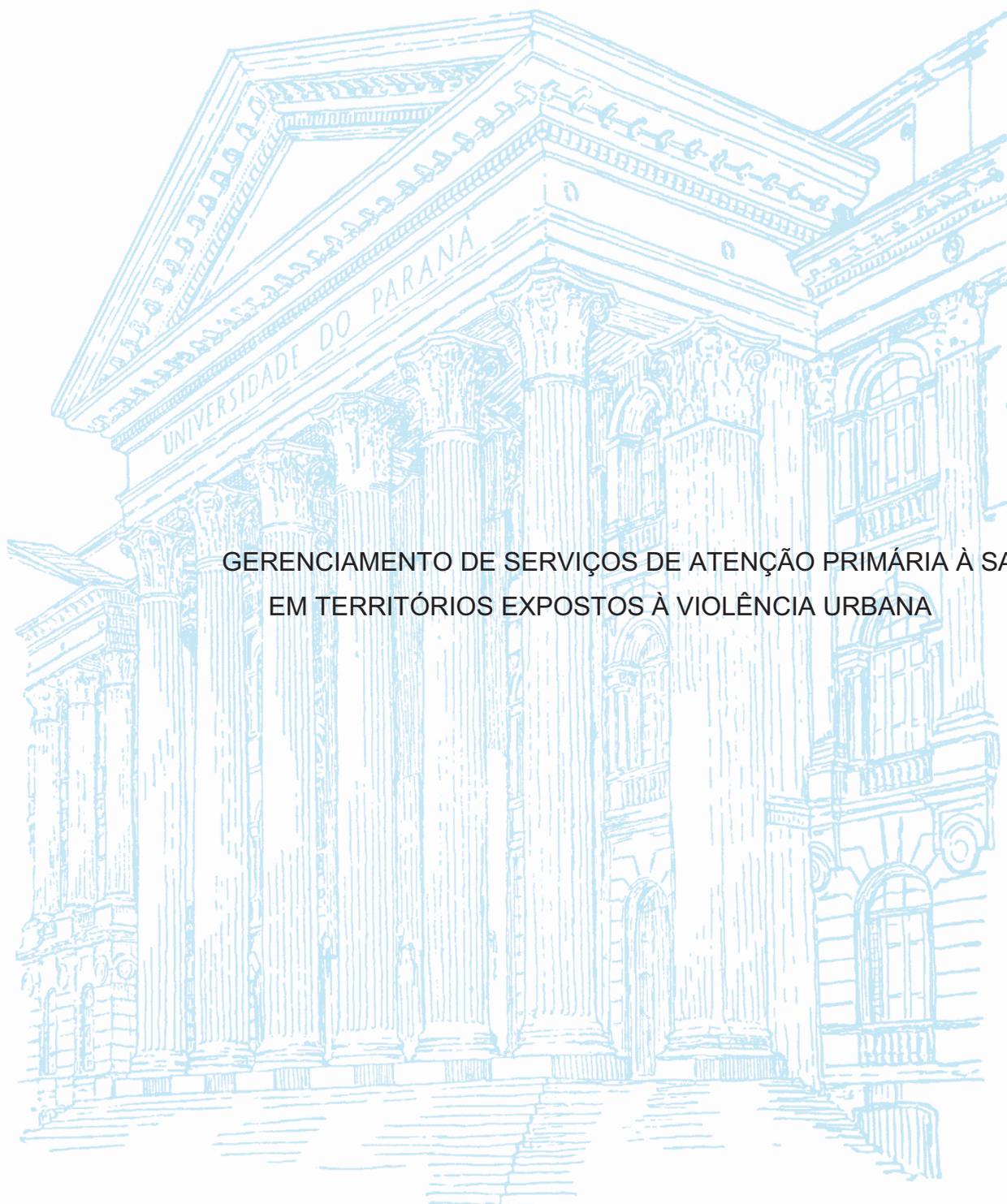


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LIVIA OLIVEIRA FERNANDES NONATO



GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA

CURITIBA

2018

LIVIA OLIVEIRA FERNANDES NONATO

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem.
Orientadora: Prof.^a Dra. Aida Maris Peres
Coorientadora: Prof.^a.Dra. Daiana Kloh

CURITIBA

2018

Nonato, Livia Oliveira Fernandes

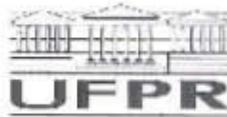
Gerenciamento de serviços de atenção primária à saúde em territórios expostos à violência urbana [recurso eletrônico] / Livia Oliveira Fernandes Nonato – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2018.
Orientador: Professora Dr^a. Aida Mares Peres.

1. Gestão em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Violência. 4. Pessoal de saúde. I. Peres, Aida Mares. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

Natasha Pacheco de Mello Oliveira CRB-9/1889



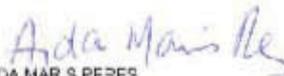
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-RETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição de dissertação do Mestrado de LÍVIA OLIVEIRA FERNANDES NONATO intitulada: GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS A VIOLÊNCIA URBANA, após terem lido a obra e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das normas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 24 de Agosto de 2010.


AIDA MARI S PERES

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


TERESINHA MARIA MAFIOLETTI
Avaliadora Externa (UFPR)


KARLA CRUZELLA FIGUEIREDO
Avaliadora Interna (UFPR)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao meu avô, Raimundo Nonato, que sempre acreditou que eu poderia ir mais longe. Infelizmente ele fez sua partida para outro plano três dias antes da última fase de seleção do mestrado. A ele, todo meu amor, carinho e gratidão.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela bênção de estar viva e com saúde para me dedicar cada vez mais à minha profissão e me dedicar ao próximo;

À minha mãe, Teresinha Oliveira, por seu amor e apoio incondicional e pela sua perseverança em me educar sempre no caminho do bem, da fé, do amor ao próximo e dedicação aos estudos.

Ao meu companheiro de vida Cássio Lima, por seu amor, apoio e paciência nestes dois turbulentos anos de nossas vidas.

À minha filha Manuela por ser a luz da minha vida, fonte do amor mais intenso já vivido e principalmente por entender as ausências da mamãe em eventos da escola, aniversários, passeios para se debruçar aos estudos;

Ao meu pai pelo apoio, incentivo, carinho e por sempre acreditar em mim;

A minha orientadora Prof.^a Dra. Aida Maris Peres pelo aprendizado, paciência, parceria e apoio. Toda a minha admiração pelo seu profissionalismo e o orgulho de ter sido sua orientanda;

A minha coorientadora Prof.^a Dra. Daiana Kloh pelo aprendizado, apoio e pelo incentivo no momento em que mais precisei;

A prof.^a Dra. Liliana Angel Vargas minha saudosa professora da UNIRIO por ter aceitado participar da minha banca de qualificação e me encheu o coração de orgulho e saudade;

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS pelo apoio e contribuições, em especial à Carla Da Ros, Ingrid Lowen e Marli Aparecida Rocha de Souza pela amizade, apoio e carinho.

À equipe de saúde da Unidade de Saúde Capanema pelo apoio, compreensão e por ser fonte de inspiração para este estudo.

À minha colega de trabalho Angela Marina Pilato pela parceria e companheirismo.

À Supervisora do Distrito Sanitário Matriz Tereza Kindra e a todos meus colegas gestores pela compreensão e apoio de sempre.

Aos meus colegas de turma do mestrado profissional (turma 2016 / 2018) pelo companheirismo e amizade;

EPÍGRAFE

*“Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar,
desistir ou lutar; Porque descobri no caminho
incerto da vida, que o mais importante é o decidir”*

Cora Coralina

RESUMO

Estudo pertencente à linha de pesquisa gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem teve como objetivo desenvolver uma diretriz com estratégias para o gerenciamento e a organização do processo de trabalho em saúde, com vistas ao atendimento norteado pelos princípios do SUS a uma população vulnerável exposta à violência urbana. O cenário do estudo foi uma unidade básica de saúde localizada na cidade de Curitiba, estado do Paraná, sul do Brasil. O estudo é do tipo qualitativo e utilizou como metodologia o estudo de caso único. Foram utilizadas duas etapas de coletas de dados: a primeira através de entrevistas individuais, gravadas, realizada no período entre setembro e outubro de 2017 com 27 participantes. A segunda etapa foi realizada através de um grupo focal em abril de 2018 com 18 participantes, onde foi elaborada e validada a diretriz para nortear e colaborar com o gerenciamento e a organização do trabalho em serviços de APS expostos à violência urbana. A análise da primeira etapa, as entrevistas, foi feita com a utilização do *software* IRAMUTEQ. Como resultado, os participantes trouxeram suas percepções acerca da violência e de como vivenciam suas práticas assistenciais nesse cenário. Já na análise da segunda etapa, o produto do grupo focal foi analisado através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Conclui-se que a diretriz com as estratégias, traz conteúdo de apoio que poderá ser utilizado em outras realidades. Ademais, sugerem-se ainda mais estudos acerca de políticas públicas para as equipes que atuam nesses cenários, principalmente no que tange a apoio emocional e protocolos específicos.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Atenção Primária à Saúde. Violência. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

A study belonging to a line of research on Health care and nursing actions and services management had as objective to develop a guideline on strategies for the management and organization of the workflow in health care, with a view to the care guided by the SUS principles to a population vulnerable and exposed to urban violence. The study was conducted in a basic health unit located in the city of Curitiba, state of Paraná, southern Brazil. The study is of the qualitative type and used as a methodology the single case study. Two data collection steps were used: the first through individual interviews, recorded, conducted in the period between September and October 2017 with 27 participants. The second stage was carried out through a focus group in April 2018 with 18 participants, where the guideline was developed and validated to guide and collaborate with the management and organization of work on PHC services exposed to urban violence. The analysis of the first stage was made using the IRAMUTEQ software. As a result, participants brought their perceptions of violence and how they experience care practices in this setting. In the analysis of the second stage, the product of the focal group was analyzed through the technique of content analysis of Bardin. It is concluded that the guideline on strategies can be used as support in other realities. In addition, further studies on public policies are suggested for the teams that work in these scenarios, especially regarding emotional support and specific protocols.

Key words: Health Personnel. Primary Health Care. Violence Health Personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – TEMPO DE SERVIÇO NA UBS CENÁRIO DO ESTUDO	46
GRÁFICO 2 – NÍVEL DE FORMAÇÃO PARA O CARGO QUE OCUPAM NA SMS CURITIBA	47
FIGURA 1 – DENDOGRAMA DAS CLASSES (<i>IRAMUTEQ</i>).....	48
FIGURA 2: DIRETRIZ PARA O ATENDIMENTO EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA.....	79

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN – Conselho Federal de Enfermagem
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
ESF– Estratégia da Saúde da Família
FAS – Fundação de Ação Social
IPEA – Instituto Brasileiro de Economia Aplicada
IRAMUTEQ – *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB SUS – Norma Operacional Básica do SUS
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET SAUDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ AB– Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
POA – Plano Operativo Anual
PRÓ SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde

SESP – Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

ST – Segmento de texto

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCE – Unidades de Contextos Elementares

UFPR – Universidade Federal do Paraná

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	O SUS E A APS NO BRASIL	20
3.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO À SAÚDE NO TERRITÓRIO.	25
3.3	VIOLÊNCIA URBANA E ATENÇÃO À SAÚDE	28
3.4	GERENCIAMENTO NA APS E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	30
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	36
4.3	COLETA DE DADOS	38
4.3.1	Primeira etapa da coleta de dados - entrevistas:	38
4.3.2	Segunda etapa da coleta de dados – grupo focal:	39
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
4.3.1	Critérios de Inclusão:.....	41
4,3,2	Critérios de exclusão:.....	41
4.4	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.4.1	Primeira etapa da análise de dados – Entrevistas	41
4.4.2	Segunda etapa da análise de dados – Grupo focal.....	43
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:	45
5	RESULTADOS	46
5.1	RESULTADOS DA 1ª ETAPA – ENTREVISTAS	46
5.1.1	Caracterização dos participantes das entrevistas:	46
5.1.2	Classes:.....	47
5.1.2.2	Classe 2 – Contato com a violência.	52

5.1.2.3 Classe 3 – Estratégias individuais para o atendimento.	53
5.1.2.4 Classe 4 – Estratégias da equipe para o atendimento.	54
5.1.2.5 Classe 5 – Vínculo com a população em cenário de violência	55
5.2 RESULTADOS DA 2ª ETAPA - GRUPO FOCAL	56
5.2.1 A Violência e o profissional de saúde.....	56
5.2.2 Integralidade da atenção e a Estratégia Saúde da Família	57
5.2.3 Vínculo com a população	58
5.2.4 Valorização / Suporte para os profissionais	58
5.2.5 Estratégias para atendimento em áreas expostas à violência urbana.	59
6 DISCUSSÃO	61
6.1 DISCUSSÃO DA 1ª ETAPA – ENTREVISTAS	61
6.1.1 Caracterização dos participantes das entrevistas.	61
6.1.2 Classes.....	61
6.1.2.1 Classe 1 – O impacto da violência ao profissional de saúde e o atendimento à população.....	61
6.1.2.2 Classe 2 – Contato com a violência.	63
6.1.2.3 Classe 3 – Estratégias individuais para o atendimento.	65
6.1.2.4 Classe 4 - Estratégias da equipe para o atendimento	67
6.1.2.5 Classe 5 – Vínculo com a população em cenário de violência	68
6.2 DISCUSSÃO DA 2ª ETAPA – GRUPO FOCAL	70
6.2.1 A violência e o profissional de saúde.	70
6.2.2 Integralidade da atenção e a Estratégia Saúde da Família	71
6.2.3 Vínculo com a população	72
6.2.4 Incentivo e apoio aos profissionais.....	73
6.2.5 Estratégias para atendimento.....	75
7 DIRETRIZ PARA O ATENDIMENTO EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA	78
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	84
APENDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	93
APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	96

APENDICE 3 – ROTEIRO GRUPO FOCAL	97
ANEXO 1 - MAPA DE CURITIBA – DISTRITOS SANITÁRIOS.....	99
ANEXO 2 - MAPA DO DISTRITO SANITÁRIO DA MATRIZ.....	100
ANEXO 3 - MAPA DO TERRITÓRIO – UNIDADE DE SAÚDE CENÁRIO DO ESTUDO	101
ANEXO 4 - PARECER DO COMITE DE ETICA - UFPR.....	102
ANEXO 5 - PARECER DO COMITE DE ETICA - SMS	106

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil implantando na década de 1990 obteve muitos progressos ao longo de sua jornada, principalmente no que se refere aos diversos programas, projetos e políticas. É possível citar alguns exemplos com resultados incontestáveis, como a evolução da Estratégia Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunização, Sistema Nacional de Transplantes e do Programa de Controle de HIV / Aids. (SOUZA; COSTA, 2010).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no Cazaquistão em 1978, teve como produto a Declaração de Alma-Ata, onde as nações envolvidas se comprometeram a participar efetivamente do bem-estar físico, mental e social de seus povos. Paralelamente a este evento histórico, no Brasil, havia um grande brado coletivo por mudanças, mas especificamente pela redemocratização do país e, no setor saúde por uma atenção mais abrangente, democrática e igualitária. Neste contexto a criação do Sistema Único de Saúde - SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e, representou em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos. (SOUZA; COSTA, 2010, p.510).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, revisada em 2017, o SUS está organizado em Redes de Atenção à Saúde – RAS para atender integralmente às necessidades de saúde da população e, a Atenção Primária à Saúde – APS constitui o “primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde”. A PNAB ainda, conta com a Estratégia de Saúde da Família – ESF como estratégia para expansão e consolidação da APS no território nacional. (BRASIL, 2017, p.1).

A ESF possui como princípios norteadores para a sua prática: o cuidado centrado na pessoa e na família, o vínculo com o usuário e a população, a integralidade, a coordenação do cuidado, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial. Com essas potencialidades tem por objetivo dar resposta à maioria das necessidades de saúde da população que atende. Porém, muitos são os desafios encontrados atualmente pelas equipes de ESF. Por encontrarem-se muitas vezes, inseridas em territórios complexos e

diversificados, algumas das fortalezas destas equipes podem ser minimizadas. (ARANTES, et. al., 2016).

A organização do trabalho das equipes da ESF se dá baseada em uma população adscrita, local delimitado, através de ações de promoção, prevenção recuperação da saúde, reabilitação de doenças e vigilância de agravos mais frequentes. A este espaço delimitado dá-se o nome de território, que neste caso é mais que um “depositório de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada”. As características do território sejam elas naturais, ou com a intervenção do homem, são importantes por se tratar de influências no processo saúde-doença da população. (PEREIRA; BARCELOS, 2006, p.48).

Outro ponto importante com relação às características do território é que, questões decorrentes do processo histórico-social influenciam no processo de trabalho e às necessidades de saúde de cada população. Características como pobreza, desigualdades sociais, drogas e violência urbana, potencializam ainda mais esta influência, impactando na atuação das equipes de ESF. (FIUZA, 2011). Machado e Daher (2015) reforçam, afirmando que a violência urbana é um fenômeno social e que afeta o processo de trabalho das equipes de ESF.

Apesar de ter sua trajetória paralela com a da humanidade, a violência começou a ser discutida como um problema a partir do século XIX. A partir de então foi caracterizada como fenômeno social, sendo objeto de estudo para pesquisadores das áreas como ciências sociais, da saúde, jurídicas e outras. (DONOSO; BASTOS, 2014).

Desde então, a violência se faz presente no cotidiano de toda a humanidade, de diversas formas e maneiras. Nos dias atuais, pode-se afirmar que não existe uma sociedade totalmente isenta de violência. Porém, é fato que existem sociedades mais violentas do que outras, e essa característica evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos. (MINAYO, 2009).

Em 2002, foi lançado o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde pela Organização Mundial da Saúde, que foi um catalisador para estimular discussões, levando a violência a um problema de saúde pública e conscientização para ações acerca do assunto em todo mundo. (KRUG et al., 2002).

A complexidade da temática e suas diferentes causalidades (sociais, políticas e culturais) levaram a necessidade de conhecer suas diversas facetas.

Porém, ainda se desconhece, ou até mesmo se ignora este problema, o que torna um grande desafio para o setor saúde identificar e intervir sobre ele. (ARAUJO, 2015).

No Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde a violência é conceituada como:

O uso intencional de força física ou poder, ameaçado ou real, contra si mesmo, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulte em ou tenha uma alta probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação. (KRUG et al., 2002, p.5).

Nessa definição geral, a violência é dividida em três subtipos de acordo com o contexto em que é acometida. (1) A auto-infligida, que se refere que o perpetrador e a vítima são o mesmo indivíduo e subdividem-se em auto abuso ou suicídio; (2) a interpessoal, que se refere à violência entre indivíduos, e é subdivida em intra-familiar, que ocorrem entre parentes ou parceiros íntimos e, pode ocorrer não necessariamente dentro do domicílio e comunitária, que ocorre entre pessoas sem parentesco e podem se conhecer ou não, geralmente ocorre fora de casa e, (3) a coletiva, que é subdividida em violência social, política e econômica. (KRUG et al., 2002).

No Brasil, o conhecimento sobre a magnitude e a complexidade da violência ainda é insuficiente. As estatísticas brasileiras de práticas violentas se resumem, de fato, apenas aos casos fatais. Todavia, sabe-se que o problema é sério e atinge todas as camadas sociais. (DONOSO; BASTOS, 2014).

Para o setor Saúde, a violência é destrutiva e, tem impacto negativo não apenas na vida profissional e pessoal dos trabalhadores de saúde, mas também afeta diretamente a qualidade dos serviços ofertados à população. (KINGMAN, 2001). Por não se tratar de um problema clínico típico, mas essencialmente social que acompanha a história e as modificações da humanidade, os profissionais encontram dificuldade em lidar e entender que se faz necessário atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial visando à necessidade do cidadão. (MINAYO, 2009).

Nesse sentido, a gerência compõe uma importante ferramenta para a concretização das políticas públicas de saúde, pois agrega uma forma integrativa e articuladora, em que o ato gerencial é determinante no processo de organização dos serviços de saúde. Sendo assim, o gerente possui um papel de solucionar

problemas em cenários e contextos diversos além de dimensionar recursos, desenvolver estratégias garantindo o bom desempenho serviço. Pode-se afirmar que o gerente atua como “interlocutor e mediador do processo de trabalho”. (FERNANDES, et al., 2010, p.11).

A violência do tipo coletiva e o seu enfrentamento pelos profissionais e gerentes de serviços de saúde é evento recente e, ainda causa tensão e medo que, muitas vezes, estes não sabem como atuar. Possivelmente, devido a formação ainda ser pautada no modelo biomédico e intervencionista e, quando se deparam com um fenômeno social complexo que exige uma abordagem ampla, integral e multidisciplinar, ainda não sabem ao certo como agir. (MACHADO; DAHER, 2015).

De acordo com Kaiser e Bianchi (2008), dentre os profissionais de saúde, os que atuam na APS são os mais afetados pela violência por atenderem uma clientela muito diversificada. Nesta perspectiva, observa-se na prática profissional da pesquisadora, que embora em territórios onde a violência do tipo coletiva se faz presente, algumas equipes conseguem com êxito organizar seus processos de trabalho, criando estratégias isoladas, porém assertivas, para o enfrentamento dos desdobramentos e consequências da violência em seus cotidianos.

A relevância social desta pesquisa vai ao encontro dessas temáticas: proteção do profissional de saúde e usuários do serviço de saúde, minimização de conflitos e exposição aos riscos e o atendimento às necessidades de saúde de dos usuários da APS que é um dos pilares mais fortes do SUS.

O estudo se justifica, pois leva em consideração o problema da violência e, da sua influência na sociedade, nas famílias, e especificamente, nos profissionais e nos serviços de saúde que convivem com: (1) a necessidade de cuidar e atender populações em situação de vulnerabilidade social expostas à violência e, estabelecer um processo de trabalho adequado neste contexto, (2) a dificuldade em se abordar o tema, (3) a importância de criar estratégias de proteção coletiva entre os profissionais de saúde e estimulá-los à discussão para tratar estratégias de enfrentamento à violência juntamente outros setores, entendendo a saúde como parte de uma estratégia intersetorial; (4) a escassez de estudos em torno do tema e, (5) a ausência de uma recomendação oficial para os trabalhadores de saúde em territórios vulneráveis sociais expostos à violência.

Com o levantamento de estratégias para o enfrentamento das situações vivenciadas no dia a dia dos profissionais da APS diante de uma população

vulnerável socialmente exposta à violência, espera-se que o presente estudo estimule a discussão acerca do assunto e traga subsídios e norteadores para outros profissionais, que trabalham em territórios semelhantes ao desta pesquisa. Espera-se ainda, aperfeiçoar o trabalho dos participantes a fim de que os mesmos possam sistematizar e otimizar seu processo de trabalho entendendo que estes são dinâmicos e devem ser revistos frequentemente.

Esse estudo aborda os problemas e as consequências que a violência causa nas pessoas, com destaque na exposição dos profissionais de saúde da APS. Além disso, versa sobre as dificuldades de gerenciar e organizar o processo de trabalho no serviço de saúde de APS com a finalidade de acolher e cuidar de sua população de acordo com suas necessidades de saúde e focado nas pessoas e suas famílias, sobremaneira, de forma segura para os profissionais e usuários. Tem-se como objeto o gerenciamento em serviços de saúde em territórios vulneráveis expostos à violência.

O interesse em estudar a temática surgiu após experiências em territórios expostos à violência urbana, primeiramente na cidade do Rio de Janeiro e depois, em Curitiba. Na vivência da autora, a organização do processo de trabalho com a finalidade de ofertar um serviço que pudesse atender às necessidades de saúde dos usuários, pautada nos princípios do SUS, mostrou-se um grande desafio, considerando-se as dificuldades provenientes da violência urbana em que toda a coletividade está exposta, inclusive os profissionais de saúde do próprio serviço.

Para nortear este estudo, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as estratégias que contribuem no gerenciamento e organização do processo de trabalho dos profissionais da APS, em serviços de saúde localizados em territórios vulneráveis expostos à violência?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver uma diretriz com estratégias para o gerenciamento e a organização do processo de trabalho em saúde com vistas ao atendimento de uma população vulnerável, norteado pelos princípios do SUS, em um território exposto à violência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção dos profissionais de saúde frente à violência coletiva e sua relação com o trabalho;
- Elencar estratégias para a organização do processo de trabalho em saúde para populações vulneráveis em territórios expostos à violência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo aborda a organização do Sistema Único de Saúde – SUS e sua porta preferencial de entrada que é a Atenção Primária à Saúde; a ESF e seu território; violência e saúde; gestão na APS, e, cultura organizacional.

3.1 O SUS E A APS NO BRASIL

O SUS é um sistema de saúde público complexo que surgiu após um grande movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento mobilizou diversos atores sociais, como sanitaristas, entidades afins, como o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES (criado em 1978), movimentos sociais de luta por melhoria das condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes e parlamentares críticos ao sistema de saúde existente na época. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2017).

A população impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária, em 1986, logo após o fim do regime militar que perdurava desde 1964, participou de forma significativa na VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi o marco histórico da saúde do país. A primeira conferência com a participação popular, com cerca de quatro mil delegados, trouxe o conceito ampliado de saúde, envolvendo a prevenção, proteção e recuperação, levando suas propostas para o texto da Constituição Federal. (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2017).

O SUS teve então seus fundamentos expressos na Constituição Federal Brasileira de 1988, na qual foi estabelecido: que a saúde é direito de todos e dever do Estado, as diretrizes da organização do sistema, seu financiamento, a participação popular, da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as atribuições do sistema e a admissão de agentes comunitários e de combate às endemias. (BRASIL, 2015; BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS procedeu-se no dia 19 de setembro de 1990 com a Lei nº 8.080, também chamada Lei Orgânica da Saúde – LOS, que versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes dentre outras providências. (BRASIL, 1990a). No mesmo ano, em 28 de dezembro, foi publicada a Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde dentre outras providências. (BRASIL, 1990b).

Dentre os princípios norteadores contidos na LOS, destacam-se: (1) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (2) integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema; (3) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e, (4) participação da comunidade. (BRASIL, 1990a).

Ao longo dos anos, a Lei nº 8.080 de 1990 foi modificada e implementada através de outras leis, e assim novos capítulos foram incluídos, que tratam: do Subsistema da Atenção à Saúde Indígena; do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar; do Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto Imediato; da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde; e do reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores. (BRASIL, 2015, p. 18).

Ainda na década de 1990 foram editadas as Normas Operacionais Básicas – NOB e, mais tarde, já nos anos 2000, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS. Estas normas foram instrumentos de regulamentação de suma importância para a implantação do SUS. (BRASIL, 2015). A NOB-SUS 1/93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores com o objetivo de descentralizar as ações e serviços de saúde; a NOB-SUS 1/96 redefiniu o modelo de gestão do SUS, constituindo instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde em sua organização. (BRASIL, 1993, 1996).

A NOAS 01/2001 trouxe a ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção primária, além disso, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e criou os critérios de habilitação dos estados e municípios. No ano seguinte, foi publicada a NOAS 01/2002 que trata dos mesmos temas abordados na NOAS anterior, porém, com destaque ao estabelecimento do processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. (BRASIL, 2001a, 2002).

Com o intuito de lançar diretrizes para a organização do SUS, em 2006 foi divulgado o Pacto pela Saúde, através da Portaria Ministerial nº 399/2006, que versava sobre a consolidação do SUS a aprovava as suas diretrizes. O Pacto pela

Saúde deu ênfase nas necessidades de saúde da população e foi dividido em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e, Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006).

Seguindo a lógica em um processo de continuidade ao que foi conquistado, no que diz respeito à organização do SUS com o Pacto pela Vida, o Decreto nº 7.508/2011 é o dispositivo legal que atualmente vem sendo utilizado por gestores na organização do SUS. O capítulo II do Decreto, que versa sobre a organização do sistema, dispõe sobre: (1) a instituição das Regiões de Saúde; (2) as Redes de Atenção à Saúde na região e (3) o acesso universal às ações e aos serviços de saúde. (BRASIL, 2015 p. 25).

No que se refere às Redes de Atenção à Saúde – RAS, apesar de ser um tema que vem sendo discutido há algum tempo, foi incorporada oficialmente ao SUS através do Decreto Ministerial n.7.508 de 28 de junho 2011. Nele, a RAS é definida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. (BRASIL, 2011, p.1).

Em 2017 com a publicação da Portaria n. 2.436 de 21 de setembro que aprova a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica¹ no âmbito do SUS, a RAS é definida como:

Arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos entre eles destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas no seu território. (BRASIL, 2017, não p.)

A RAS é formada por três elementos básicos: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento, a população, marca a principal característica da RAS que é o de basear suas ações de saúde norteadas em uma população sob sua responsabilidade sanitária e econômica. (MENDES, 2015).

¹ De acordo com Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão da PNAB, o art. 1º, parágrafo único, prevê que a Política considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS como equivalentes. Nesta pesquisa optamos por utilizar o termo APS.

A responsabilidade de criar vínculo e articular-se com esta população é do profissional da APS. É importante que se conheça profundamente a população adscrita², com a finalidade de levantar as suas necessidades de saúde para que não seja oferecida atenção baseada na oferta e sim, pautada nas reais necessidades de saúde da população, estratégia essencial da RAS. (BRASIL, 2017).

Com relação à estrutura organizacional, a RAS é composta por cinco componentes: a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e sistemas de informação em saúde; sistemas lógicos (registro eletrônico em saúde, sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e, sistemas de governança da RAS. (MENDES, 2015).

Neste contexto, o SUS, em sua organização tem a APS como ordenadora da atenção e principal porta de entrada do cidadão à RAS. Além da APS também são porta de entrada para a RAS os serviços: de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. (BRASIL, 2017).

A APS foi historicamente concebida pela OMS em Alma-Ata no Cazaquistão em 1978, onde aconteceu a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (MENDES, 2015). Em seu relatório, conhecido como Declaração de Alma-Ata, os cuidados primários à saúde são definidos como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade, Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS; UNICEF, 1978, p.3).

A partir dessa definição emergiram na época, elementos essenciais para a APS, como a educação em saúde, o saneamento básico, o programa materno

² População adscrita de acordo com a PNAB “é população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantido as ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado”. (BRASIL, 2017).

infantil, a imunização, o planejamento familiar, a prevenção de endemias e o fornecimento de medicamentos essenciais, mas acima de tudo despontou o conceito que considera ser a saúde, uma expressão de direito humano. (MENDES, 2015).

Com a descentralização e municipalização dos serviços de saúde na implantação do SUS, houve expansão dos cuidados primários em todo o país. (MENDES, 2015). Mais tarde, em 1994, houve a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF como estratégia de fortalecimento e consolidação da APS.

Em relação ao sistema de saúde, a APS é a que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornece atenção com foco nas pessoas no decorrer do tempo e para todas as condições, exceto para as mais incomuns e as raras, e coordena a atenção fornecida por outros serviços. (STARFIELD, 2002).

Em 2012, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB que afirma que a APS é formada por uma gama de serviços capilarizados e descentralizados que se organizam, de forma a atender as necessidades locais de saúde. A PNAB foi revisada em 2017 e aprovada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro do mesmo ano. Como conceito, a PNAB (2017) define APS como:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, não p.).

Neste sentido, a APS possui importantes diretrizes a serem seguidas a fim de que alcance, de fato, qualidade e resolutividade. A (1) regionalização e hierarquização, que diz respeito às regiões de saúde, como um espaço estratégico para fins de planejamento, organização e gestão e a hierarquização como forma de organização dos pontos da RAS entre si; a (2) territorialização e adstrição, que permite o planejamento e o desenvolvimento das ações de saúde com foco em um território e população específicos; (3) população adstrita ou população pertencente ao território da UBS, como forma de incentivo do vínculo e continuidade do cuidado; (4) cuidado centrado na pessoa, que versa sobre o desenvolvimento de ações do cuidado de maneira singular de forma a estimular as pessoas a tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde; (5) resolutividade que reforça a importância da APS dar resposta e ser capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da

população que a acessa ; (6) longitudinalidade que pressupõe a continuidade do cuidado com a construção de vínculo entre profissionais e usuários; (7) coordenação do cuidado que traz a responsabilidade da APS em elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuário nos diferentes pontos de atenção da RAS; (8) ordenar as redes para que se organize a articulação com os outros pontos de atenção baseando-se nas necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e, (9) participação da comunidade, para que se estimule a participação das pessoas. (BRASIL 2017).

No tocante ao serviço de qualidade à população, os profissionais de saúde da APS possuem um desafio: oferecer uma atenção acolhedora, resolutiva e criar vínculo. Para tanto, lançam mão das mais variadas tecnologias de cuidado baseando o seu trabalho em critérios de risco, vulnerabilidade, perfil epidemiológico e das mais variadas necessidades de saúde de seu grupo populacional. (BRASIL, 2017).

Muitos estudos demonstram a vantagem de se organizar um sistema com APS potente e resolutiva. Mendes (2015) afirma que pessoas atendidas regularmente nos serviços de APS apresentaram menores custos para o sistema de saúde em relação àquelas que não têm um primeiro contato regular. Mendes (2015) nos mostra ainda, que os custos com saúde foram maiores em regiões com maior percentual de médicos especialistas sobre os generalistas.

3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO À SAÚDE NO TERRITÓRIO.

O Programa de Saúde da Família – PSF surge no Brasil em 1994, como uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo assistencial, de acordo com os princípios doutrinários e organizativos do SUS (ROSA; LABATE, 2005). Em 2012 foi entendido como estratégia para consolidar e reorganizar a APS. Atualmente a equipe de ESF é conceituada como:

Estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2017, não p.)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS implantado poucos anos antes do PSF, com a descentralização dos recursos do SUS, foi considerado uma estratégia de transição para a implantação do PSF. Seu principal foco era o de prevenção de doenças, realizando ações de prevenção como mapeamento, identificação de micro-áreas de risco, realização de visitas domiciliares, ações coletivas e intersetoriais. O PACS tinha como objetivo reorganizar as ações em âmbito municipal na integração dos diferentes profissionais de saúde e, destes com a comunidade. (BRASIL, 2001b).

Com a ampliação do PSF em todo o país, além do impacto positivo nos indicadores com a diminuição das morbidades, mortalidades, melhoria em indicadores de qualidade como pré-natal e cobertura vacinal, o programa passou a ser denominado como uma política governamental estratégica da APS, denominada Estratégia Saúde da Família – ESF. (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

A ESF possui algumas especificidades. A primeira delas é possuir uma população adscrita e, de acordo com o PNAB (2017) esta, deve estar entre duas mil a três mil e quinhentas pessoas para cada equipe multiprofissional. Cada equipe deve ser composta, minimamente de um médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, podendo existir ainda os profissionais de saúde bucal, como o cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

As equipes de ESF possuem uma população sob sua responsabilidade, a este conjunto de pessoas chama-se de área. De acordo com o número de pessoas existentes na área e o número de equipes ESF no serviço, é realizado o mapeamento e a divisão das micro-áreas. Desta forma, fica caracterizada uma divisão administrativa a qual é denominada de território. (ALVARENGA; MARTINS, 2010).

O território para as equipes de saúde da família não é tão somente um espaço geográfico. Entende-se como um dos pilares de sustentação para a organização do serviço na APS. Santos (2011) reforça essa ideia afirmando que o espaço geográfico tende hoje, a se tornar um meio técnico científico, dotado de um crescente conteúdo em ciência, técnica e informação e disso resulta uma nova dinâmica territorial.

Muitos estudos abordam a importância em se trabalhar às ações de saúde baseado na avaliação do território. Santos e Rigotto (2011) salientam que a

apreensão e compreensão do território permitem analisar o impacto das ações de saúde sobre os níveis de saúde da população e o planejamento de ações a partir do cenário real da vida da população.

Ainda existem equipes de ESF com dificuldades em realizar a territorialização e estabelecer critérios para organizar seus processos de trabalho baseados no território. Ximenes Neto e Sampaio (2007) corroboram com esta afirmação, concordando que de fato é um nó crítico para as equipes de saúde organizar seu processo de trabalho com base no território e reforçam que, para gerenciá-lo, são necessários profissionais que tenham a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos culturais, epidemiológicos e ecológicos.

Para Pereira e Barcelos (2006) a territorialização é um instrumento essencial para as equipes de ESF, e este traz três sentidos diferentes e complementares: a demarcação dos limites da área de atuação dos serviços; o reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nesse território; e, o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referências.

Portanto, é importante ter conhecimento do território levando em consideração as necessidades locais: como as pessoas vivem, do que morrem, do que adoecem, a fim de propor ações resolutivas para a população. Ressalta, que durante o processo de territorialização, antes de realizar o mapeamento geográfico, é necessário fazer o mapeamento social. Essa prioridade justifica atuação mais ampla não somente sobre as consequências, mas também sobre as causas dos problemas de saúde, a fim de que as ações transformem de fato a realidade e a vida das pessoas. (MAFRA; CHAVES, 2004).

O estabelecimento de ferramentas e instrumentos que viabilizem a aproximação da atuação das equipes da ESF com o território para gerar ações mais concretas e resolutivas aos usuários do SUS, vem assumindo importante papel e representam um desafio. O reconhecimento das análises parciais dos territórios merecem reflexões e estudos acerca da influência do ambiente nos determinantes e condicionantes da saúde³ e da doença.

³ A Lei nº12.864 de 24/09/2013 altera a redação do artigo 3º da LOS, afirmando que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2013).

Portanto, o processo contínuo da territorialização deve ir muito além do mapeamento inicial da área de atuação e divisão de micro áreas e, deve contemplar permanentemente as distintas dinâmicas que emergem em cada território. (SANTOS; RIGOTO, 2011).

3.3 VIOLÊNCIA URBANA E ATENÇÃO À SAÚDE

A violência é termo complexo, controverso, multicausal e polissêmico. Uma abordagem ampla se faz necessária para a compreensão de sua gênese e seu desenvolvimento. Ela não é tão somente um problema de segurança pública, de justiça, de educação ou de saúde. Mas representa um verdadeiro mosaico formado por todos esses componentes. (JORGE, 2002).

Dentre os tipos de violência, destacamos neste estudo a coletiva, que é uma das categorias identificadas pelo Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde. Nesta inclui-se três subcategorias: a social, a política e a econômica. Diferentemente das outras categorias, as subcategorias da violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas e Estados. (KRUG et al., 2002, p.6). No Brasil, observa-se que após o estabelecimento do Regime Militar em 1964, o desejo do Estado em promover o desenvolvimento econômico a todo custo, excitou políticas que fortaleceram a desigualdade e a insegurança social: arrocho salarial, extinção de estabilidade de empregos, dentre outras medidas. As contradições do capitalismo, associados a um regime excludente, culminaram com um aumento da criminalidade. (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

O modelo de desenvolvimento econômico no Brasil não sofreu grandes modificações após o processo de redemocratização no final da década de 80. Apesar da rede de seguridade social, mas especificamente na saúde e na educação, cresceram, porém de forma lenta e deficitária. Observa-se no país, o contraste entre a miséria e a riqueza que continua explícito. Garcia Filho e Sampaio (2014, p.1211) ainda reforçam que:

A população adquiriu o direito ao voto, mas não à informação e ao poder. Nesse cenário histórico e político, as teorias de conflitos são ainda grandes teorias metodológicas com alta capacidade crítica e analítica para compreender e transformar a realidade.

Na década de 1980, conhecida como década perdida, o Brasil sofreu uma violenta crise socioeconômica até o início da década de 1990, com elevadas taxas de inflação e baixo crescimento. Após, o país buscou novas saídas na abertura da economia, amplo programa de privatização e ligação à economia brasileira ao mercado globalizado. Ao mesmo tempo, a população tornou-se mais densa e complexa, passando a ser mais questionadora, mais participativa e cada vez mais inconformada com seus problemas, dentre eles a violência urbana. (ADORNO, 2002).

Ao se adotar no país um modelo Neoliberal de Estado mínimo, Garcia Filho e Sampaio (2014) nos afirma que atualizou alguns efeitos remotos da violência. Durante a ditadura militar havia, grosso modo, uma monopolização do direito de exercer a violência. Após a redemocratização, o Estado passou a dividir parte desta responsabilidade a outros agentes. Privatizou-se a violência aumentando ainda mais sua polissemia e capilarização com grupos de extermínios, pistoleiros, seguranças particulares, justiceiros, dentre outros.

O Brasil assiste seus números de violência crescer nos últimos anos. Apesar dos números alarmantes, e dos indicativos de condição epidêmica das mortes violentas, desconhece-se a verdadeira dimensão do problema. (HOLANDA, 2013). Em 2014, o número de mortes no país por agressão foi de 59.681, o que corresponde a 4,6% do total de mortes no país. (BRASIL, 2017).

No Atlas da Violência, Cequeira et al. (2017) afirmam que o número de homicídios por arma de fogo é um importante marcador para se avaliar a violência em determina região. Os autores mostram que em 2015, 59.080 pessoas foram vítimas de homicídios, o que representa uma taxa de 28,9 ocorrências por 100 mil habitantes.

Cuidar de pessoas vítimas das mais diversas formas de violência não é uma incumbência fácil. Os profissionais se deparam muito além dos desafios técnicos, eles veem seus sentimentos e seus valores morais e éticos comprometidos, às vezes a revolta e os sofrimentos que esse tipo de atendimento gera no profissional de saúde são intensos. (DESLANDES; PESCE, 2009).

A violência no local de trabalho é um grande problema social e de saúde pública nos países em desenvolvimento. Fisekovic et al. (2015) reforçam que os trabalhadores de saúde estão no topo dessa lista e possuem três a quatro vezes

mais riscos de sofrer violência no local de trabalho que outros trabalhadores. Neste estudo, o autor afirma que a violência no local de trabalho cresce em todo o mundo e, que notavelmente os enfermeiros experimentam significativamente mais violência em seus locais de trabalho que outros profissionais de saúde.

Em geral os possíveis motivos para a violência no local do trabalho são as más condições e insegurança no local de trabalho, cargas horárias pesada e mais horas de trabalho efetivo, além do turno, demonstrando que profissionais do turno noturno estão mais expostos a situações de violência. (FISEKOVIC et al., 2015, tradução nossa).

A violência representa um importante desafio aos profissionais de saúde, uma vez que o processo de atendimento aos usuários tem sua organização pautada no modelo biomédico, que possui uma lógica limitada a relações lineares de causa e efeito dos fenômenos, com o conhecimento pautado nas intervenções técnicas sob o processo saúde doença. Por outro lado, a violência é complexa e possui uma gama de influências de causas e efeitos que, não se limitam serem observados apenas pelo olhar biomédico. Este fato expõe uma fragilidade na formação dos profissionais de saúde, que precisa de modelos de ensino que considerem a saúde no seu sentido biológico, social e psíquico de forma indissociável. (OLIVEIRA et al., 2011).

Muitas vezes algumas atitudes pontuais e individuais trouxeram mais segurança e maturidade para lidar com as vicissitudes do dia a dia. Em seu estudo em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro, Machado (2015) conclui que era urgente e prioritária uma discussão coletiva sobre formas de enfrentamento da violência urbana.

3.4 GERENCIAMENTO NA APS E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A assistência integral à saúde começa pela organização do processo de trabalho ofertado nos serviços, exercida através de múltiplos saberes e práticas nos diferentes pontos da RAS. O trabalho ofertado é sistêmico e integrado a outros pontos de atenção. Sendo assim, o trabalho em saúde é um processo dinâmico, coletivo composto por áreas técnicas que se integram e se complementam, articulando-se com outros setores, com objetivo de produzir ações para sanar as necessidades de saúde de seus usuários. (CELEDÔNIO et al., 2017).

O gerenciamento nos serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem por objetivo aperfeiçoar seu funcionamento a fim de se obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. (TANAKA; TAMAKI, 2012). Celedônio et al.(2017), afirmam que o gerenciamento de saúde deve ser desenvolvido:

Por profissional competente com a capacidade de liderar, agregar valor, aumentar o potencial de sua equipe conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos com o objetivo de aumentar a resolutividade do serviço. (CELEDÔNIO et al., 2017, p.342).

Com relação ao perfil dos gerentes na APS, há uma significativa representação do profissional enfermeiro na função, como nos afirmam Celedônio et al. (2017). Pode-se identificar a proximidade da categoria com o gerenciamento do cuidado, com faixa etária entre 27 e 47 anos, com predominância de profissionais entre enfermeiros entre 34 a 39 anos.

Na APS um dos maiores desafios na estruturação e na organização dos serviços de saúde e no fortalecimento do SUS está na valorização dos trabalhadores de saúde. Há uma necessidade atual de reestruturação no modelo de gestão para que este se eleve da lógica fragmentada para a um protótipo que enalteça a importância do trabalho desses profissionais, condições de trabalho, utilização das diversas e mais variadas tecnologias, trabalho integrativo das equipes multiprofissionais com ênfase no planejamento e incentivo à educação permanente, considerando as relações de trabalho, com a participação dos envolvidos. (SILVA et al., 2017).

A qualificação profissional mostra-se como um dos nós críticos na gestão de pessoas na APS. Ressalta-se a necessidade de formação dos profissionais que atuam na APS, mas principalmente na ESF, nas áreas afins como especializações em Saúde da Família, por exemplo, tendo em vista que profissionais qualificados possibilitam uma assistência de qualidade além da adequação do perfil profissional para atuar nesse ponto da rede. (CELEDÔNIO, et al. 2017)

No intuito de transformar o processo de formação no Brasil com ênfase na APS, em 2005 foi definido pelo país um Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE. Em 2009, houve ampliação desta perspectiva com a criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-SAÚDE, com o objetivo de integrar os cursos de graduação às necessidades da APS. Além disso, também por iniciativa governamental foi criado o Programa de

Valorização da Atenção Básica-PROVAB com objetivo de levar profissionais de saúde para municípios que têm dificuldades em contratar estes profissionais. (SOUZA et al., 2013).

Corroborando com o que já foi exposto, a gestão em saúde é uma tarefa complexa e relevante principalmente no que diz respeito à força de trabalho. Como o serviço realizado pelos recursos humanos do SUS se dá de forma coletiva, multidisciplinar e relacional (entre si e usuários), essas características por si só, trazem à tona a complexidade dos serviços e de sua gestão. (SANTINI et al., 2017).

A complexidade das formas de organização de trabalho traz à margem a discussão acerca da história das profissões que obtiveram diferentes trajetórias de definição de domínios, competências e atos que pesam sobre a divisão de trabalho. Neste sentido, as organizações dependem do trabalho coletivo de profissionais acima de tudo heterogêneos, muitas vezes com interesses que não convergem, em um contexto de recursos limitados, necessidades múltiplas, ilimitadas e variáveis. O ambiente muitas vezes é propício a conflitos exigindo dos gestores uma negociação permanente. (SCHERER, et al., 2009).

Em seu estudo Souza et al. (2013, p.192), ao relatarem a experiência do trabalho em equipe na atenção primária em Portugal destacaram como fortaleza daquele país a:

Existência de integração e cooperação entre os membros da equipe, com maior socialização das informações, plano de trabalho comum, existência de reuniões para decisões coletivas e planejamento participativo, destacando-se ainda o respeito pelas diferenças.

Além disso, o mesmo estudo aponta como fortaleza das equipes portuguesas a boa infraestrutura encontrada nas unidades de saúde, disponibilidade adequada de insumos e medicamentos para atendimento à demanda e, autonomia técnico-administrativa das equipes de saúde da família, que conferiam maior autonomia e capacidade de resolução. (SOUZA, et al., 2013). Ainda relacionado à autonomia ofertada às equipes de saúde e no planejamento participativo, Scherer et al. (2009, p.725) afirmam que, “Quando a organização diz ao trabalhador que deve se ater ao prescrito, ela interdita formas de conhecimento que poderiam problematizar a questão do trabalho como lugar e momento de produção de eficácia.”

No que se refere ao gerenciamento nos serviços de APS, entende-se que é um ponto de partida importante para se oferecer serviços de saúde de qualidade. Kurcgant e Ciampone (2005, p.162) reforçam que a gerência constitui um importante instrumento para a execução de políticas, agrupando um caráter articulador e integrativo, ou seja: “a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde”.

No cenário da APS ainda há muitos desafios a serem vencidos pelos profissionais de saúde, além da necessidade de mudanças na prática do cuidado. Entende-se como as mudanças mais evidentes neste cenário: maior acessibilidade dos usuários aos serviços, qualidade do cuidado prestado e o trabalho em equipe com objetivos e metas. Porém, destaca-se ainda a existência de problemas que muitas vezes impendem as equipes de avançarem nestes desafios: o déficit de equipamentos e insumos, equipes incompletas, espaços físicos inadequados. Sem dúvida, esses fatores comprometem o acesso e qualidade da atenção prestada, o que fez com o que Ministério da Saúde criasse o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. (SOUZA, et al., 2013).

O PMAQ-AB tem como principal objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. (BRASIL, 2017b).

A fim de garantir a adesão dos profissionais às mudanças inerentes ao processo de trabalho com o intuito de oferecer qualidade na prestação de serviços à população, é necessário dentre outros fatores, de uma cultura organizacional que favoreça os vários momentos da construção de uma nova forma de trabalho. Raupp (2008) explica que a cultura organizacional é um importante fator de viabilidade em processos de mudança nas organizações em geral, mais especificamente no SUS, onde a cultura é um gargalo, um problema estratégico que deve ser mais bem trabalhado.

A compreensão e a análise da cultura organizacional permitem que se desenvolvam estratégias para manter a união de uma equipe, por outro lado promovem a continuidade e a consistência das organizações. A gestão da cultura organizacional, cada vez mais, vem sendo entendida como necessária no contexto

de uma reforma em saúde, onde é vista como fator relevante no desempenho das organizações de saúde. (LEONE, 2014).

Para se identificar a cultura de uma organização existem, para dentre eles destacam-se: (1) o histórico das organizações; (2) o processo de socialização de novos membros; (3) as políticas de recursos humanos; (4) o processo de comunicação; (5) a organização do processo de trabalho e, (6) técnicas de investigação. (MONTEIRO, 1999).

A metáfora da organização como cultura, sugere que a enxergue como uma mini sociedade, com valores, ideologias e crenças próprias. (MORGAN, 2002). Para Monteiro (1999) a cultura organizacional é formada por políticas internas e externas, sistemas, crenças, valores e clima organizacional. Morgan (2002, p.148) reforça ainda que a organização pode se enxergar como uma família, ou uma equipe muito unida ou até mesmo, como um grupo de pessoas excelentes no que fazem. Podem também possuir diferentes visões e se mostrar como uma mini sociedade fragmentada, onde cada grupo compartilham suas semelhanças. Esses padrões de crenças os significados compartilhados, fragmentados ou integrados, “podem exercer influência decisiva sobre a habilidade geral de uma organização em lidar com os desafios que tem que enfrentar”.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo aborda a trajetória metodológica do estudo: o tipo de estudo e a abordagem; o cenário do estudo; os participantes do estudo e, dentro deste item, os critérios de inclusão e exclusão; a coleta de dados; o processamento e a análise de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Com a finalidade de se atingir os objetivos desta pesquisa, optou-se por realizar um estudo de caso único, com abordagem qualitativa e do tipo descritivo e exploratório.

Segundo Yin (2015) o estudo de caso é uma averiguação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo de maneira profunda e em seu contexto de mundo real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente evidentes.

O estudo de caso é utilizado em muitas situações, e este tipo de metodologia contribui para o conhecimento de fenômenos grupais e organizacionais. A necessidade da utilização deste tipo de estudo, emerge pela necessidade em se entender fenômenos sociais complexos. (YIN, 2015).

Justifica-se ainda a utilização desta metodologia no estudo, quando uma questão de pesquisa iniciada com “como” ou “por que” está sendo formulada sobre um conjunto de eventos contemporâneos, sobre algo que o pesquisador tem pouco ou nenhum controle. Nesta situação, segundo Yin (2015) recomenda-se o método do estudo de caso.

A abordagem qualitativa se adequa melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e para análise de discussões. Entende-se que esta abordagem se aplica ao estudo das relações, das percepções e das opiniões gerados das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa é do tipo descritivo e exploratório, pois possui o objetivo de descrever determinado fenômeno e realizar coleta de dados através de questionário como é padronizado nas pesquisas descritivas. E ainda, tem por intenção aprofundar-se em um determinado problema a fim de torná-lo mais claro e constituir hipóteses como é realizado em pesquisas exploratórias. (GIL, 2017).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada, em uma das 110 unidades de saúde da cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, Sul do Brasil. Curitiba possui 1,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010) e, na organização do território para a saúde, divide-se em 10 distritos sanitários (anexo1).

A referida unidade está localizada no Distrito Sanitário Matriz (anexo 2), área central da cidade. O território da unidade (anexo 3) é uma pequena faixa territorial denominada como Vila das Torres. Possui 6.077 habitantes distribuídos em 2071 domicílios, segundo cadastros do prontuário eletrônico utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. A população é, na sua grande maioria, dependente dos serviços oferecidos pela unidade, e cerca de 97% dos usuários utilizam o serviço público de forma exclusiva de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

O Conselho Local de Saúde, órgão colegiado e de caráter deliberativo, possui sua composição com a paridade exigida pela Lei 8.142/1990, sendo 50% de usuários do serviço, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores. As reuniões possuem frequência mensal, em que são discutidos os problemas de saúde do território e possíveis soluções para saná-los. O controle social propicia que a sociedade civil e organizada tenha a oportunidade de participar do planejamento, formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde em nível local. (BRASIL, 2003).

Atualmente é considerada de alto risco social, é um dos bairros de Curitiba com os menores valores de Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, que leva em consideração os índices de longevidade, educação e renda, empatando com outros bairros, como a Vila Parolin, com um índice de 0,623 e expectativa de vida ao nascer de 69 anos. (IPEA, 2010). Além disso, o território ocupa o quarto lugar da cidade dentre os maiores índices de vulnerabilidade segundo a Portaria nº 155 de 29 de setembro de 2017, da SMS de Curitiba que versa sobre a vulnerabilidade dos territórios das unidades básicas de saúde- UBS do município. (CURITIBA, 2017).

A Vila das Torres conta com uma infraestrutura de serviços públicos robusta: 99,24% dos domicílios têm coleta de lixo pública diária, todos os domicílio têm acesso à energia elétrica por companhia distribuidora, 99,03% são ligados à rede de abastecimento de água segundo dados do IPEA (2010).

A principal atividade econômica dos moradores desta área é a coleta de materiais recicláveis. São inúmeros depósitos e “casas depósitos”, onde as pessoas separam os materiais recicláveis em suas próprias casas. A Vila das Torres também possui uma característica marcante, sua posição geográfica, com saídas rápidas do local e da cidade de Curitiba, facilitou o surgimento da venda e tráfico de drogas. Por esse e outros motivos, o território em que está localizada a unidade de saúde é cenário desta pesquisa, enfrenta diversas situações violentas.

Com esse cenário, surgiram ao longo da história da Vila das Torres, conflitos com a finalidade de se obter o poderio da venda de drogas. Nesse contexto, a geografia da Vila das Torres deu lógica à divisão da violência. Uma via de muita movimentação que corta o território ao meio, dividiu as: “gangue de cima”, localizada acima da via, e a “gangue de baixo”, situada abaixo da via.

Em 2013 foi deflagrada mais uma briga entre essas duas gangues rivais no território, pelo comando da venda de drogas na região, segundo informações da própria população local. O número de homicídios triplicou em 2013, mantendo esses índices até 2015 (PARANÁ, 2017), quando as gangues entraram em um acordo de paz.

Neste período entre 2013 a 2015, muitos foram os desafios encontrados pela equipe da unidade cenário deste estudo, no tocante a oferecer um serviço de saúde de qualidade à população em meio a tanta violência. A demanda desapareceu, pois pelo fato de a unidade estar localizada na “área da gangue de baixo”, os moradores da parte de cima da Vila, foram proibidos de ter acesso à unidade de saúde. Tal situação requereu inúmeras estratégias para atender a população, especialmente aos grupos prioritários, quer seja, gestantes, hipertensos, diabéticos e menores de dois anos, a fim de que os mesmos não ficassem desassistidos.

Mesmo após o período agudo da violência, com o acordo de paz que ocorreu entre as duas gangues em julho de 2015, diariamente a equipe lida com situações de conflito latente. A população culturalmente, em convivência com a violência, traz este problema para suas relações pessoais, familiares e sociais. Por este fato, é sempre desafiador oferecer serviço de qualidade e manter um bom vínculo entre profissional de saúde e usuários.

Nesta unidade, os profissionais que atuam diariamente, subdividem-se em três equipes para atender todo o território. As equipes denominadas A, B e C são

compostas cada uma de uma enfermeira, um médico, três auxiliares de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal e dois agentes comunitários de saúde. Reuniões semanais são realizadas pelas próprias equipes em dias e turnos determinados para planejamento, organização, discussão de casos, visitas domiciliares e avaliação das atividades.

Sobre o perfil epidemiológico, de acordo com relatórios da unidade de saúde, as principais doenças acompanhadas são: hipertensão, exposição ao vírus da raiva (mordedura de cães), transtornos mentais, dependência de álcool e outras drogas, além de uma preocupação constante que é a leptospirose. Por estar em um território que vive e sobrevive do lixo reciclável, a população de roedores torna-se um problema no que se diz respeito à prevenção da exposição da população à bactéria que causa a leptospirose.

O território possui uma gama de serviços sociais em seu entorno. São três creches públicas municipais e duas conveniadas (onde se tem a opção do ensino gratuito); duas escolas públicas municipais de ensino fundamental (sendo uma de período integral), uma escola pública estadual com ensino fundamental e ensino médio; além de duas escolas particulares (apenas uma com ensino médio) que oferecem bolsas de estudos parciais e integrais à comunidade. Possui um Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, que são unidades que buscam a execução dos serviços de Proteção Social Básica à população em situação de vulnerabilidade social.

Destaque ainda para as cerca de dez Organizações não Governamentais - ONGs e projetos sociais que atendem em sua maioria crianças no contra turno e ofertam cursos profissionalizantes para adultos.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Primeira etapa da coleta de dados - entrevistas:

A primeira etapa da coleta de dados se deu nos meses de agosto e setembro de 2017, após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFPR (anexo 4) e da SMS (anexo 5), sob os números de CAAE 66995917.0.0000.0102 e 66995917.0.3001.0101, respectivamente, por meio de entrevista semiestruturada (apêndice 2) gravada com a utilização de um aplicativo

específico de telefone celular. A entrevista aconteceu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice 1). A entrevista foi realizada por uma das pesquisadoras que não obteve contato prévio com a equipe participante do estudo. Desta forma evitaram-se constrangimentos por parte dos participantes, proporcionando tranquilidade para responder a entrevista.

A entrevista foi realizada a partir de um roteiro semiestruturado composto por cinco perguntas com os profissionais das três equipes de saúde da família, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, agentes comunitárias de saúde – ACS e auxiliares de serviços gerais - ASG terceirizadas, a fim de que se tivesse a percepção de diferentes atores no cenário do cuidado e para alcançar o objetivo de identificar a percepção dos profissionais de saúde frente à violência urbana e sua relação com o trabalho.

Os profissionais foram informados sobre a pesquisa, durante uma reunião de equipe, e convidados a participar da mesma. O agendamento foi feito com uma semana de antecedência. As entrevistas duraram em média de oito minutos e, os entrevistados participaram sem causar ônus ao atendimento da unidade de saúde, pois, cada um se submetia ao questionário à medida que o atendimento permitisse a sua ausência naquele período. Após coleta das entrevistas, o conteúdo destas foi transcrito pela pesquisadora responsável pela coleta dos dados, respeitando o anonimato dos entrevistados.

Os profissionais foram identificados com a letra “p”, referindo-se a profissionais e numerados conforme a ordem das entrevistas (p01, p02, p03...). Além dessa identificação foi perguntado a cada entrevistado, o tempo em que os mesmos trabalhavam na unidade de saúde.

4.3.2 Segunda etapa da coleta de dados – grupo focal:

A segunda etapa contou com a realização de uma reunião de grupo focal, gravada após autorização com a assinatura dos participantes do TCLE, antes do início da mesma. Os participantes foram convidados e orientados duas semanas antes da data da reunião e, momentos antes da mesma, foram lembrados de que não seriam obrigados a participar, mesmo os que participaram da entrevista.

A escolha do grupo focal como parte da coleta de dados se justifica, pela necessidade de apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema

determinado num ambiente de interação. (TRAD, 2009). Esta etapa da coleta foi realizada para alcançar o objetivo de elencar estratégias para a organização do trabalho em territórios expostos à violência urbana.

Além disso, se fez necessário a partir das entrevistas, discutir algumas questões de forma coletiva, assim como a elaboração da diretriz para o gerenciamento e a organização do trabalho com vistas ao atendimento integral às necessidades de saúde da população, que é o objetivo geral deste estudo.

Para a realização do encontro do grupo focal foi seguido um roteiro (apêndice 3), sendo realizado por uma das pesquisadoras e duas enfermeiras com mestrado e/ou doutorado em enfermagem. A coorientadora e a pesquisadora foram as observadoras e, uma doutoranda e membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS na mesma instituição, foi a mediadora. Esta última conduziu o grupo e as outras duas realizaram com anotações acerca do encontro.

Inicialmente, a partir da análise textual das entrevistas, apresentaram-se as possíveis estratégias citadas pelos participantes da pesquisa no que se referia aos desafios do trabalho na APS em cenários de violência urbana. Estas estratégias foram posicionadas e um quadro ilustrativo de maneira que todos os participantes pudessem visualizá-lo.

Em seguida foi dado o tema disparador do grupo focal pela mediadora: “quais são a(s) estratégia(s) que você considera importante(s) e que deve(m) constar em uma diretriz de trabalho para equipes de APS de forma a garantir o atendimento às necessidades da população e à segurança dos profissionais de saúde e usuários em territórios expostos à violência urbana a partir dos desafios elencados por vocês na primeira etapa da pesquisa?”.

Além do mural com as possíveis estratégias elencadas a partir da análise da primeira etapa, foi acrescentado um quadro com o objetivo geral da pesquisa e um quadro em branco para que os mesmos pudessem acrescentar novas estratégias que julgassem necessárias para o alcance do objetivo proposto.

As estratégias apresentadas no quadro ilustrativo poderiam ser suprimidas, aprovadas e/ou terem seu texto alterado após discussão e consenso coletivo. A reunião foi realizada em abril de 2018, teve duração de uma hora e trinta minutos e, contou com a participação de 18 pessoas.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os funcionários da unidade de saúde cenário deste estudo. Foram incluídos todos os profissionais das três equipes de saúde da família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, agentes comunitários de saúde e profissionais terceirizados de serviços gerais. Os participantes foram caracterizados quanto ao tempo de serviço no cenário do estudo e sua formação.

4.3.1 Critérios de Inclusão:

O critério de inclusão para ambas as etapas da coleta de dados foi estar lotado no serviço em questão, estar disponível e concordar em participar da coleta.

4,3,2 Critérios de exclusão:

Os critérios de exclusão na primeira etapa foram: ser residente ou estagiário, cumprindo suas atividades acadêmicas no serviço ; não estar no momento da coleta de dados em afastamento lícito, como licenças para tratamento de saúde, licença maternidade, licença luto, licença prêmio, licença gala ou férias e, não optar por participar da pesquisa.

Na segunda etapa os critérios de exclusão foram somente os afastamentos lícitos e para aqueles que não optaram por não participar da reunião do grupo focal.

4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Este subcapítulo mostra como foram realizados o processamento e a análise de dados.

4.4.1 Primeira etapa da análise de dados – Entrevistas

Após a coleta de dados pelas entrevistas semiestruturadas, o conteúdo foi transcrito e realizada a formatação de um *corpus*. O *corpus* é um texto descrito de forma direta, por participante em um único arquivo do tipo texto.txt do *software* OpenOffice.org., estes são separados através de linhas de comando de acordo com

as variáveis da pesquisa: tempo de atuação no cenário do estudo e formação profissional. (LOWEN, 2014)

O *corpus* foi passado por análise textual através do *software* IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. O referido *software* é gratuito ancorado no ambiente estatístico do *software* R e viabiliza análise de dados textuais, desde a mais simples, como o cálculo de frequência de palavras e, também outros tipos de análises mais complexas, como a classificação hierárquica descendente - CHD e a análise pós-fatorial de correspondências e análises de similitude. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O método da CHD, utilizado nesse estudo, primeiramente divide o *corpus* em segmentos de texto – ST, que possuem cerca de três linhas em função de seus vocábulos. Após este conjunto de ST são divididos de acordo com a frequência das formas reduzidas. Esta análise tem por objetivo obter classes de unidades de contexto elementares – UCE, que ao mesmo tempo possuem vocábulos semelhantes entre si. A interface proporciona ainda que se recuperem no *corpus* original os ST associados a cada classe, onde também é obtido o contexto das palavras estatisticamente, oferecendo assim uma análise mais quantitativa dos dados. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Com relação às linhas de comando, estas foram determinadas de acordo com as variáveis pré-estabelecidas. A letra “p” foi escolhida para designar o profissional e o número sequencial se deu pela ordem em que foram entrevistados, na sequência a formação profissional e o tempo de atuação no cenário de estudo, como por exemplo **** *p_1*med_1*18_anos. Corroborando com Lowen (2014), apud VIANA et al, 2013, p.51), na análise deste estudo optou-se por selecionar as palavras na CHD “pela sua frequência e pelos valores de qui-quadrado mais elevados na classe, tendo em vista a compreensão de que eram significativas para a análise”

Após a transcrição das entrevistas em formato de *corpus*, separados por linha de comando, os textos foram processados e analisados pelo *software* IRAMUTEQ. Essa análise dura alguns segundos, o que indica uma vantagem ao uso do *software*. Os textos então foram divididos em segmentos de textos - ST, que são trechos em média contendo três linhas. Esses ST são separados de acordo com a frequência e semelhança das palavras, dando assim origem as classes. De acordo

com Camargo (2016) o aproveitamento dos ST deve ser maior que 75%, caso contrário a análise não é considerada adequada.

Os ST são classificados de acordo com seus vocábulos. A CHD é uma classificação definitiva e é feita a partir de matrizes cruzando formas reduzidas e ST (em repetidos testes de qui-quadrado). Esta análise objetiva criar classes de ST que apresentam concomitantemente vocábulos semelhantes entre si, e vocabulários diferentes dos segmentos de outras classes. A partir disso, o IRAMUTEQ organiza a análise de dados em um dendograma que demonstra de forma ilustrativa, as relações e os vocábulos das classes. (CAMARGO, 2016).

4.4.2 Segunda etapa da análise de dados – Grupo focal

O grupo focal foi realizado em abril de 2018, na unidade de saúde cenário do estudo. Contou com a participação de 18 pessoas e durou uma hora e meia. Durante a realização do grupo foram posicionados dois gravadores em locais diferentes a fim de captar todas as falas dos participantes. Após a reunião, o conteúdo gravado foi transcrito.

A partir do texto transcrito optou-se em utilizar técnica de análise do conteúdo proposta por Bardin (2016). Segundo a autora “por detrás do discurso aparente geralmente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que convém desvendar”. (BARDIN, 2016, p.20).

A análise de conteúdo tem como principais objetivos: (1) a superação da incerteza, dando ao analista a certeza de que sua leitura pode ser generalizável e, (2) o enriquecimento da leitura, pelo “esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir uma descrição de mecanismos de que *a priori* não possuímos a compreensão”. (BARDIN, 2016, p.35)

Com relação ao seu conceito, Bardin (2016) nos aponta que a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo as mensagens indicadoras (quantitativas ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens, dependendo do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo”. (BARDIN, 2016, p.36).

A análise de conteúdo possui duas funções que podem ou não dissociar-se: a primeira é a função heurística onde se eleva a capacidade para a descoberta, enriquecendo o ensaio exploratório. A segunda função é a administração da prova, que levanta afirmações provisórias servindo de diretrizes, que após a análise sistemática do conteúdo tem por intuito a confirmação. A análise de conteúdo foi utilizada neste estudo com o objetivo específico de procurar compreender a partir de uma fala, a imersão no mundo subjetivo do outro. (BARDIN, 2016).

A técnica da análise de conteúdo é aplicável a várias formas de comunicação de forma verbal e não verbal. No caso de entrevistas de grupo, com perguntas abertas, como é o caso do grupo focal, se fez necessário para a análise, a transcrição detalhada de todo o evento, incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulo do mediador. (BARDIN, 2016).

Após a transcrição do conteúdo da reunião, foi feita uma leitura flutuante e, posteriormente a *análise categorial* que tem como finalidade segundo Bardin (2016, p.42 e 43) “pretender tomar em consideração a totalidade de um texto, passando pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência da presença”. A análise categorial permite ainda, a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem. É, portanto “um método taxonômico bem concebido para satisfazer os colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios na desordem aparente”. (BARDIN, 2016, p.43).

A maior dificuldade em analisar entrevistas se dá pelo paradoxo. De certa forma o analista possui um número de falas e o seu objetivo final é inferir algo, através dessas palavras com intenção de uma realidade representativa de uma população de indivíduos ou de um grupo social. (BARDIN, 2016).

Esta fase da análise se deu através da confecção de um quadro categorial privilegiando a repetição dos temas durante a reunião. O primeiro nível consistiu em um processo de decifração estrutural centrado nas falas, de forma não sistemática e com flexibilidade por conta do próprio material verbal. A segunda fase da análise consistiu na transversalidade temática, separando as falas por temas que foram representados por letras em ordem alfabética. A leitura nessa fase da análise é “sintagmática”, com foco no pensamento que emerge através das falas e “paradigmática”, em que se “tem em mente o universo dos possíveis”. (BARDIN, 2016, p.98).

As diretrizes para o trabalho em territórios expostos à violência urbana, confeccionadas durante o grupo focal não passou por um processo de análise de dados. As estratégias aprovadas na reunião, bem como as alterações e sugestões de novas estratégias foram compiladas e validadas para se chegar ao produto final desta dissertação e responde ao objetivo geral da pesquisa.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Paraná - UFPR e aprovado pelo CAAE 66995917.0.0000.0102. A seguir foi avaliado pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, aprovado pelo CAAE 66995917.0.3001.0101.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e, a coleta de dados obedeceu todas as etapas preconizadas pela Resolução 466/2012 referente à pesquisa com seres humanos.

Por questões éticas, a entrevista foi realizada por uma das pesquisadoras, que não teve contato profissional prévio com a equipe participante do estudo. Foi tomada essa decisão, pois a autora atua como gestora da unidade de saúde, cenário do estudo, o que poderia causar constrangimento nas entrevistas e conflitos de interesse nas repostas. Os participantes foram identificados com a letra “P” de profissional e na sequência o número referente à ordem que os mesmos foram entrevistados, como por exemplo, “p01”, “p02” e daí por diante. Já para descrever as falar do grupo focal os participantes foram descritos como “P” de profissional e, na sequência “GF” de grupo focal, como por exemplo, PGF01, PGF02. Essas descrições tiveram como objetivo de assegurar o anonimato dos mesmos.

5 RESULTADOS

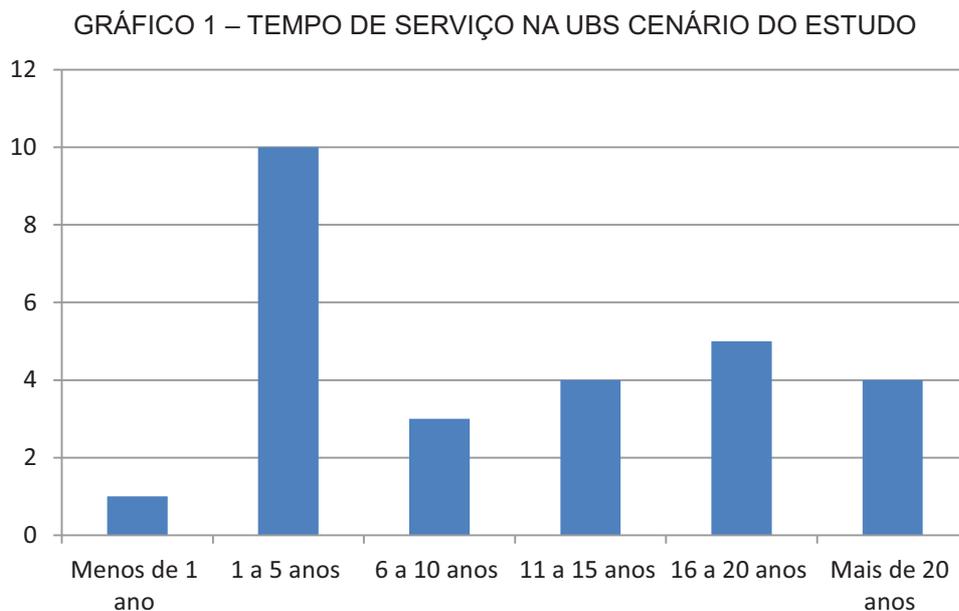
Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa a partir das duas etapas da pesquisa: as entrevistas individuais e o grupo focal. São apresentadas as características dos entrevistados, as classes que emergiram do a partir da análise textual pelo *software* IRAMUTEQ, bem como as características do grupo focal e a matriz de intervenção validada através deste grupo.

5.1 RESULTADOS DA 1ª ETAPA – ENTREVISTAS

5.1.1 Caracterização dos participantes das entrevistas:

As entrevistas ocorrerem entre setembro e outubro de 2017, no local de trabalho dos participantes, em sala reservada. Foram entrevistados 27 trabalhadores de nível superior, médio e fundamental.

Com relação ao tempo de trabalho na UBS cenário deste estudo, encontrou-se uma única funcionária (auxiliar de serviços gerais) com menos de um ano de trabalho no local, e dez funcionários entre um a cinco anos de tempo de lotação. Os demais contabilizaram mais de seis anos, sendo a funcionária mais antiga com 26 anos de lotação nesta UBS.

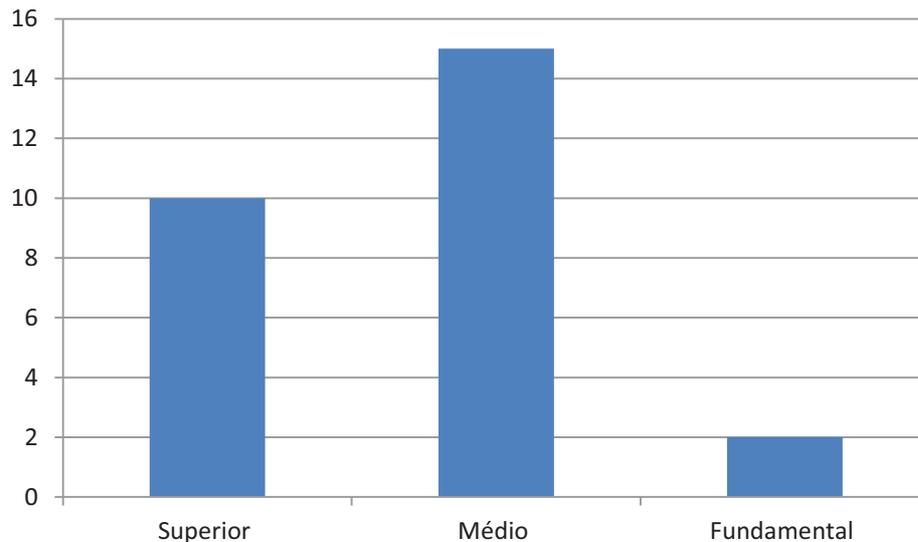


FONTE: A autora (2018)

Todos os funcionários que participarem das duas etapas da pesquisa estavam lotados na unidade de saúde, cenário do estudo, e exerciam suas atividades laborais diárias.

Quanto ao nível de formação para o cargo que ocupam, a maioria dos entrevistados possuem cargo de nível médio como demonstra o gráfico 3.

GRÁFICO 2 – NÍVEL DE FORMAÇÃO PARA O CARGO QUE OCUPAM NA SMS CURITIBA.



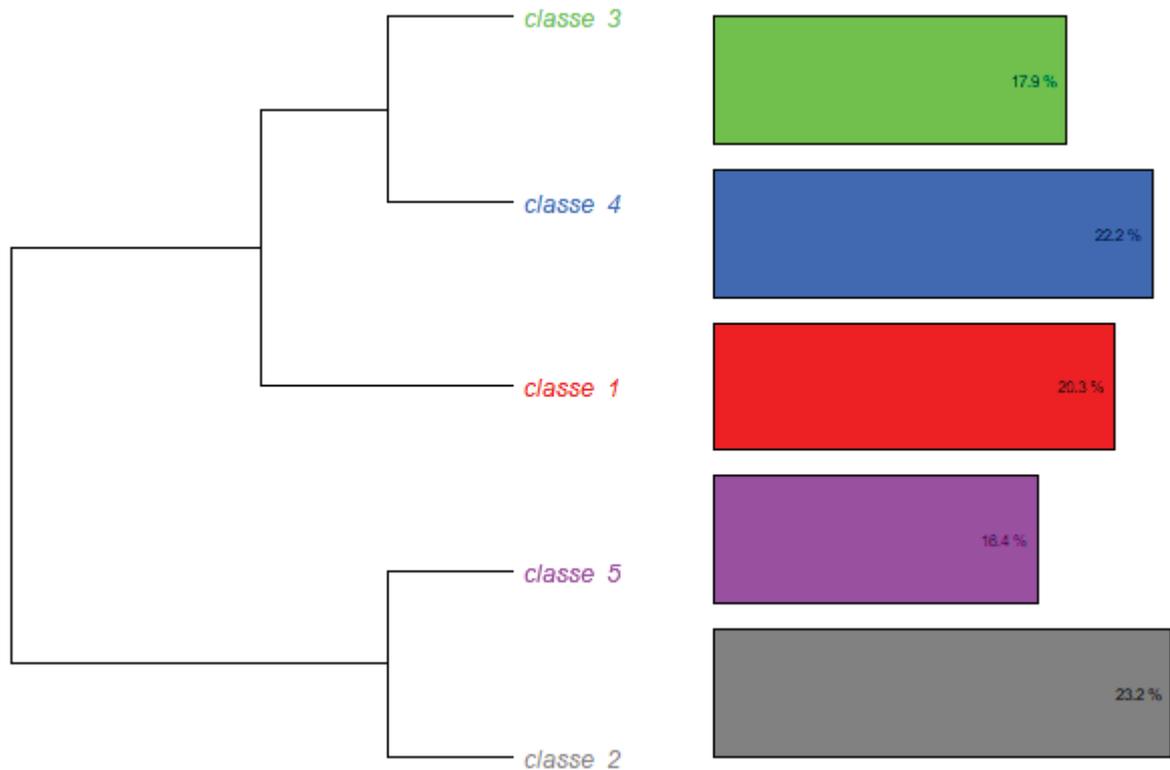
FONTE: A autora (2018).

Entre a realização da entrevista e a reunião do grupo focal, duas servidoras se aposentaram, não participando assim da segunda parte da coleta de dados do estudo.

5.1.2 Classes:

Posterior à realização e transcrição das entrevistas, foram processados e analisados 27 *corpus* textuais pelo *software* IRAMUTEQ. Destes textos foram obtidos 265 segmentos de textos - ST, sendo 207 destes aproveitados o que equivale a um aproveitamento de 78,11%. O processamento da CHD durou 16 segundos e gerou o dendograma descrito na figura 1.

FIGURA 1: DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDO PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2017)

O dendrograma para ser entendido, precisa ser lido da esquerda para a direita, de baixo para cima. Na Figura 1 pode-se observar que o *corpus* foi dividido primeiramente em duas metades: de um lado foi gerado dois *sub-corpus*, gerando as classes 2 e 5. Do outro lado, a outro *sub-corpus*, gerou a classe 1. Em um segundo momento, a classe 1, teve outra partição gerando as classes 3 e 4. Com isso a CHD estacionou, pois, as cinco classes se tornaram estáveis com ST com vocábulos semelhantes.

Após a estabilização dos ST e formação das classes, estas foram lidas de maneira sistemática e, na sequência intituladas pela autora como mostra a figura 2.

FIGURA 2: CLASSES

CLASSE 1	O impacto da violência ao profissional de saúde e o atendimento à população
CLASSE 2	Contato com a violência
CLASSE 3	Estratégias individuais para o atendimento
CLASSE 4	Estratégias da equipe para o atendimento
CLASSE 5	Vínculo com a população em cenário de violência

FONTE: A autora (2018)

As cinco classes foram compostas por 207 UCEs. De um dos *sub-corpus* foi gerado a classe 2 com 48 UCEs, concentrando 23,2% das UCEs do *corpus* total e a a classe 5 que obteve 34 UCEs correspondendo a 16,4% do total. De outro *sub-corpus*, com 42 UCEs, surgiu a classe 1, somando 20,3% das UCEs e, mais duas divisões: as classes 4 e 3. A primeira com 46 e a segunda com 37 UCEs, somando respectivamente 22,2% e 17,9% do total do *corpus*. Para cada classe, foi gerada uma lista de palavras, que foram geradas a partir do teste do qui-quadrado (χ^2) como demonstrada na figura 2 . A porcentagem referente ao conteúdo é a “ocorrência da palavra nos segmentos do texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*”. (CAMARGO; JUSTO, 2016, p.10).

FIGURA 3: DENDOGRAMA DAS CLASSES

CLASSE 2 Contato com a violência 48 UCEs 23,2%		CLASSE 5 Vínculo com a população em cenário de violência. 34 UCEs 16,4%		CLASSE 1 O impacto da violência ao profissional de saúde e o atendimento à população 42 UCEs 20,3%		CLASSE 4 Estratégias da equipe para o atendimento. 46 UCEs 22,2%		CLASSE 3 Estratégias individuais para o atendimento 37 UCEs 17,9%	
Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2
trabalhar	48,8	violencia	23,4	visita domiciliar	20,2	atendimento	42,6	conversar	22,7
pensar	43,8	maior	20,7	medicação	20,2	resolver	21,6	procurar	22,03
sair	41,9	considerar	20,7	ficar	19,8	problema	14,3	falar	20,8
gosto	19,04	agressão	20,7	guerra	19,2	momento	13,8	tentar	20,7
população	16,01	profissional	20,6	caso	19,2	atender	13,2	certo	18,04
movimento	13,5	familia	15,9	só	17,9	usuário	12,7	evitar	14,2
estranho	13,5	vivenciar	15,09	rapaz	16,02	unidade de saúde	11,6	dizer	14,2
unidade	10,2	parte	12,9	ouvir	16,02	complicado	10,1	jeito	13,9
risco	9,3	comunidade	12,3	criança	15,2	questão	7,8	contato	13,5
motivo	9,3	viver	11,4	período	15,2	chegar	6,7	alterar	13,5
claro	9,3	sentido	10,2	descer	15,2	defender	6,6	violento	12,8
lugar	7,9	humano	10,2	arma de fogo	11,9	saber	6,2	vez	9,07
equipe	7,9	melhor	8,7	chamar	11,3	vir	5,5	cuidado	8,9
bom	7	achar	7,3	casa	10,3	maneira	5,1	estratégia	7,9
querer	6,41	sofrer	7,09	passar	9,5	colega	4,6	tranquilo	6,5
bacana	6,15	forma	7,09	vila	9,2	situação	4,5	dar	6,4

FONTE: A autora (2018).

5.1.2.1 Classe 1 – O impacto da violência ao profissional de saúde e o atendimento à população.

Na classe obteve-se como perfil lexical, ou seja, palavras mais repetidas: medicação, visita domiciliar, ficar, guerra, caso, só, ouvir, descer, período, criança e arma de fogo. Todos esses vocábulos possuem $\chi^2 > 11,3$. Nesta classe pode se observar como que os profissionais de saúde atuam no cenário de violência.

Com relação ao impacto da violência, de como ela afeta / afetou o profissional de saúde, os profissionais fizeram as seguintes considerações:

Você não consegue ficar indiferente ou levar isso como uma coisa só profissional... Acaba atingindo você. (P 01).

Você vê o resultado daquilo (da violência) e realmente acaba machucando a gente e também violência contra criança, eu tive uma criança com ferimento por arma de fogo na face e é uma coisa muito traumatizante, a gente acaba sendo atingido. (P 01).

Outra coisa que para mim foi muito chocante foi quando duas crianças viram a mãe se enforcar e ficaram a tarde toda vendo a mãe enforcada e depois uma vizinha enxergou a mãe pela janela...” (P18).

(...) até mesmo ouvindo tiros, então para a gente foi um período bem crítico mesmo, tinha que fechar todas as janelas (...). (P19).

Nesta classe surgiram ainda situações onde o medo e o temor são explicitados e a violência ocorre dentro da unidade de saúde.

(...) desarmou um rapaz aqui dentro e ficou com a arma de fogo dele e depois eles vieram resgatar a arma e aí eu estava no estacionamento e quando eu vi um monte de rapazes querendo pular e invadir o posto, fiquei bastante preocupada, medo de morrer mesmo. (P03).

A gente viveu um período bem crítico de grande violência na Vila e, as pessoas, às vezes, se escondiam na unidade de saúde. Então a gente estava atendendo e o pessoal entrava na sala com medo e se fechavam em nossas salas. (P19).

Fiquei com muito medo em certas ocasiões por isso a gente ficou restrito a trabalhar na unidade e só saíamos mesmo em momentos que via que dava para sair (...). (P23).

Em outra perspectiva, com relação ao impacto da violência nos atendimentos aos usuários e à comunidade, os participantes da pesquisa trouxeram alguns pontos:

Afetou um pouco os usuários, pois não desciam (até a unidade) e tinham que fazer consulta, mas não vinham porque tinham medo (...). (P02).

Então no meu caso, eu que fazia todo o acesso dos usuários até à unidade de saúde e, vice e versa. Eu que levava a medicação, o médico até eles, porque eles não podiam vir até à unidade. (P04).

Quando teve aquela situação de violência na área, a guerra das gangues a gente ficava alguns dias sem fazer visita domiciliar e isso afeta os pacientes por causa da falta de visitas. (P17).

A gente ficou muito prejudicado no trabalho porque a gente deixou de fazer visita domiciliar, o pessoal que estava lá em cima não podia descer... (P18).

Quem tem dor de dente, por exemplo, não dá para atender em casa, muitas vezes só medicação sozinha não resolve. (P18).

A minha área é a área de cima, então ficou um bom período sem o pessoal vir para cá (unidade de saúde), tinha que ir atrás das gestantes, das crianças de risco que a gente acompanhava e a mãe não traziam. (P19).

Para não deixar principalmente as crianças pequenas, então a gente ia para lá, pegamos uma casa na nossa área que nos ofereceram em um local meio

neutro para eles poderem ir porque eles não tinham acesso aqui na unidade. (P19).

5.1.2.2 Classe 2 – Contato com a violência.

Nesta classe obteve-se como perfil lexical (palavras mais repetidas): trabalhar, pensar, sair, gosto, população movimento, estranho, unidade, risco, motivo. Todos esses vocábulos possuem $x^2 > 9,28$, tendo os dois primeiros vocábulos $x^2 > 43,78$. Nesta classe observa-se que os trabalhadores descrevem as experiências e o contato propriamente dito com a violência.

Com relação ao contato com a violência, os profissionais descreveram suas experiências, como descrito abaixo:

Geralmente são tiros. Você está em uma área e é surpreendido por disparos de arma de fogo, conflitos armados, mortes, pessoas que são assassinadas na via pública (...). (P01).

Muitas vezes somos surpreendidos em pleno atendimento em área, teve situações de a gente estar fora e ter tiroteios e você está no meio, então você procura de abrigar, se esconder. (P01).

Teve época da guerra em que a gente trabalhava e via tiroteios acontecendo e a gente no meio tendo que se esconder, mas não era direcionado para gente. (P04).

Teve uma situação que vi um cara levar um tiro no pé do meu lado e de uma colega, ali me bateu desespero, mas eu mesmo nunca sofri violência. (P04).

Um cara levou um tiro, tentou entrar na unidade e não conseguiu e morreu ali na frente e a esposa estava grávida e ficou ali segurando uma sombrinha para não ir sol no corpo dele e esperando o SIATE. Isso me marcou bastante. (P18).

Ninguém se acostuma com a morte, ninguém se acostuma com essa violência. (P18). (...) Violência na rua de guerra de gangues, teve um momento que teve tiroteio em área e eu estava bem no meio da rua e me escondi no muro, foi assustador. (P23).

A comunicação foi um tema abordado nessa classe. Nela, os participantes referem como se comunicam rapidamente para avisar uns aos outros de quando o território tem alguma situação de perigo e, da importância do ACS e da comunidade nesse processo.

A gente procura através das ACS e da comunidade, e eles acabam nos falando 'oh, hoje tá muito tenso, cuidado'. (P01).

As ACS sempre avisam a gente, [...] qualquer coisa que esteja acontecendo diferente na Vila, então a gente tenta se comunicar o quanto antes pelo *whatsapp* para a gente se proteger e se resguardar. (P03).

Se tem muita polícia na Vila já para a gente não ir porque é perigoso ou alguma coisa... a gente já se avisa rapidinho quem sabe já avisa os outros via *whatsapp*. (P03).

A gente tem um grupo de *whatsapp* e, vamos supor que eu sei de uma situação que tá acontecendo na minha área, eu aviso pelo grupo de *whatsapp* e ninguém mais vai (para a área). (P04).

Então nós temos um grupo de *whatsapp* e que quando a gente sabe de situações a gente vai passando. Quando tem atendimento em área, a gente avisa que está complicado de sair. (P05).

Quando tem uma situação de violência na área, as ACS avisam que não é bom sair (...). (P17).

5.1.2.3 Classe 3 – Estratégias individuais para o atendimento.

Na terceira classe obteve-se como perfil lexical: conversar, procurar, falar, tentar, certo, evitar, dizer, jeito, contato, alterar. Os vocábulos desta classe alcançaram $\chi^2 > 13,47$. Nesta classe observa-se que os trabalhadores descreveram as estratégias individuais que os mesmos utilizam para o atendimento em territórios expostos à violência.

Os participantes trouxeram estratégias ligadas à comunicação para evitar / minimizar conflitos dentro da unidade de saúde, afirmando que a maneira como se aborda o usuário deve ser cuidadosamente escolhida.

Tomar cuidado para suavizar ao máximo o não, porque às vezes um 'não' que a gente fala, eles interpretam como uma coisa pessoal e aí pode gerar consequências...". (P03).

A gente tenta lidar com isso tratando eles com educação [...]. (P06).

Uma das coisas que a gente faz aqui é que a gente evita ao máximo o confronto, [...] talvez seja a nossa maior estratégia. (P07).

Se um está alterado, o grupo todos se altera e cria um conflito enorme... A gente tenta ser o mais educado possível e a gente releva muita coisa. (P08).

Eu sou muito tranquila, então se as pessoas estão levantando a voz ou alguma coisa [...], que é aquela exaltação por algum motivo ou por alguma coisa que não conseguiu, a gente tenta conversar (...). (P12).

Em outro momento, surgem falas a respeito do sentimento de responsabilidade em proteger o colega de trabalho, de como agem em uma situação já constatada de conflito dentro unidade de saúde e a importância em se manter um ambiente de trabalho calmo e tranquilo.

A própria equipe se protege. Se a gente percebe que um colega está se alterando, você já o tira de cena e aí assume você mesmo. (P09).

Então a gente tenta falar a mesma língua, e quando vê que ali é uma pessoa que já não dá certo com aquela ali, outra pessoa já atende no seu lugar... A equipe tem um senso de proteção muito grande por conta de tudo que já aconteceu então, a equipe é bem perceptiva a essas situações. (P12).

Geralmente quando chega alguém meio alterado, eles (equipe) procuram acalmar o paciente e conversa, mas sempre está ali um cuidando do outro. (P15).

Isolar a pessoa, colocar ela numa sala e conversar, tentando dialogar sem agressividade, com muita calma e orientar o porquê está acontecendo aquilo. Tirar do meio da plateia, geralmente eles fazem mais por causa da plateia. (P13).

A minha estratégia é deixar a pessoa falar, não confrontar, deixar que ela extravase, digamos assim, geralmente é o que dá resultado e depois a mesma pessoa volta tranquila, se não a coisa vai para frente. (P16).

Mesmo que eles estejam meio alterados, você tenta ficar tranquila, mesmo que às vezes não consiga, mas a gente tenta ficar tranquila, falar mais calmamente com a pessoa e ver a situação dela, ver o que realmente ela está precisando. (P17).

Então assim, sempre digo para mantermos um ambiente de trabalho tranquilo porque já basta a violência lá fora, a gente tenta pelo menos não deixar que isso afete tanto [...]. (P18).

5.1.2.4 Classe 4 – Estratégias da equipe para o atendimento.

Na classe quatro obteve-se como perfil lexical: atendimento, resolver, problema, momento, atender, usuário, unidade de saúde e complicado. Os vocábulos desta classe alcançaram $\chi^2 > 10,15$. Nesta classe observa-se que os trabalhadores descreveram as estratégias utilizadas no coletivo, no que pese o envolvimento da equipe para o atendimento em territórios expostos à violência.

Nesta classe as estratégias da equipe, aparecem como uma somatória das estratégias individuais. Emergem novamente as falas sobre o sentimento de

proteção ao colega, a tranquilidade na comunicação com o usuário a fim de evitar conflitos, a comunicação rápida via *whatsapp* com o objetivo de avisar à equipe se há risco no território e de como agem em situações de conflito dentro da unidade de saúde. A única estratégia que emerge nesta classe que difere da classe 3, é com relação ao uso do jaleco branco como forma de identificação do profissional de saúde.

A gente sempre tenta um proteger o outro (...) para poder conseguir atender, então sempre tentando um proteger o outro e ir se cuidando no que fala porque é fácil piorar a situação. (P03).

(...) Mas a gente se comunica o quanto antes um como outro via *whatsapp*.” (P03).

Porque a gente sabe quanto tá ou quando não tá perigoso (...). (P05).
E isso nos valeu aqui uma situação muito confortável, o fato assim, de que quando acontecem essas situações (de conflito), que são muito raras, a equipe tenta afastar a pessoa que está envolvida e tenta manter e não romper com aquele usuário que veio para a unidade de saúde. (P07).

A gente já viabiliza o máximo que a gente pode o acolhimento... Olha, a gente é bem companheiro um do outro, se a gente vê que um colega teve uma situação de apuro, se um colega está passando uma situação difícil com aquela pessoa, eu tento entrar e amenizar a situação ali e resolver. Assim que a gente age aqui (...). (P08).

Quando eu vejo que o usuário veio mais agressivo, se eu não estou bem naquele dia, eu já peço para outro colega atender. Então isso acontece muito, a gente chama um colega para estar intervindo e atendendo esse usuário no seu lugar e é isso... Se não tem ninguém no momento, você vai ter que atender e ponto. (P09).

O que nos protege são os jalecos brancos. Neste período a gente não conseguia atender porque eles tinham medo de vir até a unidade de saúde. A gente tentava fazer assim: eles vinham por outros caminhos o horário que eles quisessem e a gente atendia. (P19).

5.1.2.5 Classe 5 – Vínculo com a população em cenário de violência

Na quinta classe obteve-se como perfil lexical: violência, maior, considerar, agressão, profissional, família e vivenciar. Os vocábulos desta classe alcançaram $\chi^2 > 11,36$. Nesta classe observou-se que os trabalhadores descreveram como a violência afeta o profissional de saúde e o vínculo com a população adscrita em um território exposto à violência urbana.

A violência causa um impacto muito grande para os profissionais de saúde, você acaba sentindo a violência por ser muito próxima contra pessoas que você atende com as quais você tem uma relação de muitos anos (...). (P01)

É, eu acho que afeta porque faz com que a gente pense de uma maneira diferente do ponto de vista profissional a respeito de como se portar perante a clientela. A clientela é difícil de lidar nesse sentido. (P07)

Então das vezes que aconteceu foi para que eu me preparasse melhor para atender. Tenho estratégias... Primeiro assim: jamais esquecer que sou profissional, então que as pessoas daqui vivem em um ambiente de extrema violência em que a linguagem comum ou coloquial é permeada de muita violência. Como profissional tenho que entender e compreender isso até para a pessoa começar ter a possibilidade de ser escutada e não precisar utilizar desse tipo de expediente de violência. (P07).

Não pela violência comigo. No começo, quando vim para cá fiquei chocada com a violência que acontece lá fora e com as famílias e com o tipo de vida que eles levam (...). (P14).

Não que a gente esteja banalizando a violência. De jeito nenhum! Porque é um ser humano que está indo e uma família que está ficando sem aquela pessoa... Muitos de nós já perdemos entes queridos e sabemos como isso é triste, não importa se estava envolvido ou deixava de estar envolvido. (P18).

Não tenho esse sentimento (de sair da US por conta da violência) eu acho que a gente é muito útil aqui principalmente na saúde da família, a gente tem um envolvimento maior, você tem um vínculo. (P19).

E mesmo trabalhando nessa unidade de saúde, passado alguns anos e outras situações eu vi o quanto essas pessoas gostam de mim independente da violência, independente da situação, essa comunidade me acrescentou muito. (P23).

Nunca! (sair da unidade por conta da violência) É um dos melhores locais onde já trabalhei. [...] Das comunidades que trabalhei, eu considero é a que mais necessita do meu trabalho profissional, onde eu vejo realmente um resultado imediato de muitas das minhas intervenções. E eu considero de fácil acesso para mim e onde eu tenho me realizado muito profissionalmente no meu trabalho. (P24).

5.2 RESULTADOS DA 2ª ETAPA - GRUPO FOCAL

As categorias apresentadas neste capítulo são advindas da segunda fase análise de conteúdo do grupo focal, onde se separou as falas por termos através da transversalidade temática.

5.2.1 A Violência e o profissional de saúde.

Nesta categoria os participantes trataram sobre suas experiências e o trabalho no cenário de violência, dentro e fora da unidade de saúde.

As senhoras diziam para nós que eram interceptadas no trajeto até à unidade e que diziam para elas que se viessem outra vez, eles iam pegar, porque não podiam vir, porque o posto de saúde estava na área deles. (PGF01).

E todos sabem aqui que o risco não é só em área. Nós tivemos inúmeras situações dentro da própria unidade. Nós já discutimos isso diversas vezes e temos que avaliar sempre, porque um médico morto não ser para mais nada. (PGF03).

Nem todos os usuários são santos, tem gente que vem mal intencionada, com sete pedras a mão. E a gente é agredido... Então você tem que saber lidar com isso, nem sempre o usuário é santo, muitas vezes ele vai te dar uma pernada, mas isso faz parte. Você tem que estar preparado para ser agredido também... Saber ter uma postura positiva frente a isso. (PGF03).

Tem que cuidar mesmo com isso porque no dia a dia você acaba adquirindo uma certa indiferença, uma certa insensibilidade em relação aos pacientes que estão ali esperando, a gente esquece, você tá do outro lado, temos que tomar cuidado. Então essa coisa na relação com os pacientes acaba transparecendo, essa sua descontração às vezes soa mal, incomoda um pouco e a gente não percebe. Porque aquilo ali acaba virando uma rotina para gente... A gente brinca até para nos proteger de certa forma, mas são coisas que a gente precisa ficar atentos. Uma vez um colega me disse que a gente tem uma tendência a fica insensível, porque a população agride e você começa a revidar e você acaba ficando cínico, insensível, isso é um perigo. Isso para quem trabalha na área da saúde é fim de carreira. (PGF03).

É muito difícil um homem não ser produto do próprio meio, isso é tão complicado e assim nós que trabalhamos em situação difícil às vezes nós nos tornamos também um pouco rude, áspero, porque é todo dia, né? Caramba trabalhar com isso todo dia não é fácil! Você deve sempre falar com cordialidade, explicando tudo (...). (PGF04).

5.2.2 Integralidade da atenção e a Estratégia Saúde da Família

Nesta categoria os participantes trouxeram a importância do cuidado e da atenção integral a população e o trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O nosso trabalho é baseado na ESF, então o nosso olhar é diferente de uma unidade básica. Então nós da ESF temos um olhar diferente, é um vínculo diferente, um olhar do cuidado diferenciado. (PGF01).

Existem alguns pressupostos da APS que nos exige uma postura ativa de cuidado com relação à população da nossa área de abrangência. A função da APS é o cuidado. Então nós somos avaliados em cima de ações de promoção, prevenção, incluindo o trabalho de equipe multidisciplinar e com a participação da comunidade. (PGF03).

A palavra correta e 'atenção integral', a equipe tem que se adequar de acordo com seu propósito, quer dizer, você vai ter mais profissional ou menos de acordo com seu perfil epidemiológico de onde você atua. A pessoa vem aqui você pega todas as necessidades daquela pessoa e da sua família, isso é cuidado integral. (PGF03).

5.2.3 Vínculo com a população

Os participantes da pesquisa nesta categoria abordaram a importância do vínculo com a população.

[...] E isso criou uma possibilidade enorme de se criar vínculo e cria um conforto muito grande, que é uma relação muito agradável, que é a continuidade do cuidado. (PGF03).

Eu entendo que o colega fala com relação a respeito mútuo. A gente é responsável pelo paciente, mas o paciente também é responsável por nós e, isso ultrapassa o vínculo. A relação profissional e paciente ela tem uma linha tênue, se um dos dois passa de linha limite a relação fica ruim. Tem que ter limite, e é uma coisa difícil de fazer. (PGF03).

Questão de respeito mútuo tem que ser bem estabelecida, não só empatia. Vínculo é uma relação harmônica de respeito. Acho que além de empatia, deve vir o respeito mútuo. (PGF04).

5.2.4 Valorização / Suporte para os profissionais

Os profissionais nesta categoria abordaram sobre a importância da qualidade do ambiente de trabalho e o suporte institucional dado aos mesmos.

O ambiente de trabalho propicia um bom acolhimento para todos os trabalhadores e usuários. Vale a pena colocar algum item sobre a importância da ambiência. (PGF01).

A reforma da unidade de saúde, ficou mais clara, mais bonita, e todos nós melhoramos, a comunidade melhorou (...). (PGF04).

A perspectiva profissional também depende do valor que a instituição dá a esse tipo de coisa. Não é só ganhar mais, mas a política em relação à equipe, porque a equipe sofre também com a violência. Porque de 62 mil homicídios no Brasil, ok, 62 mil. Agora quando mata a 'Maria' que foi minha paciente, essa coisa pega pesado, o profissional sente isso. Então acho que tinha que ter uma política para fixar essas pessoas nestes locais, mas também é preciso ver o reflexo da violência nessas pessoas. A gente tem sentimento. Então tem a questão da remuneração, da valorização, mas não é só isso (...). (PGF03).

Então, eu acho que as equipes de saúde juntamente com a instituição deveriam ser assim: 'quer prestar assistência nessas áreas, precisa prestar assistência nessas áreas, para estas pessoas, precisa ter uma política para

atender essas pessoas. Acho que a instituição precisa ter uma política para atendimento às pessoas vulneráveis. (PGF03).

A valorização do profissional para se criar vínculo. Eu não sei se isso ajuda o profissional a vir para cá, mas acredito que deveríamos ganhar (incentivo financeiro) como forma de valorização profissional, por estar envolvido em uma situação complicada, em um território complicado. E isso tem a ver com a rotatividade, porque tem profissionais que não conseguem suportar essa carga de risco e acaba saindo e outros suportam por conta de alguns benefícios que esperam um dia ganharem. Mas de qualquer forma são estratégias para se tentar manter os profissionais lotados para se estimular o vínculo. (PGF04).

5.2.5 Estratégias para atendimento em áreas expostas à violência urbana.

Nesta categoria os participantes relataram as estratégias para qualificar o atendimento em áreas expostas à violência.

Na questão do apoio, muitas vezes levamos para o lado lúdico para aliviar aquilo que a gente vê, teoricamente levando na brincadeira, mas é uma espécie de terapia em grupo das coisas que acontecem. (PGF05).

Por isso a importância das reuniões frequentes, porque você fala, troca ideias, te dá um centro, você para pra pensar um pouco, é muito importante. (PGF01).

Então é importante ter esses momentos para discussão de estratégias. (PGF02).

Conviver no dia a dia em situação de conflito, por si só já é complicado. E muitas vezes o que nos faz suportar e acaba gerando em quem está perto com a mesma sensação de estar no limite. Eu vejo muitas vezes assim: de vez em quando até percebo que o colega tá chateado, eu olho para o colega e digo 'tudo bem a gente vai conseguir, vai superar isso'. Mas o importante é que a gente tem união. Porque se o problema está difícil individualmente, é melhor resolver em equipe, mas se a equipe está esfacelada não vamos conseguir resolver. (PGF04).

Quando uma equipe fala mal do outro para o usuário, aí já era... Ou seja, quando falta o companheirismo a equipe perdeu. Então é assim, quando você triangula com o usuário, não pode fazer isso. Eu posso ter um atrito com um colega, mas vai ser com ele, não posso envolver um usuário porque isso fere o companheirismo. (PGF05).

O contato com as lideranças, eu acho que a gente podia melhorar isso sabe? Até para poder saber, em pontos estratégicos da área, como esta a situação. Tem que ter uma comunicação melhor com as lideranças. Devemos nos organizar em rede. (PGF05).

Outra coisa que tem que ser lembrada é que em área nos temos que andar de jaleco e a pé. O uso do jaleco é uma questão que deve ser lembrado assim, têm alguns colegas que não usam jaleco com a utilização de alguns argumentos, um deles é de se aproximar. Mas aqui é obrigatório, é uma maneira de se identificar. (PGF05).

Nesse caso se você bater boca é pior, eles tendem a responder como são tratados, na verdade tem que ser polidamente. Se o usuário responder de forma rude a má educação é dele. (PGF05).

As pessoas aqui são pós-graduadas em barraco, então não bata boca mesmo se você estiver certo, porque se o usuário perder no argumento, ele tende a ser violento e não tem vantagem nenhuma. Então a gente pode posar de bobo mesmo, mas é melhor evitar o conflito. (PGF05).

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão descritas as discussões da pesquisa fundamentadas na literatura.

6.1 DISCUSSÃO DA 1ª ETAPA – ENTREVISTAS

Neste subcapítulo serão apresentadas as discussões dos resultados da 1ª etapa da coleta de dados que foram as entrevistas.

6.1.1 Caracterização dos participantes das entrevistas.

Com relação aos participantes da entrevista nota-se que a formação dos entrevistados acompanha perfil dos profissionais de atenção básica no território nacional. Neste estudo, os profissionais de nível médio alcançaram 55,5% do total dos profissionais. Em sua pesquisa sobre a organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família, Cotta et al (2006) relata que 60,7% dos profissionais possuem nível técnico ou 2º grau completo (atual ensino médio).

Já em correspondência ao tempo de permanência no serviço somente um funcionário possuía menos de um ano. Os demais possuíam mais de cinco anos de serviço da unidade cenário deste estudo. Com essa característica, espera-se que a equipe tenha maior conhecimento de seu território, suas potencialidades e fragilidades, da população adscrita e suas necessidades de saúde, culminando assim para a formação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado. (MACHADO, et al., 2016).

6.1.2 Classes

6.1.2.1 Classe 1 – O impacto da violência ao profissional de saúde e o atendimento à população.

Nesta classe com relação ao impacto da violência ao profissional de saúde emergiram dois contextos: o primeiro as situações onde a violência no território e aos usuários atendidos, traz sentimentos que ferem, chocam e assustam os

trabalhadores e como impactam no atendimento aos usuários; o segundo traz situações onde a violência adentra os limites da unidade de saúde, tornando o local de trabalho um ambiente inseguro, trazendo sentimentos de medo e temor sobre suas próprias vidas.

A equipe de saúde de família ainda possui como característica de seu trabalho diário vivenciar situações muito próximas de situações limite como pobreza, desigualdade social, violência, abandono e doença, o que pode acarretar o surgimento de sentimentos como frustração, medo, impotência e angústia, como se pôde observar nas falas desta classe. (CARDOSO et al., 2016).

Os participantes também relataram algumas situações que os pegavam de surpresa em área, o que ocasiona o estresse. Foi demonstrado então, o quanto a violência afeta o trabalhador. Este fenômeno coloca à tona sentimentos diversos e, que pode causar agravos à saúde. Todavia, transcendendo às suas limitações, observa-se que emerge a capacidade de resiliência do profissional de saúde em oferecer um cuidado integral a sua população. (SANTOS, et al., 2017).

O profissional da atenção primária à saúde, mas especificamente a equipe de estratégia de saúde da família tem o convívio mais acentuado com a violência urbana devido à estreita relação com a população atendida, tanto no ambiente da unidade de saúde, bem como fora dela, como ocorre nos atendimentos domiciliares. Tal circunstância aumenta a vulnerabilidade desses profissionais, podendo trazer consequências à saúde. Trabalhar com a violência tão próxima torna essa ação diferenciada, sendo recomendável reconhecer essa dinâmica. (KEBBIAN, CECCHETTO, 2017).

Em outro momento nesta classe, os participantes informaram as dificuldades encontradas para o atendimento aos usuários em períodos mais críticos de violência. As guerras de gangues citadas pelos profissionais sinalizam a disputa pelo poderio do tráfico de drogas no território. Nessa conjuntura, troca de tiros, assassinatos, espancamentos dentre outras demonstrações de violência são citadas como situações cotidianas no cenário do estudo.

Durante o referido período da guerra de gangues que ocorreu entre os anos de 2013 a 2015, o território foi dividido ao meio e, por conseguinte, a unidade de saúde por estar localizada na parte de baixo da Vila das Torres, foi sitiada pela “gangue de baixo” impedindo que os moradores que morassem na parte de cima pudessem acessá-la. Gonçalves et. al. (2017, p. 20) em seu estudo, afirmam que “a

violência urbana revela diferentes significados e consequências. Trata-se de uma construção social com demarcações temporais e espaciais”.

Os trabalhadores informaram como impacto no atendimento aos usuários, o bloqueio de suas saídas da unidade para visitas domiciliares durante períodos críticos de violência. Soma-se a isto, a dificuldade no acesso dos usuários à unidade nestes períodos. Esta situação reflete no acompanhamento dos usuários e influencia no cuidado integral à população atendida.

Esse impedimento no atendimento gerou sentimentos de ansiedade e preocupação para os trabalhadores no período mais agudo da violência. Tal contexto demonstrou a dificuldade de acesso tanto da equipe em chegar até aos usuários, quanto estes de chegarem até à unidade de saúde. Para Benício e Barros (2017, p.109) a violência como barreira de acesso:

Refere-se a uma realidade constante no cotidiano das comunidades. As regras de acesso, impostas por facções ligadas ao tráfico de drogas e armas inibem a entrada de profissionais de saúde que não moram nas comunidades, comprometendo a visita domiciliar das equipes de ESF e, ao mesmo tempo prejudicam a circulação de alguns moradores até o território onde a UBS está instalada.

No referido contexto observou-se que mediante as situações de violência no qual o território está exposto, onde os trabalhadores experimentam sentimentos diversos e contraditórios, existe a preocupação dos mesmos com relação à qualidade e a reponsabilidade em ofertar atenção integral aos seus usuários. Esse posicionamento dos profissionais, apesar do cenário violento, traz ao gerente uma gama de possibilidades para atuar e criar estratégias de organização de trabalho de forma coletiva, a fim de se alcançar à integralidade do cuidado à sua população.

6.1.2.2 Classe 2 – Contato com a violência.

Na segunda classe os participantes do estudo trouxeram no primeiro momento como vivenciaram a violência e de que forma esta se manifestou. Na sequência das falas, informam como a equipe se comunica e avisa uns aos outros quando há perigo ou risco no território.

Com relação à violência vivenciada, no conjunto das falas percebeu-se que os trabalhadores em nenhum momento se sentem como alvo da violência armada, diretamente ligada ao tráfico de drogas, inerente ao território, mas sim,

surpreendidos por ela. Machado (2016, p.3) diz que “os profissionais de saúde estão expostos, nos cenários de trabalho, à violência indireta que pode decorrer do convívio, da interação e do testemunho da violência externa (...)”.

A comunicação também foi abordada nesta classe, os participantes citaram a importância de se comunicarem rapidamente para avisar uns aos outros com relação à situação de perigo no território. Nesse processo citaram a relevância do uso do aplicativo *whatsapp* e dos ACS, como profissionais estratégicos nesse processo de comunicação.

A comunicação é uma função vital pela qual os pessoas e serviços interagem uns com os outros, assim como o meio ambiente e com o próprio grupo, influenciando-se reciprocamente e transformando fatos em informação. (SPAGNUOLO, PEREIRA, 2007). A utilização do aplicativo *whatsapp* demonstrou ser a maneira mais adequada, embora informal, para facilitar e agilizar a informação sobre o território com o objetivo de dar suporte nas tomadas de decisão tanto do gerente quanto das equipes.

O *whatsapp* é um aplicativo que é capaz de trocar mensagens de texto, áudio e vídeo entre pessoas que possuam aparelhos de celular do tipo *smartphones*. Na contemporaneidade o uso cada vez maior das Tecnologias de Informação e Comunicação – TCI torna-se pertinente utilizar esta ferramenta, que já é difundida e muito utilizada no meio social, para outras finalidades. (ARAUJO, BOTTENTUIT JUNIOR, 2015).

As ACS também foram citadas como profissionais estratégicas no contato com a equipe acerca de situações ou possíveis situações de violência no território. Estas profissionais são fundamentais no trabalho das equipes de APS, pois fortalecem e estreitam o vínculo entre o serviço e o usuário, possui a particularidade de pertencer àquela comunidade, extremamente conhecedora do território, sendo um profissional de importância como motivador ao protagonismo social e ao cuidado à saúde. (CARDOSO, et al., 2016; SANTOS, et al., 2017).

A comunicação demonstrou ser uma ferramenta importante para a proteção da equipe. Além disso, observa-se que é fundamental para a tomada de decisão e consequentemente uma aliada para o gerenciamento e organização do processo e trabalho, em serviços expostos à violência urbana.

6.1.2.3 Classe 3 – Estratégias individuais para o atendimento.

As estratégias nesta classe emergem do âmbito individual e despontaram para duas frentes: a primeira com relação à comunicação com o usuário, onde os profissionais relatam a importância desta ferramenta para se evitar / minimizar conflitos; a segunda, os participantes trazem o sentimento de responsabilização do cuidado com o outro, inferindo o senso de proteção do grupo.

Das estratégias citadas, o cuidado na comunicação, e dela se fazer entender de forma assertiva e eficaz, é uma estratégia que merece ser destacada. A comunicação é o centro do pensamento humano, Freire (1983, p.44) afirma que “todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos se dá através de signos linguísticos. O mundo é humano e, dessa forma um mundo de comunicação”.

De acordo com Peres e Ciampone (2006, p.497) “a comunicação é a troca de informações, fatos, ideias e significados. Entre os componentes de uma comunicação estão: a mensagem, o comunicador, o receptor e o meio”. A comunicação pode sofrer em seu processo algumas influências e interferências, contudo, a maior delas ocorre devido aos ruídos de interpretação, que são responsáveis de desvirtuar a mensagem durante o processo comunicativo. (PERES; CIAMPONE, 2006).

Na relação com o paciente percebe-se que, é importante que se faça presente uma escuta ativa a fim de acolher e compreender as necessidades de saúde dos usuários. Neste sentido, a comunicação verbal e não verbal devem ser usadas de “forma consciente para que possamos estabelecer uma interação terapêutica” para o cuidado. (SPAGNUOLO, PEREIRA, 2007, p.1606).

A comunicação começa com uma escuta ativa do cidadão e esta se dá na porta de entrada da unidade de saúde, onde o usuário é acolhido. O acolhimento efetivo tem demonstrado ser uma tecnologia importante no trabalho das equipes de ESF. Para Matumoto et. al. (2002, apud BUENO; MERHY, 1997, p.1) “o acolhimento na saúde vai além da recepção, atenção, consideração, [...]. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo para a construção de vínculo”. Nesse processo Matumoto et. al. (2002) complementam que a comunicação tem aspecto fundamental.

Outra estratégia trazida mais uma vez diz respeito à comunicação, colocando a importância de todos da equipe “falarem a mesma língua” a fim de evitar ruídos de comunicação e possíveis situações de estresse e conflito. Ainda com relação à comunicação, expuseram ainda que, quando há o conflito na unidade de saúde, é importante que uma pessoa esteja calma, retire a pessoa que está causando o conflito do local, levando para um local mais tranquilo para conversar. Essa estratégia faz com que a comunicação neste caso, mesmo em uma situação conflitiva tenha a tendência de acontecer de forma mais adequada.

Ainda nesta classe, os profissionais trouxeram no conjunto de suas falas o sentimento de responsabilidade de proteção com o colega. Informaram que ao perceber que um colega de trabalho não está bem e/ou está em situação de risco os mesmos assumem a frente e tentam minimizar e atenuar a situação. Kanno et.al. (2012) afirmam que o estresse profissional que estes trabalhadores experimentam propicia relações em que eles dão sustento uns aos outros e desse modo, cuidam de si mesmos.

De acordo com Ciampone e Peduzzi (2000, p.145), há diferença entre trabalho em equipe e o trabalho em grupo. O primeiro está centrado em resultados. Já o segundo, a centralidade encontra-se na “dinâmica das inter-relações e no vínculo entre os integrantes do grupo que potencializa a realização da tarefa”. Ambas são importantes, porém neste contexto, há um desafio para os gestores, pois não é internalizada na formação dos profissionais de saúde a coordenação do trabalho em grupo.

Dentre as estratégias individuais para o atendimento aos usuários em territórios expostos à violência urbana, percebe-se nesta classe a importância da comunicação adequada para minimizar e/ou evitar conflitos. Neste contexto, entende-se que é fundamental que o gerente aborde de forma constante com a equipe de saúde, as várias formas de se comunicar e a importância de um acolhimento efetivo. Uma equipe acolhedora e que se comunica com o usuário de forma adequada e assertiva possui maior conexão com o usuário, promove vínculo e, conseqüentemente tem menores chances de experimentar situações conflituosas.

6.1.2.4 Classe 4 - Estratégias da equipe para o atendimento

Na quarta classe foram agrupadas as estratégias da equipe para o atendimento em territórios violentos. Muito mais que uma somatória das estratégias individuais que aparecem na classe 3, elas demonstram um consenso. Além das que já foram citadas na classe anterior como, o senso de proteção, a comunicação eficaz para minimizar conflitos, o conhecimento do território e a rápida comunicação entre a equipe em caso de risco / perigo, emergiu nesta classe o uso do jaleco branco como identificação do profissional, dentro e fora da unidade de saúde.

O uso do jaleco na cor branca possui na prática duas finalidades distintas: a de identificar o profissional de saúde e a de servir como equipamento de proteção individual. Há um deserto na literatura científica sobre o início de seu uso. Fontanella (2011 apud Kazory, 2008) nos traz que seu início se deu no ambiente laboratorial a fim de se estabelecer uma barreira física entre o profissional e os objetos de trabalho. Já com relação à biossegurança cabe citar a sua legalização no país que está veiculada à Lei Federal nº 11.105, de 25 de março de 2005, que dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança. (BRASIL, 2005).

Para os participantes do estudo a identificação dos profissionais na área, é a função mais importante do jaleco, Fontanella (2011, p. 520) nos reforça a ideia com relação à identificação afirmando que: “portar um jaleco ou apresentar-se de branco, num ambiente assistencial, não significaria muito mais do que mostrar-se como alguém institucionalmente reconhecido: uma espécie de cartão ou crachá de identidade”.

Em sua pesquisa sobre o risco ocupacional para profissionais da Estratégia Saúde da Família, Silva e Juliani (2016, p.55) afirmam que “a maneira mais eficaz de impedir um acidente, no desempenho de suas atividades laborais, é conhecer todas as formas de riscos existentes no ambiente de trabalho”. Frente ao exposto, é válida a preocupação dos participantes do estudo sendo estes conhecedores do território e seus potenciais riscos.

O uso do jaleco para os participantes do estudo demonstra a preocupação dos mesmos em serem reconhecidos como profissionais de saúde no território. É uma maneira de identificação à distância e por eventuais pessoas que não os conheçam na rua. Cabe ao gerente o reconhecimento do risco levantado pela

equipe e o incentivo ao uso do jaleco por profissionais, estagiários, residentes dentre outros trabalhadores que possam ofertar serviços de saúde à população.

6.1.2.5 Classe 5 – Vínculo com a população em cenário de violência

Nesta classe os participantes trouxeram a importância do vínculo para o atendimento. Não se tratando somente da relação terapêutica, mas sim, do entendimento das necessidades dos sujeitos do território com toda sua complexidade.

O vínculo com os usuários e suas famílias é um princípio norteador para a organização do trabalho das equipes de ESF. Viegas e Penna (2012, p.376) entendem que o vínculo é uma “relação interpessoal entre usuário e profissional de saúde estabelecida ao longo do tempo, caracterizada por confiança e reponsabilidade”. Para Santos et. al. (2008, p. 465) o vínculo pode ser:

Uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

As falas trouxeram que o vínculo traz uma relação confortável e agradável aos trabalhadores. Arantes et al. (2016) afirmam que o vínculo com a população permite um trabalho mais focalizado nas necessidades das pessoas, gerando maior resolubilidade e satisfação da clientela.

Em períodos críticos de violência, os profissionais apontaram que a população, líderes comunitários, dentre outros sujeitos da comunidade avisam a equipe de possíveis riscos. Batista et al. (2011) afirma que o vínculo com a comunidade, grupos operativos, líderes comunitários, propiciam uma aproximação e favorecem a construção conjunta de alternativas diante da violência vivenciada.

Outas falas citadas nesta classe abordam como a violência influencia na abordagem profissional. Os profissionais citaram “repensar a prática”, “não julgamento” como resultado do atendimento a usuários vítimas ou expostos à violência inerentes ao território. Entende-se nessas falas que o vínculo se dá independente dos julgamentos pessoais, de quais circunstâncias levaram os usuários à condição violenta, fazendo com que os profissionais ainda sim, repensem

a cada atendimento sua prática profissional. Guzzo et al. (2014, p.104) nos traz que para o “cuidado com o agredido e ao agressor, é necessário o não julgamento dos envolvidos, uma vez que a responsabilidade do profissional é de orientar para que possam mudar seu comportamento e não tomar decisão por eles”.

Ao repensar a prática profissional após experiências em situações permeadas pela violência, trazidas pelos participantes do estudo, os mesmos entendem que sua prática não se limita ao atendimento de doenças, indo ao encontro de um dos princípios norteadores da ESF que é a integralidade do cuidado. Guzzo et al (2014, p.104) afirma que:

A partir do momento em que as práticas profissionais pautarem-se na perspectiva da integralidade, é de suma importância que não sejam reduzidas apenas a abordagem biologicista, mas seja visto os aspectos culturais, da vida social e do contexto familiar.

Os participantes citaram, ainda, que apesar de toda violência, não têm vontade de sair da unidade de saúde, pois gostam do território, de seus colegas e da população atendida. Esse unísono dos informantes contraria Benício e Barros (2017, p.109) que afirmam que “as situações de violência geram maior rotatividade dos profissionais, gerando descontinuidade nos processos de trabalho e enfraquecimento do vínculo entre usuário e profissional”.

Ainda sim trouxeram a satisfação em trabalhar neste território, de como se sentem acolhidos pela comunidade, além de úteis e resolutivos para a população. Para explicar esse fato Donoso (2014, p.955), nos diz que:

Trabalhar com o universo da violência tem para os profissionais um significado de realização, utilidade, responsabilidade, felicidade e satisfação, embora relatem que cause cansaço físico e mental. Assim, embora seja um trabalho exaustivo [...] confere ao profissional um sentimento de que o mesmo está fazendo algo pelo ser humano e cumprindo seu papel como cidadão.

O vínculo é uma ferramenta importante para o trabalho das equipes de APS. Na fala dos participantes do estudo nota-se que o vínculo se faz presente e é entendido como uma estratégia que possibilita o reconhecimento das necessidades dos usuários. Além disso, o vínculo com a população atendida se faz independente de julgamentos e, que essa relação traz para os profissionais a confiança da

população que, em contrapartida os ajudam em momentos críticos de violência, avisando-os sobre possíveis riscos.

Para o gerenciamento dos serviços de APS expostos à violência urbana, torna-se um desafio estimular o vínculo entre profissionais e usuários. Mas, além disso, é importante que o gerente entenda que essa relação vai além dos trabalhadores que atuam no atendimento às pessoas. É preciso que haja uma participação ativa do gerente em espaços comunitários, como associações de moradores, igrejas e outras organizações para entender a necessidade da comunidade abrindo frentes de apoio para a manutenção do vínculo entre equipe e população adscrita.

6.2 DISCUSSÃO DA 2ª ETAPA – GRUPO FOCAL

Neste subcapítulo são discutidos com base na literatura, os temas que emergiram a partir dos resultados advindos do grupo focal. As categorias temáticas foram denominadas: (1) A violência e o profissional de saúde; (2) Integralidade da atenção e a Estratégia Saúde da Família; (3) Vínculo com a população; (4) Incentivo e apoio aos profissionais e, (5) Estratégias para atendimento.

6.2.1 A violência e o profissional de saúde.

Os profissionais trouxeram suas experiências com relação ao trabalho em um cenário exposto à violência. As falas trouxeram fatos ocorridos dentro e fora da unidade de saúde. O contato com a violência direta como foi abordado, demonstrou que os profissionais experimentam diferentes sentimentos durante sua prática como o medo, a raiva, a frustração e a angústia. Essa exposição pode culminar em consequências aos profissionais de saúde em diferentes intensidades. Bordignon e Monteiro (2016, p. 998) afirmam que “cada trabalhador é único e vivencia o incidente da sua maneira, considerando sua história de vida, habilidades de manejar situações difíceis e resiliência”.

Outra situação exposta nesse tema foi o cuidado na banalização das relações. Os participantes citam a brincadeira, o lúdico, entre os membros da equipe como forma de proteção, como se pudessem se afugentar da realidade do cotidiano. Porém somado ao vínculo com a comunidade e com os colegas de trabalho pode gerar situações desconfortáveis. Arantes, et al. (2016) apontam que estudos de

bioética na APS sinalizam que é necessária uma maior atenção dos profissionais de saúde em situações cotidianas, quando há maior vínculo e tempo de atuação no serviço.

Há um consenso nas falas de que a integração da equipe e o ambiente agradável no trabalho impactam na oferta do serviço. O papel do gerente neste contexto é o de fomentar um ambiente agradável de trabalho. Para proporcionar um local de trabalho, conforme descrito pelos participantes, é importante levar em consideração: a ambiência, a organização de forma a facilitar o acolhimento e o fluxo dos usuários, estimular pequenos combinados para que o ambiente comum seja bom para todos. Além das ações estimuladas para se atingir um local de trabalho agradável, cabe a realização de reuniões de confraternização, para que esses momentos sejam estratégicos para o entrosamento e o estímulo do trabalho em grupo.

6.2.2 Integralidade da atenção e a Estratégia Saúde da Família

Os participantes apontaram a preocupação em cumprir com os princípios norteadores da ESF, em destaque a integralidade do cuidado e a efetivação de vínculos. Contudo, foi observado ainda, a necessidade em se trabalhar de forma multidisciplinar e interdisciplinar.

Para Mattos (2004, p. 1.414), “defender a integralidade, é defender antes de tudo que as práticas de saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionam com sujeitos e não com objetos.” Nas práticas intersubjetivas, os profissionais de saúde identificam as necessidades de saúde dos sujeitos e, para que a partir de então de identifique os serviços e o conjunto de ações que poderão ser utilizados para sanar tais necessidades. (MATTOS, 2004).

Ainda com relação às necessidades de saúde, Feuerwerker (2005) afirma que a clínica deve ser ampliada, apoiada por novos referenciais, pela dimensão do cuidar e pela produção de tecnologias leves, de forma a aumentar a capacidade dos trabalhadores de lidar com a subjetividade e as necessidades de saúde os usuários. Merhy e Feuerwerker (2016) nos trazem que as tecnologias leves são as “que permitem a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador – usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança (...)”.

O objetivo da atuação das equipes de ESF são as famílias, que é uma forma de rompimento com o modelo hegemônico centrado na doença⁴, e que levam em consideração os valores socioculturais, do território, das crenças, do núcleo familiar, de seus sonhos, anseios. Quando isso não é considerado há uma tendência de fragmentar o indivíduo. (SILVA, et al., 2011).

A preocupação da equipe com o princípio da integralidade e com o trabalho multidisciplinar, mostra-nos que a equipe se preocupa em atender as necessidades de saúde advindas de seus usuários. Para Guzzo et al. (2014, p.104), o princípio da integralidade pode ser desenvolvido no setor saúde quando:

A equipe inserida na estratégia de saúde da família esteja realmente envolvida com a proposta de mudança, principalmente no modelo assistencial, já que a integralidade requer ir além dos sinais e sintomas patológicos, escutando e atendendo as queixas trazidas pelos usuários que procuram o serviço de saúde. Nessa amplitude a integralidade em saúde relaciona necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde.

Os participantes da pesquisa demonstraram a preocupação com a qualidade do serviço prestado e a integralidade da atenção. Em momentos críticos / agudos da violência observa-se que há dificuldade principalmente quando a violência se torna uma barreira de acesso. Todavia, enfatiza-se a importância que se tenha profissionais preocupados com a integralidade da atenção, para que gerentes, trabalhadores e comunidade possam elencar estratégias de atendimentos aos que não podem acessar o serviço.

6.2.3 Vínculo com a população

Durante o grupo focal, os participantes reforçaram a importância do vínculo como ferramenta para se aproximar da integralidade e longitudinalidade do cuidado. Além disso, no escopo das falas surgiu a questão do respeito atrelada ao vínculo, como uma relação mútua, entre profissionais e pacientes de respeito e cuidado.

⁴ O modelo baseado na doença foi inicialmente idealizado por Abraham Flexner, dito comumente como modelo Flexneriano. O modelo baseia-se no individualismo, na patologia, no mecanicismo, no biologismo, com foco na figura médica e na tecnificação do cuidado à saúde. (ALMEIDA FILHO, 2010)

O vínculo, corroborando com as falas dos participantes, favorece o cuidado integral por “democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constroem laços afetivos, confiança, respeito, e a valorização dos saberes dos usuários /famílias / trabalhadores de saúde.” (JORGE et al., 2011, p. 3.058).

Com relação a esta relação de reciprocidade de respeito, Santos et al. (2008, p. 469) afirmam em sua pesquisa que:

Acredita-se que as ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes. Elas edificam valores efetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitando às práticas tradicionais (curativas e preventivas) ganharem uma nova dimensão, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo que orientou essas ações ao longo do tempo.

Nesse sentido, o vínculo juntamente com o acolhimento são ferramentas cruciais para a relação profissional / usuário na busca por novas maneiras em produzir saúde. A constituição do vínculo depende de um movimento bilateral onde usuários e equipes fazem parte deste processo. O vínculo então, “favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde”. (VIEGAS; PENNA, 2010, p. 376).

Para uma relação vincular e de respeito entre profissionais e clientela, sugere-se que os serviços de saúde sejam organizados de forma que haja espaço para o acolhimento durante todo o funcionamento da unidade de saúde, com salas adequadas para que seja proporcionado ao cidadão um ambiente seguro, de confiança e discreto. O vínculo deve também ser estimulado pelo gerente, mantendo um espaço de fala para a equipe se manifestar acerca do assunto, abordando suas fortalezas e fragilidades.

6.2.4 Incentivo e apoio aos profissionais

Nessa temática surgiu um escopo de falas relacionadas às dificuldades no atendimento em territórios expostos à violência urbana e as possíveis frentes de apoio. Foi citada a questão do ambiente de trabalho e ambiência, o incentivo financeiro a fim de estimular a fixação dos profissionais em um território tão complexo, o suporte emocional aos profissionais e a sugestão de uma política para atendimentos de populações vulneráveis.

A unidade de saúde cenário deste estudo passou por revitalização em 2015. Segundo os participantes da pesquisa, o acolhimento melhorou e a comunidade reagiu positivamente à melhora na ambiência da unidade. Os pisos e tetos ganharam cores mais claras tornando o ambiente mais agradável, os consultórios ganharam cores leves e coloridas, identificando a equipe por sua cor. Bordignon e Monteiro (2016) apontam que a falta de estrutura adequada para a execução das atividades e condições desfavoráveis para o trabalho geram sofrimento e adoecimento e também remetem à situação de violência.

O incentivo financeiro foi citado como forma de estimular a fixação dos trabalhadores no território. A remuneração variável por desempenho teve início na Austrália em 1994 e, depois países como o Canadá, EUA, Nova Zelândia, utilizaram a modalidade. Em Curitiba, o modelo do pagamento de remuneração variável por desempenho, passou a ser adotado a partir de 2002. No Brasil, corroborando com as experiências municipais e internacionais, o MS lança o PMAQ-AB que distribui incentivos às equipes de atenção primária vinculado a uma série de indicadores de qualidade. Este programa tem propagado a modalidade da remuneração variável baseada no desempenho pelo país. (NETO, et al., 2016).

Estudos sobre o incentivo financeiro baseado na vulnerabilidade do território levando em consideração a violência urbana, citada pelos participantes, não foram encontrados na literatura. Aponta-se assim, sugestão aos gestores para a reflexão acerca de um incentivo no que pese ao risco ocupacional vivenciado pelos profissionais que trabalham nestes cenários.

O apoio emocional foi também citado pelos participantes como uma lacuna no suporte institucional. Além de treinamentos para o atendimento, enfrentamentos e demais questões acerca das dificuldades enfrentadas no dia a dia. Os profissionais de saúde em saúde, em sua maioria, não foram treinados para responder de forma satisfatória a atos violentos, transparecendo uma lacuna na política de prevenção e capacitação para detectar, defender-se e prevenir a violência. (MOLINOS et al., 2012).

Kebian e Ceccheto (2017, p.233) afirmam em seu estudo que a violência urbana reflete tanto na saúde física quanto na saúde mental dos profissionais da ESF. E que apesar dessa constatação, verificou-se que há poucos estudos que abordam tais questões. Concluíram ainda que:

Os profissionais da ESF que atuam em áreas urbanas de violência necessitam de apoio de outros setores para o enfrentamento dessa problemática, assim como de suporte psicológico para lidarem com os fatos e as consequências da violência.

Com relação à construção de políticas de apoio, suporte e treinamento aos profissionais, fica evidente ainda que a formação dos profissionais de saúde ainda é insipiente com relação ao tema. Kanno et al. (2012, p.892) afirmam que:

O padrão atual de formação ainda não prepara profissionais para atuar num quadro de referência maior nem os capacita a compreender as inter-relações entre saúde e contexto de vida das comunidades, onde as relações de gênero, configurações familiares, saúde mental, violência, entre outros, estão entrelaçados.

Igualmente, além do despreparo dos profissionais observa-se ainda, ações fragmentadas e isoladas resultantes da fragilidade política e do pouco envolvimento institucional, evidenciando a necessidade da construção de políticas públicas que trabalhem ações de prevenção e enfrentamento à violência. (GUZZO, et al., 2014).

Neste cenário ainda existem lacunas com relação ao apoio em situações críticas específicas. O estímulo financeiro acerca da lotação de funcionários em territórios vulneráveis e expostos à violência ainda é um tema que precisa ser discutido. Com relação ao apoio emocional ainda, é muito insipiente apontamentos para que haja suporte emocional a estes trabalhadores.

6.2.5 Estratégias para atendimento

As estratégias citadas nessa temática foram, em sua maioria, elencadas nas classes 3 e 4, como resultado das entrevistas. Além dessas, cabe aqui elencar algumas que não foram citados pelos participantes na primeira coleta de dados, porém, foi abordado no grupo focal.

No conjunto das falas apareceram questões acerca do clima agradável em equipe referindo-se ao bom ambiente de trabalho. Os participantes citaram como estratégia coletiva de proteção o “levar na brincadeira”, as “piadas internas”, o lado lúdico, procurando sempre estarem sorrindo e rindo de si mesmos. O comportamento citado pelo grupo, como já foi citado anteriormente, sugere que os mesmos o fazem como uma tentativa de se afugentar da realidade vivenciada no cotidiano. Com relação a mecanismos de defesas grupais e comportamento de

grupo, Morgan (2006, p.232) sugere que “grupos muitas vezes regridem para padrões infantis de comportamento para se proteger dos desconfortáveis aspectos do mundo real”.

De fato, o cenário do estudo apesar de estar localizado em território com realidades complexas e, repleta de iniquidades e vulnerabilidades, o ambiente comum dos funcionários é comumente agradável e de muita alegria. Local onde é possível confraternizar, ter um tempo de pausa com tranquilidade e respeito. Onde todos respeitam as regras criadas de forma coletiva pela equipe, como não deixar louças na pia, não adentrar no ambiente de jaleco, compartilhar o pó de café, não falar de trabalho, além das regras de higiene no local.

Outra estratégia citada pelo grupo foi a importância da realização de reuniões de equipe, como forma de trocar experiências, pensar e discutir sobre o tema e elaborar estratégias. Em seu estudo Kanno et al. (2012, p. 890) corroboram com os participantes do estudo afirmando que:

As reuniões de equipe da ESF são avaliadas positivamente porque ajudam a definir estratégias gerais de trabalho com a comunidade, possibilitam grande aprendizado por meio de troca de experiências entre os profissionais, diminuem angústias profissionais dos membros da equipe e contribuem para resolver os casos com a colaboração do grupo a partir de suas diferentes visões de conhecimentos.

O contato constante com a comunidade e suas lideranças foram citados como uma estratégia para realização de ações protetivas em momentos de violência mais aguda, como por exemplo, a comunicação de possíveis riscos e até mesmo a colaboração e o apoio para locais estratégicos extramuros para atendimentos quando a violência se torna uma barreira de acesso.

Dialogar com a comunidade e suas lideranças sobre como a violência está afetando a qualidade dos atendimentos é essencial para a confecção de ações que permitam enfrentar essa realidade e executar a assistência. Sugestões de como facilitar o acesso ao serviço de saúde e para a sensibilização da importância do atendimento dos profissionais de saúde à população são fundamentais. (SANTOS, et al., 2017).

Para esta classe temática, os trabalhadores trouxeram a importância de se fortalecer a aproximação com os líderes comunitários e outros personagens estratégicos da comunidade. Essa relação pode servir como uma rede para que as

informações de risco em área se deem de forma mais assertiva, dinâmica e eficaz. Mais uma vez demonstra-se a importância da aproximação não somente dos profissionais com grupos e pessoas estratégicos (as) da comunidade, mas também do gerente a fim de se afinar mais essa aproximação.

7 DIRETRIZ PARA O ATENDIMENTO EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA

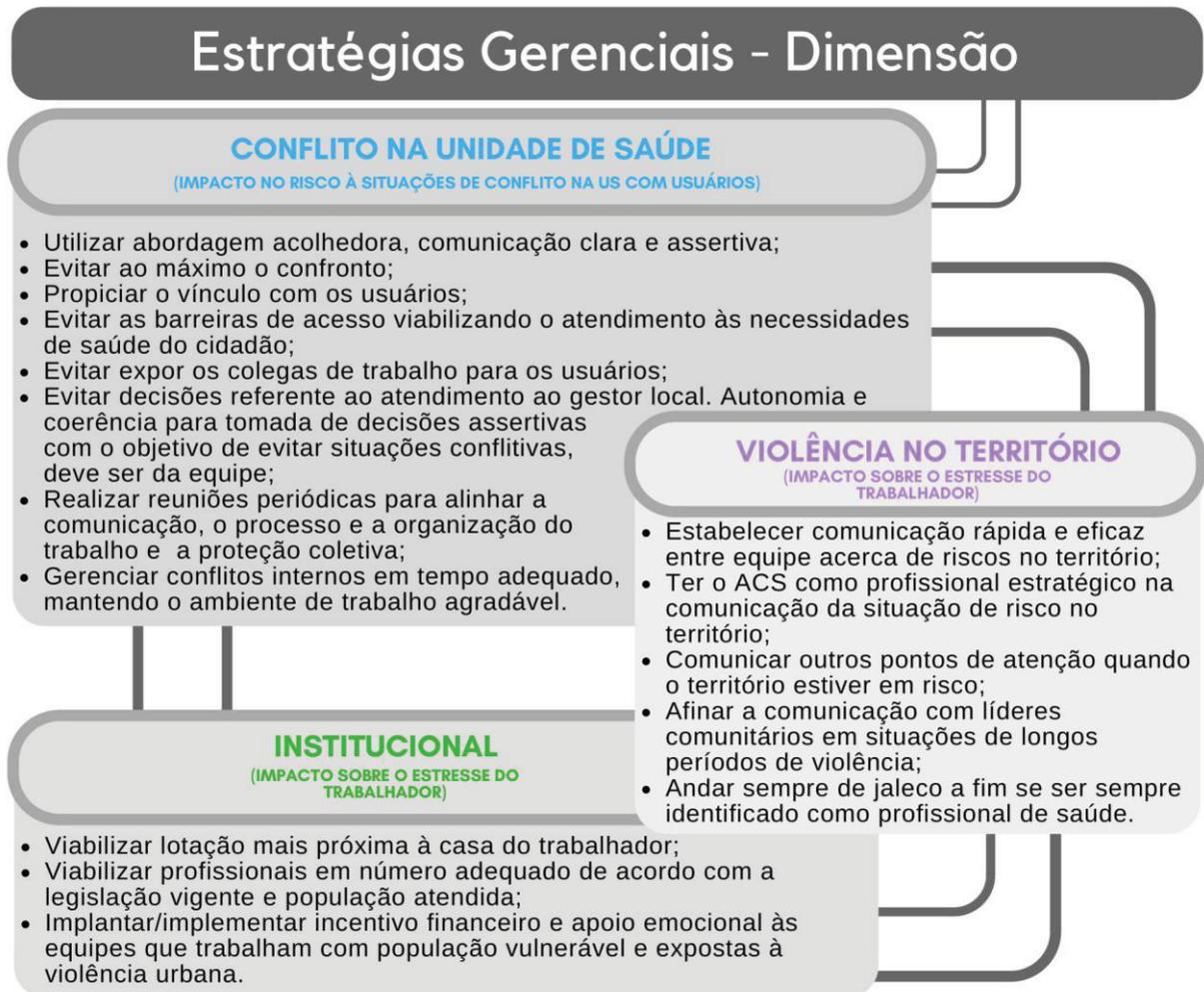
Neste capítulo é apresentado o produto dessa pesquisa, denominado “Diretriz para o atendimento em territórios expostos à violência urbana”, elaborada a partir das estratégias elencadas durante as entrevistas individuais e validada no grupo focal. Nela, estão as estratégias para o atendimento em serviços de APS localizados em territórios expostos à violência.

No grupo focal, os participantes de forma coletiva acrescentaram mais uma estratégia que foi com relação ao uso do jaleco para a identificação do profissional. Neste mesmo contexto outras estratégias tiveram seu texto alterado e foi validada de forma coletiva no grupo focal.

As estratégias estão organizadas e divididas na diretriz em três partes: (1) institucional; (2) violência no território e, (3) conflito dentro da unidade de saúde. Esses três grupos de estratégias gerenciais, foram divididos de acordo com os âmbitos gerenciais, de modo a auxiliar no gerenciamento e na organização do trabalho.

Diretriz para Aurélio (2018) significa: “norma, indicação ou instrução que serve de orientação”. A diretriz, produto desse estudo, demonstrada na figura 2, foi confeccionada baseada em uma única realidade, a partir de um território específico, porém, espera-se que colabore com outros profissionais que atuem em cenários semelhantes e que estas, sejam adaptadas à realidade de acordo com a singularidade de cada território.

FIGURA 2: DIRETRIZ PARA O ATENDIMENTO EM TERRITÓRIOS EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA



FONTE: A autora (2018)

As estratégias gerenciais no âmbito institucional foram as que os participantes da pesquisa entenderam que depende da gestão municipal. Nela foram citados: (1) a lotação do servidor mais próximo de sua residência; (2) número de profissionais em quantidade adequada e, (3) incentivo financeiro e apoio emocional para os servidores lotados em territórios vulneráveis expostos à violência urbana.

Essas estratégias têm como objetivo para os participantes do estudo, minimizar o estresse pela distância do local de trabalho, atender de forma adequada às necessidades dos usuários, colaborar com a satisfação de estar lotado no serviço e dar suporte emocional para minimizar os impactos inerentes às situações vivenciadas no cotidiano.

No âmbito territorial, os participantes trouxeram estratégias que facilitam a comunicação a fim de que evitem situações de exposição ao risco, surpreendendo-os durante os atendimentos realizados fora da unidade de saúde. O uso de jaleco como forma de identificação como profissionais de saúde mesmo a distancia e de forma rápida.

A comunicação foi a estratégia central com relação à violência no território, tendo o ACS e as lideranças comunitárias como informantes fundamentais nesse processo. Importante ressaltar a preocupação dos participantes do estudo com relação ao conflito ético em situações de violência no território. Os trabalhadores se colocaram preocupados com relação a possível não assistência em detrimento da prevenção de suas próprias vidas em situações agudas de violência no território. Essa foi uma questão em que os mesmos sugeriram que sempre deve ser discutida em equipe.

Com relação aos possíveis conflitos dentro da unidade de saúde, foram elencadas estratégias em um primeiro momento, para evitar e/ou minimizar um eventual conflito. Neste contexto foi citado mais uma vez a comunicação, porém, desta vez, mais voltado ao diálogo e a forma como se dirigir aos usuários. Para os participantes esta deve ser feita de maneira tranquila, assertiva, clara, evitando sobremaneira o conflito. Sendo assim, o acolhimento das necessidades de saúde e a comunicação, demonstram ter um papel de fundamental para evitar situações violentas e de conflitos dentro dos serviços de saúde.

Outra estratégia citada foi com relação ao acesso dos usuários ao serviço, demonstrando a necessidade de não se criar barreiras para o atendimento, mais uma vez, demonstrando a importância do acolhimento. Nesse sentido, foi citada ainda a influência do vínculo e do posicionamento respeitoso na relação com o usuário.

A equipe demonstrou a preocupação com a exposição de seus membros frente aos usuários, sinalizando que durante o exercício de suas atividades deve-se evitar a exposição de outros membros da equipe. Para tanto, sugeriram reuniões frequentes para se alinhar possíveis dissensos, a proteção coletiva e o trabalho em grupo.

A singularidade e privacidade dos usuários também foi estratégia citada para evitar conflito. A equipe preocupa-se com possíveis comentários que podem conflitar as relações, indo ao encontro com questões éticas em suas atividades. Foi dado

como exemplo, a clínica odontológica que é organizada em módulo, onde a privacidade da população fica aquém do ideal. Com relação a esta celeuma foi sugerido à retirada do usuário para um local mais reservado a fim de se manter e fortalecer o vínculo com este grupo de profissionais.

Em momentos de conflito, a equipe estudada demonstrou preocupação com a comunicação e o gerenciamento de situações conflituosas. A estratégia citada é retirar os envolvidos do cenário de conflito e conversar com tranquilidade abordando a maneira mais assertiva de solucionar tal situação. Foi citada ainda, a possibilidade de considerar um atendimento imediato a fim de sanar o conflito. Importante ressaltar que a equipe entende que a pessoa que gerou a situação de conflito não terá seu atendimento por esse motivo, mas que é necessário o uso de bom senso para que se evitem situações piores, impactando no atendimento à população.

Por fim, cabe ainda ressaltar que essas estratégias não são estanques, mas sim, complementares sendo utilizadas em diversos momentos e em diferentes processos.

Com as estratégias elencadas nessa diretriz, espera-se que outros profissionais inseridos em territórios expostos à violência urbana possam utilizá-las a fim de colaborar com suas ações de acordo com sua realidade e singularidade.

Percebeu-se que a comunicação, o ambiente de trabalho agradável e o coleguismo / profissionalismo entre os membros da equipe são ferramentas essenciais para nortear as ações propostas com a finalidade de ofertar uma atenção integral aos usuários do serviço.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência urbana tem sido vivenciada, em vários territórios onde atuam equipes de atenção primária à saúde. Por seu contexto multifacetado e polissêmico, para o enfrentamento da violência se faz necessário a atuação multiprofissional e interdisciplinar, para se elaborar estratégias de prevenção à violência e promoção à cultura da paz.

O presente estudo atingiu o objetivo proposto, pois foi construída de forma coletiva uma diretriz com estratégias que colaboram com o gerenciamento e a organização do trabalho em serviços de APS localizados em territórios expostos à violência urbana. Espera-se que essa diretriz colabore com outras equipes que trabalhem em território semelhantes ao do cenário deste estudo.

A violência apesar de ser considerado um problema de saúde pública, ainda é um tema que parece ter pouca visibilidade entre os profissionais e os gestores de saúde. Além disso, levando em consideração suas diversas formas, a violência ainda é pouco visível como um fator que traz consequências laborais devido a fragilidade das notificações de trabalhadores que são agredidos de maneira física, moral, psicológica, sexual dentre outros tipos.

O profissional de saúde possui ainda em suas diretrizes curriculares um aprendizado insipiente acerca do enfrentamento e do atendimento ao cidadão em situações permeadas à violência. É preciso discutir a formação dos profissionais de saúde para além do modelo biomédico, colocando em evidência o contexto onde este usuário está inserido e seus determinantes de saúde.

O estudo nesta unidade de saúde mostrou a realidade de uma equipe que atende em uma comunidade que possui alto índice de vulnerabilidade e que a violência foi permeada desde a criação da Vila das Torres. Hoje em um acordo de paz, a Vila passou por diversos momentos críticos e agudos da violência, sempre permeado por tiroteios, briga pelo poderio do tráfico de drogas e mortes violentas de jovens.

Apesar de todas as dificuldades encontradas, a equipe desta unidade de saúde se mostrou comprometida com a população demonstrando a partir das coletas de dados uma preocupação em manter vínculo e a preocupação na integralidade do cuidado.

Durante os períodos mais agudos da violência os participantes relataram que quanto o atendimento o que mais dificultou foi o acesso dos usuários à unidade de saúde e a dificuldades que os mesmos tinham de realizar a visita domiciliar, o que acabava sitiando os profissionais de saúde dentro da UBS.

Com relação às limitações do estudo cita-se o fato do estudo ter sido realizado em uma única unidade de saúde. E, ainda no grupo focal, destaca-se a concentração das falas pelos profissionais de nível superior, principalmente pelos médicos e dentistas. Como fortalezas, destacamos a notoriedade do vínculo e da preocupação da equipe com os usuários, além da satisfação em trabalhar neste território o que enriqueceu o estudo. Com relação ao grupo focal destaca-se a validação da diretriz proposta no primeiro encontro e a organização na condução do grupo.

A comunicação foi tema citado pelos participantes como uma das ferramentas principais para se evitar exposição ao conflito e a riscos relacionados à violência. Destaca-se nesse sentido, a comunicação informal, onde é citado o aplicativo *whatsapp* como ferramenta de comunicação rápida e que permite avisar como está o território, dentre outros tipos de alertas.

Ainda no tema comunicação, o diálogo, a maneira assertiva para escolher as palavras e a escuta ativa, foram temas relevantes da discussão. Associado a esse tema enaltece-se o vínculo e o acolhimento da demanda e suas necessidades.

O suporte emocional foi colocado pelos participantes como uma de suas necessidades. Colocando em evidencia as consequências que o convívio com a violência gera no trabalhador, além de despertar no mesmo uma série de sentimentos como raiva, medo, frustração, angústia, compaixão.

Como sugestão este estudo aponta para uma proposta governamental para o atendimento em territórios violentos para embasar, nortear e apoiar esses trabalhadores. Além disso, é necessário mais estudos acerca do tema a fim de estimular os profissionais de saúde para o entendimento de qual o seu papel perante a violência urbana.

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. **Exclusão Socioeconômica e violência urbana**. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, n. 8, jul/dez 2002 p. 84-135.

ALMEIDA FILHO, N., Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12): 2234 – 2249, dez 2010.

ARANTES, L. J., et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(5): 1499 – 1509, 2016.

ALVARENGA, L.M.C.A.; MARTINS, C.L. De que território os médicos do Programa Saúde da Família estão falando? **R. Bras. Med. Fam. e Com.**, Florianópolis, v.5, n. 17, p.16-23, jan/dez 2010.

ARAUJO, M.C. **Assistência domiciliar de saúde: desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana**. 2015. 61f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

ARAUJO, P.C.; BOTTENTUIT JUNIOR, J. B, O aplicativo de comunicação *Whatsapp* como estratégia no ensino de filosofia. **NAMID/ UFPB** ano XI n. 02. Fev, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/tematica/article/viewFile/22939/12666>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, C.B., et al. Violence in health work: analisys of basics units in belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saud.** Rio de Janeiro. v.9, n.2, p. 295-317, jul/out, 2011.

BENÍCIO, L. F. S.; BARROS, J. P. P., Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagem e práticas sociais em questão. **SANARE, Sobral**. v.16. supl.01. n.01. p.102-112, 2017.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da enfermagem: um olhar às consequências. **Rev. Bras. Enferm.** 69(5): 996-9, set-out, 2016.

BRASIL. Constituição, (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 18055, 19 set.1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 25694, 28 dez.1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. NOB-SUS 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 20 mai. 1993. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. NOB-SUS 01/96. Redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 5 nov. 1996. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 26 jan. 2001a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS)**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. NOAS-SUS - 01/2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Primária; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 27 fev. 2002. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.htm>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. Lei nº 11.105, de 25 de março de 2005. Estabelece normas de mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados e seus derivados, cria o conselho nacional de biossegurança, reestrutura a comissão técnica nacional de biossegurança, dispõe sobre a política nacional de biossegurança e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p.1, Brasília, DF, 28 mar 2005.

_____. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do artigo 3º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, p. 5, Brasília, DF, 29 nov. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade – SIM** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 27 mar. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ**. Terceiro ciclo (2015-2017). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 30 ago.2017. Brasília, DF, 2017b.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, p.1, Brasília, DF, 28 jun. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 18/10/2018. Brasília. , 2017d.

BUENO, L. B. (Org.) **Saúde e Segurança Pública: desafio em territórios marcados pela violência**. 1. ed. Rio de Janeiro: Cooperação Social/Fiocruz, 2016.

CAMARGO, B.V; JUSTO A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**, Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC, Brasil 2016.

CARDOSO, C.M.L. et.al. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. **Rev. Esc. Enferm. USP**. n.50, (n.esp), p.089-095. 2016.

CELEDÔNIO, R. M. et al. Gestão do Trabalho em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v.11 (Supl. 1), 341-350, jan/2017.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, n. especial, p. 143-147, dez 2000.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Campanha “Violência não Resolve”. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/em-ato-publico-coren-sp-e-cremesp-pedem-o-fim-da-violencia-contra-profissionais_50056.html>. Acesso em: 21 mai. 2018.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Volume 15 nº3 jul-set 2006.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Campanha “Violência não Resolve”. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/violencia-nao-resolve/>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Decreto nº 155, de 29 de setembro de 2017. Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde – IVAB na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Diário Oficial do Município de Curitiba**. Curitiba, 29 set 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/162638821/dom-ctba-normal-29-09-2017-pg-54?ref=previous_button>. Acesso em: 20 jun. 2018.

DESLANDES, S.F.; PESCE, R.P. Trabalhadores de Saúde e Educação: Lidando com a Violência no Cotidiano. In: NJAINE, K. et al 2ª ed. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

DIRETRIZ In: AURÉLIO. **Dicionário do Aurélio**. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/diretriz>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

DONOSO, M.T.V.; BASTOS, M.A.R. O cotidiano dos profissionais que trabalham diretamente com vítimas de violência social. **R. Enferm. Cent O. Min.** 4(1):951-960. jan/abr 2014.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Comunic. Saúde, Educ.** v.9, n.18, p. 489 – 506, set-dez, 2005.

FERNANDES, M. C. et al . Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 11-15, Feb. 2010 . Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100002&lng=en&nrm=iso . Acesso

em: 12 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100002>.

FISEKOVIC, M.B. et al. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**. Oxford University, v.25, n.4, p.693-698, fev. 2015.

FIUZA, T. M., et al., Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de uma grande centro brasileiro urbano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, 6(18): 32-39. Jan-mar, 2011.

FONTANELLA, B.J.B, SILVA, F.R.S., GOMES, R. Rituais e símbolos na atenção formal à saúde: o caso do vestuário profissional na ótica de pacientes da Atenção Básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 22(4): 507-525, 2012.

FOUCAULT, M. **A ética do cuidado de si como prática de liberdade**. In: Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política.

Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Disponível em:

<<http://escolanomade.org/2016/02/19/a-etica-do-cuidado-de-si-como-pratica-da-liberdade/>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 7ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra 93 p., 1983. Disponível em:

<https://www.emater.tche.br/site/arquivos_pdf/teses/Livro_P_Freire_Extensao_ou_Comunicacao.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.

GARCIA FILHO, C.; SAMPAIO, J.J.C. Interfaces entre a História da Violência e a Constituição do Território do Ceará: um Esforço de Síntese e Periodização. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.4 p.1209-1221, 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONÇALVES, H. C. B. et al. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal Rev. Psicol.** v.29, n.1, p.17-23, 2017.

GOVERNABILIDADE. In: SCOTTINI, A. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Blumenau – SC. Todolivro Editora, 2014. p.442.

GUZZO, P.C. et al. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des) cuidado integral. **Rev. Gaúcha de Enferm.** 35(2): 100-5, jun 2014.

HOLANDA, V.R. et al. O Enfrentamento da Violência na Estratégia da Saúde na Família: uma Proposta de Intervenção. **Revista Rene**. 2013; 14(1). 209-17

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Atlas da Violência**. Brasília, 2006.

_____. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Dados de 2010 da UDH Jardim Botânico / Prado Velho – Vila das Torres. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_udh/20438> Acesso em 08/12/2018.

JORGE, M. H. P. M. Violência como Problema de Saúde Pública. **Cienc.**

Cult. vol.54 no.1 São Paulo Jun/Sep. 2002 Disponível em:

<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252002000100024&script=sci_arttext>. Acesso em 22 jun. 2017

KANNO, N. P. et al. Family Health Strategy Professionals facing medical social needs: difficulties and coping strategies. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21. n.4, p. 884-894, 2012.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A. A. violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 29(3): 362-6, set/2008.

KEBIAN, L. V. A.; CECCHETTO, F. Violência urbana, saúde e “sentimento”: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.41, n.1, p.224-235. Jan – mar / 2017.

KINGMAM, M. Work place violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. **Int Nurs Rev**. v.48 (3) :129-30, 2001.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. H. T., A pesquisa na área de Gerenciamento em Enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm** v.58(2). 161-4, mar-abr/2005.

KRUG, E. G. et al., eds. World report on violence and health. Geneva, **World Health Organization, 2002**.

LAZAROTO, A. C. **Como ela é: A Vila das Torres contada por seus moradores**. 1. ed. Curitiba: Editora do Autor, 2004.

LEONE, C. et al. Reforma na Atenção Primária à Saúde e suas Implicações na Cultura Organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cad. Saúde Pública**. V.30(1), p.149-169, jan / 2014.

LOWEN, I. M. V. **Competência gerenciais dos enfermeiros na ampliação da estratégia saúde da família**. 134 f. Dissertação. (mestrado profissional em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

MACHADO, B. C; DAHER, D. V. Violência Urbana: Repercussões e Consequências na Assistência à Saúde em uma Unidade de Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde**; 14(4):1445-1452, Out/ Dez 2015.

MACHADO, B. C. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 24 (5): e 25458, 2016.

MAFRA, M. dos R. P., CHAVES, M. M. N., O processo de territorialização e a atenção à saúde no Programa Saúde da Família. *Fam. Saúde Desenv.*, v.6, n.2, p. 127-133, mai/ago, 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1411 - 1416, set-out, 2004.

MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**, São Paulo, Anais eletrônicos. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2002. Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100050&lng=pt&nrm=abn>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MENDES, E.V. **A construção social da Atenção Primária à saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E., et al., 1. ed. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde** – surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro. Hexis, 2016.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. et al 2ª ed. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINOS, B. G., et al. Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia Brasileira. **Cogitare Enferm.** 17(2):239-47, 2012.

MONTEIRO, C. D.. et al. Cultura e mudança organizacional: em busca da compreensão sobre o dilema das organizações. **Caderno de Pesquisas em Administração**. v.1, n.8, 1º trimestre, 1999.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. 2. ed., São Paulo: Editora Atlas, 2002.

NETO, P. P., et al. Remuneração Variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21(5): 1377-1388, 2016.

OLIVEIRA, C. C. et al. Violência e Saúde: Concepções de profissionais de uma unidade básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Botucatu/SP, v.35(3), 412-420, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Cuidados primários de Saúde – Relatório de Alma-Ata 1978**. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária. Relatórios de crimes relativos a mortes. Disponível em: <<http://www.seguranca.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=38>> Acesso em: 18/10/2018.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2(2):47-45, jun 2006.

- PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competência gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 15(3): 492:9, jul-set, 2006.
- RAUPP, B. Sistematização de uma Metodologia Gerencial para Unidades de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde no Contexto de uma Pesquisa sobre a Cultura Organizacional. **Rev APS**, v. 11, n.4, p. 421-434, out-dez / 2008.
- REIS, D. O; ARAÚJO, E. C; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde**. Universidade Aberta do SUS – UNASUS. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2017.
- SANTINI, S. M. L. et al. Dos 'recursos humanos' à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho do SUS. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 537-559, mai./ago. 2017.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro. V-8, n.3, p. 387-406. Nov. 2010/fev. 2011.
- SANTOS, M. O período técnico-científico e os estudos geográficos. **Revista do Departamento de Geografia**, São Paulo, v.4, p.15-20, nov.2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/47092/50813>>. Acesso em: 17 out. 2016.
- SANTOS, M. S. et al. O Enfrentamento à Violência no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 30(2): p.229-238, abr./jun., 2017.
- SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, 42(3): 464-70, 2008.
- SCHERER, M. D. A. et al. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 43(4), 721-25, 2009.
- SILVA, L. A. A. et al. Educação Permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v.38(1),1-8, mar/2017.
- SILVA, M. C. L. S. R. et. al. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão interativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(5):1250-5, 2011.
- SOUZA, M. B. et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v.33(3), 190-195, 2013.
- SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p. 509 – 517, 2010.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de Saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1603-1610, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17(4), 821-828, 2012.

TRAD, L. A. B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 (3):777-796, 2009

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016**: homicídios por arma de fogo no Brasil. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf acessado em 27/03/2017>. Acesso em: 04 mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health**. Geneva, 2004.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn** 61(1): p. 36-45. Brasília Jan-fev./2008.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn**, 60(6): p. 687-95. Brasília nov-dez/2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APENDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Aida Maris Peres, docente e pesquisadora da UFPR, Livia Oliveira Fernandes Nonato, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR e Rhaíssa Ferreira de Andrade, acadêmica de enfermagem da UFPR, convidamos o (a) senhor (a), profissional de saúde, a participar de um estudo intitulado “GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O DESAFIO DO TERRITÓRIO E A VIOLÊNCIA URBANA”, que tem como objetivo construir uma diretriz de gestão para serviços de atenção primária à saúde em territórios expostos à violência urbana.

Diretrizes são orientações que permitem direcionar os rumos, a linha guia, baseado em um diagnóstico situacional a fim de se nortear o planejamento de ações de qualidade para usuários, minimizando a exposição aos riscos à violência dos profissionais de saúde e usuários envolvidos.

Caso o senhor (a) aceite participar da pesquisa, será necessário que responda a uma entrevista semiestruturada que será aplicada pela pesquisadora Rhaíssa Ferreira de Andrade. Esta entrevista será áudio gravada e seu teor será utilizado somente para este estudo.

Após a entrevista serão feitos dois grupos focais com os trabalhadores desta unidade de saúde, nos meses de outubro de novembro no período vespertino, na Unidade de Saúde Capanema, cito à Rua Manoel Martins de Abreu, 830 no bairro do Prado Velho. Este grupo será áudio gravado e filmado a fim de facilitar a análise dos dados, com duração estimada de 1h30m cada reunião.

A reunião de grupo focal é um espaço de interação onde, a partir da apresentação do levantamento de palavras elencadas como “desafios” a partir das entrevistas e de assuntos disparadores, é possível apreender percepções e opiniões frente a um determinado tema.

Importante ressaltar que, se o senhor (a) aceitar participar da entrevista, não fica obrigado (a) a participar das reuniões do grupo focal. Porém, para participação do grupo focal, é necessário que o profissional tenha assinado este TCLE e participado da entrevista.

A pesquisadora responsável pela coleta de dados fará a entrevista, na própria unidade de saúde, em momento oportuno, levando aproximadamente 40

minutos. É possível que durante a entrevista, o (a) senhor (a) possa vir a sentir desconforto devido a situações lembradas acerca da temática violência urbana. Caso tal situação aconteça, o (a) senhor (a) poderá a qualquer momento interromper ou até mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário apenas declarar sua vontade, sem que isso lhe cause danos.

Com relação aos benefícios, esperamos com essa pesquisa, que possamos ajudar outras equipes de saúde da APS que trabalham em territórios violentos.

As pesquisadoras Aida Maris Peres, prof.^a Dra. do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFPR, Rhaissa Ferreira de Andrade, acadêmica de enfermagem da UFPR e Lívia Oliveira Fernandes Nonato, mestranda profissional do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR, responsável por este estudo, poderão ser contatadas pelo telefone (41) 99921-9778, endereço eletrônico lifernandesn@gmail.com ou, na Universidade Federal do Paraná – UFPR Campus Botânico Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 Jardim Botânico Bloco verde 3º andar de segunda à sexta das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queria, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o (a) senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas somente pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido a partir das entrevistas e as imagens geradas durante as reuniões de grupo focal serão utilizadas unicamente para essa pesquisa e serão destruídos (as) / descartados (as) ao término do estudo.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

(CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Participante nº	
Função na US:	
Tempo que trabalha na US:	

- 1) Você já sofreu ou vivenciou algum tipo de violência no desempenho de seu trabalho? Como foi?
- 2) Como a violência que você vivencia ou vivenciou, afeta ou afetou a prestação de atenção à saúde aos usuários?
- 3) Você possui alguma estratégia para evitar as situações de violência no seu ambiente de trabalho? Se sim, qual (is)?
- 4) A equipe de saúde desta unidade possui alguma estratégia de proteção coletiva para situações de violência? (se não: acha que deveria, dê sugestões)/? Quais?
- 5) Em algum momento você pensou em sair desta unidade de saúde devido à violência? Que motivos você teve para querer sair e quais os motivos fizeram com que você permanecesse?

APENDICE 3 – ROTEIRO GRUPO FOCAL

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE TEMAS GERADORES

1. Apresentação

- Dar boas vindas e agradecer aos que concordaram em participar do grupo;
- Esclarecer acerca do tema da pesquisa e deixar escrito em lugar fixo o seu objetivo para que todos os participantes possam ler;
- Perguntar se todos assinaram o TCLE e, se ainda se ainda há alguma dúvida sobre este;
- Reforçar que não há perguntas, respostas e/ou comentários certos ou errados e que não se sintam preocupados em expor sua opinião mesmo que seja diferente das já mencionadas, tendo em vista que todas as opiniões e colocações são importantes.
- Solicitar para que evitem falar ao mesmo tempo e que evitem citar nomes de outras pessoas;
- Lembrar que a reunião está sendo gravada e que o conteúdo desta gravação será mantido em sigilo sendo utilizado somente para esta pesquisa. Após o conteúdo será descartado.
- Estabelecer combinados acerca: dos celulares, das saídas, do lanche, de inscrição para a fala e demais temas pertinentes.

2. Exposição do resultado da análise de dados da 1ª etapa da pesquisa – entrevistas individuais:

Será apresentado ao grupo os dados referente a análise textual realizada com o apoio do *software* IRAMUTEQ. Os dados serão apresentados como estratégias para a organização do processo do trabalho em saúde mencionadas pelo próprio grupo de forma individual.

3. Exploração do tema:

O tema será explorado com as seguintes perguntas:

GRUPO FOCAL	TEMA DISPARADOR
1º Grupo focal	“Quais são a(s) estratégia(s) que você considera importante(s) e que deve(m) constar em uma diretriz de trabalho para equipes de APS que trabalhem em territórios violentos?”
2º Grupo focal	“Vocês concordam com esta diretriz construída?”

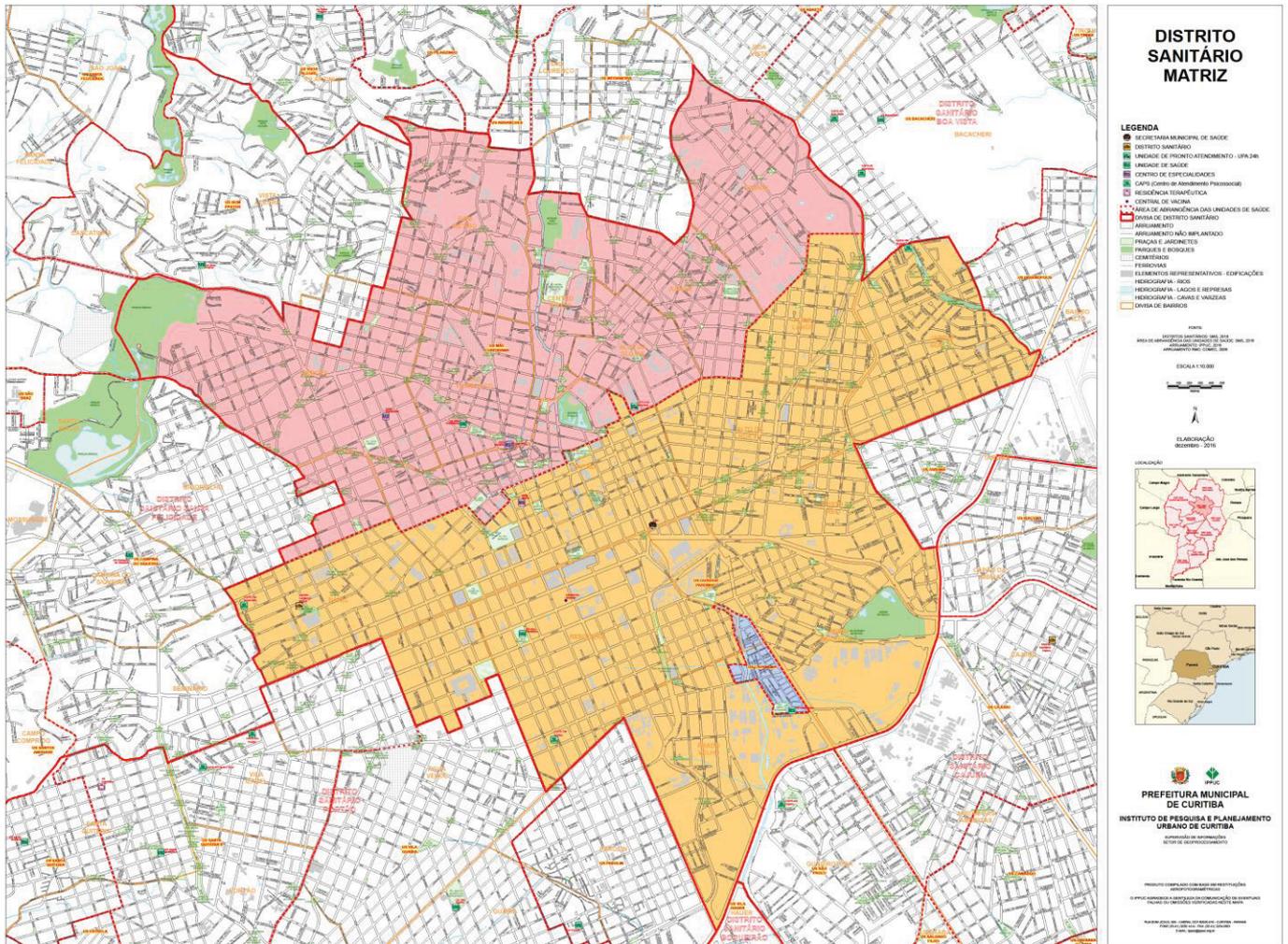
4. Validação e finalização:

“Após essa discussão, existe algo que você julga importante e não foi comentado?”.

5. Encerramento e agradecimento ao grupo:

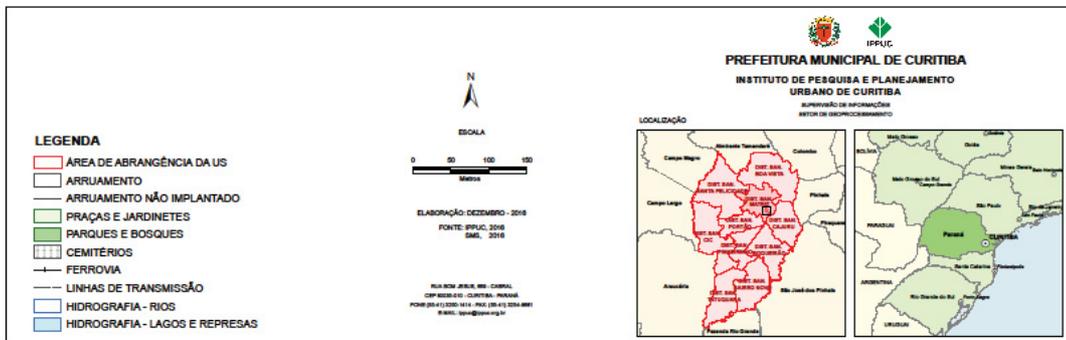
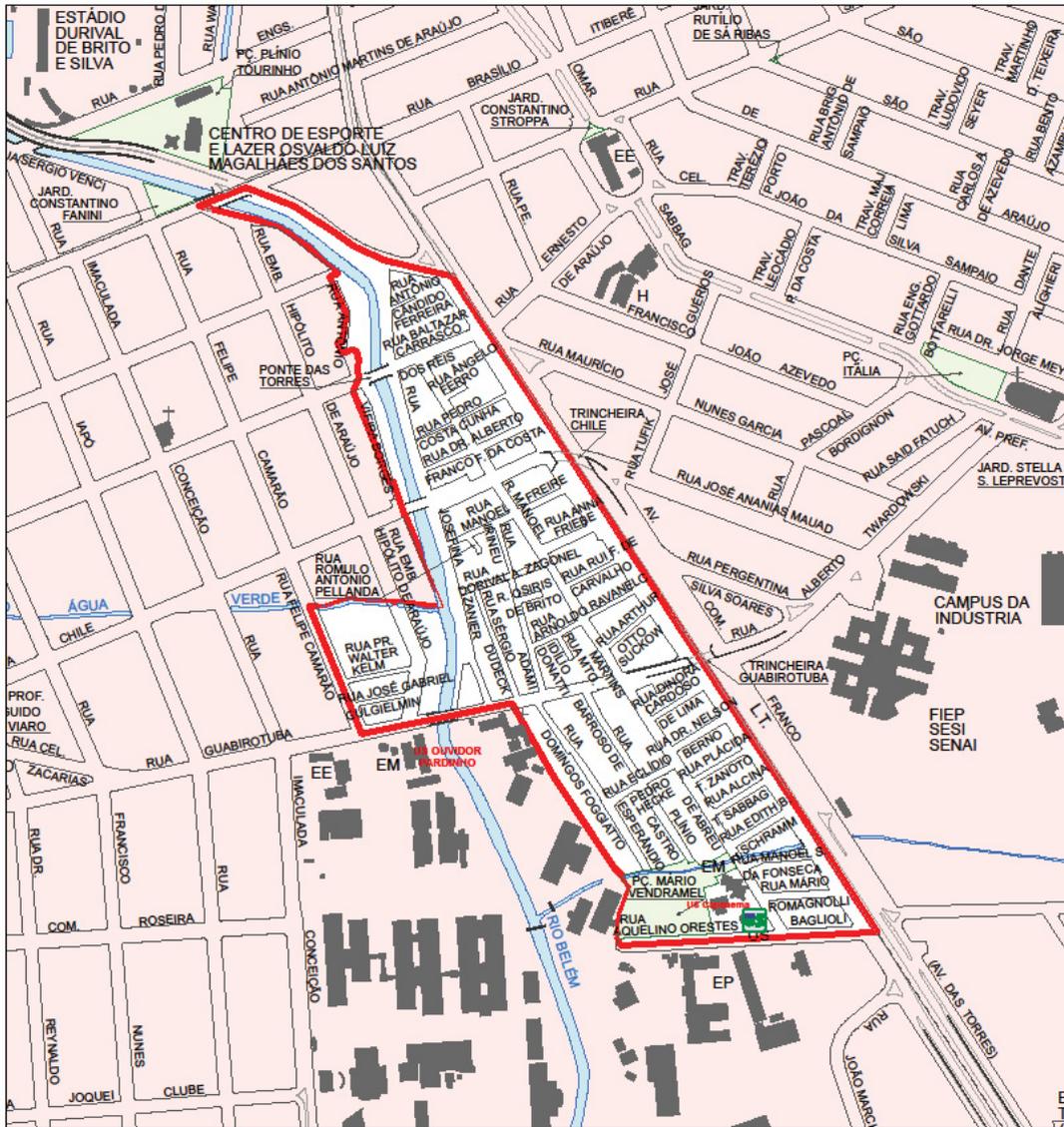
- Agradecimento pela disponibilidade em participar da pesquisa;
- Encerramento.

ANEXO 2 - MAPA DO DISTRITO SANITÁRIO DA MATRIZ



Fonte: IPUC (2018)

ANEXO 3 - MAPA DO TERRITÓRIO – UNIDADE DE SAÚDE CENÁRIO DO ESTUDO



ANEXO 4 – PARECER DO COMITE DE ÉTICA DA UFPR

**ANEXO 5 – PARECER DO COMITE DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CURITIBA**

