

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Comissão de Graduação**

Fabiana Bianchi

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA
QUE OCORRE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Porto Alegre

2007

FABIANA BIANCHI

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA
QUE OCORRE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Orientadora Dagmar Elaine Kaiser

Porto Alegre

2007

*À minha querida mãe,
minha fonte de inspiração,
exemplo de vida, força e
determinação,
por encorajar-me a resistir a
tantos desafios na busca desta
conquista.*

AGRADECIMENTOS

À vida por ter me proporcionado tantas oportunidades.

Aos meus pais, pela minha educação.

À minha família pela compreensão nos momentos de minha ausência.

A todos meus colegas e amigos pela amizade e carinho.

A minha querida orientadora professora Dagmar Elaine Kaiser, por toda sua atenção e dedicação na elaboração e execução deste trabalho, pelo seu estímulo e por sua presença carinhosa nos momentos de intranqüilidade e dúvidas, pelo exemplo de profissional e ser humano, que torce e acredita no aluno.

À minha segunda família, meus colegas da UBS Vila Jardim, pela compreensão e incentivo, sem vocês esta caminhada não seria possível.

E a todos que de certa forma cruzaram meu caminho e me fizeram diferente do que eu era...

Se as
coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las.
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!

(Das Utopias – Mario Quintana)

RESUMO

O estudo é do tipo qualitativo exploratório descritivo, delineado através da Análise de Conteúdo de Bardin. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada com quinze profissionais da saúde em efetivo exercício em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Porto Alegre, em março de 2007. O estudo tem a aprovação do Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. As análises das informações coletadas, a partir das respostas às questões norteadoras sobre a temática violência aos profissionais da saúde na atenção primária, permitiram categorizar fatores associados ao seu risco de exposição à violência e conseqüências, bem como, informações e conhecimentos acerca das agressões sofridas visando atender e atenuar estes eventos, sob a ótica dos próprios profissionais da saúde. Destacaram-se no estudo percepções acerca do processo de trabalho, das necessidades de saúde da população, do risco de exposição à agressão, do agressor, quais os tipos de agressão sofridos, o papel da gestão e do próprio profissional da saúde neste contexto.

Descritores: Violência; Atenção Primária em Saúde; Profissionais de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	11
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	14
4.1 Tipo de Estudo.....	14
4.2 Contexto.....	14
4.3 Sujeitos do Estudo.....	14
4.4 Coleta de Dados.....	14
4.5 Análise de Dados.....	15
4.6 Aspectos Éticos.....	15
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	38
Apêndice A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	40
Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	41
Anexo 1- PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS.....	43
Anexo 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....	45

1 INTRODUÇÃO

A violência nos serviços de saúde é um fator preocupante, pois é cada vez maior o índice de agressões sofridas e referidas pelos profissionais de saúde ou divulgados na mídia e em temas de estudo. Estes eventos prejudicam o cuidado em saúde na sociedade, além de desencadearem sentimentos de coerção e com conseqüente adoecimento dos profissionais e instituição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é entendida como

O uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que pode resultar, ou tem alta probabilidade de resultar, em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou de privação ([http://www. Who.int](http://www.who.int)).

A violência pode ser constituída por agressões verbais, insultos, ofensas, humilhações, ameaças e por agressões físicas, resultando tanto em lesões físicas, quanto psíquicas e morais.

Estabelece a Declaração de Alma-Ata (OPAS, 2006) que a Atenção Primária em Saúde (APS) é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, disponibilizadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com o espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação.

A luta pela equidade e pela integralidade em saúde, para Cecílio (2001), implica, necessariamente, em se repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde na APS.

Considerando a minha vivência acadêmica enquanto aluna de enfermagem e tendo acompanhado um expressivo número de fatos e relatos ou mesmo queixas de profissionais de saúde relacionadas à violência por eles sofrida e a gravidade desta situação nas unidades de saúde ao longo de minha formação, isso despertou o interesse no aprofundamento do tema em meu Trabalho de Conclusão de Curso,

justificado por si só quando é pensada a qualidade de vida dos profissionais da saúde no mundo do trabalho.

Para orientar estas reflexões, foi importante se conhecer as necessidades de saúde, em particular, a potencialidade que essas têm de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando as suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas para melhor entender o porquê da violência sofrida pelos profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

A seguir apresenta-se os objetivos geral e específicos do estudo.

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as situações em que se dão as agressões aos profissionais de saúde na APS.

2.2 Objetivos Específicos

- Evidenciar os fatores associados ao risco de exposição à violência aos profissionais de saúde e suas conseqüências.
- Contribuir com informações e conhecimentos acerca de agressões aos profissionais de saúde para minimizar e trazer sugestões para atender e atenuar estes eventos.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O trabalho em saúde requer uma constante necessidade de se rever e reaprender o sentido da atuação, onde a satisfação no trabalho, empatia, troca de informações, prontidão para a explicação, clareza nas informações, conforto, relaxamento, interação e compreensão do outro são situações que podem torná-lo ameno ou até penoso.

O desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva sobre o modo como as pessoas se relacionam é um fator que está à disposição do profissional, podendo intervir e atenuar situações de confronto com pacientes. É inevitável o fenômeno da relação transferencial entre profissional e paciente. O paciente joga inconscientemente sobre o profissional os seus conteúdos afetivos e este também projeta os seus sobre o seu cliente. Neste relacionamento há uma alternância entre transferências positivas, com sentimentos agradáveis de confiança, e transferências negativas, com sentimentos hostis e desconfiança de um para o outro e vice-versa. Nem sempre as impressões de ambos são as mesmas (BENETTON, 2002).

Segundo Kingma (2001), os profissionais da saúde são as maiores vítimas de violência no trabalho. Seu estudo revela que o risco de violência que os profissionais de saúde experimentam é dezesseis vezes maior do que o risco de profissionais de outras áreas. Impressionantemente, os profissionais da saúde mostram ter uma probabilidade maior de sofrerem agressão no trabalho do que os próprios policiais em prisões, os motoristas, comerciantes e bancários. Para o autor, os trabalhadores da saúde possuem culturalmente uma tolerância à violência, pois o sistema legal não tem favorecido o apoio necessário às vítimas dessa violência. Assim, em parte, isto justifica a atitude dos profissionais em aceitar o risco. Em seu estudo, enfermeiras relataram ser alvos e que a violência faz parte do trabalhar em saúde.

César e Marziale (2005) estudaram os problemas de violência ocupacional com profissionais da saúde em um serviço de emergência, no qual 100% dos enfermeiros, 88,9% dos técnicos de enfermagem, 88,2% dos auxiliares de enfermagem e, 85,7% dos médicos, foram vítimas de violência no trabalho. Entretanto, os profissionais não realizaram o seu registro formalmente. Dentre essas agressões, o tipo de violência sofrido foi classificado como sendo de 95,2% com

agressão verbal e 33,3% por assédio moral ou sexual. O mesmo estudo aponta que a categoria profissional mais atingida pela violência ocupacional trata-se da enfermagem.

Para Moreno (2004), o contato face a face entre o profissional da saúde e o usuário por si só já é um fator de risco para se sofrer violência. Destaca fatores pessoais como a atitude do profissional podendo favorecer a violência como resposta do usuário quando não atendido em suas necessidades.

Ainda para Moreno (2004), a localização geográfica dos serviços de saúde em regiões com elevados índices de violência externa, como periferias e locais onde é freqüente o tráfico de drogas, propicia a violência no ambiente de trabalho em saúde, pois os profissionais interagem com demandas de saúde mental, demência, drogadição e até mesmo de gangues armadas. As agressões tanto verbais quanto físicas por usuários idosos também são trazidas como fonte de violência, quando sequer há motivo para a agressão sofrida.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2001), uma exposição prolongada a fatores estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho podem levar à chamada síndrome do esgotamento profissional, uma sensação de se estar acabado, que resulta da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas onde o profissional se desgasta em um dado momento e desiste, perdendo a energia para o exercício de sua profissão.

Como consequência do esgotamento profissional, o indivíduo pode vir a desenvolver atitudes negativas em seu ambiente de trabalho. Em seu artigo intitulado Guia de sobrevivência contra atitudes negativas, Chambers (1999) revela que o medo e a baixa auto-estima são os principais desencadeadores de negativismo. A atitude negativa reflete-se em comportamentos de hostilidade e nervosismo, como estar sempre na defensiva, criar brigas e confrontos, acomodação e insatisfação, resistência às mudanças e insubordinação, comportamento sorrateiro, como falar pelas costas, entre outros. Chambers (1999) denota a importância de identificar as causas do problema para assim resolvê-lo e criar um ambiente de trabalho salutar.

Keely (2002) afirma que para controle e redução dos casos de violência ocupacional, dever-se-ia basicamente adotar duas atitudes: reconhecer precocemente situações e pessoas com potencialidade para violência; e implementar políticas efetivas de proteção aos profissionais no trabalho.

Ao primeiro contato com o paciente, normalmente, não se sabe muito sobre sua personalidade, comportamento ou tolerância a frustrações. Surge aí a importância de se realizar uma avaliação adequada do paciente. Uma história de violência pode ajudar a identificar pacientes potencialmente agressivos. O abuso de substâncias ilícitas, história de desordem mental ou uso de medicações para este fim também podem ajudar a identificar reações adversas de drogas, por exemplo, as quais podem conduzir ao ato violento. Quando há dificuldade de se obter respostas sobre o histórico, pode-se recorrer a um familiar. É relevante lembrar que algumas situações de saúde do paciente estão associadas a uma tendência ao comportamento violento, como a encefalopatia, o trauma craniano, a convulsão, a toxicidade por drogas e senilidade. Para reconhecimento destas situações, Keely (2002) ressalta que é fundamental o desenvolvimento dos funcionários, através de capacitações e treinamentos para prevenção das situações violentas. Melhorias na estrutura física da instituição, através da instalação de câmeras e controle de entrada e saída de pessoas, no intuito de oferecer maior proteção também podem contribuir para a prevenção de situações de risco. Em alguns hospitais urbanos dos Estados Unidos, é comum o uso de detector de metais.

Dentre as formas de lidar com a violência, *O Internacional Council of Nurses* (ICN, 2006) sugere alguns comportamentos como o esquivar-se de negação, evitar discussões e cuidar-se na forma de informar e aconselhar.

Deslandes (2000) acredita que seria tolo ou megalomaníaco pensar que o enfrentamento da violência é tarefa exclusiva da saúde. Seria igualmente tolo dizer que não é sua essa tarefa. A articulação com as políticas públicas, movimentos sociais, organizações e setores que buscam superar essa *cultura da violência* e suas inevitáveis conseqüências tem sido contínua e vem envolvendo profissionais e organizações de saúde em nosso país, tratando-se de um movimento de construção de diálogo, confiança e parceria.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O estudo é do tipo qualitativo exploratório descritivo, delineado através da Análise de Conteúdo de Bardin, que visa obter a descrição de conteúdo das mensagens, cujos indicadores permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de sua apresentação, no intuito de sua compreensão para além dos significados imediatos (BARDIN,1979).

4.2 Contexto

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram os quinze primeiros profissionais da saúde em efetivo exercício na UBS que confirmaram o seu aceite em participar da pesquisa, após convite realizado na reunião geral da UBS.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) após a avaliação e aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

As entrevistas foram realizadas em março de 2007, nas dependências da UBS, em local que garantisse a privacidade e que estivesse livre de interrupções, sendo gravadas em fita cassete e após transcritas. As fitas e transcrições serão guardadas por cinco anos e após destruídas.

4.5 Análise de Dados

As informações foram analisadas partindo da referência da Análise de Conteúdos preconizada em Bardin (1979), utilizando técnicas de análise das comunicações e procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das entrevistas transcritas.

4.6 Aspectos Éticos

Foram respeitadas as diretrizes propostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2005).

Segundo Goldim (2000), a pesquisa em saúde pretende gerar conhecimentos que permitam melhorar o bem-estar do ser humano, sua qualidade de vida ou defesa da própria qualidade de vida. Assim, todo o trabalho de pesquisa deve apresentar um importante componente ético.

Neste sentido, anteriormente a realização das entrevistas, os sujeitos do estudo foram informados do objetivo e metodologia da pesquisa; das finalidades de sua participação enquanto sujeitos; das garantias de anonimato; da confidencialidade; da privacidade e do direito de declinar de sua participação a qualquer momento, se assim o desejassem, sem nenhum prejuízo. Foi garantido aos sujeitos do estudo que não haveria nenhuma forma de coação em decorrência de suas respostas.

Visando qualificar esse processo, foi necessária a autorização do sujeito através de registro de aceite em um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B), de duas vias, para esclarecer possíveis dúvidas e garantir a legalidade da pesquisa ao participante, de acordo com o que sugere Goldim (2000). Uma das vias desse consentimento ficou de posse do entrevistado e a outra de posse da pesquisadora.

Com o objetivo de manter o anonimato das participantes do estudo, foi atribuído uma letra do alfabeto arábico pela qual foram identificados no estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados a partir das informações trazidas pelos sujeitos do estudo tendo como referência a Análise de Conteúdos preconizada em Bardin (1979), utilizando-se técnicas de análise das comunicações e procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das entrevistas gravadas e transcritas.

Visando conhecer as situações em que se dão as agressões aos profissionais de saúde na APS, entrevistou-se quinze profissionais da saúde em efetivo exercício na UBS que confirmaram o seu aceite em participar da pesquisa, após convite realizado em reunião geral da UBS, atribuindo letras do alfabeto aos sujeitos que aceitaram participar do estudo.

Em relação à identificação da amostra, obtiveram-se os seguintes resultados:

Responderam que já sofreram alguma agressão de usuário no trabalho os sujeitos A, B, D, E, F, J, L, M, N, O, P.

Conforme relataram C, G, H e I, ainda não sofreram agressões no trabalho.

As respostas obtidas mostraram que 73,3% sujeitos do estudo declaram já ter sofrido algum tipo de violência no trabalho, na sua maioria agressões verbais, enquanto 26,7% negaram já haver sofrido qualquer tipo de violência.

Entre as oito participantes do sexo feminino, cinco destas afirmaram ter sofrido algum tipo de agressão, enquanto três disseram que não. Entre os homens, seis referiram que já sofreram violência e um negou.

A faixa etária dos participantes do estudo está entre 30 e 55 anos, sendo a média de idade 46 anos.

Quanto à escolaridade, oito possuem nível superior, quatro possuem o nível médio e três dos sujeitos tem o ensino fundamental completo.

Em relação ao tempo de atuação na Unidade, observou-se que seis dos sujeitos estão na unidade há menos de cinco anos, cinco estão trabalhando entre cinco a dez anos e três destes revelaram estar entre vinte a trinta anos na unidade. Um sujeito declarou estar nesta Unidade a cerca de um mês.

As categorias profissionais abrangeram auxiliares e técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, vigilantes, odontólogos, técnicos em odontologia e auxiliares administrativos.

As análises das informações coletadas a partir das respostas às questões norteadoras investigadas permitiram categorizar os diferentes fatores associados ao risco de exposição à violência aos profissionais de saúde e suas conseqüências, bem como, as informações e conhecimentos acerca de agressões aos profissionais de saúde para minimizar e trazer sugestões para atender e atenuar estes eventos, sob a ótica dos próprios profissionais da saúde.

Assim, considerando as quatro questões norteadoras: Na sua percepção, em que situações se dão as agressões por parte dos usuários aos profissionais de saúde na Unidade? ; Qual seria a sua atitude em relação a uma agressão sofrida no trabalho? ; Você já sofreu alguma agressão de usuário no trabalho? Se sim, como foi e a que atribui o ocorrido? Se não, quem é o agressor para você? ; e Que sugestões você teria para evitar as situações de agressividade aos profissionais da saúde?.

As respostas dos sujeitos do estudo decorrentes dessas provocações levaram a sete diferentes categorias relacionadas à temática violência aos profissionais da saúde na atenção primária, são elas: o processo de trabalho; as necessidades de saúde; o risco de exposição à agressão o agressor; o tipo de agressão; a gestão em saúde; e, o profissional da saúde, a seguir apresentadas no Quadro nº. 1.

Categorias
Processo de trabalho
Necessidades de saúde
Risco de exposição à agressão
Agressor
Tipo de agressão
Gestão em Saúde
Profissional da saúde

Quadro nº. 1 – Categorias de respostas dos sujeitos de estudo às questões norteadoras: Na sua percepção, em que situações se dão as agressões por parte dos usuários aos profissionais de saúde na Unidade? ; Qual seria a sua atitude em relação a uma

agressão sofrida no trabalho? ; Você já sofreu alguma agressão de usuário no trabalho? Se sim, como foi e a que atribui o ocorrido? Se não, quem é o agressor para você? ; e Que sugestões você teria para evitar as situações de agressividade aos profissionais da saúde? .

A primeira categoria encontrada, o **processo de trabalho**, refere-se à forma como se dá a organização do processo de trabalho na Unidade de Saúde, atribuindo-se a ele condição favorável às agressões.

Refere o sujeito P que *quando as condições de trabalho são precárias, as agressões são uma conseqüência. Não é culpa do paciente nem do profissional.*

A culpa de falhas no atendimento que levam à agressão é do sistema que nem sempre dá conta das demandas locais e isso respinga no profissional da saúde, desabafou o sujeito E.

A falta de material e às vezes até de profissionais e técnicos para atendimento leva o usuário a ser agressivo (C).

O sujeito B declara, *fui agredida várias vezes, pois não tinha medicação para dispensar.*

Para Cecílio (2001), a luta pela equidade e pela integralidade na atenção à saúde implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde. Nesse sentido, se estaria minimizando os aspectos apontados pelos sujeitos do estudo relativos às situações que lhe estão expondo às agressões.

O usuário espera uma resolutividade imediata e não quer ter o trabalho de procurar em outras instâncias (D). Por outro lado, os usuários não recebem as explicações dos profissionais de saúde e as soluções que necessitam, afirma I. Para L, as situações de agressão ocorrem pela falta de resolutividade na própria Unidade. Para B e C, as piores agressões surgem na falta de medicação e consulta.

O sujeito O desabafa que *nem sempre tenho condições de resolver tudo que o usuário quer. Não que seja problema de competência minha, é excesso de demanda e falta de pessoal.* Ainda para o sujeito C, *o funcionário não tem a possibilidade de atender todas essas demandas do usuário.*

Afirma o sujeito G que *as agressões dos usuários aos profissionais de saúde na Unidade se dão por desorganização. Acontece quando o serviço não atende bem.*

O usuário vem a procura de um tipo de atendimento que não é possível de ser atendido, isso leva à agressão certamente, lamenta o sujeito I, pois nem sempre se consegue satisfazer as expectativas que o usuário tem.

Mandar o usuário de um serviço para o outro (C), não ter boa vontade(D), falta de vontade política institucional(D), dizer muito a palavra não (E) foram informados como geradores de um comportamento agressivo por parte do usuário.

Os sujeitos A, I e G, acreditam que para se minimizar as situações violentas é *fundamental melhorar a organização do serviço e facilitar o acesso do atendimento aos usuários.* G ainda enfatiza *que para isso acontecer é necessário uma maior integração da equipe para que se possa identificar os possíveis pacientes de maior risco para esta situação.* Quanto a isso, para L, *os funcionários têm que ser mais unidos.*

Os sujeitos H, L e N trouxeram sugestões de ações de ordem política como prioritárias na redução das agressões aos profissionais da saúde, como segue.

O SUS tem que funcionar e os políticos têm que parar de fazer proselitismo, de oferecer serviço na teoria e na prática não. Na Unidade são os funcionários que vão dizer que não tem o atendimento e não os políticos, argumenta L.

O sujeito N também acredita que *se os governantes cumprissem o que eles prometem nas campanhas políticas, como medicação e consultas especializadas, a gente poderia dizer sim ao invés de tanto não.*

Para Cecílio (2001) se faz necessário considerar a atual estrutura do sistema de saúde, organizado por níveis de complexidade crescente, como uma pirâmide, onde cada nível da pirâmide é responsável por uma demanda específica, de forma hierarquizada e especializada. Os serviços mais complexos, de referência, têm sido entendidos como lugares de finalização, ou seja, a última palavra ao atendimento de demandas pontuais, dificultando assim a integralidade no atendimento ao usuário. Na melhor hipótese a integralidade é entendida como uma boa contra-referência para o serviço que encaminha o usuário. O que não é pouco, no contexto atual, mas não basta, visto as percepções trazidas pelos sujeitos do estudo acerca das intempéries decorrentes da organização/desorganização do processo de trabalho.

Entretanto, *dar a informação correta e encaminhar o usuário para o lugar certo e informatizar os serviços*, para o sujeito C, poderia atenuar os eventos de violência aos profissionais da saúde e melhor contemplar a integralidade em saúde.

O sujeito C lembra que *se o usuário é mal educado, é porque a organização do serviço não está preparada para esse usuário*. E acrescenta, *no momento que tu educa o usuário, ele não vai mais ser um agressor*.

A responsabilidade pela saúde não é exclusiva do profissional da saúde. A Carta de Otawa de 1986 reforça o quanto a promoção da saúde é importante na capacitação da comunidade e para a melhoria na qualidade de vida e de saúde da população. A orientação do usuário, o entendimento do processo de trabalho e como repercute o atendimento ou não de suas necessidades de saúde neste contexto podem auxiliar significativamente o usuário para um estilo de vida mais responsável (OPAS, 2006).

A lógica da promoção da saúde é direcionada para que os indivíduos descubram seu verdadeiro estado de saúde, para que revelem sua posição moral e para que de fato modelem seus verdadeiros eus por meio de estratégias de gerenciamento corporal (LUPTON, 2000).

Quanto ao relacionamento do usuário com a equipe, ainda para Cecílio (2001), haveria de prevalecer sempre o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelo usuário que busca o serviço, apresentadas ou maquiadas em alguma demanda específica. Nesse sentido, o autor sugere trabalhar com a seguinte imagem: quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma cesta de necessidades de saúde. Assim, cabe ao profissional da saúde ter sensibilidade e preparo para decodificar e da melhor forma possível atender o usuário que procura por atendimento na Unidade de Saúde. Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação da equipe deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escuta e atendimento às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção vigente.

Essa contextualização da sustentação teórica à segunda categoria encontrada, **necessidades de saúde**, uma decorrência da fala dos sujeitos do estudo e tida como geradora de grande expectativa dos usuários em relação à sua atenção em saúde na Unidade.

Segundo Cecílio (2001), o conceito de necessidades de saúde engloba um conjunto de fatores que diz respeito a se ter boas condições de vida, à criação de vínculos efetivos entre o usuário e a equipe de saúde, à necessidade de cada pessoa de ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida e de ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Nesse sentido, o valor de uso que assume cada atenção em saúde é definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que ela vive. A hierarquia de importância do consumo da atenção em saúde não são estabelecidas unicamente pelos profissionais da saúde, mas também pelos usuários do sistema e com suas necessidades reais.

Para os sujeitos A, B, C, D, F, H, I, L, M e O, quando não são atendidas as necessidades de saúde do usuário, isso tem gerado desconforto e até agressões aos profissionais de saúde.

A agressão ocorre quando não podemos atender às necessidades que o usuário procura (A, F e M). Quando o usuário tem uma necessidade e o profissional não consegue suprir essa necessidade, dá-se a agressão (B). Para O, as agressões acontecem por falta de acesso aos serviços que o usuário esteja precisando.

Para Lupton (2000), em saúde pública e na promoção da saúde em comunidades os cidadãos continuamente se movem manifestando desde um ressentimento em relação à natureza autoritária do estado ou à sua intromissão nas suas vidas privadas até uma expectativa de que o estado assuma responsabilidade por garantir e proteger a sua saúde.

Os sujeitos do estudo vivenciam na prática essas manifestações de ressentimento dos usuários e reconhecem a integralidade em saúde como um fator que poderia ajudar a evitar as conseqüências com agressões que ora sofrem. Referiu L que *a violência é a manifestação perante as frustrações em relação aos serviços que deveriam ser oferecidos por lei pelo SUS.*

Nesse sentido, Lupton (2000) lembra como os discursos da saúde pública e da promoção da saúde constroem, tanto explícita quanto implicitamente, certos tipos de sujeito. Para a autora, as práticas de saúde e os discursos de promoção da saúde

privilegiam um certo tipo de sujeito, um sujeito que é auto-regulado, consciente de sua saúde, preferentemente de classe média, racional, civilizado. Já para outros, esses incitamentos passarão despercebidos e poderão ser transformados ou até sofrerão forte contestação.

Para o sujeito F, a agressão por parte dos usuários acontece porque *eles não têm paciência de esperar, e por que não podem esperar? Estão todos aguardando na fila.* Para M, *isso sempre acontece quando eles não conseguem aquilo que procuram.*

Para os sujeitos B e I, as principais sugestões para se evitar as situações de agressividade na atenção primária em saúde seriam não faltar elementos básicos para o funcionamento da Unidade, como medicações, materiais e disponibilização de consultas.

Os sujeitos F, J e M mostraram-se descrentes ao serem questionados acerca do que poderia ajudar na redução da agressão aos profissionais da saúde. Para esses sujeitos não há o que fazer para mudar essa realidade. M enfatiza *eu não vejo uma saída eficiente, não acredito que colocar policiais vai resolver, porque na maioria das vezes a agressão ocorre dentro dos consultórios.* O sujeito F conclui *eu acho que isso aí vai aumentar mais e mais [...]*

As respostas dos sujeitos do estudo revelaram ainda percepções acerca de fatores influenciáveis e possíveis desencadeadores de situações violentas, considerando que existe o **risco de exposição à agressão**, a terceira categoria identificada.

Para C, *as agressões se dão devido ao trabalho em uma estrutura física que nos expõem. Se fosse uma recepção mais central, mais individualizada, mais discreta [...]*

O sujeito C percebe que *a recepção é muito exposta, os funcionários estão em contato direto com vários usuários ao mesmo tempo.*

Uma estratégia que possibilitaria *uma forma mais adequada de se lidar com as demandas no processo de trabalho seria o atendimento para apenas um usuário por vez, na recepção da Unidade,* revela o sujeito C. E ainda complementa *os usuários têm pressa, querem ser atendidos todos na mesma hora, falam ao mesmo tempo, isso gera tumulto e confusão.*

Fatores ambientais, como a aglomeração física podem estar relacionados à violência tanto pelo aumento dos contatos como pela diminuição do espaço defensável (STUART; LARAIA, 2001).

O sujeito C apresenta como sugestão uma atenção maior no que diz respeito às estruturas físicas das Unidades de Saúde, reforçando as questões ergonômicas e de segurança para os profissionais. Para ele, *os profissionais da Unidade devem participar no planejamento da área física de trabalho, já que são eles que vão sofrer as conseqüências de uma estrutura inadequada no dia a dia*. Nessa mesma linha o sujeito A sugere *o monitoramento por câmeras de vídeo, principalmente na recepção, isso poderia atenuar os atos violentos*.

Quando questionado em que situações se dão as agressões, o sujeito B referiu que, *é sempre na porta de entrada, na recepção ou na farmácia*. O sujeito G afirma o usuário espera muito tempo no serviço.

Para Stuart & Laraia (2001), o comportamento violento tende mais a ocorrer em um ambiente fracamente estruturado, com regras indefinidas e com muito tempo livre para os pacientes. As unidades com demasiada estimulação visual e auditiva também podem aumentar o comportamento agressivo.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA regula que todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde devem obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições apresentadas por este órgão. O parecer deverá descrever o objeto de análise e conter uma avaliação do projeto básico arquitetônico quanto a: adequação do projeto arquitetônico às atividades propostas; funcionalidade do edifício, verificação dos fluxos de trabalho, de materiais ou insumos propostos no projeto físico, visando evitar problemas futuros de funcionamento e de controle de infecção da unidade como um todo; dimensionamento dos ambientes, com verificação das áreas e dimensões lineares dos ambientes propostos em relação ao dimensionamento mínimo exigido por este regulamento, observando uma flexibilidade nos casos de reformas e adequações, desde que justificadas as diferenças e a não interferência no resultado final do procedimento a ser realizado.

Em um estudo realizado em uma unidade de saúde de Porto Alegre por Ramos e Lima (2003), foram diversas as dificuldades que se apresentaram em relação à acessibilidade e ao acolhimento, dentre as quais áreas físicas precárias, desorganização do serviço e posturas inadequadas dos profissionais, identificados

como fatores que diminuem a qualidade de atendimento ao usuário. O acesso e acolhimento são elementos essenciais para um atendimento adequado e resolutivo e que permita incidir efetivamente sobre estado de saúde do indivíduo e da coletividade, o que, sem dúvida, favorece a organização do serviço, qualifica a assistência e minimiza a exposição da equipe de trabalho ao risco de agressão.

Para os sujeitos B, D, H, I, O, o principal fator de risco de agressão a que estão expostos os profissionais é a deficiência de pessoal para o atendimento. Neste sentido, um quadro de recursos humanos em saúde adequado à demanda local, com profissionais competentes e como uma maior união entre os profissionais das esferas municipal, estadual e federal que compõem o serviço contribuiria em muito na redução das situações de agressividade.

Para Moreno (2004), o número reduzido de profissionais na equipe de saúde contribui para a violência no local de trabalho, pois isso dificulta a assistência de qualidade.

Para o sujeito C, *o usuário tem dificuldade no acesso ao serviço de saúde porque é mal informado e mal orientado, isso propicia a violência.*

Neste sentido, Ramos e Lima (2003) entendem por acesso ao serviço de saúde a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento como filas, o local e tempo de espera, tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

Por acolhimento entende-se a postura do profissional da saúde de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (RAMOS; LIMA, 2003).

Segundo Moreno (2004), a localização geográfica dos serviços de saúde em regiões com elevados índices de violência externa contribui para a violência no ambiente de trabalho em saúde. Periferias e locais onde é freqüente o tráfico de drogas fazem com que os profissionais interajam com demandas de saúde mental, demência, drogadição e até mesmo com gangues armadas. O presente estudo foi realizado com profissionais de saúde, cuja UBS está inserida em uma região com tais características.

O sujeito E lembra que *o pessoal da saúde é mais vulnerável, porque está mais próximo do usuário, então quando o atendimento está tumultuado, o usuário explode e pode realmente nos agredir tanto verbal como fisicamente.*

Para Moreno (2004), o contato face a face entre o profissional da saúde e o usuário por si só já é um fator de risco para se sofrer violência. Destaca fatores pessoais como a atitude do profissional podendo favorecer a violência como resposta do usuário quando não atendido em suas necessidades.

O sujeito J assume que *a agressão ocorre por uma série de fatores, tanto por parte do usuário quanto do profissional.*

Quando questionados se já haviam sofrido agressão de algum usuário no exercício profissional, os participantes do estudo, sendo estes oito mulheres e sete homens, informaram que sim ou não, conforme apresenta o quadro nº2.

Gênero	Feminino	Masculino
Agressão		
Sim	5	6
Não	3	1

Quadro nº2: Você já sofreu agressão de usuário no trabalho?

Assim, passa-se a definir mais claramente algumas características do **agressor**, quarta categoria encontrada, que caracteriza e evidencia atitudes e comportamentos violentos com e entre os profissionais, sendo geradores de grande estresse na equipe de saúde.

Em relação ao comportamento agressivo, Townsend (2002) entende que os indivíduos que são agressivos defendem seus direitos básicos pessoais violando os direitos básicos dos outros. O comportamento agressivo acarreta frequentemente um rebaixamento daquele que é vítima.

A fala do sujeito C tem muito claro esse comportamento agressivo decorrente da defesa dos direitos do usuário, diz que *quando eles chegam já estão no limite. O primeiro que estiver na frente vai receber a paulada.*

Ainda para Townsend (2002), os indivíduos agressivos desvalorizam a dignidade pessoal daqueles aos quais impõem suas escolhas. Eles têm um ar de superioridade e sua voz é frequentemente alta, exigente, furiosa ou fria, sem emoção. O contato do

olhar pode ser para intimidar os outros e fazê-los baixar os olhos e com isso desejam aumentar seu sentimento de poder dominando ou humilhando o outro.

Para o sujeito B, o comportamento agressivo prejudica as relações interpessoais e acrescenta que *quando a resposta é não, aí sim vêm aquelas coisas horrorosas*. Neste mesmo sentido, N declara que *o paciente não gosta de receber a palavra não, isso gera grande stress no paciente e no profissional*.

Para I, *a primeira agressão sempre parte do usuário, em função do seu descontentamento com o contexto de saúde em que vivemos*. Conforme, o sujeito M, *quando as coisas não acontecem como eles querem, eles agredem*. Já para L, *os usuários descarregam a raiva e a frustração nos profissionais de saúde*.

As situações de agressividade se dão, para o sujeito G, principalmente nas situações de estresse.

A agressividade é uma das maneiras pelas quais os indivíduos expressam a raiva. Ela é por vezes usada para tentar forçar alguém a concordar com os desejos do agressor, mas em outras ocasiões seu único objetivo parece ser o de infligir punição. Alguns teóricos consideram a agressividade como puramente biológica e outros sugerem que ela decorre das interações do indivíduo com o ambiente. Para Townsend (2002) com grande probabilidade ela é uma combinação das duas coisas.

A modelagem também é apontada como fator predisponente, sendo uma das mais poderosas formas de aprendizado, ou seja, desde criança a maneira pela qual os pais expressam agressividade é vista como modelo e reproduzida pela criança. Os modelos de papéis, todavia, nem sempre estão no lar. As evidências apóiam o papel da violência na televisão como fator predisponente a um comportamento agressivo posterior (TOWNSEND, 2002).

Para Kristensen (2003), a agressão demanda uma abordagem múltipla. Não se agride por causa de biologia, embora se possua um aparato perceptual e motor para proceder assim. São as experiências sociais ao longo do desenvolvimento os determinantes de cognição humana e do substrato neural que possibilita o processamento das informações. São justamente essas experiências que vão direcionar o organismo para interpretar as informações ambientais como potencialmente ameaçadoras e se comportar de forma mais ou menos agressiva. Assim, a agressão é tanto uma conseqüência da neuroadaptação aos fatores psicossociais e ambientais, quanto uma conseqüência dos efeitos biológicos no desenvolvimento psicossocial.

Minayo (1994) afirma que a violência faz parte da própria condição humana, ela aparece de forma peculiar, captável nas suas expressões mais visíveis e pode ser classificada em: violência estrutural, aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos. Estes conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte; violência de resistência, que se constitui das diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural; e por fim, a violência da delinqüência, como aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida. Ainda para a autora, a análise da violência da delinqüência necessita passar pela compreensão da violência estrutural, que não só confronta os indivíduos uns com os outros, mas também os corrompe e impulsiona ao delito. A desigualdade, a alienação do trabalho e nas relações, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, o culto à força e o machismo são alguns dos fatores que contribuem para a expansão da delinqüência.

Para o sujeito D, *o usuário que quer a sua demanda resolvida naquele momento e local por alguém que não tem capacidade para resolver, não aceita que o funcionário não possa dar essa resposta e demonstra sua raiva.*

Já ouvi insultos do tipo: isso não funciona mesmo, vocês não trabalham e isso é uma porcaria (B).

A raiva é uma resposta emocional à percepção de uma situação pelo usuário. Uma emoção muito profunda. Quando negada ou ocultada, ela pode desencadear alguns eventos adversos como cefaléias, úlceras, colites a até mesmo coronariopatias. Quando voltada internamente para o próprio indivíduo, a raiva pode ocasionar depressão e auto-estima baixa. A raiva prepara o corpo para a luta do ponto de vista fisiológico. Quando a raiva não é resolvida, esta ativação fisiológica pode ser um fator predisponente para vários problemas de saúde (TOWNSEND, 2002).

O sujeito C percebe como possível conduta de ser adotada pelo profissional da saúde para evitar estas situações agressivas no seu exercício profissional e para vida seria *dar as informações corretas e encaminhar para o local certo. Que o usuário não fique andando de um lado para o outro e perca a paciência porque ninguém é de ferro.*

Quando questionados sobre quem é o agressor para você, as respostas dos sujeitos do estudo foram bem abrangentes, revelando a percepção sob a ótica de cada profissional.

Para os sujeitos B, C, E, J, L, N, o agressor são os *usuários em geral*.

Os sujeitos A e G apontam que *as agressões partem na sua maioria de usuários em sofrimento mental*.

Para A, *a agressão parte de pessoas mais desfavorecidas da sociedade*. O sujeito J acrescenta que *é aquele que vem com problemas de casa e procura por atendimentos que nós não temos*.

Neste sentido, para Townsend (2002), os fatores socioeconômicos podem ser predisponentes à violência. Isso é atribuído à falta de recursos, decomposição das famílias, discriminação e frustração. A violência ocorre porque os indivíduos se percebem como em desvantagem relativamente às outras pessoas ou devido à privação propriamente dita.

Os sujeitos I e P foram unânimes em afirmar que *o agressor é resultado do contexto de saúde nacional em que vivemos*.

Para os sujeitos E, L e N, às vezes *o agressor é o próprio colega*. O sujeito E complementa que *a agressão do colega é mais sutil, às vezes é explícita e às vezes não. Uma forma de agredir é deixar tudo revirado e te cobrar coisas que não é da tua competência*.

L desabafa que muitas vezes *é o próprio colega que incita o usuário do SUS a exigir da gente como se fôssemos responsáveis pelo sistema todo*.

Fortuna (2005) menciona que o serviço em saúde envolve necessariamente uma produção. Cada integrante da equipe possui um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica e, com isso, a tendência é a de não considerar-se tais diferenças e trabalha-se como em uma fábrica, onde cada um faz um pedaço, não considerando a posição do colega. O modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influencia as relações da equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de se trabalhar. Dessa forma, conflitos de pensamentos e posicionamento são uma constante entre os profissionais da saúde e, quando em desarmonia, geram o conflito.

Para H, inclusive, *o agressor é o próprio gestor*.

A violência interna é aquela que ocorre entre os profissionais de uma mesma instituição, podendo vir tanto da hierarquia como de outros colegas de trabalho, sendo um exemplo deste tipo de violência o assédio moral. (MORENO, 2004)

Se trabalha num setor público no qual deveria existir uma unidade e uma uniformidade em tratamento e uma política de recursos humanos que deveria ser seguida pelos gestores para todos e não para alguns, existem privilégios dentro da Unidade, afirma o sujeito H.

Para D, a agressão pode partir de qualquer pessoa, não tem como reconhecer quem é o agressor. Vai depender em que intensidade deseja algo e como isso é encaminhado pelo profissional.

Por outro lado o sujeito L revela que *muitas vezes é o familiar do usuário.*

Moreno (2004) ressalta que os profissionais da saúde da atenção primária são os mais afetados pela violência por lidarem com uma clientela muito diversificada e composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, dementes, delinqüentes, drogados, embriagados e até mesmo de ter que lidar com familiares destes pacientes, que por vezes reagem de forma agressiva quando não atendidos imediatamente.

O agressor é aquele que não quer respeitar o horário de atendimento e agendamento. É o usuário que quer dar aquele famoso jeitinho, declara o sujeito C.

Para M, a agressão também parte *das mães que não conseguem atestados que querem ou chegam atrasadas e querem exigir o atendimento prejudicando as outras pessoas que estão dentro do seu horário.*

Lupton (2006) afirma que as pessoas nunca estão completamente socializadas, compartilhando os mesmos significados, devido parcialmente à conscientização contínua de seus processos corporais. Quando as estratégias de governamentalidade entram em conflito com a imagem que os indivíduos possuem de si mesmos, um sentido de inquietude pode ser criado e pode levar à contestação ao nível pessoal e, possivelmente, ao nível organizativo.

Para o mesmo autor, a não aceitação de regras relativas à saúde pode dever-se então a uma escolha consciente de práticas alternativas do eu, mas também pode ser gerada em um nível não consciente ou não discursivo.

As respostas dos sujeitos de estudo às questões de aprendizagem levaram ainda à uma quinta categoria, **tipo de agressão**, revelando como se dá a agressão de acordo com as atitudes manifestadas pelo agressor.

Para D e J, *dependendo do tipo de agressão, eu vou me comportar de forma diferente*. O sujeito P diz que *agiria com tranquilidade*.

Para D, E, G e N, no caso de uma agressão verbal *deixaria a pessoa extravasar e se acalmar*. Da mesma forma E diz que *xingamentos eu não xingo de volta, a agressão verbal dá pra relevar*.

Diz o sujeito B que *é lamentável e comum receber agressões, por exemplo, ofensas à minha família*.

Para Lupton (2000), a resistência inclui modos de contestar ou de não aceitar o conjunto de máximas estabelecidas para a vida cotidiana. Sendo assim, as pessoas podem não aceitar os conselhos de saúde pública ou de promoção da saúde devido a um sentimento consciente de frustração, ressentimento e tristeza, ou porque elas obtêm maior prazer e satisfação através de outras práticas de si, ou porque experimentam uma necessidade inconsciente que as faz assumir posições de sujeitos e práticas corporais alternativas. A resistência no nível do inconsciente não é produto da auto-reflexão, mas da contradição entre desejo e proibição, significando que o retorno reprimido sempre tem probabilidade de voltar a ocorrer.

O sujeito F revela que *chegou um senhor me agredindo, me chamando de vagabundo, que ali ninguém prestava e que ninguém trabalhava*. E conclui *se for uma agressão de boca, eu mato no peito, se for uma agressão física eu vou reagir*.

Entretanto, segundo o sujeito N, *a agressão física só ocorre se o profissional der motivo para isso*.

Quando questionado sobre sua atitude diante de uma agressão, G declarou que *se for uma situação mais complicada, chamaria a guarda municipal*. Para o sujeito L, *se for uma agressão física, eu vou me afastar do trabalho o tempo que for necessário para me recompor*.

O sujeito M afirma *tem que ter jogo de cintura e acalmar, pra deixar a poeira baixar, que não é do jeito que eles querem, mas do jeito que as coisas têm que ser*.

Segundo Stuart & Laraia (2002), é importante que os profissionais diante de pacientes agitados e agressivos não respondam levantando a voz ou usando palavrões, porque isso será percebido como uma competição e apenas aumentará ainda mais a gravidade da situação. O profissional deve usar frases curtas e simples e evitar sorrir e rir inapropriadamente. Ainda para os autores, a comunicação não verbal também pode afetar imensamente o resultado do entendimento. Uma postura calma e tranquila é muito menos intimidante que uma postura na qual as mãos são

colocadas sobre os quadris. Cruzar os braços no peito é uma postura que comunica distância emocional e relutância em ajudar.

Insultos, ofensas, xingamentos foram citados como muito comuns em relação a agressões verbais. Nenhum dos sujeitos do estudo declarou ter sofrido violência física. Foi relatada uma ameaça de morte.

A sexta categoria encontrada, **gestão em saúde**, refere-se às respostas trazidas pelos sujeitos do estudo vinculando a violência às contextualizações inerentes da própria instituição e o sistema de saúde vigente.

Acredita o sujeito P que *a agressão não é para mim, mas ao sistema que está com problema.*

Para Cecílio (2001), a dificuldade de acesso ao sistema de saúde pode gerar a busca de algum outro tipo de resposta às más condições de vida que o usuário viveu ou está vivendo, como o desemprego ou a violência no lar. É aí que se dá a procura por um vínculo efetivo com algum profissional que pode saciar essa necessidade de o usuário ter uma maior autonomia no modo de ter acesso a alguma necessidade de saúde. Entretanto, quando não atendido em suas expectativas, isso se reflete no profissional da saúde.

Quando, enfim, se dá a situação de violência no cenário da prática, para I, *a atitude certamente deve ser de comunicar a coordenação.* O sujeito O entende que *primeiramente deve-se relatar a agressão sofrida ao chefe, se não adiantar, então é necessário se continuar hierarquicamente. Isso é de responsabilidade institucional.* Ainda acrescenta que *o agressor deve sofrer as sanções que existem no local de trabalho, o que não é uma prática.*

O sujeito B manifesta sua preocupação dizendo que *as agressões são sofridas no exercício profissional e fica tudo por isso mesmo.*

O usuário me ameaçou de dar um tiro, porque não tinha a medicação que procurava, revela o sujeito N.

Conforme o Artigo 147 do Código Penal, ameaçar alguém, por palavra, escrita, gesto ou qualquer outro meio simbólico, causando mal injusto e grave tem pena de detenção de um a seis meses ou multa. Entretanto, somente procede mediante representação. O Art. 331 do mesmo código apresenta que desacatar um funcionário público no exercício da função ou em razão dela tem pena de detenção de seis meses a dois anos ou multa (NUCCI, 2007).

Para o sujeito C, na recepção da Unidade Básica encontra-se afixado um cartaz do Código Penal para conhecimento da população. Percebe-se o quanto esse fato incomoda e traz desconforto à equipe de saúde: *os usuários não lêem os informativos do posto e alguns, se lêem, não se intimidam com isso.*

O sujeito B comenta que *nem sempre o usuário tem razão. Numa situação de saia justa temos que ter um respaldo da coordenação.*

A violência sofrida pelos trabalhadores do setor saúde vai além das agressões e das ofensas individuais, pois coloca em perigo a qualidade da assistência prestada, a produtividade e o desenvolvimento. Suas conseqüências repercutem consideravelmente na eficácia dos sistemas de saúde, sobretudo em países em desenvolvimento (MARZIALE, 2004).

Para C, E, L e O, quando questionados sobre qual seria sua atitude em relação a uma agressão pessoal, as respostas foram unânimes, *é boletim de ocorrência policial.*

O sujeito C detalha ainda mais, *pego as primeiras pessoas que estiverem ao meu lado para testemunhas e vou fazer a denúncia. Além disso, se a lei está do teu lado, tem que te proteger. Eu não abro mão disso.* D também é dessa opinião: *em uma agressão física eu vou me defender, como direito de qualquer pessoa.*

Vai depender do tipo de agressão, se fosse preciso, registraria a queixa na polícia, afirma A.

Mensurar a extensão da violência no ambiente de trabalho é algo muito complexo, depende de uma série de fatores nem sempre fidedignos, já que a literatura traz inúmeras definições de violência e o conceito por parte das vítimas varia muito. Através da análise da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pode-se ter uma idéia da prevalência e do tipo de agressões que profissionais da saúde enfrentam (MORENO, 2004).

Há uma certa dificuldade de se obter dados e informações concretas sobre violência contra profissionais da saúde, pois a maioria das vezes a agressão não é registrada no CAT e, além disso, quando notificada como acidente de trabalho não está registrada de forma específica como agressão ou violência.

Outra categoria destacada através das respostas do sujeitos refere-se ao próprio **profissional da saúde** no contexto da violência sofrida.

Para A e P, a atitude como profissional da saúde diante dessas situações seria *de entendimento e compreensão.* Já para B, ficaria *triste e deprimida.* E

desabafa: *a gente sente um aperto no peito, no final do dia vai embora com um peso.*

Como funcionários públicos que somos nós não podemos revidar e nem devemos. Mas engolimos muito desaforo (sujeito M).

O sujeito O lembra que *nós servidores públicos sempre saímos prejudicados. A mídia diz uma coisa e a nossa realidade aqui é outra.* E complementa *que quem está na ponta é que sente.*

Mendes (1988) questiona qual a influência do trabalho ou da ocupação sobre a morbidade devida aos *distúrbios mentais* e ao estresse. Para o autor, o estresse é um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta, onde o estresse traduz situações em que a demanda supera a capacidade de resposta. Em relação ao trabalho, explicitaria situações de *sobrecarga* ou de superestimulação. Em uma visão mais abrangente, o ajustamento inadequado entre pessoa e meio-ambiente envolveria não apenas variáveis quantitativas do tipo demanda, capacidade de resposta, mas também necessidades pessoais, emocionais e fontes de satisfação no trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2001), uma exposição prolongada a fatores estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho podem levar à chamada síndrome do esgotamento profissional, uma sensação de se estar acabado, que resulta da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas onde o profissional se desgasta em um dado momento e desiste, perdendo a energia para o exercício de sua profissão.

O sujeito I afirma que *não teria reação nenhuma diante de uma agressão.* Para o sujeito L, *se me sentir desconcertado vou deixar de atender naquele dia.*

A violência no trabalho tem baixa incidência nas estatísticas de mortalidade, mas contribui, através da morbidade, para incalculáveis custos econômicos e sociais na área da saúde (MINAYO, 1994).

O sujeito H comenta com um certo tom de revolta: *acho isso um absurdo. É uma agressão, uma injustiça e perseguição o que ocorre.*

Diante das sugestões para evitar que as situações de agressividade ocorram, os profissionais de saúde manifestaram preocupação e interesse na busca de possíveis soluções que diminuam a ocorrência destes eventos.

O sujeito E percebe que *os profissionais da saúde não são preparados para lidar com estas situações e que, para isso, é necessário mais capacitações,*

treinamentos, já que na faculdade não aprendemos isto. Do mesmo modo N acredita que os colegas deveriam ser mais flexíveis ao invés de responder o não de cara.

Segundo Kurcgant (1991), para que as instituições alcancem seus objetivos é necessário um processo contínuo de desenvolvimento e capacitação dos profissionais, integrando-os na própria função e no contexto institucional. Esta estratégia facilita a transformação do potencial do funcionário em comportamentos objetivos, além de oferecer condições, para que interprete e utilize a realidade que o cerca.

Para os sujeitos M, C e D, o aspecto fundamental para reduzir a violência está na educação do povo. O sujeito E entende que o *usuário que chega agredindo não tem um nível de educação suficiente para entender que as coisas não dependem somente de nós.*

O povo tem que ser educado para valorizar o atendimento (M).

Para D as sugestões seriam bem simples, *campanhas de esclarecimentos e informações sobre o funcionamento do serviço de saúde aos usuários.*

A educação é o meio através do qual ocorre a preparação e a integração plena dos indivíduos para serem sujeitos na vida pública. O ser humano se constrói nas inter-relações com os outros seres humanos e com a natureza, não sendo capaz de traçar seu próprio destino sozinho, sem o curso das relações instituídas no mundo humano, compreendendo a importância de princípios e valores tais como a tolerância, a cooperação, a humildade, o respeito e a justiça (RODRIGUES, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu evidenciar os fatores associados ao risco de exposição à violência e suas conseqüências, contribuindo com informações e conhecimentos que podem atenuar estes eventos com profissionais de saúde.

Considerou-se a importância que assumiria a proposição de questões norteadoras provocadoras para promover a criticidade e reflexão sobre a temática e realmente evidenciar o nó crítico. Para isso, ter-se o conhecimento da verdadeira percepção do próprio profissional da saúde, faria com que melhor se compreendesse as situações em que se dão as agressões aos profissionais de saúde. A atitude em relação a uma agressão sofrida no trabalho ou já haver sofrido alguma agressão de usuário no trabalho fez com que os sujeitos do estudo trouxessem percepções acerca de como as situações de violência se dão considerando o processo de trabalho em saúde, as necessidades de saúde da comunidade, o porquê da exposição ao risco de agressão, quem é o agressor; como se dá a agressão e a participação da gestão em saúde neste contexto, trazendo sugestões de como evitar essas situações de agressividade aos profissionais da saúde.

O estudo evidenciou a importância de se repensar aspectos da organização do processo de trabalho e das práticas em saúde considerando que a violência está presente e está interferindo na atuação dos profissionais da saúde, indicando ainda para uma necessidade de educação permanente do trabalhador, integrando-os na própria função e no contexto institucional, que isso poderia prevenir que situações de violência ocorressem por vulnerabilidade da equipe de saúde.

O elo entre a violência e o processo de trabalho foi atribuído à atual estrutura do sistema de saúde, que está organizado por níveis de complexidade crescente e responsável por uma demanda de atenção à saúde específica. Os profissionais da saúde reconhecem a UBS como um estabelecimento de saúde que nem sempre chega à finalização do atendimento em saúde necessário, tendo como foco a atenção primária em saúde. Muitas vezes serve-se do geo-referenciamento em demandas para a atenção secundária ou terciária, onde o atendimento pretendido e não possível resulta em agressão.

Relativo à integralidade em saúde, nem sempre o usuário reconhece a priorização de suas necessidades como demanda atendida, visto o encaminhamento a outros serviços de referência. Nesse contexto, os profissionais da saúde reconhecem-se como atores de intempéries relacionais com o usuário ou na própria equipe decorrentes da organização ou desorganização do processo de trabalho.

Promover a saúde do usuário com vistas a melhorar a qualidade de vida e de saúde da população, orientando-o para a vida, para o entendimento do processo de trabalho da UBS e ao entendimento do atendimento ou não às necessidades de atenção em saúde procuradas, foi a estratégia trazida pelos próprios profissionais da saúde que poderia auxiliar significativamente para uma atitude mais responsável e menos agressiva do usuário que não tiver satisfeita imediatamente a sua necessidade ou desejo de atenção em saúde.

A dificuldade de acessibilidade e o acolhimento deficitário do usuário na UBS foram reconhecidos como vilões da qualidade de atendimento em saúde. Que tanto o acesso quanto o acolhimento com atendimento adequado e resolutivo favoreceria o processo de trabalho, qualificaria a assistência em saúde e diminuiria a exposição dos profissionais de saúde ao risco de agressão. Que a agressão é uma decorrência da defesa por direitos básicos pessoais violando os direitos básicos do outro.

Raiva, fúria, intimidação, xingamento, ofensa, humilhação e superioridade foram algumas das expressões trazidas como comumente usadas pelo agressor, seja usuário, seja profissional da saúde, gerando estresse, frustração, adoecimento. Atribuem a violência à condição de vida, educação e condição social, econômica e cultural, uma decorrência das falas de 73,3% dos profissionais da saúde que sofreram agressões no trabalho, sem agressão física, entretanto, com uma ameaça de morte.

Os profissionais da saúde percebem a violência como decorrente de duas modelagens presentes no cotidiano das pessoas: a que se dá desde a infância, considerando a maneira com a qual os pais expressam a agressividade e que serve de modelo e é reproduzida pela criança e adultos; e, a publicização da violência pela mídia.

O estudo aponta ainda que a busca de algum outro tipo de resposta às más condições de vida que o usuário viveu ou está vivendo, quando não atendido em suas expectativas de atenção na UBS, se reflete no profissional da saúde. Que isso colocaria em perigo a qualidade da assistência prestada e a produtividade.

Sugestões trazidas como melhora da estrutura da unidade, contemplando dispositivos de segurança, como câmeras de monitoramento, uma melhor organização do serviço, menos tempo de espera do usuário e modificação nas atitudes dos profissionais da saúde frente as agressões repercutiriam consideravelmente na eficácia do processo de trabalho e de gestão em saúde.

A temática estudada é atual e desafiadora, necessitando de constante avaliação e aprimoramento no sentido de evitar as atitudes de violência nos cenários da saúde. Estes eventos prejudicam o cuidado em saúde na sociedade, além de desencadearem sentimentos de coerção e adoecimento tanto dos profissionais quanto da instituição de saúde. Para isso, espera-se que este trabalho sirva de incentivo para um novo olhar de entendimento da violência presente na atenção primária em saúde e que qualifique os processos envolvidos, amenizando conflitos.

Relembrando Paulo Freire, *não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes* (FREIRE, 1996). Nesse sentido, a educação deve ser construída na atenção primária em saúde como uma parceria entre profissionais da saúde, usuários e sociedade.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Manual de iniciação á Pesquisa e Saúde**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.
- BENETTON, Luiz Geraldo. **A relação profissional-paciente**. São Paulo: Atis, 2002. 329 p.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196de96.doc>>. Acesso em 22 de dezembro de 2006, 10:30.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: 2001.
- CECÍLIO, L. C. de O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção à saúde**. in Pinheiro, R.; Mattos, R.A (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO. 2001. p.113-127
- CESAR, E. S; MARZIALE, M.H. **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf>. Acesso em: 9 out., 2006.
- CHAMBERS, Harry E. **Guia de Sobrevivência Contra Atitudes Negativas**. Você S. A., São Paulo, n. , p.64-73, jan. 1999.
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 206 f. Tese de Doutorado (3) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000
- FORTUNA, Cinira Magali. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 02 Jun , 2007
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996
- GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação á Pesquisa e Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICN. **Workplace Violence in the Health Sector** Disponível em< www.icn.ch > Acesso em 9 out, 2006.
- KAPLAN, I H, SADOCK, B. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre:Artmed, 1999.

KEELY, Beth. **Could your patient or colleague become violent.** Nursing, EUA, v. 12, n. 32, p.1-5, 12 jan. 2002.

KINGMA, Mireille. **Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion.** *International Nursing Review*, 48, 129–130 . 2001

KURCGANT, Paulina. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

LUPTON. D. **Corpos, prazeres e práticas do eu.** *Educação e Realidade* jul. - dez; 25(2): 15-48, 2000.

MARZIALE. Maria Helena Palucci. **A violência no setor saúde.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.12 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004

MENDES, René. **O impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores.** *Rev. Saúde Pública.*, São Paulo, v. 22, n. 4, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo> Acesso em: 13 Mai, 2007

MINAYO, Maria Cecília de S. Social. **Violence from a public health perspective.** *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo> Acesso em: 13 Mai, 2007

MORENO, L; Moreno, Maria I. **Violência no trabalho: um novo risco ocupacional.** Brasília: Unicamp. v. 57, n. 6, dez. 2004.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado.** 7ª ed .São Paulo: RT, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violence. Disponível em <www.who.int > Acesso em: 27 set, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Disponível em <www.opas.org.br> Acesso em: 27 set, 2006.

RAMOS, D. D. LIMA, M. A. D. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, rio de Janeiro, 19 (1): 27-34. Jan. - fev.; 2003

RODRIGUES. N. **Educação: da formação humana à construção do sujeito ético.** *Educação Sociedade*, ano XII, n. 76, 232-237. 2001

STUART G; LARAIA, M. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOWSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: cuidados e conceitos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

APÊNDICE A

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Responda os questionamentos apresentados a seguir, considerando as orientações da pesquisadora, solicitando esclarecimentos sempre que isto se fizer necessário.

I - Dados de identificação

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: ()M ()F
3. Cor: ()branca ()preta ()parda ()amarela
4. Escolaridade:
() ensino fundamental
() ensino médio incompleto
() ensino médio completo
() ensino superior incompleto
() ensino superior completo
5. Cargo: _____
6. Tempo de atuação na Unidade? _____

II - Roteiro de entrevista

1. Na sua percepção, em que situações se dão as agressões por parte dos usuários aos profissionais de saúde na Unidade?
2. Qual seria a sua atitude em relação a uma agressão sofrida no trabalho?
3. Você já sofreu alguma agressão de usuário no trabalho? Se sim, como foi e a que você atribui o ocorrido? Se não, quem é o agressor para você?
4. Que sugestões você teria para evitar as situações de agressividade aos profissionais da saúde?

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Percepções da Equipe de Saúde Em relação à violência sofrida na Atenção Primária

**Pesquisadora Responsável: Prof^a Ms Dagmar Elaine Kaiser
Pesquisadora Executora: Ac. de Enf. Fabiana Bianchi**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Acadêmica Fabiana Bianchi, tendo como objetivo desvelar as situações em que se dão as agressões aos profissionais de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS), evidenciando fatores associados ao risco de exposição à violência e suas conseqüências, no intuito de evitar, minimizar e trazer sugestões para atender e atenuar estes eventos.

A entrevista utiliza um questionário semi-estruturado, onde constam os dados de identificação e quatro perguntas norteadoras. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas pela entrevistadora. O tempo de armazenamento das gravações da entrevista será de cinco anos, sendo desgravadas após esse período. As respostas serão analisadas e transcritas no trabalho de conclusão, utilizando letras do alfabeto arábico, mantendo em sigilo a identidade do entrevistado.

Espera-se que os resultados obtidos com este estudo possibilitem reflexões acerca da agressão sofrida pelos profissionais da saúde e sobre os fatores associados ao risco de exposição à essa violência e suas conseqüências, bem como sobre o processo de trabalho da equipe de saúde, contribuindo com informações e conhecimentos sobre a temática e trazendo sugestões para atender e atenuar estes eventos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos, desconfortos e benefícios da presente pesquisa. Fui igualmente esclarecido da garantia de informações sobre

possíveis dúvidas, podendo retirar-me da pesquisa em qualquer etapa, sem prejuízo pessoal ou funcional no serviço, sendo que para tanto, avise com antecedência a pesquisadora. Também fui orientado sobre o sigilo de minha identidade.

A pesquisadora executora desta Pesquisa é a Acadêmica de Enfermagem Fabiana Bianchi (contato 51 93137566) e a pesquisadora responsável é a Professora Orientadora Dagmar Elaine Kaiser (contato 51 3308 5377). O contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP/SMS é 51 32892775.

Data ___/___/2007.

Nome e assinatura do entrevistado.

¹Fabiana Bianchi - Acadêmica de Enfermagem 8º Semestre - Escola de Enfermagem - UFRGS. Pesquisadora executora.

²Dagmar Elaine Kaiser – Professora - Escola de Enfermagem - UFRGS.
Pesquisadora responsável.

¹ Rua Demétrio Ribeiro, nº 8, apto 805

Bairro Centro
90010-312 Porto Alegre

² Rua São Manoel 963
Bairro Santa Cecília
90620-110 Porto Alegre

Anexo 1
PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UFRGS

Anexo 2

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

