentam queda em seu padrão de saúde. Nos relatos dos trabalhadores, surge a fala de que não estão simplesmente “adoecendo”, mas evoluem para um quadro que consideram ir, além do adoecimento, “estão pirando”. Mesmo que não leve a um adoecimento comprovado do profissional, a forte tensão sob a qual desempenham suas funções acarreta desmotivação, trazendo um desgaste de difícil mensuração e interpretação de seus efeitos, tanto sobre o profissional como sobre o trabalho que realiza.

A procura de atendimento na unidade por pessoas aparentemente hígdas, mas vitimadas pela violência e pelas precárias condições sociais, torna a UBS um local de escuta e busca de solução para todo tipo de problema, o que gera sobrecarga aos trabalhadores e ao sistema e baixa resolutividade para o usuário. O profissional de saúde tende a acreditar que o usuário precisa ser “educado” a procurar a UBS, quando tiver uma doença grave. A desvalorização da motivação social de busca pelos serviços de saúde contraria a proposta de mudança do modelo assistencial que considera o sujeito como um ser social.

A falta de treinamento específico dos profissionais para lidar com as situações de violência também pode interferir no desempenho do trabalho, uma vez que não são preparados academicamente nem após assumirem o serviço. Para driblar a pouca experiência nesse contexto, desenvolve-se o aprendizado assistemático e informal com os colegas e a capacidade de diálogo. Entretanto, para manter o diálogo é preciso tempo, dedicação, vínculo e comprometimento, pois envolve as subjetividades de

profissionais e usuários e maturidade para a organização do trabalho em um contexto nem sempre favorável.

Para o agente comunitário de saúde (ACS), trabalhador que reside na área de abrangência da UBS, a relação com a comunidade se estabelece sob dois ângulos: um profissional e outro pessoal. Sua função é aproximar as duas partes, usuários e profissionais do sistema de saúde. Ele é responsável por mostrar ao serviço de saúde a face da comunidade, que é atendida. A violência social da comunidade é fator dificultador que interfere nas atividades dos ACS causando medo, restringindo seu acesso na comunidade e limitando o desenvolvimento de seu trabalho.

É estratégia organizacional para atendimento da demanda na unidade recorrer ao auxílio do ACS para identificar usuários que podem “trazer problemas”. Com base no reconhecimento dessas pessoas, planeja-se seu atendimento antes que ele chegue à unidade, que se acredita que permite um preparo psicológico para atendê-lo de forma a quebrar o clima de agressividade que possa estar presente entre esse usuário, a equipe e os demais usuários.

Com base nas entrevistas, percebe-se ser difícil conhecer a realidade da comunidade, pois o fluxo de informações se dá por intermédio do ACS. No entanto, o próprio ACS sente-se intimidado, com medo de expor diante da equipe, o que de fato conhece da realidade violenta na qual atua. Assim, se estabelece na ESF um clima de desconfiança que corrói lentamente um dos pilares do PSF, que é o trabalho em equipe.

Algumas situações de violência levam a interpretações diversas que podem ser reais ou não, mas sinalizam situações de risco, nas quais cada um procura se defender como pode em sua rotina diária. Não há mecanismos efetivos para lidar com tais situações. Entretanto, saber lidar significa, muitas vezes, ser capaz de justificar os problemas e não procurar formas de solucioná-los. Além disso, há uma culpabilização dos órgãos centrais em relação aos problemas da unidade, minimizando a responsabilidade em nível local. Embora sejam apontadas falhas das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, essa postura é uma forma de defesa do profissional, uma alternativa para amenizar as relações com a comunidade.

É possível perceber a interferência da violência no processo de trabalho, que é interrompido quando o profissional não consegue lidar com os problemas gerados e solicita intervenção do profissional de nível hierárquico superior. São observados processos de trabalho fragmentados, ocupação desnecessária do gerente, fragilidade na interação com o usuário e restrita autonomia do profissional. Além disso, a preocupação do gestor é reforçada com a assistência individual, reafirmando sua atuação como ordenador e controlador da unidade⁽¹⁸⁾.

A equipe considera uma atitude positiva, quando há a defesa dos trabalhadores pelo enfermeiro diante de situações de agressão dos usuários, pois se sente segura,

embora reconheça não haver ganho efetivo ou mudança na unidade. O que importa é a atitude daquele momento, o fato de deixar claro que a postura do usuário não é aceita passivamente pelos trabalhadores da unidade.

Esta suposta atuação individualizada por parte do enfermeiro pouco contribui para uma mudança concreta nas situações vivenciadas por trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Em parte, isso se deve ao fato de que o cenário de violência apresenta-se em um grau de extrema complexidade, à medida que se associa à pobreza extrema e aos diversos contrastes sociais vivenciados pela população brasileira, como discrepâncias de acesso à renda, à educação, à saúde e às condições dignas de moradia⁽¹⁹⁾.

O acúmulo de situações violentas, inclusive, a institucional, configura um quadro preocupante para a saúde dos trabalhadores, encarregados de prestar cuidados à população. Medidas urgentes são necessárias, como forma de assegurar o alcance dos objetivos propostos pela Estratégia de Saúde da Família, que coloca os trabalhadores em contato direto com a comunidade e seus problemas. A área de adscrição é reconhecida como violenta, mas desvelar sua essência significa perceber, além da violência como um problema de saúde pública para aquela comunidade, a exposição excessiva dos trabalhadores às condições do entorno da UBS.

A interferência da violência no processo de trabalho dessa unidade é a ponta de um problema muito mais amplo, que deve ser objeto de políticas específicas pelo poder público visando à melhoria de condições de vida da população, a partir da melhor compreensão da interdisciplinaridade desse processo. A implementação

de programas, como o PSF, só pode ser bem-sucedida quando vislumbrado o bem-estar dos profissionais que nele atuam. Nesse momento, o medo quase paralisante, compromete as ações e a saúde desses trabalhadores.

CONCLUSÕES

Entende-se a violência como resultante de um processo dinâmico da sociedade retroalimentado por interesses individuais. A modificação da situação de violência vivenciada nas unidades de saúde perpassa por mudanças de comportamento dos profissionais e dos usuários e mudanças estruturais do próprio Sistema de Saúde. Inicialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o PSF configuram-se como instrumentos favorecedores da integralidade e resolutividade dos serviços de saúde, possibilitando uma melhoria no acesso. Entretanto, esses programas precisam ampliar suas perspectivas, inserindo o profissional de saúde, um de seus alicerces assistenciais, como alvo do cuidado em saúde.

A efetividade da assistência à saúde é desafiada pela violência, e precisa buscar estratégias para lidar com a mesma. Estas devem ser implementadas, tanto dentro da própria unidade, como também devem ser estabelecidas relações com outras instituições sociais, como: escolas, asilos, organizações de bairro, com o intuito de conhecer melhor a população atendida, seus recursos extramuros e também de se fazer conhecer por essa população. Faz-se necessário também que os usuários tenham mais clareza em relação às possibilidades e limitações do atendimento da unidade.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
2. Galtung J. Contribución específica de la irenologia ao estudio de la violencia: tipologias. In: Joxe A, organizador. La violencia y sus causas. Paris: Editorial de la Unesco; 1981. p. 91-106.
3. Ferreira JM, Mishima SM. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(2):212-20.
4. 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):438-46.
5. Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):217-21.
6. Organização Panamericana de Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPAS; 2003.
7. Organização Mundial da Saúde. Violência, um problema mundial de saúde pública: relatório mundial sobre a violência e a saúde. Genebra: OMS; 2002.
8. Marcondes Filho C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. *São Paulo Perspect*. 2001;15(2):20-7.
9. Silva MK. Criminalidade, violência e movimentos sociais: novos obstáculos à organização popular. II Seminário Internacional Educação Intercultural, Gênero e Movimentos Sociais: identidade, diferenças, mediações; 2003 Abril 8-11; Florianópolis(SC); 2003. Anais.
10. Minayo MCS. organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
13. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl1):7-18.
14. Damascena A, Arnaud E. Violência no Brasil: representações de um mosaico. *Cad CERIS*. 2001;1(1):7-33.
15. Costa ALRC. As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica de um hospital público [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
16. Marx K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: Marx K. O capital: crítica da economia política. 8a ed. São Paulo: Difel; 1982. p. 201-23.
17. Chauí M. Uma ideologia perversa: explicações para a violência impedem que a violência real se torne compreensível. *Folha de São Paulo*, 14 de março de 1999. Caderno Mais. 1999. p. 3-5.
18. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MI, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-61.
19. Cavalcante FG, Marinho ASN, Bastos OM, Deus VV, Mairone MS, Carvalho MM, et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):45-56.