

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**PRÁTICAS SANITÁRIAS FRENTE À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO
ÂMBITO DO PSF – UM ESTUDO DE CASO**

Neuci Cunha dos Santos

Rio de Janeiro

2005

**PRÁTICAS SANITÁRIAS FRENTE À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO
ÂMBITO DO PSF – UM ESTUDO DE CASO**

Neuci Cunha dos Santos

**Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública da Fundação Oswaldo Cruz como
requisito parcial para obtenção do título de
Doutor em Ciências na área de Saúde Pública**

Orientadoras

Dra. Edinilsa Ramos de Souza

Dra. Cláudia Mara de Melo Tavares

Rio de Janeiro

2005

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

S237p Santos, Neuci Cunha dos.
Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso. / Neuci Cunha dos Santos. Rio de Janeiro: s.n., 2005.
155p.

Orientadoras: Souza, Edinilsa Ramos de, Tavares, Cláudia Mara de Melo

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

1. Violência Intrafamiliar 2. Programa Saúde da Família
3. Cuidados Primários de Saúde 4. Agente Comunitário de Saúde 5. Promoção da Saúde

CDD – 20.ed. – 362.12

*Ao meu pai, **Délcio Cunha** (em memória), com
admiração e carinho.*

*À minha família mais próxima: **Jorge, Bruno e
Joyce**; e a estendida: **Rahode, Celita, Wagner,
Hudson, Dayse, Ana, cunhados e sobrinhos.**
Minha rede pessoal de apoio e de carinho.*

AGRADECIMENTOS

Reconheço e agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a elaboração deste trabalho. De maneira particular quero agradecer:

A **Edinilsa Ramos de Souza** e a **Claudia Mara de Melo Tavares**, minhas orientadoras, pelo acompanhamento, incentivo e reflexões pertinentes;

A **Lúcia Helena Garcia Penna**, amiga do doutorado, pelo companheirismo e o constante compartilhar de idéias sobre o tema;

À **Coordenação do Programa Saúde da Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro**, pela gentileza em autorizar o trabalho de campo;

A **Joana Iabrudi** pela disponibilidade no acompanhamento do trabalho de campo;

A **Ismael da Silva Costa**, coordenador local do PSF Antares e aos componentes do Grupo de Apoio Técnico, na pessoa do enfermeiro **Luiz Vieira Junior** pela presteza no atendimento de nossos pedidos;

Aos componentes da **Equipe Saúde da Família de Antares**, sujeitos deste estudo, que compartilharam com espírito crítico e construtivo suas experiências e sabedoria;

Aos colegas do **CLAVES - Centro Latino Americano de Estudo sobre Violência e Saúde** pelo apoio administrativo;

À **CAPES** que contribuiu com a bolsa de doutorado para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A presente tese tem como propósito apreender, de forma compreensiva, os significados que as práticas sanitárias de atenção à violência intrafamiliar adquirem para a equipe de saúde da família (ESF), articulando concepções e aspectos operacionais, com o intuito de contribuir para a reflexão e formulação de propostas de promoção da saúde e prevenção específica do problema, no âmbito da atenção básica. O objetivo central foi o de analisar em que medida as práticas sanitárias da ESF podem contribuir para o enfrentamento da violência na família. Especificamente, procura identificar os significados que os membros da equipe do PSF atribuem à origem, às manifestações e às conseqüências da violência que ocorre na família; analisar os fatores da organização do trabalho em equipe e do contexto social que interferem na capacidade de a equipe intervir na violência intrafamiliar; aprofundar conhecimentos sobre possíveis formas de participação da Equipe de Saúde da Família na transformação das relações violentas nas famílias; e apontar subsídio para um plano de ação que vise ao enfrentamento dos problemas de saúde ligados à violência intrafamiliar no âmbito da atenção básica. Realiza análise a partir da aplicação do dispositivo grupo-pesquisador da abordagem sociopoética e da utilização das técnicas de observação participante e análise documental. O estudo de caso foi o caminho metodológico adotado capaz de aprofundar o objeto investigado sem perder a visão integral do foco de análise. A prática sanitária da ESF frente à violência intrafamiliar assume formas limitadas às ações dirigidas aos casos, em caráter paliativo e emergencial. Enfrentar a demanda da violência intrafamiliar significa para a equipe: reativar na memória suas próprias histórias; reconhecer que todos estão submetidos à cultura da violência, a este conjunto de representações que dão forma às relações humanas e sociais e que penetra e se instala em todos os cenários da vida social; reconhecer que as possibilidades de intervenção estão diretamente relacionadas à falta de garantia para a integralidade das ações nas instituições de saúde. Apresenta indicações em que a equipe do PSF poderia dar vazão a este recorte da violência, apontando suas especificidades, a partir das concepções de promoção da saúde e de prevenção específica. Na conclusão busca assumir uma postura prospectiva formulando novas questões frente aos limites do estudo.

ABSTRACT

The present theory has as purpose to understand, in way of understanding, the meanings that practice sanitary of attention for violence in family they acquire for team of health of the family (ESF), articulating the conceptions and aspects of operational, with intention of contributing for reflection and of proposed of promotion of the health and prevention specifics of problem, in extent of the basic attention. The objective was to analyze in that measured practice sanitary of ESF they can contribute to the facing of the violence in the family. Specifically, this seeks identify the meanings that the members of the team of PSF attributes for origins, for manifestations and for consequences of the violence that happens in the family; to analyze the factors of the work organization in team and of social context they interfere in team capacity of intervening in the violence in the family; to deepen of knowledge on possible forms of participation of the team of health of the family in the transformation of the relationships in the families; and to point subsidies for an action plan that obtains facing of the problems of health linked violence in the family in the extent of the basic attention. It accomplishes application analysis of leaving of device group-researcher approach sociopoetica and of the use of the techniques of observation participant and documental analysis. The study of the case was the way of having adopted that can sink objective of having investigated does not losing the complete vision of focus of it analyzes. The practices of sanitary ESF front family violence assumes limited forms of actions driven to the cases, palliative character and emergency. To face a demand of the violence in family means for a team: to reactivate in their own memory recounts; to recognize that all are submitted culture of the violence, this group of representations that this gives form for human relations and social and that it penetrates and this settles in all of the sceneries of the life social meeting; to recognize that intervention possibilities are directly related a warranty lack for an totality of the actions in the institutions of health. It presents indications in that team of PSF could give version for this cutting of the violence, pointing their specifics leaving of the promotion conceptions of health and of prevention it specifies. In the conclusion it looks for to assume a prospective posture formulating new subjects front to the study limits.

ÍNDICE

	PAG.
1. INTRODUÇÃO	01
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	07
<i>2.1 – PRÁTICAS SANITÁRIAS NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): AS DIMENSÕES POLÍTICA E TÉCNICA</i>	08
<i>2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM CONCEITO FUNDAMENTAL PARA O PSF</i>	19
<i>2.3 – A VIOLÊNCIA INTRAFAMÍLIA</i>	27
2.3.1 – Conceito	27
2.3.2 - Causas e determinações	28
<i>2.4 – PRÁTICA SANITÁRIA COMO PRÁTICA SOCIAL</i>	37
3. METODOLOGIA	42
<i>3.1 – TIPO DE ESTUDO</i>	43
<i>3.2 – SUJEITOS DA PESQUISA</i>	45
<i>3.3 – O LEVANTAMENTO DOS DADOS</i>	45
<i>3.4 – ANÁLISE DOS DADOS</i>	51
<i>3.5 – ASPECTOS ÉTICOS</i>	55
4. RESULTADOS	56
<i>4.1 – O CONTEXTO DE INTERAÇÃO – A ESF E O SEU TRABALHO</i>	56
4.1.1 – O PSF no Rio de Janeiro	56
4.1.2 – PSF- Antares	58
4.1.3 – A rotina de trabalho da ESF	60
4.1.4 - O acompanhamento da prática da ESF	66
4.1.5 A violência como demanda para a ESF	67
<i>4.2 – VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: SUAS EXPLICAÇÕES E CONSEQÜÊNCIAS</i>	70
4.2.1 - A origem da violência intrafamiliar para os membros da ESF.	70
4.2.2 - “Marcas no corpo, na mente, no coração”: conseqüências da violência intrafamiliar.	81
<i>4.3 – A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR PELA ESF</i>	91
4.3.1 - Situações e possibilidades de intervenção	92
4.3.2 - O trabalho propriamente dito da ESF	98
4.3.3 - O ACS, a ESF e sua comunidade	102
<i>4.4 – IMAGEM OBJETIVO – COMO PODERIA SER A ATENÇÃO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR</i>	106
<i>4.5 – PRÁTICAS SANITÁRIAS DA ESF: OPORTUNIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR</i>	112
5. CONCLUSÃO	131

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	150

1 – INTRODUÇÃO

Os problemas gerados pela violência têm merecido a preocupação de vários setores da sociedade. Muito, por se perceber que a violência não é um fato marginal ou ocasional nas relações inter-humanas e sociais. Ao contrário, constitui-se numa linguagem do momento, que permeia as relações dominantes, o poder estatal e sabota os pactos de cidadania. Perpassa todos os meandros da vida cotidiana, disciplinando indivíduos, famílias, instituições e países¹.

Trata-se de um problema de grande complexidade cujo enfrentamento requer o envolvimento de diversos setores do governo e segmentos sociais, com a participação de profissionais de diferentes campos de atuação. E em tal mobilização, espera-se que se tenha maior consciência dos agentes sociais, tanto no plano individual quanto institucional, fortalecendo e potencializando as ações e serviços.

No setor saúde, a violência tem sido reconhecida como um grave problema por sua magnitude e transcendência, à medida que *“representa um risco maior para a realização do processo vital humano, pois ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”* (13)². É considerada endêmica, convertendo-se num problema de saúde pública, pelo aumento gradativo do registro de sua ocorrência a ponto de se constituir, para alguns grupos populacionais, a primeira causa de morte e ampliar os anos potenciais de vida perdidos pela população³.

No Brasil, até meados de década de 80, a área da saúde concentrava seus esforços em atender os efeitos da violência, através da atenção especializada em emergência, reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informação. A partir de então, essa visão começa a mudar, de um lado, pelas imposições externas do conjunto de movimentos sociais de algumas organizações internacionais e organizações não governamentais, envolvidas na defesa da vida e dos direitos à cidadania, e internamente, pela observação das mudanças no perfil de morbimortalidade no país e no mundo⁴.

Dentre as diversas manifestações da violência, aquela que ocorre na família surge com grande importância para o setor saúde, seja pelas suas conseqüências no bem-estar dos envolvidos, seja pelos custos que representam, e a complexidade do

atendimento que demandam, configurando-se em um desafio para os gestores do sistema ^{5,6}.

A magnitude da violência intrafamiliar ainda não pode ser dimensionada. Dentre as razões que dificultam estimativas mais acuradas, Reichenheim e colaboradores ⁷ ressaltam o recente reconhecimento do problema, a utilização de diferentes definições por parte de instituições e pesquisadores responsáveis pelas estatísticas disponíveis, a ausência de um sistema que congregue as fontes de informações existentes, e a falta de inquéritos populacionais nacionais.

Apesar dessas dificuldades, os resultados de alguns estudos mostram que a violência na família é expressiva e freqüente, merecendo, portanto, atenção prioritária das políticas públicas. A partir dos dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre práticas violentas Saffioti ⁸ mostra que as mulheres são agredidas fisicamente de forma maciça na residência (63% das agressões são neste local); dois terços das vítimas de agressões por parte de parentes são mulheres (65,8%); nas faixas etárias em que a mulher, via de regra, está casada, sobretudo entre 18 e 29 anos, o espancamento é acintosamente freqüente (43,6%); entre as mulheres de 30 a 49 anos o percentual é de 38,4%. Deslandes e colaboradores ⁵, a partir de análise da distribuição dos casos de violência doméstica contra mulheres em dois hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro, revelam que a maioria referiu que foi agredida pelo esposo/companheiro/namorado (69,4%), e que sofreu agressões por espancamento (70,4%). Em um estudo da Organização Mundial da Saúde ⁹ sobre mulher e saúde, dados preliminares revelam, em nosso meio, que a violência física cometida alguma vez na vida pelo parceiro foi relatada por 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata, em Pernambuco. Assis ¹⁰ mostrou que durante os anos de 1990 e 1991 entre os escolares do município de Duque de Caxias, 33% das crianças e adolescentes entrevistados mencionaram a ocorrência de atos violentos na relação entre pais e filhos em seus domicílios.

Como resposta sensível a esta demanda, tem-se organizado e reformulado serviços, com particular atenção para os casos considerados moralmente reprováveis tais como abuso sexual contra crianças e adolescentes, violência contra a mulher ^{6, 11, 12, 13, 14, 15}.

À medida que o problema ganha a atenção do setor saúde, emerge também a necessidade de se analisar o potencial das respostas produzidas pelos serviços e

instituições da área e de seus operadores. As avaliações que vêm sendo produzidas versam sobre estruturas, serviços e intervenções, apontando limitações e possibilidades^{5, 6, 15}. Enfim, revelam a preocupação do setor em desenvolver ações que produzam impactos efetivos e eficazes.

Chamamos a atenção para a importância e credibilidade do setor saúde no enfrentamento da violência intrafamiliar. Nas avaliações do desempenho dos serviços e da atuação de profissionais, percebe-se uma perspectiva otimista de seus resultados. Nas ações que envolvem a elaboração de propostas, nos protocolos de atendimento e no atendimento propriamente dito, são identificados benefícios tanto para os casos singulares, como para o controle mais geral da violência. Contudo, a despeito deste potencial, coexistem dificuldades relacionadas à postura e à prática profissional. Estudos constataam que a violência intrafamiliar e seus efeitos raramente aparecem nos registros dos prontuários a partir de consultas realizadas nos serviços de saúde. Apesar da magnitude e das importantes repercussões dessa forma de violência nas condições de saúde da população, ela nem sempre é identificada como tal^{5, 6} e, quando o é, os profissionais enfrentam dilemas éticos, técnicos e administrativos ligados à questão de *quando e como* devem intervir¹⁶.

O Programa de Saúde da Família (PSF) destaca-se como espaço de intervenção, dentre as diversas estruturas do setor, pelo grau de proximidade com as condições de vida da população, permitindo que os membros da equipe tenham conhecimento de grande parte das situações de violência. Em geral, a convivência com a população é suficiente para que suspeitem do problema, ou que, pelo menos, sejam alertados por algum parente ou vizinho^{17, 18}.

Para este nível de atenção espera-se que, no fazer cotidiano, as equipes extrapolem o tradicional enfoque biológico e individual, e atuem segundo uma perspectiva mais ampliada, incluindo as práticas que valorizem a subjetividade e o social¹⁹. Mas como o PSF e seus profissionais têm enfrentado o problema da violência intrafamiliar? Como a percebem e que práticas desenvolvem ao tomá-la como objeto de intervenção? Como a violência tem influenciado a dinâmica de trabalho da equipe? Que recursos poderiam ser utilizados no trabalho em equipe e nas intervenções intersetoriais? Buscamos então analisar em que medida as práticas sanitárias da equipe de saúde da família (ESF) podem contribuir para o enfrentamento da violência na família.

Neste estudo, partimos do pressuposto de que a maneira como se prestam os serviços de saúde, em determinados contextos históricos e ainda a disponibilidade ou a escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde, resultam da interação de múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implantação das práticas no setor saúde. Portanto, a construção coletiva e social da prática sanitária é fruto dessa complexa e imbricada relação.

Segundo Campos ²⁰, este é um processo dialético e pode-se supor que estejam envolvidas instâncias distintas, ligadas às dimensões política e técnica. A dimensão política refere-se às condições institucionais, com o surgimento de consensos que, através do processo político, se estruturam em princípios constitucionais e passando pela regulamentação de dispositivos legais. A dimensão técnica é aquela ligada ao conhecimento que, segundo modelos teóricos, passa a dar concretude e a reger a organização e a gestão do sistema de saúde e, finalmente, a definir o conjunto de tecnologias que as ciências oferecem. Para Campos ²⁰, essas dimensões assim combinadas, resultam em práticas de saúde e assistência voltadas para as necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Subjacente a este entendimento, está a premissa fundamental de que se trata de um fenômeno social e histórico.

Assim, as práticas de saúde não podem ser vistas como um processo linear. É um fenômeno social, pois representam a síntese momentânea da trajetória de uma política de saúde que tem como ponto de partida a construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema. As ações desenvolvidas pelos profissionais e ainda os serviços oferecidos à população resultam, portanto, de embates, consensos e dissensos que ocorrem entre os grupos. E também, é um fenômeno histórico, pois se leva sempre em consideração a herança recebida, que vem de uma cultura institucional arraigada nas unidades de saúde, com diferentes conformações e espaços de prática, e que refletem uma determinada concepção histórica.

Nos últimos anos, vem crescendo o número de publicações que abordam o tema violência intrafamiliar na área de saúde pública. Penna e colaboradores ²¹, após analisarem as publicações divulgadas na América Latina e Caribe, no período de 1990 a 2001, observam um aumento crescente no número de artigos científicos a partir da segunda metade da década estudada (cerca de 79%), entretanto, constatam que ainda são incipientes. Nestes doze anos de publicações, apenas um artigo abordou a violência

segundo o enfoque de problema, destacando as ações intersetoriais circunscritas a um território, contudo no texto é dada maior ênfase à experiência educativa para a formação de profissionais da saúde integradas às ações desenvolvidas junto à comunidade e outros serviços.

Consideramos, também, que o presente estudo ganha relevância, de um lado, por realizar-se junto ao PSF, pois se constitui em um espaço inovador da organização da atenção básica, no qual reúne as principais propostas da reforma sanitária brasileira, com vistas a substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, por um que responda de forma mais adequada às necessidades individuais e coletivas da população. E de outro, por buscar alinhar-se, mesmo que de forma introdutória, aos eixos orientadores da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – Portaria n.º 737 - de 16 de maio de 2001 ²². Nesse documento, o Ministério da Saúde lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade - o alcance da qualidade de vida, e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária. A referida portaria prevê que as ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. E também a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade - mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Define que a entrada do usuário poderá ser pela unidade básica de saúde, pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir da qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades.

Tanto essa orientação doutrinária para a redução de acidentes e violência, quanto a proposta de mudança na atenção básica são claras em suas intenções, contudo conhecer em profundidade a dimensão cotidiana das práticas pode fornecer subsídios de mudança que sejam mais próximos à realidade. O que se pressupõe é a valorização de ações em micro-espacos, pois elas são consideradas estratégicas para a mudança, sem com isso desconsiderar o papel dos determinantes macro-estruturais ²³.

Portanto, defendemos que a estratégia do PSF com o seu potencial de intervenção constitui-se num locus privilegiado de construção de proposta para o enfrentamento de problemas ligados à violência intrafamiliar, entendida a partir da

abordagem de rede: a) por ser o PSF, dentre os serviços de saúde, aquele que mais próximo está das condições de saúde da população; b) por possuir em sua equipe, moradores que conhecem em profundidade as necessidades e os problemas de saúde da comunidade, e; c) por aproximar-se do modelo da vigilância da saúde e da distritalização, onde a definição de um território de atuação, a responsabilização da saúde de uma população adscrita, a integralidade, a ênfase nas ações de promoção da saúde, o planejamento local por problema, a atuação intersetorial e a humanização do atendimento são princípios e estratégias fundamentais.

O propósito desta tese foi apreender, de forma compreensiva, os significados que as práticas de atenção à violência intrafamiliar adquirem para a equipe de saúde da família, articulando concepções e aspectos operacionais, a fim de subsidiar propostas de atuação no âmbito da atenção básica em saúde.

Especificamente, procuramos: 1 – Identificar os significados que os membros da equipe do PSF atribuem à origem, às manifestações e às conseqüências da violência que ocorrem na família; 2 – Analisar os fatores da organização do trabalho em equipe e do contexto social que interferem na capacidade da equipe de intervir na violência intrafamiliar; 3 – Aprofundar conhecimentos sobre possíveis formas de participação da Equipe de Saúde da Família na transformação das relações violentas nas famílias; 4 – Apontar subsídio para um plano de ação que vise ao enfrentamento dos problemas de saúde ligados à violência intrafamiliar no âmbito da atenção básica.

2 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A formulação teórica deste estudo busca esclarecer os conceitos centrais que fundamentam o objeto da investigação e responder a duas indagações centrais: como se constroem as práticas de saúde para atender as demandas de saúde da população, e dentre elas, a violência intrafamiliar? E como a análise dessa prática pode contribuir para o aprimoramento dos serviços prestados à população?

Partimos da compreensão de que as práticas sanitárias são formas concretas, pelas quais, o setor saúde responde às necessidades e problemas de saúde da população. Elas se constroem de forma coletiva e são próprias de um contexto histórico e social. A partir dos sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias, apreendemos que elas decorrem de distintas articulações entre sociedade e Estado, definindo, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde. Foi assim com a higiene, do século XVIII; a Medicina Social e o Sanitarismo do século XIX; e a partir do século XX, a Saúde Pública, o Preventivismo, a Saúde Comunitária, a Saúde para Todos no ano 2000; os Sistemas Locais de Saúde/ Distritos Sanitários/ Cidades Saudáveis ²⁴.

Assim, elas não resultam de decisões tomadas por um grupo ou categoria profissional sobre o que deve ser oferecido como serviço à população, trata-se de um processo dialético e de interação entre as dimensões política e técnica. Entretanto, não se pode negar que as práticas sanitárias são atravessadas por aspectos subjetivos. Tomamos como referência o entendimento de que, mesmo considerando que cada sujeito é singular, que traz consigo marcas que o diferenciam, uma personalidade construída por ambigüidades, paradoxos, capturas diferenciadas, existem construções culturais que a todos permeiam. Assim a subjetividade contém a singularidade do sujeito, mas também encerra uma cultura, concebendo que tais componentes estão imersos num processo ininterrupto de construção mútua.

Para Teixeira ²⁵, a subjetividade é modelada por uma multiplicidade dos processos, onde o indivíduo situa-se no entrecruzamento de múltiplos vetores de formação da subjetividade. É concebida como algo modelado, fabricado, produzido por processos que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam, processos esses que podem ser ditos coletivos e sociais, sem, no entanto, fazer desaparecer nem diminuir as dimensões individuais nos processos de subjetivação. Esse autor sintetiza, dizendo que a

subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais, sendo que o mais importante a ser destacado, nessa idéia, é de ser algo produzido e possível de ser transformado.

2.1 – PRÁTICAS SANITÁRIAS NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): AS DIMENSÕES POLÍTICA E TÉCNICA.

Na implantação de um sistema de saúde, busca-se essencialmente a coerência e a interdependência entre princípios, políticas e práticas. As formas como os estabelecimentos e organizações são concebidos e organizam suas práticas, requer um direcionamento a partir de pressupostos e paradigmas, assim também, para alcançar êxito em seus objetivos, a política de saúde necessita de leis e mecanismos de gestão apropriados.

Starfield ²⁶ admite que todos os sistemas de saúde possuem duas metas principais: a) otimizar a saúde da população por meio do emprego de conhecimentos sobre causas e manejo das doenças e maximização da saúde; e b) minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais de modo que se eliminem as desvantagens sistemáticas em relação aos grupos quanto ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. Esta formulação, orientada por um conjunto de princípios elaborados pela Organização Mundial da Saúde, propõe que os sistemas de saúde sejam construídos sobre a base da atenção primária. Entretanto há de se considerar que os sistemas de saúde são estruturas complexas que abrigam instituições com seus serviços, que funcionam mediante a administração de recursos materiais, humanos e financeiros em uma dinâmica de interesses, historicamente situados. A definição de metas gerais e globalizadas assume a forma de desafio, e também a forma de tipo ideal, segundo a tradição weberiana, como uma abstração generalizadora, que não descreveria um curso concreto de ação, mas sim um desenvolvimento normativamente ideal, ou objetivamente possível.

De forma semelhante, surge a proposta política do sistema de saúde brasileiro. Figura como o resultado de um movimento social que há muito vem lutando por uma sociedade mais justa e de direitos. Com a Constituição de 1988 e a legislação infraconstitucional, foi estabelecido o direito universal de acesso às ações e serviços de saúde, dando direção para as transformações das condições de atendimento à população. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva estabelecer, no

território nacional, uma rede pública regionalizada e hierarquizada, de acordo com os princípios de universalização, integralidade da atenção, descentralização, participação social e igualdade no direito ao acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade.

As transformações defendidas pelo movimento da reforma sanitária estão refletidas nos seus grandes eixos norteadores: na concepção do processo saúde-doença que de uma noção negativa, focada na doença e no indivíduo, passa para outra positiva, que favorece a construção de ambientes saudáveis, com ações voltadas para a coletividade; no paradigma sanitário que do modelo de atenção bio-médico, assistencial, e hospitalocêntrico passa a privilegiar um modelo que visa à qualidade de vida e ao desenvolvimento global das comunidades com a participação dos cidadãos, e da prática em saúde que, baseada antes nas ações curativas e de reabilitação, passa para as ações de promoção, prevenção e vigilância na perspectiva da produção social da saúde²⁷. A reforma sanitária defende, portanto, a construção de um sistema que vai além da assistência ao doente ou do controle de doenças. Busca a construção de um sistema de serviços de saúde que vise integrar ações de promoção da saúde às preventivas e de recuperação²⁸.

Desse modo, o SUS guarda nos seus princípios o ideário do resgate da cidadania, reconhecendo que, para alcançar seus objetivos, na reorientação de seus componentes (desenvolvimento da infra-estrutura, organização dos recursos, modelo assistencial, financiamento e gestão) é necessário implementar políticas e práticas que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença.

Operacionalmente, a implementação das ações de saúde segue a lógica da organização de um processo de pactuação de metas, de cobertura e desempenho e de repasse financeiro, exigindo a participação dos Conselhos Municipais de Saúde. Esses conselhos devem referendar e registrar em ata os compromissos assumidos pelos gestores municipais. Dessa forma existe uma maior transparência das ações do governo no setor. Em seguida, os pleitos municipais são submetidos à instância estadual; analisados (aprovados ou não) na Comissão Intergestora Bipartite, que reúne o Conselho de Gestores Municipais e a Secretaria de Saúde do Estado. O mesmo processo ocorre em nível federal, na Comissão Intergestora Tripartite²⁰.

Os conselhos de saúde representam um mecanismo de participação e um novo centro de poder decorrente da descentralização do sistema de saúde para a formulação

de estratégias e controle da execução da política de saúde, colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade. No entanto, essa possibilidade depende muito do grau de organização e participação da sociedade, pois, teoricamente, a atuação dos conselhos seria um campo de controle social exercido pela sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas para que atendam as demandas da coletividade. Nos conselhos estão representados interesses que se confrontam e, neles, vencem as propostas dos setores mais articulados e que têm maior poder de barganha. Os conflitos revelam também o interesse para a destinação dos recursos públicos, que podem ser usados no atendimento de finalidades diversas: fortalecer um modelo assistencial curativo e hospitalar ou fortalecer um modelo assistencial de promoção da saúde; reforçar programas verticalizados ou organizar serviços de acordo com as necessidades locais; comprar cada vez mais serviços privados da rede conveniada ou aplicar na rede pública. Os recursos podem ser aplicados de forma clientelista ou segundo critérios técnicos. Enfim, nos conselhos, estão presentes interesses diferentes em disputa.

Entretanto a forma como se organiza a sociedade e suas práticas sociais são por si só, determinantes para a definição dos problemas de saúde e do modo de solucioná-los. Não é nenhuma surpresa, portanto, constatar que em nosso país, ainda são frágeis os processos democráticos de decisão e que, hegemonicamente, o sistema está voltado para atender, quase que exclusivamente, demandas individuais, sendo a assistência médica o principal recurso tecnológico colocado à disposição dos indivíduos, em escalas de acesso progressivas e de acordo com a capacidade de compra dessa assistência por parte dos diversos segmentos da população.

Apesar de certos avanços no plano legal e da gestão, persistem as dificuldades dos serviços de saúde para modificarem o atendimento prestado aos indivíduos e à população que procuram os estabelecimentos de saúde. Os treinamentos, as reuniões nos serviços e a elaboração de normas técnicas não têm sido suficientes para reorientar as ações de saúde no sentido da integralidade da atenção, da qualidade, da ética e da efetividade.

Paim²⁹ define modelo assistencial como combinações tecnológicas estruturadas em função dos problemas de saúde que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Segundo o entendimento de Schraiber³⁰, modelo assistencial é a própria dimensão técnica das

práticas de saúde na organização social da produção do serviço, aproximando-o do caráter prático propriamente dito da intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde, individuais e coletivas. Os principais modelos assistenciais, enquanto formas concretas de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde, são descritas por Paim ²⁹:

a) Programação em saúde - trata-se dos modelos epidemiologicamente orientados pelas necessidades de saúde, ainda que reduzidos a alguns problemas de saúde vinculados a danos e riscos. Estão aqui incluídas as campanhas sanitárias e programas especiais que são voltados para doenças específicas (tuberculose, malária, hanseníase, AIDS, hipertensão) e/ou que elegem grupos populacionais (crianças, adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, família etc.). Uns são programas que se prolongam, outros constituem respostas pontuais e dependem de mudança do perfil epidemiológico.

b) Modelo assistencial hegemônico - tem origem na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortalece-se com a expansão da previdência social e consolida-se com a capitalização da medicina nas quatro últimas décadas. Conforme Schraiber, citada por Paim ²⁹, este modelo caracteriza-se pela assistência médica individual numa relação sempre interindividual, mas coletivamente estruturada enquanto assistência; ato produzido institucionalmente, mas individualmente operado na consulta direta ao médico; serviço público coletivamente oferecido, mas acionado individualmente pela demanda espontânea de cada cidadão.

c) Modelo assistencial alternativo – este modelo centra-se em necessidades ou problemas de saúde, procura compatibilizar o atendimento à demanda com a intervenção sobre o problema epidemiologicamente identificado, explicado situacionalmente, no sentido de atender à integralidade da atenção, bem como o princípio do impacto e da não rejeição à demanda.

O Programa Saúde da Família (PSF), em sua proposta, representa tanto uma estratégia que contempla a organização da oferta quanto uma intervenção sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância da saúde e da distritalização. Por isso a estratégia da Saúde da Família atualiza a proposta de atenção, de modo a classificar-se como modelo assistencial alternativo.

O sistema de saúde, concebido apenas de forma abstrata, é subdividido em níveis de atenção primário, secundário e terciário. Estes níveis diferenciam-se de acordo com o grau de incorporação de tecnologia material e de especialização de seus recursos

humanos ³¹. O nível de atenção primária em saúde tem se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas de organização da assistência à saúde. Nesse espaço há também possibilidade mais efetiva da promoção da autonomia do cuidado em saúde, e incorporação de outras modalidades de serviços.

Na atenção primária em saúde foi implementado em boa parte do território nacional o PSF, sendo que até o momento de sua formulação, não existia nenhuma proposta concreta de assistência básica para o SUS ³². As propostas de distritos sanitários e os sistemas locais de saúde não se impunham como suficientemente fortes para provocar mudanças perceptíveis na estrutura dos serviços de saúde. Para Viana e Dalpoz ³², o PSF foi formulado quando *“a política de saúde seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área de saúde, e sem interlocução, inclusive, com outros setores da área social”* (19).

O Ministério da Saúde apresenta então o PSF ³³ explicitamente como estratégia de mudança do modelo assistencial, e como um projeto estruturante do Sistema de Saúde, visando essencialmente à organização de sua área básica, norteada por uma série de princípios e estratégias constantes nos documentos ministeriais, a partir de então. Entre eles destacam-se: a definição de um território de atuação, a integralidade, a ênfase nas ações de promoção da saúde, a responsabilização para com a saúde da população adscrita, o planejamento local por problemas, a atuação intersetorial e a humanização do atendimento.

O marco organizador da proposta está direcionado para o campo teórico metodológico da vigilância da saúde, indicando a necessidade de integrar a atuação do setor saúde com as várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social, e de desenvolver novas propostas para a operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora. Segundo Teixeira, Paim e Vilasboas ³⁴, a proposta vigilância da saúde incorpora e supera os modelos assistenciais vigentes, implicando numa redefinição dos sujeitos, do objeto, dos métodos e das formas de organização dos processos de trabalho. Supera a dicotomia entre as práticas coletivas (de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica) e as individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), e tem como suporte político institucional o processo de descentralização e reorganização dos serviços e das práticas em nível local. A proposta incorpora também

novos sujeitos, extrapola o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde (gerentes de serviços e técnicos), envolvendo a população organizada, o que corresponde a uma ampliação do objeto, incluindo, além das determinações clínico-epidemiológicas do âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida.

Assim, o PSF confere ênfase na articulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação frente à diversidade de contextos regionais e locais, possibilitando a oferta de um elenco de ações segundo as especificidades do perfil epidemiológico local, com a perspectiva de se chegar a atuar sobre os determinantes e os riscos de adoecimento. A prioridade atribuída à promoção e prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas que, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, sendo oferecidas de maneira desigual. Hoje se busca oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico.

Entretanto, muitos entraves no processo de implementação do PSF, assim como do sistema de saúde como um todo, vêm sendo identificados. As dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores do sistema de saúde, com maior equidade de acesso e com integralidade das práticas, são reconhecidas quando se compara com os avanços políticos administrativos.

Campos²⁰ chama a atenção para o fato de as dificuldades não residirem apenas no arcabouço institucional e na lógica da política de saúde anterior. Há que se considerar entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos. Esses padrões institucionais conformam um conjunto de pressupostos e valores de difícil e de lenta transformação, a despeito de existirem propósitos políticos de mudança da parte da maioria dos atores sociais envolvidos no setor. Por isso, considera que o SUS esteja ainda em processo de formação, e que a mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis: o primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde; o segundo, das práticas dos profissionais de saúde, de estruturação das práticas integrais à saúde.

Para Conill ³⁵ a descentralização, com a municipalização, e a consolidação de sistemas locais segundo a estratégia da saúde da família, surgem como políticas setoriais que poderiam facilitar a superação dessas dificuldades. No entanto, o sentido e efetividade dessas propostas de modelo assistencial, carecem de análises principalmente no espaço das práticas.

O PSF, inicialmente, foi tratado como programa, mas logo alçado à condição de estratégia de reorientação da assistência, guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica. No entanto, segundo Ribeiro e colaboradores ³⁶, a sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ao definir objetivos, metas e passos, ratifica sua condição normativa de programa; e de outro lado ao sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, reivindica a posição de "estratégia" reorientadora do modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo. Os autores salientam, também, o importante desafio na proposição em que a equipe de saúde terá como objetivo prestar assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, com destaque para a perspectiva da atenção focada na família. Quanto a este aspecto, Salum ³⁷ ressalta que o PSF tem considerado apenas a esfera de determinação no momento do consumo, não dando conta de avançar na intervenção no momento da produção, que hoje, cada vez mais se evidencia como processo de máxima vulnerabilidade na expressão do fortalecimento e do desgaste bio-psíquico. Apesar do programa ser uma proposta para a família e a comunidade as ações propostas dirigem-se, em geral, para seus membros individuais, mesmo quando se reconhece a interdependência dos diferentes membros ou os direitos e obrigações entre os familiares.

Em tal proposição tem-se a previsão de elaborar diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social, remetendo essa prática sanitária para uma organização bem distinta daquela prática assistencial organizada nos moldes de programa. Trata-se de uma proposta que pretende estabelecer uma ruptura e traçar caminhos para a construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética e tecnológica.

Na organização das ações, destacamos a distinção entre a proposta de se trabalhar com o enfoque por problema e o enfoque por programas. Segundo a lógica da

programação em saúde as práticas sanitárias são definidas, a partir de um referencial epidemiológico e eleitas segundo critérios como: magnitude, vulnerabilidade, transcendência, e combinam tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas, calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas²⁰. Já o enfoque por problemas, como elemento articulador dos modos de intervenção, parte do reconhecimento de um território para, que sem posições apriorísticas, identificar, descrever e explicar os macro-problemas de saúde ali contidos, e referidos pelo grupo, para depois articular, através de práticas sanitárias as diferentes disciplinas e setores.

Assim, intervenções sobre as necessidades de saúde, segundo o enfoque por problemas, exigem ações que devem se orientar para a aplicação de conhecimentos, que vão muito além do que vem sendo considerado técnico-científico; envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Para Costa³⁸ mesmo os problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e atuar dos profissionais. A autora afirma também que na perspectiva da reorganização da atenção à saúde, ao trabalhar os problemas como eixo, pretende-se o deslocamento do objeto de intervenção do setor saúde, que passa a ter outras conformações para além do indivíduo doente, e forçar a utilização de outros meios de trabalho e de outras articulações que transcendem o âmbito do setor de saúde. Além disso, traz a possibilidade de conformar práticas articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, com todo o espectro, de conhecimento e técnica, que é próprio do setor.

No entanto, no trabalho do dia-a-dia do programa, na rotina das unidades, na administração das atividades das equipes, algumas preocupações e problemas vão surgindo, e nem sempre aparecem de forma evidente. Uma das questões mais presentes, é a fidelidade do programa para com os seus princípios básicos. No âmbito da organização da prática sanitária do PSF surge o debate entre a forma de organização segundo a demanda e/ou segundo a referência do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para Franco e Merhy³⁹, com a organização e estruturação da demanda de serviços das Unidades de Saúde da Família (USF), a partir exclusivamente da referência dos usuários pelas equipes do PSF e a eliminação da possibilidade de atendimento à demanda espontânea, o programa incorre num erro estratégico de implantação. Tal procedimento enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com o modelo de

assistência médica hegemônica, para responderem as suas necessidades imediatas. Contudo, Vasconcelos ⁴⁰ ressalta que, mesmo organizando o atendimento, incluindo a demanda espontânea, ainda assim, a concepção que acaba prevalecendo é aquela que reduz o direito à saúde o acesso a serviços que, por suas próprias características tecnológicas, embora aliviem a dor e o sofrimento dos doentes, não necessariamente reduzem os riscos de que voltem a adoecer frequentemente ou que venham a morrer precocemente. Nisto está o cerne da questão: como se deve organizar práticas sanitárias que atendam às necessidades de saúde da população?

Com o Programa Saúde da Família pretende-se que as práticas sanitárias estejam comprometidas com a solução dos problemas de saúde, com a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população. Embora enuncie como propósito reorientar o modelo assistencial, o PSF apresenta na sua origem métodos de gestão e de organização verticalizados, mais próximos à tradição sanitária brasileira.

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. Vale ressaltar que a desconsideração da complexidade do quadro epidemiológico de cada região faz com que se adote os programas como a única referência para a oferta de serviços. O diagnóstico da realidade, a gestão participativa e o controle social poderiam ser eixos operativos úteis para potencializar as práticas em saúde. Em uma análise prospectiva do PSF, Bursztyn e colaboradores ⁴¹ evidenciaram o controle social e flexibilidade para a adaptação local como as variáveis que desempenham papel mais estratégico para o sucesso do programa.

Neste aspecto, ressaltamos ainda a necessidade de se conhecer as histórias das pessoas e da comunidade. Como nos lembra Valla⁴², a história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com sua clientela. A história é anterior e precisa ser resgatada pelos profissionais, administradores e planejadores. Existe um passado que ainda vive virtualmente no presente e está referido às experiências acumuladas em uma ampla e diversificada gama de alternativas, bem como às lutas moleculares ou coletivas que enraízam formas de pensar e agir. São essas experiências que precisam ser resgatadas pelos serviços, pelos profissionais, técnicos e planejadores. Para que os serviços de saúde contemplem de fato as necessidades sociais das populações, precisam

levar em consideração, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam.

Outra dificuldade na operacionalização do PSF refere-se à organização e forma de trabalho da equipe. Embora estejam direcionadas para práticas multiprofissionais, as estratégias do PSF ainda não estabeleceram uma ruptura com a dinâmica do antigo modelo que está centrada no médico. Os dispositivos utilizados pelo programa estão centrados na estrutura (modelo de financiamento para a atenção básica, normas de funcionamento do PSF) e não sobre as estratégias operacionais da prática. Segundo Franco e Merhy³⁹, o programa não opera de modo amplo nos microprocessos de trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos de cada profissional, em última instância no espaço em que se define o perfil da assistência. Os referidos autores apontam problemas com alto grau de normatividade na implementação do PSF. O formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados pelo Ministério da Saúde. O caráter prescritivo do PSF é exacerbado. São definidos *a priori* os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde.

Outra questão, diz respeito à possibilidade de uma nova relação entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto a população seriam produtores de saúde. Segundo Ribeiro e colaboradores³⁶, na verdade ainda não se conseguiu superar a perspectiva de um padrão tradicional onde se tem um sujeito do processo de um lado e, do outro, o objeto sobre o qual há uma intervenção para melhora da sua saúde. Tal interação tem o significado de um novo ponto de partida para equacionar no contexto dramático em que vivemos: a universalidade com equidade e eficiência. Azevedo e colaboradores⁴³ consideram que ainda é necessário superar concepções de que os indivíduos, membros de uma equipe são criaturas meramente funcionais e considerá-los como sujeito político e como pessoas singulares, providos de crenças, valores, desejos e emoções. Ou ainda a exagerada racionalidade político-estratégica, que ignora a subjetividade ou a restringe à subjetividade elaborada na consciência (racional). Neste caso, o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de intervenções, são prerrogativas para construção de viabilidade social das mudanças no setor da saúde.

Além disso, as mudanças comportamentais, no plano subjetivo, são especialmente estratégicas para a melhoria dos padrões de saúde e da qualidade de vida de modo geral. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem resultar de um engajamento ativo no controle social dos programas de saúde, com repercussões não apenas sobre os aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços, como também sobre a aceitabilidade social dos serviços^{44, 45}. Consideradas em longo prazo, essas mudanças no nível da subjetividade representam possivelmente o impacto mais efetivo dos programas no processo saúde-doença. Podem ser entendidas como instâncias cognitivas capazes de monitorar ações individuais e coletivas promotoras de saúde.

Mesmo reconhecendo a distância entre intenção e gesto é preciso saudar a estrutura proposta pelo Programa de Saúde da Família, com suas concepções abrangentes dos direitos à saúde, indo desde pressupostos e princípios do cidadão portador de direitos abstratos até as disposições sobre organização e operacionalização.

Algumas ações têm sido recomendadas para a prática sanitária frente à violência intrafamiliar no âmbito do Saúde da Família. Cavalcanti¹⁷ destaca como necessidade: valorizar a atitude de escuta e orientação por parte dos profissionais perante as relações e situações de violência intrafamiliar como uma ação de cuidado e atenção à saúde; estruturar uma rede de apoio social para suporte dos profissionais na intervenção; constituir uma equipe com profissionais especializados para a assistência aos familiares e suporte aos técnicos que interagem diretamente com a população; e fomentar a organização de grupos de discussão (com homens, mulheres/mães, jovens, idosos) para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência, do alcoolismo, do uso de droga e de promoção da saúde, da tolerância, do diálogo e do afeto, assim como para a discussão dos modelos de masculinidade, das formas de relação entre homens e mulheres e valorização da auto-estima. Considera também indispensáveis o estabelecimento de políticas sociais eficazes para a transformação social e econômica brasileira.

2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM CONCEITO FUNDAMENTAL PARA O PSF

O Programa de Saúde da Família, enquanto alternativa de reorganização da atenção à saúde, nasce do contexto histórico e conceitual da promoção da saúde. Nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, este conceito se destaca como parte dos elementos e princípios definidores do programa. Ao se responsabilizar pela saúde de uma determinada população, como centro do trabalho da equipe do PSF, os serviços a serem oferecidos necessariamente devem extrapolar as preocupações unicamente curativas do modelo biomédico tradicional, para buscar a promoção da saúde e a qualidade de vida da clientela.

Fazendo uma breve recuperação histórica do termo promoção da saúde na literatura, autores afirmam que esta idéia não é nova ^{46, 47}. No século XIX, antes da teoria microbiana, os métodos e conceitos da saúde comunitária tinham muitas características políticas e ecológicas da promoção contemporânea da saúde. Raízes intelectuais que precederam a algumas das características desse período vieram das antigas civilizações chinesa, babilônica, hebraica e grega.

Existe referência de que os primeiros autores que utilizaram a expressão "promoção da saúde" para conferir proeminência na saúde pública foram Winslow, em 1920, quando defendia o esforço organizado da comunidade para a educação individual no que tange à saúde pessoal e ao desenvolvimento dos mecanismos sociais, e Sigerist, em 1946, quando propunha um padrão de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios para repouso e recreação, e também ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação ⁴⁶.

Nas décadas de 50 e 60, o debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, ampliou a perspectiva para a busca de uma abordagem mais positiva nesse campo e a superação da orientação predominantemente centrada na enfermidade.

Leavell e Clark, em 1965, ao desenvolverem o modelo de “História Natural da Doença” e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária. Estes autores apresentam o termo prevenção como um conceito mais abrangente demarcando os campos de práticas em saúde, cujo significado é de uma ação antecipada tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença ou agravo à saúde, considerando os elos de uma determinada cadeia patogênica, tanto no meio

físico, social e interno ao ser humano. Nesta perspectiva as ações preventivas têm por finalidade eliminar ou interromper o andamento de um processo de maneira a modificar suas conseqüências ⁴⁷.

Na construção do conceito de prevenção Leavell e Clark distinguiram fases na aplicação de medidas preventivas, a partir do grau de conhecimento do curso de cada uma das doenças. A prevenção primária realizada no período pré-patogênico comporta dois níveis de medidas: o da promoção à saúde onde as medidas adotadas não são dirigidas a nenhuma doença ou a agravo particular, mas causam um impacto positivo sobre a saúde da coletividade; e o de proteção específica que compreende a aplicação de medidas dirigidas a determinados agravos à saúde com o objetivo de interceptar suas causas antes que atinjam o indivíduo. Na prevenção secundária as ações são dirigidas ao indivíduo sob ação do agente patogênico, ou seja, no período em que já se desencadeou o processo mórbido. As medidas preventivas nesse nível incluem o diagnóstico precoce (feito por rastreamento – *screening*, ou por controle geral e acompanhamento), tratamento imediato e limitação da incapacidade. Já a prevenção terciária corresponde às medidas adotadas após a sobrevivência das conseqüências da doença. O objetivo consiste em alcançar a recuperação total ou parcial através de processo de reabilitação e aproveitamento da capacidade funcional remanescente ⁴⁸.

Como podemos ver, a prevenção primária lança mão de medidas voltadas para as condições do meio ambiente e social, não só para dar proteção específica a algumas doenças, mas para promover a saúde.

Na década de 70, dois acontecimentos foram considerados fundamentais para a importante convergência da conformação de um novo paradigma, formulado na Conferência de Alma-Ata (1978), dando origem às propostas de Saúde para todos no ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde. São eles: a abertura da China Nacionalista para as missões de observação de especialistas da Organização Mundial da Saúde (1973-1974) e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde ⁴⁹.

A experiência chinesa desenvolvida por Comitês Comunitários, sob a orientação dos responsáveis pela saúde, conhecidos como “médicos descalços” e a experiência canadense que propõe responsabilidades de programar e atribuir recursos disponíveis e de empoderamento da sociedade, são referências para as idéias observadas na

conformação da proposta de Atenção Primária de Saúde adotada, em 1978, por parte de todos os países do mundo.

O Relatório Lalonde elaborado por Marc Lalonde, Ministro de Saúde e Bem-estar do Canadá, globalmente foi o documento de política de um governo nacional que, pela primeira vez, identificava a promoção da saúde como estratégia chave para melhorar a saúde de uma população. Os fundamentos deste documento encontram-se na concepção de "Campo de Saúde", elaborada pelo vice-ministro Lafraboise, em 1973, que reúne os chamados determinantes de saúde. Essa concepção contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde como parte da dimensão ampliada, através da qual a saúde deve ser abordada nas políticas. O componente biologia humana envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação; o ambiente agrupa os fatores externos ao organismo em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle; o estilo de vida designa com o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, a suas atividades de lazer e alimentação, estando, portanto, parcialmente sob seu controle; e a organização da atenção à saúde que engloba a disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde^{50, 51}.

Lalonde⁴⁹ concluiu que a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde e a maior parte dos gastos em saúde se concentrava na organização do cuidado médico. Contudo, quando analisava as principais causas de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. Ao longo dos anos 70 e 80, as evidências da associação entre saúde e condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam^{50, 52}. Os estudos chegaram à conclusão de que a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais estão disponíveis aos indivíduos e à comunidade, maior é a probabilidade de se ter uma saúde melhor. Além disso, quanto maior a disparidade na distribuição da riqueza em qualquer população, maior é a disparidade na saúde²⁶.

Esta sistematização trouxe uma nova perspectiva para a intervenção em saúde pública, estimulando o entusiasmo internacional pela promoção da saúde como

orientação para o planejamento, o que poderia ser potencialmente útil a governos, organizações, comunidades e indivíduos.

Assim, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), em seu capítulo I reafirma, enfaticamente, o princípio de que a saúde é um direito humano fundamental, projetando-o como uma meta mundial, cuja realização exige a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde ⁵³. Em seu bojo, enuncia claramente a ampliação da visão do cuidado de saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população superando, assim, o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde. Segundo Ferreira e Buss ⁵⁴, a declaração de Alma-Ata apontava na direção da nova concepção de promoção da saúde, embora não totalmente delineada, porém valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano, mesmo sem usar a terminologia de determinante de saúde, os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

A abordagem teórica e as formas de implementação da promoção da saúde na década de 80, especialmente no Canadá, concentrando-se no quadrante do campo da saúde correspondente aos estilos de vida, com ênfase na ação individual, foi alvo de muitas críticas. Buck ⁵⁵, analisando as recomendações do informe Lalonde e sua efetiva implementação, indica a ausência de mudanças profundas na expressão das políticas de saúde criticando a pouca ênfase dada às questões ambientais. Faz a proposição de uma nova perspectiva que se agrega ao conceito, que denomina de "o entorno", ressaltando a dimensão que deverá ser também apreendida nas relações de determinação da saúde. A autora considera "o entorno" como o mais importante dos quatro elementos do "campo da saúde". Identifica fatores do "entorno" que podem constituir obstáculos para a saúde, denominando-os de entornos perigosos, tais como: a violência, a segurança dos meios de locomoção, as condições de risco no trabalho, a contaminação do ar e da água. Identifica como fundamental o trabalho, enfatizando as características do stress, e da falta de gratificação e a despersonalização como fatores nocivos à saúde. Considera a pobreza como potencializadora de todos os obstáculos à saúde, pois são os pobres que vivem em entornos perigosos, os que não podem satisfazer suas necessidades básicas e carecem de amenidades, os que ocupam postos de trabalho estressantes e não gratificantes, quando empregados, e os que estão isolados das fontes de informação e de estímulo. Considera que não será possível melhorar os outros elementos do campo de

saúde de Lalonde sem mudar o entorno, pois todos os demais estão inseparavelmente unidos.

Essas observações também vinham sendo feitas por autores latino-americanos, entre eles Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecília Donangelo e Sergio Arouca, entre outros, que no desenvolvimento do ensino de medicina preventiva e social introduziram importantes evidências com base em estudos no campo da pesquisa social aplicada à saúde e destacando mais as causas sociais ⁵⁴.

Este movimento alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986), no Canadá, que lançou a carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, logo sendo enriquecida com outras conferências internacionais realizadas, periodicamente, sobre o tema ⁵³.

Na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde se reconhece os pré-requisitos fundamentais para a saúde, que são: paz, alimento, abrigo, renda, ecossistema estável, uso ininterrupto de recursos, justiça social e direito de equidade. A promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. É ainda enfatizado que, “para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” ⁵³. O conceito de promoção da saúde passa a ser base da nova saúde pública e é definido, pela primeira vez, em termos de políticas e estratégias, representando um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata (1978), que estabeleceu a designação ‘saúde para todos até ao ano 2000’, através da expansão da atenção primária.

Segundo Ferraz ⁵⁶, a Carta de Ottawa veio ampliar a concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Em tal concepção se tem o reconhecimento de que não concerne exclusivamente ao setor saúde a tarefa de promover a saúde. Ao contrário, isso constitui uma atividade essencialmente intersetorial.

As estratégias de ação propostas pela Carta foram: 1) estabelecimento de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) reorientação dos serviços de saúde ⁵³.

Outras iniciativas multinacionais que se seguiram a partir da Primeira Conferência sobre o tema, reforçam o posicionamento expresso nesta Carta, ampliando-o, na busca de mecanismos adequados, que promovam a saúde e o bem-estar dos cidadãos de todo o Mundo. Pois o que se pretende com estas Conferências Internacionais é a reflexão acerca da promoção da saúde e a adoção, por parte de todos os países, das recomendações que de lá emergiram. Em Abril de 1988, na Austrália, na 2ª Conferência Internacional da Promoção da Saúde, da qual resultou a publicação das recomendações de Adelaide, e na seqüência das recomendações publicadas na Carta de Ottawa, foram identificadas quatro áreas prioritárias de promoção de ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, combate ao tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis.

Em 1991, na Suécia (Sundsvall), decorreu a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que precedeu a Conferência Mundial sobre Meio Ambiente (Rio de Janeiro–1992), destacando a ecologia na área da saúde, entendida não restritamente à dimensão física, mas também nas dimensões social, econômica, política e cultural. “Ambientes Saudáveis e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central quando se estabelecem prioridades para o desenvolvimento e devem ter importância na gestão diária das políticas governamentais”.

Em 1997, em Jacarta, é realizada a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde se projeta uma visão da promoção da saúde para o século seguinte. São destacados, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como os fatores transnacionais (globalização da economia e suas conseqüências, papel dos meios de comunicação e outros). Entre as conclusões desta última conferência, destaca-se a percepção de que os métodos de promoção da saúde baseados na combinação das cinco estratégias preconizados pela Carta de Ottawa são mais eficazes que aqueles centrados em um só campo; e a de que diversos cenários – cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho – oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais⁵⁷.

Seguindo a linha orientadora das declarações publicadas anteriormente, também na 5ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México (2000), se abordaram temas relacionados com a promoção social e responsabilidade pela saúde e o desenvolvimento da capacidade comunitária e do *empowerment*

individual, revelando-se fundamental o envolvimento e a participação de todos no processo de promoção de saúde ⁵³.

Outras duas conferências, de caráter sub-regional, foram realizadas em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). A declaração de Santafé de Bogotá, assinada por representantes de 21 países do continente americano e intitulada "Promoção e Igualdade", afirma que a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento, e destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance ⁵⁶.

Conforme sintetizam Ferreira e Buss ⁵⁴, cada uma das conferências vem desempenhando importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema e significativos avanços com a ampliação do campo de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados. A partir destas conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países.

Na América Latina, a OPAS colocou-a como prioridade programática, definindo-a como o somatório das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, direcionadas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva ⁵⁸.

Na realidade brasileira, os ideários da promoção da saúde estão incorporados na reforma sanitária. Contudo, a despeito dos avanços alcançados desde a VIII Conferência de Saúde, de 1986, com a legislação em seu capítulo da saúde, e com as Normas Operacionais do SUS, ainda estamos centrados no interior do próprio setor saúde, na tentativa de organização dos serviços e na adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema.

O novo conceito de promoção internacionalmente construído e a nova relação entre políticas públicas e saúde fizeram com que fosse estabelecido um processo de elaboração política, levando em conta o conceito, as estratégias e os objetivos básicos que este processo compreende. A promoção da saúde, tomada como um processo político e social, voltado de forma primordial para a qualidade de vida, exige o envolvimento da população e de diferentes setores de governo. Condição essa que conforma as suas principais estratégias, ou seja: a "capacitação" da sociedade para

assumir o controle sobre a sua saúde e a construção, por meio de ação intersetorial, de políticas públicas saudáveis.

Do setor saúde, espera-se que assuma o papel de indutor, para fomentar a implantação, implementação e consolidação da promoção, segundo suas características sociais e políticas. A perspectiva de agregar à realidade uma nova discussão para as linhas de ação do setor, de agregação de novo olhar para a saúde com o que vem sendo enunciado com a Promoção da Saúde, pode significar um potencial transformador de nossas práticas de lidar com a saúde. Neste sentido, a abordagem da promoção da saúde precisa ser pensada a partir das necessidades reais da população, dando abertura para capturar e enfrentar os determinantes das várias formas de violência.

2.3. – VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

2.3.1 – Conceito

Temos por premissa que a concepção e a delimitação da violência intrafamiliar estão diretamente relacionadas a um julgamento social que, por sua vez, tem seus critérios envolvidos em um emaranhado de preceitos culturais e morais vigentes em um determinado momento da vida em sociedade. Os atos que há algumas décadas eram justificados, legítimos, hoje são intoleráveis.

Das várias mudanças sociais que hoje poderiam revelar-se capazes de explicar a concepção e designação da violência intrafamiliar como um problema, estão o reconhecimento dos direitos humanos, suas derivações, e a maior igualdade entre homens e mulheres⁵⁹.

São mudanças que vêm confrontando a visão tradicional de família, de sua condição como espaço privado intocável, de ser uma instituição social sacralizada, a base do edifício social, a célula-mãe da sociedade. Em tal visão, mantinha-se uma barreira de proteção contra o fato, no mínimo constrangedor, de ser exatamente no interior de seus lares que mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiências estariam sendo agredidos, abusados sexualmente, ameaçados e mortos. Como afirma Soares⁶⁰, o que existia no passado restrito ao universo familiar, distingue-se no momento atual, como um campo particular de intervenções, debates e reflexões; uma nova fonte de normatividade, nova arena de formação de subjetividades.

A denominação violência intrafamiliar sugere que se trata de um fenômeno vinculado ao ambiente onde ocorre. Por esta razão tem-se o risco de ser rotulado e aceito como um evento inerente apenas às relações familiares, quaisquer que sejam elas. Entretanto, deve ser compreendida a partir das condições que lhe dão origem, no tempo e no espaço.

Mesmo que identificada como um fenômeno disseminado, a violência intrafamiliar possui traços peculiares vinculados ao contexto. Como serão discutidos no próximo tópico, os processos causais que dão origem ao fenômeno não seriam, exclusiva e essencialmente, do plano dos indivíduos e da forma como os mesmos se relacionam entre si, mas também do plano social. Estão em sua gênese as relações sociais e, de maneira muito particular, os valores coletivos expressos nas discriminações, nas desigualdades e nas injustiças sociais.

Quando se toma a família e a estrutura social como o eixo de análise do problema percebe-se que todos os membros podem ser igualmente vítimas e perpetradores, a depender das circunstâncias. O termo violência familiar ou intrafamiliar adquire um sentido mais abrangente do que aquele que diz respeito às relações de gênero, de gerações, interpessoais ou apenas aquela designada pelo local de ocorrência do fenômeno.

Ressalta-se também que a violência na sociedade, assim como suas manifestações mais visíveis, apresenta-se como uma teia de relações que permeia os diferentes sistemas (socio-econômico, político, social). A violência é uma forma de relação social imbricada no modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Expressam padrões de sociabilidade, de comportamento, de modo de vida vigente em uma sociedade e em um momento histórico. Por conseguinte, sua compreensão não pode prescindir das referências à estrutura social e aos sujeitos que a fomentam enquanto existência social ⁶¹. Neste sentido, expressam as relações sociais entre classes e as relações interpessoais.

Assim, a complexidade da violência diz respeito as suas várias dimensões e âmbitos. Se por um lado a violência faz parte de uma forma peculiar de viver em sociedade, por outro, é também experimentada individualmente por cidadãos que, ao mesmo tempo, são sujeitos e objetos deste fenômeno. É resultado, mas também é elemento revitalizador de culturas que se sustentam em racionalidades que admitem a violência como um instrumento para resolver diferenças, satisfazer necessidades, e solucionar conflitos. Cada ato violento, independente de suas razões, tem como produto

a contaminação da vida cotidiana e de toda a sociedade, (re-)alimentando saberes que atuam como verdades, imagens identificadoras, linguagens, valores, crenças e mitos. Ninguém está imune a essa influência e nem a sua ocorrência ⁶².

A cultura da violência, também denominada a ordem violenta, é entendida como “o conjunto de representações e formas de relações inter-humanas e sociais predominantemente pautadas pela violência” (49) ¹, que penetra e se instala em todos os cenários da vida social, incluindo aí as relações familiares. A violência substitui a palavra e o argumento, silencia a razão, cria heróis e normas, regula o tempo, os espaços, os gestos, as palavras e as idéias, destruindo o gozo, os sonhos e a vida. Torna-se a expressão de comportamentos de seres humanos alienados, sendo assim uma adulteração das relações humanas ⁶².

Assim, a violência concebida como estrutural oferece um marco à violência do comportamento, se aplica a todos os sistemas e instituições, e conduz à opressão determinadas pessoas ou grupos, garantindo o privilégio de alguns. Para aqueles aos quais são negados os benefícios sociais, políticos e econômicos é maior sua vulnerabilidade ao sofrimento e à morte ⁶³. Portanto, a violência, mesmo a tipificada como intrafamiliar, é um fenômeno complexo e dinâmico, que tem a vida em sociedade seu espaço de criação ³.

Neste sentido, a violência intrafamiliar é aqui concebida como um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo de forma continuada, especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência ⁶⁴. Sua expressão visível é geralmente classificada em quatro formas: a física, a sexual, a psicológica e a negligência. Ocorre dentro da família, sendo perpetrada por um agressor, que possui laços de parentesco, familiares ou conjugais, em condições de superioridade física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica ^{65, 66}. Ela é resultado de um processo de contradição e opressão nas relações sociais expressas no interior da família.

2.3.2 - Causas e determinações

Nos estudos que abordam a violência intrafamiliar é comum encontrar análises sobre a causalidade da violência, a partir de uma listagem de determinantes e fatores de riscos (pessoais, socio-econômicos e culturais) associados às diferentes correntes teóricas que fomentam a discussão.

Nos estudos epidemiológicos encontramos alguns fatores de risco associados à violência intrafamiliar. Há existência de associação entre abuso físico e sexual na infância, o alcoolismo e a ocorrência de violência na família, segundo Kunitz e colaboradores ⁶⁷. Nos Estados Unidos da América, a partir de um estudo caso-controle, os referidos autores tomaram como sujeitos da pesquisa homens e mulheres com idades de 21 a 65 anos de um programa do tratamento do álcool. E os compararam aos controles da comunidade para analisar: a importância do abuso físico e sexual na infância como um fator de risco para a desordem de conduta; a importância do abuso e da desordem de conduta como fatores de risco para a dependência do álcool; e a importância relativa do abuso, da desordem de conduta, e da dependência do álcool como fatores de risco para se tornar perpetrador e/ou uma vítima da violência doméstica. Concluíram que a violência praticada contra a criança e a dependência do álcool são fatores de risco independentes para se envolverem na violência intrafamiliar como perpetrador e/ou vítima, sendo que o abuso físico antes dos 15 anos de idade é um fator de risco significativo para a dependência do álcool, assim como para a violência intrafamiliar independente do abuso de álcool.

Espinosa e Osborne ⁶⁸ sistematizaram, a partir de uma revisão da literatura, as características da violência intrafamiliar durante a gravidez. Mostram que o risco aumenta entre as mulheres mais jovens (com menos de 20 anos), pois são mais vulneráveis e inexperientes nos relacionamentos interpessoais e entre as mulheres cujos parceiros tiveram ou têm problema de alcoolismo ou abuso de drogas, sugerindo que se inclua, na avaliação pré-natal, informações sobre o comportamento do companheiro como dado importante a respeito da segurança da mulher. Em geral, mulheres grávidas em relacionamentos abusivos podem iniciar os cuidados de pré-natal tardiamente, devido ao comportamento controlador de seus parceiros. A depressão e a ansiedade de muitas mulheres grávidas estão fortemente associadas à experiência da violência intrafamiliar. O baixo ganho de peso materno, as infecções do trato genitourinária, anemia, intervalo curto interpartal, e sangramento durante o primeiro ou segundo trimestres são problemas comuns em grávidas agredidas. Relatos de gravidez não desejada e tentativa de aborto estão mais associadas à experiência da violência na família. É importante considerar estes relatos, pois parceiros violentos proíbem, às vezes, suas mulheres de usar métodos contraceptivos.

Outros estudos sobre violência intrafamiliar durante a gravidez relataram um aumento no número médio de abusos nos primeiros três meses após o parto. A

frequência dos incidentes da violência no pós-parto era maior do que a frequência durante todos os trimestres de gravidez ou durante os três meses antes da gravidez ^{69, 70}.

O comportamento violento que ocorre na família, por vezes, se estende a outros ambientes sociais. Baldry ⁷¹ encontrou evidências no relacionamento entre a violência da família e o desenvolvimento do comportamento agressivo e antisocial de crianças na escola. O estudo foi conduzido com 1059 crianças italianas (48.5% meninas e 51.5% meninos) recrutadas de 10 escolas elementares e médias em diferentes cidades e na província de Roma, com idade de 8 a 15 anos. A metade de todos os estudantes recrutados para o estudo foi envolvida em algum tipo de abuso ou de vitimização em um período de 3 meses. Estas crianças, na escola, tendem a ser mais agressivas ou cometem, até mesmo, atos delinquentes. Conclui que o ciclo vicioso de vitimização que começa na casa continua na escola, e as crianças expostas à violência doméstica estão em risco mais elevado de desenvolver, em curto ou longo prazo, as conseqüências negativas, comparadas àquelas que não são expostas. Resultados semelhantes foram encontrados por Meneghel e colaboradores ⁷² na cidade de Porto Alegre, com alunos de duas escolas (uma pública e outra particular). Foram entrevistadas 76 famílias, 36 com adolescentes considerados agressivos pelos professores e quarenta com aqueles não agressivos, perfazendo um total de 213 pessoas. Os dados apresentados mostraram que a punição física grave, freqüente ou ocasional, foi um acontecimento presente em mais da metade da amostra: 41 relatos (53,9%). A relação entre agressividade na adolescência e punição física grave foi estatisticamente significativa, ou seja, os adolescentes agressivos foram mais punidos que os não agressivos (razão de chances = 4,3).

Em sentido inverso, tem-se que a exposição à violência num ambiente extrafamiliar produz efeitos perversos e profundos no desenvolvimento dos indivíduos e no seu relacionamento familiar. Kuther ⁷³, revendo os efeitos de testemunhar a violência na comunidade sobre os domínios emocionais, cognitivo, e comportamental, conclui que, quando estes efeitos e suas interações são vistos nos termos de uma aproximação contextual, a exposição tem implicações sérias para a compreensão sobre o mundo social, o desenvolvimento moral, e sobre opiniões relacionadas à saúde. Overstreet ⁷⁴, também, conclui que o stress, a ansiedade, e o medo gerado pela exposição à violência interferem significativamente nas tarefas do desenvolvimento mental, consideradas normais tais como o desenvolvimento da confiança, do sentido da segurança, do controle emocional, da exploração do ambiente, e da habilidade de dar forma aos relacionamentos sociais.

No relacionamento familiar entre pais e crianças, regido por maltrato e pela punição física severa, foi demonstrado por vários investigadores que as crianças apresentam risco aumentado para a exposição à violência extrafamiliar. Bell e Jenkins⁷⁵ encontraram entre crianças e adolescentes, com idade de 7-15 anos, que foram fisicamente punidos, associação com a participação aumentada em brigas. Malik e colaboradores⁷⁶ encontraram entre 707 escolares que o abuso de criança aumentou o risco para a vitimização na comunidade.

Quanto ao abuso contra o idoso, tem-se que raramente é resolvido por si só, o mais provável é que se intensifique com o tempo. Os sinais, em geral, são sutis, entretanto, podem ser identificados nas avaliações, nas formas de lesões múltiplas em vários estágios de evolução, lesões não explicadas, atraso na busca de tratamento, lesões com histórias inconsistentes, explicações contraditórias tomadas do paciente e de quem cuida, lacerações, queimaduras, DST ou lesões genitais, má nutrição, desidratação, úlceras de decúbito, higiene deficitária, depressão, agitação ou conduta infantil.

Fatores psicossociais e culturais são relacionados para explicar a conduta abusiva contra os idosos. Dentre as justificativas encontradas estão a deterioração física e mental do idoso, o stress de quem cuida, a violência intergeracional e a psicopatologia do abusador. A fragilidade do idoso é, por si mesma, um fator de risco para o abuso, sendo que a deterioração física e mental, em seu papel indireto, favorece o abuso por reduzir a sua capacidade para defender-se ou escapar, aumentando assim a sua vulnerabilidade⁷⁷.

A explicação do abuso contra o idoso pela violência intergeracional assegura que a violência familiar é uma conduta aprendida e passada de geração em geração. Assim, a criança, que foi uma vez abusada por parentes continua o ciclo da violência quando se torna adulto. Associada a este processo também está a explicação sociológica, em que as diferentes etapas do processo biológico adquire um sentido político e organizador do sistema social. Segundo Minayo e Souza⁷⁸, em diferentes contextos históricos, há uma atribuição de poderes a cada ciclo da vida, sendo que, na maioria das culturas, os idosos são separados e segregados, real e simbolicamente, desejando sua morte.

Ristun⁷⁹ após analisar trabalhos que indicam as causas da violência intrafamiliar reconhece a multicausalidade de sua gênese. Na tentativa de sintetizar a grande variedade de causas apontadas nos trabalhos, propõe uma classificação que estabelece duas grandes categorias: causas contextuais e causas pessoais. As causas contextuais

foram subdivididas em duas subcategorias, de acordo com sua maior ou menor proximidade em relação aos agressores: causas contextuais distais e contextuais proximais.

Define como **causas contextuais ditais** aquelas que são “*produzidas pela conjuntura econômica, social, política e cultural, a exemplo da pobreza, miséria, fome, desemprego, discriminação e marginalização social, violação de direitos humanos, má distribuição de rendas, exclusão social, hegemonia de valores individuais, impunidade de criminosos, contraventores e corruptos, cultura da violência, narcotráfico, autoritarismo, abandono de criança. Sua presença é marcante no sentido de que moldam todo um modo de ser e de funcionar de uma sociedade*”

Para as **causas contextuais proximais** define que “*seriam eventos relacionados à violência que estão presentes no ambiente e com os quais os indivíduos que praticam a violência têm contato direto. Modelos de violência em casa, na rua e nos meios de comunicação, desorganização ou desestruturação familiar, uso predominante de punição para promover a disciplina em diversas instituições sociais (família, escola, religião, Febem, etc)*”.

E as **causas pessoais** são “*próprias dos indivíduos que praticam a violência, podem ser exemplificadas por consumo de droga e álcool, desequilíbrio emocional, questões passionais, estresse, temperamento, natureza ou índole da pessoa, auto estima muito alta ou baixa*” (32-33)⁷⁹.

Mesmo concebendo que esta classificação serve muito mais a um sentido de organização do que a uma separação conceitual, Ristun⁷⁹ deixa de incluir na análise a articulação, os diversos elementos que participam do fenômeno violência e sua historicidade. Isso ocorre, principalmente, quando fragmenta e classifica as causas sem valorizar suas interpenetração e interdependências, e, ainda, quando atribui aos indivíduos características que são resultados de processos históricos e vinculados às estruturas e relações sociais, como, por exemplo, o consumo de drogas e álcool.

Uma outra posição remete a gênese da violência a processos sociais e culturais. Para Cavalcanti¹⁷, a configuração da violência na família se dá como uma forma de relacionamento cultural e de comunicação. A autora indica que, nesta forma de comunicação, os atos violentos são freqüentes, e são naturalizados no modo como os membros da família portam-se e relacionam-se. Os comportamentos violentos derivam da noção de família como espaço privado, vetado à intromissão da esfera pública e de

peessoas estranhas que não fazem parte da mesma; da visão corrente de que os filhos são propriedades dos pais, e estes detentores de autoridade e poder soberano; de que o castigo físico é comumente visto, por parte da população, como mecanismo pedagógico e disciplinador legítimo; e de que entre os gêneros aceitam-se as relações desiguais e hierárquicas. Identifica que no espaço relacional familiar a violência resulta de micropoderes, também presentes e atuantes nas relações sociais, remetendo seu argumento para o plano das relações interpessoais. Afirma que *“a complexidade e a circularidade na dinâmica das relações em famílias violentas levam à constatação de que todos os familiares têm uma parcela de contribuição no padrão de violência”* (56)¹³. Derivando assim, da concepção de que a violência intrafamiliar é aquela que qualquer membro da família, em determinada circunstância, pode se tornar vítima ou autor de abuso ou negligência. Desta forma constata que na família as principais vítimas são as crianças, adolescentes, mulheres, idosos e deficientes, pois historicamente possuem menor poder social, especialmente quando estão em posição de fragilidade e dependência em relação aos demais membros da família.

Cavalcanti¹⁷ sintetiza seu pensamento apontando para uma abordagem sistêmica e ecológica da família e das relações que nela se estabelecem. Nesta abordagem o grupo familiar é visto como *“um conjunto de relações, um sistema aberto e em constante transformação pela troca com outros sistemas extrafamiliares, que, por sua vez, englobam a família”* (56). A autora apoia-se na visão de que a violência intrafamiliar é determinada por múltiplos fatores que interagem em diversos níveis que compreendem as esferas das relações interpessoais (micro-social), comunitária (intermediária) e da sociedade (macro-social). Evoca, na discussão, a concepção epidemiológica de fatores de risco ou predisponentes associados aos indivíduos, às famílias, ao meio circundante e à sociedade, para o surgimento de relações familiares violentas.

Nos debates mais alinhados às ciências sociais, tem-se evidenciado que, à medida que se ampliou o olhar sobre a violência, propagou-se a idéia da insuficiência explicativa das ‘macroteorias’ sociais^{80, 81, 83}. Para Guerra⁸⁰, outros determinantes, que não apenas estruturais, permeiam todas as classes sociais, levando a pensar na natureza interpessoal e intersubjetiva da violência. Como exemplo, a autora destaca as particularidades da violência praticada contra crianças e adolescentes no interior da família, em que tal prática consiste:

“a) numa transgressão do poder disciplinador do adulto, convertendo a diferença de idade, adulto-criança/adolescentes, numa desigualdade de poder intergeracional; b) numa negação do valor liberdade: ela exige que a criança ou adolescente seja cúmplice do adulto, num pacto de silêncio; c) num processo de vitimização como forma de aprisionar a vontade e o desejo da criança ou do adolescente, de submetê-la ao poder do adulto a fim de coagi-la a satisfazer os interesses, as expectativas e as paixões destes” (32).

Guerra ⁸⁰ sintetiza seu pensamento na idéia de *objetivação*, ou seja, a de que a criança ou o adolescente é reduzido à condição de objeto de maus tratos, e que, portanto, se trata de uma violência interpessoal.

Deslandes ⁸¹ destaca como alternativa às ‘macroteorias’, a perspectiva de rede, *“em que as múltiplas formas institucionalizadas de socialização, os sistemas econômicos e os modelos culturais (capazes de gerar desigualdade social e negação de direitos a determinados grupos e indivíduos) configurassem o contexto para a análise da criminalidade e de outras formas de violência” (11).*

Para Wieviorka ⁸², a inadequação das teorias que se apoiam na luta de classe, na exploração e nos conflitos oriundos dessa relação, é gerada pelo próprio processo de exclusão em que grande parcela da população não participa dessa relação. Não há conflito propriamente, porque tais indivíduos não são sequer reconhecidos como sujeitos ou pessoas. Após discorrer sobre as principais mudanças teóricas relativas à análise da violência pelas ciências sociais, o referido autor propõe a necessidade de se levar em consideração o indivíduo.

Nesta perspectiva, Wieviorka ⁸² indica três níveis de análise, anteriormente apontados por Pierre Hassner, e acrescenta um quarto nível. O primeiro nível, diz respeito ao **sistema internacional** no qual remete a análise ao equilíbrio bipolar afetado pelo fim da Guerra Fria e pela globalização da economia; o segundo, ao dos **Estados**, a violência física deixaria de ser assumida como função clássica do Estado; e o terceiro ao das **sociedades, no interior do Estado**, onde cada qual tem o seu sistema político, suas estruturas e sua dinâmica. O quarto nível o do **indivíduo**, que foi acrescentado pelo autor, que coloca em foco o crescimento do fenômeno do individualismo moderno, em que o indivíduo quer participar da modernidade e ser reconhecido como sujeito.

Considerando a estratégia teórica proposta como um novo paradigma, Wieviorka ⁸² coloca em questão a violência subjetiva e a violência objetiva; a desarticulação na análise do conjunto dos diferentes níveis, especialmente enquanto expressão concreta, e

não somente como categoria de análise; e a falta de referências mundiais remetendo a análise para o fato de a violência ser ao mesmo tempo globalizada e localizada, geral e molecular, mundializada e fragmentada.

“A idéia de um novo paradigma é, portanto, comportada pelo exame das mudanças que remetem aos significados, às percepções e aos modos de abordagem da violência. Nem por isso ela encontra-se totalmente estabelecida ou demonstrada, mesmo porque inflexões e reversões de tendência sempre podem ocorrer em uma evolução histórica. Por isso, ela demanda investigações complementares, a começar por aquelas que podem referir-se às principais fontes de violência desde os anos 70” (14-15) ⁸².

Seguindo essa linha de pensamento, sem desconsiderar as análises macro-sociais, apontamos aqui dois aspectos que se apresentam como complementares e essenciais a compreensão da violência na família em suas particularidades e mediada com a violência estrutural. O primeiro diz respeito à necessidade de identificar os princípios, relacionados com a estrutura e organização da sociedade que cimentam os vínculos entre violência estrutural e violência de indivíduos ou grupos, ou seja, algo que poderia ser identificado como elemento articulador de um conjunto de relações que estão presentes nos diversos níveis da vida em sociedade. E o segundo parte da concepção de que a violência familiar é uma forma de relação cultural, uma linguagem, uma comunicação, e, por conseguinte trata-se de uma expressão ideológica.

No primeiro aspecto, a partir da leitura que articula a violência familiar e a violência estrutural, distinguimos o núcleo central tanto nos eventos familiares violentos onde mulheres, crianças, adolescentes e os idosos são os mais vulneráveis, como nos princípios fundamentais da forma de organização das sociedades capitalistas, a seguinte concepção: a aceitação de que a sociedade se organiza através de processo de cisão entre os indivíduos, configurado na desigualdade social e pautado pela ética individualista. O mesmo arcabouço lógico em que se naturaliza a desigualdade de classes, assim como nas relações dominantes é também reproduzido nas relações familiares. No modo capitalista de organização social, a produção não está dirigida à vida da coletividade, tem as suas exigências voltadas para alguns indivíduos e classes. Tal situação resultou, como diz Horkheimer ⁸³, *“inevitavelmente da aplicação dentro do sistema de propriedade dominante, do princípio progressista de que é suficiente que os indivíduos se preocupem apenas consigo mesmo” (134).*

Mesmo as pessoas vivendo o nexo da renovação e atualização constante de uma organização social, em que os indivíduos se tornam cada vez mais miseráveis e impotentes, pela expressão do desemprego, das crises econômicas e das péssimas condições de vida em que se encontra a grande maioria da população, não se tem garantido uma aquisição imediata da consciência da realidade social e de sua superação através de movimentos coletivos. Ao contrário, o que se constata é uma dependência escrava da situação vigente, reaplicando-a em diferentes espaços.

Assim, a violência intrafamiliar (seja qual for a tipologia) compreendida como uma consequência de relações desiguais, tendo como princípio estruturante a ideologia capitalista, efetiva-se através de diferentes mediações. Este vínculo estrutural se dá pela própria natureza ideológica da cultura em sua ação mediadora, ou seja, a ideologia dominante trata como natural o que é histórico e social, e como permanente o que pode ser passageiro. Nela se reifica o real, retirando-lhe o movimento e a contradição, e se afirma como uma força extraordinária e naturalizante o individualismo, colocando a desigualdade como uma condição estrutural.

O segundo aspecto, parte da compreensão da violência como uma forma de comunicação, na qual adquire um significado que ultrapassa suas próprias particularidades. Vale pensar no significado que adquire o instrumento usado numa agressão, como aquele que intencionalmente é exposto em um local visível (a vara, o chicote, o chinelo), na bala da arma de fogo designada como “perdida”, ou como as marcas no corpo (hematomas, cicatrizes, dentes quebrados) resultantes de agressões. Ao lado dos fenômenos/fatos, existe um universo particular, o universo dos signos. E neste particular, no interior do relacionamento social, o tapa, o soco, o tiro, estabelecem e mantêm as regras e substituem a palavra, ou esta última, conforme a sua aplicação, substitui o tapa, o soco, ou o tiro. Assim, a linguagem da violência carrega consigo significados e por isso é ideológica.

Segundo Bakhtin ⁸⁴ *tudo que é ideológico é um signo* (31). E por possuir um significado é remetido a algo situado fora de si mesmo. Desta forma, um produto ideológico faz parte de uma realidade (natural ou social). A violência, em si mesma, não possui um sentido preciso, mas desempenha este ou aquele papel, como é o caso da violência no trânsito, das guerras, contra a mulher, contra a criança. Ao desempenhar uma função, reflete ou representa alguma outra coisa, e assim passa a ser um signo ideológico.

Pensamos que a violência intrafamiliar necessita ser compreendida como um processo social, articulado com as formas estruturais, reproduzidas socialmente e de maneira institucionalizada. Entendendo a violência “*como um fenômeno gerado nos processos sociais, que atinge o âmbito das instituições, grupos e indivíduos, sendo desigualmente distribuída, culturalmente delimitada e reveladora das contradições e das formas de dominação da sociedade*”⁸⁵.

2.4 - PRÁTICA SANITÁRIA COMO PRÁTICA SOCIAL

Para a discussão de como se analisar a prática sanitária desenvolvida nas unidades básicas de saúde, encontramos em Bourdieu um interessante referencial teórico. Embora o autor não discuta especificamente as questões do setor saúde, uma interpretação de sua teoria da ação nos possibilita o entendimento desta prática.

Pierre Bourdieu construiu um esquema analítico que fornece elementos teóricos e conceituais que permite a análise de diferentes campos da vida social, incluindo-se entre eles o do nosso estudo. Apoiamo-nos em suas idéias condensadas nos conceitos de *habitus, campo e capital*, que tem como ponto central a relação de mão dupla entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (*habitus*).

A pesquisa sociológica, sugerida por Bourdieu⁸⁶, reafirma que é a sociedade e somente ela que define as formas, justificativas e razões para os indivíduos existirem. E que a representação realista da ação humana é condição primeira de um conhecimento científico do mundo social. Sendo assim acredita que para capturar a lógica mais profunda do mundo social, somente seria possível “*submergindo na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, para construí-la, porém, como ‘caso particular do possível’*” (15).

Ao analisar a sociedade francesa sistematizou uma filosofia da ação chamada também de *disposicional*, que atualiza as potencialidades inscritas nos corpos dos agentes e nas estruturas das situações nas quais eles atuam, ou seja, em sua relação.

As experiências vividas pelos atores sociais, primeiramente na família e depois na escola e outros espaços de socialização, produzem um *habitus* que está no princípio da recepção e da apreciação de toda experiência ulterior. O *habitus* adquirido constitui um vetor na assimilação das mensagens produzidas pela cultural.

Segundo Bourdieu ⁸⁷, *habitus* “são sistemas de disposições duráveis e transferíveis, estruturas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptados a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-lo, objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’, sem ser o produto da ação organizadora de um regente” (88-89).

Para Bourdieu, enquanto produto da história, *hábitus* orienta as práticas individuais e coletivas em que os indivíduos, que sabem e que atuam, são dotados de uma espécie de senso prático, de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão, de estruturas cognitivas e esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada. Enquanto produto de inculcação e construído no curso de uma história particular do indivíduo, está do mesmo modo inserido na história de um grupo ou da classe social a que pertence. O *habitus* contribui para que os agentes participem da realidade objetiva das instituições, mantendo-as em atividade, permitindo, ainda, impor revisões e transformações que proporcionam a reativação das mesmas. Nesta perspectiva, vislumbra no indivíduo o potencial e o poder, tanto de reprodução, como também de transformação.

Um grupo e/ou classe social, segundo Bourdieu, tende a produzir sistemas de disposições semelhantes àqueles com os quais partilham o meio social. Essa homogeneidade do *habitus* é conseqüência das práticas dos agentes pertencentes a um mesmo meio social, que por sua regularidade e objetividade faz com que o modo de existência e prática de um grupo e/ou classe social seja entendido como necessário, lógico e evidente. Assim, a função desta noção é dar conta da unidade de estilo em que vinculam as práticas de um agente singular a de uma classe de agentes.

Se o *habitus* orienta a prática dos agentes, esta somente se realiza na medida em que as disposições duráveis dos atores entram em contato com uma situação, também denominado, *um campo*. Desta forma, a prática é entendida por Bourdieu como produto de uma relação dialética entre uma dada situação e um *habitus* ⁸⁸.

A noção de *campo*, na teoria da ação de Bourdieu ⁸⁶, aparece como outra categoria importante. *Campo*, segundo o autor, é um espaço social que possui estrutura própria. Apesar de possuir uma autonomia relativa, cada *campo* mantém relações com

outros *campos*, mas se diferencia dos demais por ter objetivos específicos, disputas, hierarquia, princípios, funcionamento e estruturação que lhes são próprios.

O *campo* surge como uma configuração de relações socialmente distribuídas. Através da distribuição das diversas formas de capital os agentes participantes em cada *campo* são munidos com as capacidades adequadas ao desempenho das funções e à prática das lutas que os atravessam. As relações existentes no interior de cada *campo*, definem-se objetivamente, independentemente da consciência humana. Na estrutura objetiva do *campo* (hierarquia de posições, tradições, instituições e história), os indivíduos adquirem um corpo de disposições, que lhes permite agir de acordo com as possibilidades existentes no interior dessa estrutura objetiva: o *habitus*. Desta forma, o *habitus* funciona como uma força conservadora no interior da ordem social.

O ator social, o agente em um *campo* específico, ajusta seu pensamento, percepções e modo de agir às exigências daquele espaço social. As escolhas dos agentes não são de cunho individual. O motor da ação não é, assim, nem a busca material ou simbólica desta ação, nem é proveniente das pressões surgidas neste próprio campo, mas sim, a *relação entre o campo e o habitus*. Sendo assim o *habitus* contribui como determinante daquilo que o determina, isto é, o *habitus* mantém o *campo*, reproduzindo e reforçando sua organização e funcionamento. Dessa forma, o *desconhecimento* da relação de exigências de um determinado *campo* e do *habitus* a ele concernente é que produz e mantém diferentes formas de violência e dominação. Neste particular a violência simbólica figura como um tema importante em sua obra. Ela não era considerada por ele como um puro e simples instrumento a serviço da classe dominante, mas como algo que se exerce também através do jogo entre os agentes sociais. O poder simbólico surge como todo o poder que consegue impor significações e impô-las como legítimas. Os símbolos afirmam-se, assim, como os instrumentos por excelência de integração social, tornando possível a reprodução da ordem estabelecida.

Seguindo os conceitos e categorias abordadas por Bourdieu, a análise de diferentes tipos de *capital* constitui-se num ponto de grande referência ao seu trabalho. Bourdieu aponta para a existência de diferentes espécies de capital - o econômico, o social, o cultural, entre outros - que embora distintos, mantêm relações estreitas, podendo ainda, a posse de um tipo de capital ser condição para a obtenção de um outro. *Capital* são princípios de diferenciação e de distribuição dos grupos e pessoas no espaço social. A distribuição em cada sociedade se dá mediante o volume global de capital

(econômico, cultural, político...) que as pessoas ou grupos possuam, e de acordo com a estrutura do capital, isto é, de acordo com o peso relativo dos diferentes tipos de capital no volume global do seu capital. Assim, para Bourdieu ⁸⁶, o espaço social se organiza de acordo com três dimensões fundamentais: “*na primeira dimensão, os agentes se distribuem de acordo com o volume global de capital possuído, aí incluído todos os tipos; na segunda, de acordo com a estrutura desse capital, isto é, de acordo com o peso relativo de seu patrimônio; na terceira, de acordo com a evolução, no tempo, do volume e da estrutura de seu capital*” (30).

Por fim, face à compreensão sobre a correspondência que se estabelece entre os espaços de posições ocupadas no espaço social e o espaço de disposições (ou de *habitus*) de seus ocupantes e também, por intermediação dessas últimas, o espaço de tomada de posição, o modelo funciona como princípio de classificação. Assim,

“*as classes que podemos produzir recortando as regiões do espaço social, agrupam agentes tão homogêneos quanto possível, não apenas do ponto de vista de suas condições de existência, mas também do ponto de vista de suas práticas culturais, de consumo, de suas opiniões políticas etc*” (30) ⁸⁶.

Dito isso, a teoria da ação de Bourdieu nos pareceu adequada e bastante pertinente à análise do objeto de nosso estudo. A partir dos conceitos de *habitus*, *campo* e *capital*, abstraídos dessa teoria, produzimos um esquema analítico que, com certas adaptações, nos trouxe algumas pistas para a análise das práticas desenvolvidas pela equipe do PSF frente à violência intrafamiliar:

- a) A equipe do PSF caracteriza-se por sua composição heterogênea segundo o volume global de capital que cada membro possui - é composta por membros: de diferentes níveis de formação acadêmica (*capital cultural*); de categorias profissionais com diferente status social (*capital social*); e de origens socioeconômicas distintas (*capital econômico*). Esta característica torna a ESF diferente de outras equipes do setor saúde, pois em geral são montadas a partir de uma categoria profissional, ou de uma especialidade.
- b) Onde a heterogeneidade parece dominar, há lugar também para a uniformidade, basta apurar o olhar e buscar o que não aparece à primeira vista. Para produzir homogeneidade no grupo, em determinadas situações, são utilizadas algumas estratégias de distribuição desses capitais no interior da equipe: os profissionais da área médica e de enfermagem dividem atribuições e conhecimentos (consultas

segundo ações programáticas: como pré-natal e puericultura); os agentes comunitários de saúde recebem treinamentos com base em conhecimentos biomédicos.

- c) A posição que a equipe ocupa nos espaços sociais (no espaço comunitário e no campo da saúde) é caracterizada por dois princípios de diferenciação: o status social atribuído ao campo da saúde e aos seus profissionais (*capital social*) e a remuneração diferenciada que cada categoria recebe no PSF em relação aos profissionais da mesma categoria da rede de serviços de saúde (*capital econômico*).
- d) A percepção que os componentes da ESF têm da violência intrafamiliar está relacionada às experiências vividas, principalmente na família. É carregada de signos, de uma linguagem aprendida; resultado da relação entre um conjunto de disposições adquiridas (*habitus*) e das situações com as quais entram em contato.
- e) A principal condição de uma leitura adequada na perspectiva de Bourdieu, assumida em nosso estudo, é analisar a relação entre as posições sociais que cada membro e a própria equipe do PSF ocupa no bairro e no campo da saúde (conceito relacional), as disposições adquiridas (*habitus*) e as posições sociais individuais ou coletivas. Isto significa dizer que as decisões tomadas e as escolhas que a equipe faz diante da violência que ocorre nas famílias da comunidade em que atuam, devem ser compreendidas a partir dos princípios geradores e unificadores que as produzem e as características intrínsecas e relacionais de suas práticas frente a uma dada situação.

3 . METODOLOGIA

“...todo o meu empreendimento científico se inspira na convicção de que não podemos capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, para construí-la, porém, como ‘caso particular do possível’, ..., isto é, como uma figura em um universo de configurações possíveis” (15)⁸⁶.

A motivação inicial para a realização do estudo partiu de reflexões teóricas produzidas sobre o tema, sendo posteriormente alimentada, em suas indagações, por contatos com a equipe de supervisores e assessoria técnica do Programa de Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - SES/RJ. Nesse momento, tínhamos por perspectiva conseguir não só uma aproximação com aquilo que desejávamos conhecer e estudar, mas também criar um conhecimento a partir da realidade ⁸⁹. Ao falar em aproximação da realidade, Ciavatta ⁹⁰ propõe *a busca das articulações que explicam os nexos e significados do real e levam à construção de totalidades sociais, relativas a determinados objetos de estudo* (132). Sendo que a totalidade social construída se refere a um conjunto dinâmico de relações que passam, necessariamente, pela ação de sujeitos sociais, com um referente histórico, material, social, moral e afetivo.

Buscamos, nesta investigação, interpretar um conjunto de significados atribuídos pelos profissionais do PSF sobre a prática desenvolvida na atenção básica com vista a responder à seguinte questão: em que medida o trabalho da equipe do Programa Saúde da Família (PSF) pode contribuir para ampliar a perspectiva de enfrentamento da violência na família? Nossa tarefa foi assim definida em função de considerarmos que a prática sanitária, frente a um determinado problema, é possuidora de uma incontestável carga histórica, cultural e ideológica, com especificidades a serem analisadas segundo as ciências sociais – a ação humana e social ⁹¹.

A escolha do caminho para a nossa investigação não ocorreu aleatoriamente. Construiu-se a partir do objeto de pesquisa, caracterizado na prática sanitária frente à violência intrafamiliar, e do enfoque compreensivo que desejávamos abordar. A busca da ferramenta metodológica foi definida quando nos aproximamos da dinâmica do

grupo social estudado, auxiliando na compreensão do sentido de suas experiências e das estratégias que lançam mão para enfrentar o cotidiano de trabalho.

3.1 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo eminentemente qualitativo, com base na sociologia compreensiva de Weber. Contudo, algumas informações quantitativas serão utilizadas no sentido de iluminar a qualidade do problema estudado, pois a quantidade e a qualidade dos fatos e relações sociais são propriedades inseparáveis e interdependentes⁹². Weber⁹³ define a Sociologia como *“uma ciência que pretende compreender interpretativamente a ação social e assim explicá-la causalmente em seu curso e em seus efeitos”*. Entendendo por ‘ação’ *“um comportamento humano, sempre que e na medida em que o agente ou os agentes o relaciona com um sentido subjetivo”* (3). Esta compreensão é fundamental em nosso estudo, considerando o caráter relacional e social das práticas sanitárias.

Atentando para o objetivo fundamental da sociologia, o de procurar os princípios básicos da interação social (interação subjetiva), nossa tarefa foi explorar os princípios básicos pelos quais os membros da equipe do PSF organizam suas práticas frente à violência intrafamiliar, pois a realidade social tem um significado específico e uma estrutura de relevância para os seres humanos que vivem, agem e pensam dentro dessa realidade. Becker⁹⁴ ressalta que embora os objetos de pensamento sejam construídos pelos pesquisadores com a finalidade de dar conta desta realidade social, têm que estar baseados nos objetos de pensamento construídos pelo senso-comum dos homens que vivem sua vida cotidiana, dentro de seu mundo social.

O estudo caracteriza-se, segundo a classificação de Bulmer citado por Minayo⁹², como uma pesquisa estratégica, que tem por finalidade iluminar aspectos de um problema que surge na realidade social. É classificado também como um estudo de caso, do tipo análise situacional. Segundo Tiviños⁹⁵, é um tipo de estudo que tem como foco uma unidade analisada em profundidade e possui as seguintes características: 1) a abrangência da unidade refere-se à atuação de uma equipe do PSF em um bairro percebido como violento do município do Rio de Janeiro; 2) a natureza da situação refere-se a um evento específico (atuação frente à violência intrafamiliar); e 3) as análises e o aprofundamento do caso pautaram-se na observação do fenômeno em suas relações estruturais fundamentais (o trabalho em equipe, a prática sanitária no interior

da atenção básica, e a violência intrafamiliar como um problema de saúde e uma necessidade para a população).

O estudo desdobra-se, de forma imediata, em torno de um problema específico de intervenção em saúde – o de identificar e dar resposta ao problema da violência intrafamiliar no âmbito da atenção básica. Entretanto, a busca de um saber teórico-prático sobre as formas de intervir, exige o envolvimento de distintos conhecimentos e saberes, várias disciplinas e estratégias, que, por sua vez, estão submetidas às congruências sócioeconômicas, políticas e ideológicas. Esse reconhecimento denota a complexidade peculiar do campo da saúde que não se institui separadamente de outras instâncias da realidade social.

São processos socialmente construídos, que precisam ser também analisados a partir da geração de significados sociais que potencializam e influenciam os contextos e as práticas profissionais. Portanto, torna-se necessário levar em consideração, não só o conhecimento específico para a identificação do problema e o estabelecimento de estratégias de intervenção, mas também a visão dos sujeitos como um componente essencial das ações e relações desenvolvidas.

Neste sentido, a dialética apresenta-se como a abordagem mais adequada de análise, especialmente por sua capacidade de *perceber a relação inseparável entre mundo natural e social; entre o pensamento e a base material; entre objeto e suas questões; entre os homens como sujeito histórico e as determinações que o condiciona* (12) ⁹². Através dessa orientação filosófica se tem a valorização da relação dinâmica entre o sujeito e o objeto no processo do conhecimento, da contradição do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa, das posições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens ⁹¹.

A dialética trata da “coisa em si”. Nesta perspectiva postula-se que a realidade não se apresenta aos homens de imediato em sua aparência. Segundo Kosik ⁹⁶ a realidade apresenta-se *como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível, sob cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade*, pois o indivíduo ‘em situação’ cria as suas próprias representações das coisas e elabora todo um sistema correlativo de representações que capta e fixa os aspectos fenomênicos da realidade (14). Entretanto, para este autor, ‘a existência real’ e as formas fenomênicas da realidade são diferentes e muitas vezes contraditórias com a lei do fenômeno, com a

estrutura da coisa, e, portanto, com o seu núcleo interno essencial e com o seu conceito correspondente.

3.2 – SUJEITOS DA PESQUISA

O grupo de trabalho foi uma equipe de saúde da família (composta por 6 agentes comunitários de saúde - ACS, 1 auxiliar de enfermagem, 1 enfermeira e 1 médica), que atua na comunidade Antares do Bairro Santa Cruz, Rio de Janeiro.

A seleção da equipe foi feita em conjunto com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, segundo critérios previamente definidos e os seguintes passos: a entrada no campo se fez por via burocrática, através da autorização formal por parte dos responsáveis técnicos da Coordenação do Programa de Saúde Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; e a definição da localidade foi efetuada junto com os coordenadores desta instância administrativa, sendo que nesta indicação consideraram a frequência de violência intrafamiliar, definindo assim a região como propícia para os propósitos do estudo. Com a Coordenação do PSF da Área Programática de Saúde 5.3, dentre as cinco equipes do PSF Antares/Santa Cruz selecionamos aquela que apresentou menor rotatividade de seus membros e os melhores resultados do trabalho em equipe analisados a partir dos indicadores de saúde e de cobertura da assistência.

Nossa perspectiva seria de que a construção de conhecimentos se desse de forma compartilhada. Para tanto, apresentamos a proposta à equipe selecionada, negociando o tema, a entrada e aceitação da pesquisa pelas pessoas que seriam os atores. A partir da apresentação do tema de estudo aos participantes, buscamos travar uma relação dialógica na conjugação dos interesses. Após a aceitação em participarem do estudo todos assinaram o termo de consentimento esclarecido.

3.3 - O LEVANTAMENTO DOS DADOS

Bourdieu ⁸⁶ nos chama a atenção para a tarefa de pensar relacionalmente o caminho metodológico, considerando ser a operação mais importante do estudo. Ele destaca a necessidade de se pensar as opções técnicas mais empíricas de forma inseparável das opções mais teóricas da construção do objeto. Orienta que o uso de técnicas, dada a definição do objeto, possa parecer pertinente e as condições práticas de

coleta de dados sejam praticamente utilizáveis. Recomenda ainda criar este caminho com liberdade sem descuidar do rigor metodológico.

Considerando tal recomendação adotamos no levantamento de dados a abordagem sociopoética. Gauthier ⁹⁷ define a sociopoética como *“uma prática e uma teoria de pesquisa e de ensino/aprendizagem que pretende analisar criticamente a realidade social, ao desvelar o inconsciente de classe, de grupo, de gênero, de cultura e sub-cultura, de faixa etária, que atravessa as pessoas e os grupos”* (13).

A sociopoética foi inspirada no entrelaçamento da pedagogia do oprimido de Paulo Freire, da análise institucional de René Lourau e Georges Lapassade, da escuta mito-poética de René Barbier e da educação simbólica de Carlos Byington ⁹⁷.

Da pedagogia do oprimido herdou o método do grupo-pesquisador, onde se aceita que todos os sujeitos trazem uma cultura rica, e se confia nos seus desejos de transformação do mundo. Da análise institucional trouxe a questão do dispositivo, o centro da possibilidade de analisar, criticar e autocriticar. Concebendo dispositivo como algo (lugar, tempo, ritmo, pessoas, objetos, dinheiro, tarefas...) que permite “objetivar”, ou seja tornar visível o que era escondido na vida ordinária. Da escuta mito-poética, traz a recomendação ao pesquisador ou ao professor de escutar as falas e os silêncios que dão ritmo aos processos de criação de cada ser, ou seja, o processo de criação da vida social. Neste particular Gauthier ⁹⁷ afirma que a sociopoética, ao considerar todos e cada um como poeta, pesquisa o que é humano no ser humano, sua plasticidade, seu poder de devanear, de encontrar-criar, cada dia, a realidade (14). E da educação simbólica traz que o educar e o pesquisar deveriam proporcionar mais prazer, mais harmonia, mais respeito para com o outro e si próprio e mais felicidade. O que não significa a negação da crise e dos conflitos pessoais e de grupo, mas tem nesta como parte da luta pela libertação.

A sociopoética ofereceu ao nosso estudo uma perspectiva teórico-metodológica que convergiu para os seguintes princípios: a) o de valorizar a criatividade no processo de pesquisar/aprender; b) o de valorizar o processo grupal na produção do conhecimento; e c) o de se pesquisar com todo o corpo. Através de dinâmicas de grupo e momentos lúdicos buscamos, intencionalmente, organizar vivências para entender tanto o saber hegemônico instituído, como as expectativas de transformação social.

O grupo-pesquisador foi composto por oito mulheres e um homem, com idade média de 28 anos. Os dispositivos utilizados nos encontros foram as dinâmicas de

grupos e as tarefas de construção de painéis a partir de um arquivo de imagens, dando vazão à criatividade. A temática central da proposta versou em torno da violência intrafamiliar, entretanto outros temas, imprescindíveis a um trabalho coletivo, foram introduzidos com a intenção de criar condições de afetividade e confiança necessárias ao envolvimento dos participantes nas atividades.

A experiência foi desenvolvida em 5 encontros (detalhes em anexo) com o grupo-pesquisador, com duração média de 1 hora e meia. Os encontros aconteceram uma vez por semana entre os meses de março e maio de 2004. Foram organizados em etapas de maneira que favorecessem a interação entre os participantes, a conformação de um ambiente descontraído e de confiança, e que propiciassem o alcance dos objetivos do estudo.

O primeiro encontro teve por objetivo possibilitar a integração do grupo e a liberação criativa através da montagem de um arquivo de imagens. Foram utilizadas as técnicas de “Cumprimento criativo” e “Enchendo o pote de imagens”. A primeira técnica apropriada para dar início a um processo grupal consiste em propiciar a descontração. A segunda técnica tem como tarefa a busca de imagens em revistas de vários padrões editoriais (moda, culinária, notícias, decoração, quadrinhos, animais, viagem). Os participantes foram orientados a selecionar aquelas imagens que poderiam ser tomadas como significativas e representativas de experiências vividas. Partimos do pressuposto de que em decorrência do que vivemos, de nossa história pessoal e coletiva, possuímos uma infinita coleção de imagens, emoções, sensações, pensamentos, que certamente foram formados desde a infância por toques, olhares, cheiros, sabores, palavras ditas, estórias, etc. A tarefa seria recuperar, de certa forma, esse estoque. Encher o “pote de imagens” foi um pretexto para dar vazão às expressões de criatividade, de produzir articulações inesperadas, revelações secretas, dando forma a essa energia pouco alimentada e explorada no cotidiano das pessoas, e menos ainda na pesquisa.

Para o segundo encontro, organizamos as atividades de maneira a possibilitar o auto-conhecimento tomando como referência a posição que cada participante ocupa na família e analisar a percepção dos profissionais do PSF sobre as origens, formas e conseqüências da violência que ocorre nas famílias. Utilizamos a técnica de grupo “É a minha cara” onde foi solicitado que cada participante identificasse um objeto que pudesse representá-lo dentro da família dele. Assim foi possível explorar a percepção

que eles têm de família, os vínculos que se estabelecem, e os conflitos comuns nas interações familiares. A segunda técnica utilizada foi a construção de um “Painel Individual” onde solicitamos que fizessem uma representação visual de um fato violento vivido em família, a partir do seu “pote de imagens” e do material disponível. O painel foi usado para abrir um canal de expressão, a partir do qual cada membro da equipe do PSF discorreu sobre a origem, as formas de manifestação e as conseqüências da violência que ocorrem na família.

O terceiro encontro foi organizado com os objetivos de promover a integração e fazer conhecidas as qualidades individuais de cada membro da equipe; e analisar os fatores que interferem na capacidade da ESF intervir na violência intrafamiliar, no que diz respeito à estrutura e organização do trabalho em equipe e ao contexto social. Utilizamos as técnicas “Apresentando a qualidade do outro”, que consiste em apresentar um companheiro para o grupo destacando suas qualidades pessoais; e “Painel coletivo” na qual solicitamos que cada grupo (formado por três componentes) construísse um painel a partir dos arquivos de imagens com a representação visual de um evento violento vivido por um família atendida pela equipe. Para que houvesse relatos de casos diferentes, foi feita uma definição prévia com a eleição de um caso para cada grupo. Esta atividade permitiu que os participantes avaliassem o trabalho da equipe frente aos problemas da violência existente na comunidade e o desempenho das instituições envolvidas.

O quarto encontro foi organizado com a intenção de abrir uma discussão sobre as possíveis formas de participação da ESF na transformação das relações violentas em família e levantar elementos que pudessem subsidiar a elaboração de uma proposta de enfrentamento da violência intrafamiliar no âmbito da atenção básica. As técnicas utilizadas foram: “Auto-avaliação grupal” e “A teia do grupo”. Na avaliação os participantes identificaram as lacunas na atuação da ESF frente ao problema e deram sugestões para resolvê-las. Esta atividade permitiu também a identificação de fatores que interferem na capacidade de atuação da equipe, e também a construção de uma “imagem objetivo” para a sua atuação.

O termo “imagem objetivo” tem sido usado na área de planejamento para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Aqui a concepção de “imagem objetivo”, parte de um pensamento crítico, em que se recusa reduzir a realidade ao que “existe”, que se

indigna com algumas características da realidade e almeja superá-las⁹⁸. De certo modo, ao se enunciar uma “imagem objetivo”, o propósito principal é distinguir o que se almeja construir, do que existe, enuncia-se aquilo que, segundo a nossa aspiração, existirá. Fala-se, sinteticamente, daquilo que se critica no que existe e o que levou a sonhar com uma outra realidade. Com ela tenta-se indicar a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. A “imagem objetivo” nunca é detalhada, ao contrário, sempre é expressa através de enunciados gerais, aglutinando em torno dela atores políticos que comungam de semelhantes indignações, mesmo que tenham projetos específicos distintos.

O quinto encontro foi organizado para apresentar aos participantes do grupo, as primeiras interpretações dos resultados, e identificar temas relevantes a partir do debate, para tanto a técnica utilizada foi a de exposição dialogada.

Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora e acompanhados por um observador externo (um auxiliar de pesquisa com experiência em trabalho de campo) que procurou registrar a integração entre os participantes, o interesse pelo trabalho, participação nas atividades, momentos fortes, dificuldade e conteúdo trazido pelo grupo, observações sobre o que chamou mais a atenção, o que surpreendeu e as dificuldades percebidas na condução do grupo (anexo 2). As falas foram gravadas em fita cassete e transcritas com a devida autorização dos participantes.

Utilizamos o espaço físico da Fundação da Infância e da Adolescência do Rio de Janeiro (FIA) - unidade de Santa Cruz, para os encontros, por ser um ambiente reservado, aconchegante e afastado, do ponto de vista físico, de possíveis interferências sobre os assuntos que seriam abordados.

Durante os encontros foram abertos espaços para o grupo comentar os dados produzidos por cada participante da pesquisa. Esses comentários, que expressam as referências de vida dos membros do grupo, permitiram a elaboração de reflexões e interrogações. Nossa participação como pesquisadora nestes momentos foi discreta, sendo sempre sensível às falas para, em seguida, ser ousada em contrapor e afirmar diferenças. Isso foi facilitado pelo intervalo de tempo entre os encontros, especialmente antes do último, intencionalmente reservado para trabalhar, ainda que de forma preliminar, os dados produzidos.

No levantamento de dados, agregamos também as técnicas de observação de campo e análise de documentos. Tomamos como referência a definição de observação

participante de Schuwartz e Schuwartz, citados por Cicourel ⁹⁹, que afirma ser “*um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe os dados. O observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto*” (89). Haguette ¹⁰⁰ distingue grupos de autores que abordam a observação distintamente. Um que define a observação-participante como uma importante técnica de coleta de dados; outro que concebe a observação participante não só como um instrumento de captação de dados, mas, também, como instrumento de modificação do meio pesquisado, ou seja, de mudança social. E há ainda outro que diverge dos anteriores, por entender que a observação participante representa um processo de interação entre teoria e métodos dirigidos pelo pesquisador, na sua busca de conhecimento não só da perspectiva humana como da própria sociedade.

Partindo dessas definições clássicas, Haguette ¹⁰⁰ destaca os seguintes componentes essenciais à observação: a necessidade da presença constante do observador nas atividades do grupo pesquisado a fim de que ele possa ver as coisas de dentro; o compartilhar consciente e sistemático nas atividades do grupo e nos seus interesses e afetos, significando que a participação do pesquisador tem um maior envolvimento com a inclusão de processos subjetivos; e a necessidade de o pesquisador assumir o “papel do outro”, para poder atingir o sentido de suas ações.

Segundo a classificação de Gold, citado por Ciourel ⁹⁹, nossa condição no campo foi de observador-como-participante, onde todos tinham conhecimento que a nossa presença estava relacionada à pesquisa.

A adoção da observação-participante requer ainda ganhar acesso aos sujeitos em sua vida cotidiana, desenvolver relações sociais necessárias com os sujeitos da pesquisa, bem como dispor de fontes de dados oficiais e não oficiais ⁹⁹. Neste estudo estes aspectos não se constituíram em problema, pois tivemos ampla aceitação, tanto da parte da ESF quanto da Coordenação do Programa.

Freqüentamos a unidade de saúde da família em dias e horários diferentes da semana, registrando informações contidas nos quadros de aviso, situações típicas do dia-a-dia da equipe, conversas informais e depoimentos espontâneos. Acompanhamos

visitas domiciliares, atividades ligadas à campanha de cunho nacional (de imunização) e de educação em saúde junto a grupos específicos.

A utilização da análise documental teve por objetivo ampliar a compreensão do caso em foco, sendo que o nosso interesse estava dirigido, em primeiro lugar, para os processos e produtos centrados no sujeito, em seguida nos elementos produzidos pelo meio do sujeito da pesquisa ⁹⁵. Assim fizeram parte do conjunto de dados analisados os seguintes documentos: a) prontuários de famílias (citadas nos encontros) obtidos no arquivo da equipe; b) caderno de rota dos ACS; c) série histórica da produção da equipe referente ao ano de 2003 e consolidado de informações das famílias cadastradas do ano de 2003, ambos gerados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da Coordenação da Área Programática (CAP) 5.3 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; e d) relatórios de atividades da Coordenação do PSF da CAP 5.3.

Consideramos que o estudo foi enriquecido com a utilização do dispositivo grupo-pesquisador da metodologia sociopoética no levantamento de dados, face ao seu potencial em mobilizar os participantes para um tema imbricado em percepções e sentimentos, diante do qual se pretendia obter deles uma tomada de posição. E também, ao utilizarmos a técnica de triangulação na coleta de dados, na qual foram agregadas as produções dos sujeitos colhidas nos encontros, as observações de campo, e os elementos produzidos no meio (prontuários, dados estatísticos e relatórios), que nos permitiram uma melhor amplitude de descrição, explicação e compreensão do tema em foco.

3.4 – ANÁLISE DOS DADOS

As percepções foram buscadas não só no discurso, nas palavras, no vocabulário, mas também no silêncio, nos gestos, no corpo, na emoção. Procuramos identificar a estrutura do pensamento do grupo. Para Bakhtin ⁸⁴ e Gramsci ¹⁰¹ toda linguagem é ideológica. Sendo assim, as falas que nomeiam as coisas, os fatos e acontecimentos, também a eles dão sentido ou significado em consonância com interesses vinculados a determinados grupos, classes ou frações de classes. Esta mesma lógica se processa em outras formas de linguagem. Por esta razão, a atitude mais adequada a ser adotada é a vigilância crítica, buscando-se desvelar o sentido e o significado dos discursos, dos silêncios, dos gestos, bem como perceber o que os norteiam ou escondem e que interesses articulam.

Essa compreensão também está presente no pensamento de Kosik⁹⁶, que chama a atenção para o fato de que nem sempre a relação entre realidade e compreensão da realidade é facilmente identificada. Para ele, o trato prático-utilitário com as coisas e o senso comum referente à realidade colocam as pessoas em condição de orientar-se no seu cotidiano, familiarizar-se com as coisas e manejá-las, mas não proporcionam a compreensão das coisas e da realidade. No entanto, as pessoas, *“naquilo que é imediatamente contraditório, nada vêem de misterioso; e em seu julgamento não se escandalizam nem um pouco diante da inversão do racional e irracional”* (14). Complementando esta idéia, Kosik⁹⁶ explica que, no cotidiano, a aparência superficial da realidade é fixada como mundo de pretensa intimidade, da confiança e da familiaridade em que o homem se move “naturalmente”. Este é o mundo da aparência.

Como produto ‘natural’ da *praxis*, o aspecto fenomênico da violência na família e do trabalho de intervenção da equipe mediante o problema, cria um pensamento comum, ou seja, a forma ideológica do agir humano de todos os dias, diz respeito ao mundo da aparência. *“A representação da coisa não constitui uma qualidade natural da coisa e da realidade: é a projeção, na consciência do sujeito, de determinadas condições históricas ‘petrificadas’”* (19)⁹⁶. Considerando desta forma analisamos os relatos, os argumentos, as justificativas, a tarefa de análise foi preocupar-nos em desvelar por que se compreende e como se compreende⁸⁶.

A análise do material baseou-se na técnica de análise de conteúdo, segundo a modalidade "temática". Segundo Bardin¹⁰², a técnica de análise temática *"consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido"* (105). Com essa técnica, podemos caminhar, também, na direção da *"descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado"* (74)¹⁰³. A análise de conteúdo foi reconduzida basicamente por um recorte interpretativo, cujo escopo hermenêutico abandonou os segmentos de análise estatística⁹².

A trajetória da análise de conteúdo das falas registradas nos encontros seguiu as seguintes etapas: a) compreensão geral dos depoimentos; b) identificação das idéias centrais (núcleos de sentido) dos materiais analisados por questão e por categoria de profissional; c) confronto entre os diferentes núcleos de sentido presentes no corpus de

análise para se buscar temáticas mais amplas ou eixos estruturantes das falas; d) discussão dos resultados a partir de temáticas.

A matéria prima das análises, neste estudo, foram as falas dos membros da equipe do PSF. Contudo, as análises foram subsidiadas com registros do observador externo dos encontros, das observações de campo e da análise documental. Partimos da compreensão de que as percepções não são apenas parte de certos contextos específicos, mas também se inscrevem dentro de um conjunto mais amplo de códigos e representações, de visões de mundo que orientam as práticas, os valores, as crenças e atitudes de pessoas e grupos em determinada sociedade. De uma forma mais ampla, têm ainda relação com aspectos pertinentes à cultura, atuando na formação das crenças, conhecimentos, juízos, opiniões e sentimentos relativos aos direitos e deveres dos indivíduos na sociedade, grupo ou organização dos quais fazem parte.

Todo esse conjunto de elementos não muito concretos, mas que se concretizam no espaço institucional estudado e também nas ações mais corriqueiras, consiste em uma espécie de substrato simbólico, pano de fundo invisível que orienta as ações dos atores – individuais e coletivos – interagindo com os diversos espaços sociais, e também com o espaço de trabalho da ESF.

Não podemos deixar de considerar as implicações para o estudo, relativas ao pesquisador. Como afirmam Denzin e Lincoln ¹⁰⁴, qualquer olhar é sempre filtrado por lentes de linguagem, gênero, classe social, raça e etnicidade. Não há observação objetiva, mas apenas aquelas socialmente situadas nos mundos do observador e do observado. Os pesquisadores empregam ampla gama de métodos interpretativos interconectados, sempre buscando as melhores maneiras de tornar mais compreensível os mundos da pesquisa em que trabalham. Mas, difícil se tornaria ignorar ou criar explicações que anulem evidências capazes de contrariar a expectativa ou tendência de alguém.

Becker ⁹⁴ aborda esta questão dos vieses, criticando a atitude dos cientistas sociais que, em geral, vêem este problema como uma dificuldade técnica a ser superada através de métodos mais estritos e rigorosos de pesquisa. Diz que, apesar destes cuidados, o problema do viés não deixa de existir.

Na visão de Cicourel ⁹⁹, o pesquisador, como observador, trás consigo um conjunto de estruturas de significado ou de relevância que orientam sua interpretação do meio formado de objetos que estão dentro do seu campo de visão, por isso enfrenta os

seguintes problemas: 1 – precisa interpretar as ações dos seus sujeitos, de acordo com as estruturas de relevância da vida cotidiana – modelo de ator, tipos de conduta coordenados com acontecimentos observados; 2 – manter uma perspectiva teórica que considere as estruturas de relevância do ator e um conjunto separado de relevâncias que permita interagir com o ator; e 3 – abandonar temporariamente sua atitude científica – para estabelecer interação.

Por esta razão e compreendendo esta relação sociológica que existe entre pesquisadores e sujeitos de estudo, buscamos utilizar procedimentos analiticamente mais apropriados, e concretamente: a) tivemos o cuidado de deixar claro desde o início do trabalho de campo, que não se tratava de uma avaliação da equipe, mas que as informações sobre as suas experiências e situações concretas da prática nos serviriam como ponto de partida para uma discussão temática; b) procuramos fazer observações de diversas situações, buscando comprovar as múltiplas evidências observadas; c) procuramos ficar atentos para a diferença de atitudes e de pensamentos entre os momentos em que os informantes estavam em grupos e quando ficaram sozinhos com o pesquisador; d) para evitar a tendência de restringirmos observações apenas ao que sustentava nossos preconceitos, expectativas e sentimentos idealizados, ao longo do trabalho de campo, nas conversas informais, colocamos em questão para os participantes do estudo impressões, hipóteses, e conclusões preliminares; e) o acompanhamento dos membros da equipe em atividades mais específicas como, em visitas domiciliares, somente foi feito após a realização dos encontros, pois neste momento já existia maior clareza quanto ao nosso interesse, evitando, assim, constrangimentos dos informantes em seus locais de trabalho e restrições no acesso à vida cotidiana, o que poderiam induzi-los a adotar um comportamento artificial para nos agradar.

Acreditamos que evitamos também alguns vieses através da opção metodológica do trabalho em grupo no qual buscamos estabelecer uma relação de confiança, comprometendo-nos a manter sigilo e respeito mútuos. O próprio grupo, de alguma forma, fez a tarefa de balizar as informações de maneira a evitar discrepância entre a realidade operacional e a imagem em que membros da equipe acreditam, erros de temporalidade e a falta de sinceridade ou franqueza no fornecimento de informações. Entretanto, ficamos atentos às relações de poder que se evidenciam na posição de cada participante nos grupos.

Finalmente, consideramos que, mediante a diversidade de situações utilizadas no levantamento de dados, ficaria mais difícil deixar de observar algo muito importante para a organização em estudo, ou nos equivocarmos ao depararmos com evidências contraditórias à nossa percepção que, em geral, manifestam-se de maneira sutil.

3.5 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da ENSP, atendendo a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”.

Formalmente a Coordenação do Programa de Saúde Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro autorizou a realização do estudo em uma unidade de sua rede de serviço, sem restrição à divulgação de resultados.

Na apresentação do projeto de estudo à equipe selecionada, nossa perspectiva foi de deixar claro: os objetivos do estudo; que a participação no estudo seria voluntária e esta decisão seria individual, significando que qualquer participante poderia sair do estudo caso ocorresse algum desconforto; que seria garantida a confidencialidade dos relatos, bem como o anonimato dos participantes; e sobre os benefícios do estudo relacionados à elaboração de subsídios para proposta de intervenção sobre a violência intrafamiliar no âmbito da atenção básica.

Mediante o esclarecimento de dúvida, todos os participantes assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido (preconizado na Resolução 196/96 CNS). Não tivemos nenhuma desistência.

No corpo do relatório, os nomes dos membros da equipe foram omitidos. Mas com a intenção de facilitar o entendimento de algumas comparações, fizemos a distinção entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Profissionais (incluindo aqui: auxiliar de enfermagem, enfermeira, médica). No texto, cada ACS recebeu um número (A1, A2,... A6) assim como os profissionais (P1, P2, P3). Para evitar identificações dos membros da equipe, os nomes que apareceram nas falas foram trocados.

4. RESULTADOS

4.1 - O CONTEXTO DE INTERAÇÃO - A ESF E O SEU TRABALHO

Para melhor compreendermos as situações que iremos examinar, entendemos ser necessário fazer uma breve descrição do Programa de Saúde da Família (PSF) do Rio de Janeiro quanto a sua implementação e funcionamento, que nos servirá como pano de fundo para as questões a serem aprofundadas. E de forma mais detalhada, uma descrição do processo de implantação do PSF Antares e a forma como desenvolve o trabalho em equipe. Isso significa levar em consideração que a forma como se concretiza a política de saúde, com especial atenção para as estratégias utilizadas, interfere na prática sanitária.

4.1.1 - O PSF no Rio de Janeiro

O processo de implantação do PSF na cidade do Rio de Janeiro seguiu uma trajetória peculiar se comparada a de outras cidades do estado. O município aderiu ao modelo de saúde da família tardiamente, implantando, no final de 1995, uma experiência piloto na Ilha de Paquetá. Apesar de a experiência ter recebido uma avaliação positiva pelos bons resultados, a expansão do programa somente começou a ser efetivada após quatro anos de sua implantação inicial. Mesmo com o movimento para a expansão do número de equipes nos últimos anos, a estimativa de cobertura populacional pelo programa ainda é baixa: cerca de 4%¹⁰⁵.

Em 1999, foram constituídas nove equipes e distribuídas em seis localidades: Morro do Borel, Parque Royal, Canal do Anil, Vila Canoas e Vilar Carioca.

O treinamento das equipes, num primeiro momento, foi desenvolvido com o auxílio do Pólo de Capacitação de Pessoal para o Programa de Saúde da Família, composto pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense. A administração financeira do programa, na maioria das vezes, foi viabilizada pela celebração de convênios com Organizações não Governamentais e associações de moradores selecionados a partir da comprovada tradição local e confiabilidade. Apenas em uma optou-se por uma cooperativa de profissionais de saúde.

Em 2000 foram abertas novas unidades, com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ. As novas unidades foram: Manguinhos, Curicica e Antares.

Quadro 1 - Distribuição das Equipes de PSF no Município do Rio de Janeiro

Área Programática de Saúde	Bairro	Comunidade	Nº de Equipes de PSF	Unidade Mãe
1	Lapa	Lapa	01	Posto de Atendimento Médico Oswaldo Cruz
2.1	São Conrado	Vila Canoas	01	Centro Municipal de Saúde Píndaro C. Rodríguez
2.2	Tijuca	Borel	02	Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão
3.1	Manguinhos	Manguinhos	02	Centro de Saúde Escola G. Sinval Faria
	Ilha do Governador	Parque Royal	02	Centro Municipal de Saúde Necker Pinto
3.3	Costa Barros	Portus	01	UMAMP Sylvio Brauner
4.0	Curicica	Curicica	02	Hosp. Rafael de Paula Souza
	Canal do Anil	Canal do Anil	02	UMAMP Hamilton Land
5.2	Inhoaíba	Vilar Carioca	05	Posto de Saúde Adão Pereira Nunes
5.3	Antares	Antares	05	Posto de Saúde Sávio Antunes
Total	-	-	23	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – (www.rio.rj.gov.br acessado em 1/06/2004)¹⁰⁵

A cidade do Rio de Janeiro, assim como outras capitais brasileiras, caracteriza-se por apresentar uma acentuada fragmentação social expressa em uma composição populacional diversificada e que abriga a convivência de diversas formas de produção, distribuição e consumo de bens e serviços. Por isso mesmo, é uma área onde se revelam inúmeros conflitos. As desigualdades sócioeconômicas, a incongruência entre os anseios e as condições concretas para satisfazê-los, são responsáveis pelas diferentes experiências de adoecer e morrer entre grupos populacionais.

É a capital e a maior cidade do Estado do Rio de Janeiro. Possui uma população em torno de 6 milhões de habitantes, sendo que 1.555.505 destes são moradores da Área de Planejamento 5, o que representa 26,57% da população do município¹⁰⁶.

Segundo Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (www.undp.org.br), em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do Rio de Janeiro no período de 1991-2000 passou da 5ª. para a 4ª. colocação no ranking das maiores cidades brasileiras com um índice médio de 0,84. Tal avanço foi atribuído à renda per capita e à longevidade.

Dos 126 bairros ou grupos de bairros do Rio de Janeiro, Santa Cruz ocupa uma das últimas posições, a de 119ª na ordem de IDH em 2000. No período de 1991-2000, a despeito da baixa classificação, Santa Cruz apresentou melhoria em todos os indicadores analisados. A esperança de vida ao nascer aumentou de 62,49 para 65,52

anos, a taxa de alfabetização de adultos passou de 90,26 para 93,19 %, a taxa bruta de frequência escolar de 66,16, para 79,82% e a renda per capita passou de R\$170,16 para R\$206,23. Porém, a desigualdade social cresceu acompanhando a taxa do município.

4.1.2 - PSF-Antares

A comunidade de Antares fica localizada na Área Programática 5.3 do Rio de Janeiro, Bairro de Santa Cruz. Segundo a descrição do bairro pela Secretaria de Saúde do município esta comunidade *é um conjunto habitacional de “favelizados”, com cerca de 20.000 habitantes, residindo em 3.360 domicílios, abrigando cerca de 7 pessoas por domicílio* ¹⁰⁵. Originariamente, o bairro foi organizado a partir de deslocamento de famílias desabrigadas após períodos de chuvas e deslizamento de encostas, ocorridos em favelas da zona sul da cidade. O assentamento dessas famílias nesta região foi promovido, no meado da década de setenta, pela Prefeitura, em casas construídas para dar abrigo em caráter provisório, entretanto a comunidade se expandiu com novas construções em vielas e sem infra-estrutura adequada.

Segundo informações obtidas no Sistema de Informação da Atenção Básica, base de dados da CAP5.3, especificamente as famílias da micro-área atendidas pela equipe de nosso estudo, em 2003, apresentaram as seguintes condições de vida:

- Cerca de 98,7% moravam em casas de alvenaria,
- 99% tinham o fornecimento de energia elétrica em suas residências,
- Em 94% das casas o esgoto corre a céu aberto, 4% é encanado e 2% é destinado à fossa.
- 44 % das famílias afirmaram consumir água filtrada, 3% fervida e cerca de 53% sem nenhum tratamento.
- Diante de um problema ou necessidade de saúde procuram preferencialmente um hospital e/ou um posto de saúde (respectivamente 73% e 63%) e 6,5% das famílias têm cobertura de um plano de saúde privado.

Para atender a população, a SMS/RJ implantou cinco equipes do PSF no bairro através de um convênio firmado com a ONG-CAMPO (Centro de Apoio ao Movimento Popular da Zona Oeste), sendo que cada uma destas equipes ficaria responsável por

cerca de 800 a 1000 famílias. Considerando a estimativa da própria Secretaria este número de equipes é insuficiente para a população residente.

As equipes do PSF Antares funcionam no antigo Posto de Saúde Sávio Antunes, localizado na entrada do bairro, sendo de fácil acesso para comunidade. A seleção dos profissionais para compor as equipes foi realizada por uma comissão formada por: um representante da associação de moradores, um representante funcionário do nível regional, um representante da ONG-CAMPO e um representante da unidade de saúde local.

Os profissionais selecionados foram contratados sob regime celetista em agosto/2000. Após a capacitação introdutória ao PSF, oferecida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, foi iniciado o processo de cadastramento das famílias. Neste período ocorreram reuniões entre as equipes do PSF, a direção da unidade e a coordenação de área com o intuito de reorganizar a unidade, definir o fluxo de atendimento e o papel de cada profissional na futura Unidade de Saúde da Família.

Além desses componentes, ficou estabelecido que cada módulo que compõe o PSF-Antares receberia mais um auxiliar de enfermagem remanescente da antiga estrutura do Posto de Saúde Sávio Antunes, e ainda permaneceriam na unidade mais cinco agentes administrativos, também remanescentes do Posto de Saúde, para dar suporte às atividades. Ficou determinado que os demais profissionais seriam remanejados assim que terminasse o processo de cadastramento das famílias, de consolidação dos dados e aprovação do fluxo proposto de atendimento, para que, então, as equipes de PSF assumissem o pleno funcionamento da unidade.

Entre os meses de agosto a dezembro de 2000, os profissionais médicos, realizaram treinamento em serviço nas especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia), além de cursos de capacitação em programas de Saúde do Ministério (capacitações também realizadas pelos Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem).

Efetivamente, em janeiro de 2001, deu-se o início às atividades do PSF, com um novo formato de arquivo e fluxo de atendimento, divisão de consultórios por equipe/módulo, e os atendimentos médicos e de enfermagem nos consultórios e domicílios.

Todos os procedimentos realizados pelas equipes do PSF são faturados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, mediante o cadastramento das famílias realizado pelos ACS.

Desde a implantação do PSF-Antares foi identificada a necessidade de se ampliar e realizar algumas reformas no espaço físico da unidade para melhor organizar os serviços. Atualmente o espaço ainda é inadequado. Cada equipe ocupa uma pequena sala com aproximadamente 14 m² (7x2). No espaço que anteriormente era destinado a um consultório, foram improvisados dois consultórios e um arquivo de prontuários das famílias, por meio de biombo e armário.

O bairro possui creches, escolas da rede municipal e estadual de ensino (Escola Municipal Aldebara; Escola Municipal Otelo de Souza Reis; e Ciep 1º de Maio.) e uma unidade da Fundação da Infância e do Adolescente do Rio de Janeiro.

4.1.3 - A rotina de trabalho da ESF

O trabalho no PSF tem caráter cooperativo, coletivo, e é definido como um trabalho em equipe. Segundo Ribeiro e colaboradores ³⁶, um trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados. Trabalhar em equipe é construir consensos quanto aos resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Para Peduzzi ¹⁰⁷, o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Através da mediação simbólica da linguagem, ocorre a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. A referida autora identifica estas características no contexto das situações objetivas de trabalho, mesmo naquelas em que se mantêm relações hierárquicas entre os seus membros com diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. Ou seja, há possibilidade de construção de equipe com integração mesmo nas situações em que se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais, desde que haja valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, sobretudo, sob o horizonte ético.

Estes requisitos são observados e identificados pela própria equipe do PSF, participante deste estudo, quando afirmam:

“Nosso relacionamento é muito bom” (A5).

“As consultas de pré-natal, puericultura, e de outros programas são divididas (entre a médica e a enfermeira)” (P2).

“É bom falar da nossa família, e a gente quase não fala sobre isso. Mas como a gente se conhece, a gente sabe...” (P3).

Teoricamente, a ESF trabalha para a integração de dois pólos. De um lado o sistema de saúde, do qual o programa é considerado a porta de entrada, e de outro, as necessidades e problemas de saúde da população. Para tanto os diferentes componentes da equipe, articulados através de seus papéis, devem promover esta integração.

Através de visitas domiciliares, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) levanta as necessidades de saúde de um determinado número de famílias de uma área adscrita. Nesta equipe, cada ACS responsabiliza-se, em média, por 126 famílias. Nas visitas, em geral, a mulher (dona de casa, mãe ou avó) é a interlocutora e a porta-voz das necessidades de sua família, mesmo que na casa estejam presentes outros membros da família. Isso se dá em função do horário que os agentes saem a campo (entre 9 e 16 horas) e também pelo entendimento comum em nossa sociedade de ser da mulher a responsabilidade de cuidar de tudo o que diz respeito à saúde dos membros da família. As visitas duram em torno de 15 a 40 minutos. E apresentam algumas peculiaridades conforme descreve o registro a seguir:

“Em geral, as visitas domiciliares têm o mesmo formato de uma consulta médica. O agente segue um roteiro de perguntas “padronizadas”, não porque existe um roteiro escrito, mas sim uma sequência de questões incorporadas na prática do agente, a partir de treinamentos e orientações recebidas. São perguntas sobre: sinais e sintomas comuns de patologias endêmicas e importante para a saúde pública, e com programas da atenção estruturados. Como por exemplo: Na casa tem alguém tossindo e com febre? Alguém apresenta manchas no corpo? E perguntas sobre problemas identificados pelos próprios moradores da casa: Como o Fulano está passando? Ciclano foi à última consulta? Após o levantamento de dados passa a fazer orientações que também são padronizadas. Como por exemplo: mesmo para a casa em que

declaradamente não existia o filtro d'água, o agente orientava que tomassem água filtrada” (Anotação de campo).

Para a realização da visita domiciliar o ACS não segue um roteiro fixo. Mas, a partir das observações de campo foi possível identificar, com algumas variações, que busca: a) levantar sinais e sintomas relacionados às doenças reconhecidas como endêmicas na área, e que são objeto de controle de ações programáticas de saúde (hanseníase, tuberculose, hipertensão, dengue, diabetes); b) levantar fatores de riscos vinculados a vulnerabilidade dos membros da família segundo as peculiaridades de cada etapa do ciclo vital, atividade profissional, e agravos já diagnosticados nos membros da família; c) checar a atualização do esquema de vacinação, especialmente de crianças menores de 5 anos; d) checar a realização de exames periódicos previstos (exames de screening e de controle de patologias); e) checar o uso de medicamentos; f) identificar problemas, baseado nos dados levantados; g) fazer orientações mediante os problemas e necessidades identificadas; h) fazer encaminhamentos (marcação de consulta médica, de enfermagem, retorno à imunização); e i) responder às dúvidas e informar sobre outras atividades desenvolvidas na unidade básica de saúde e na comunidade (grupo de caminhada, grupo de planejamento familiar, grupo de adolescentes).

Em tal roteiro percebe-se uma estreita proximidade tanto na estrutura quanto na lógica de organização das consultas médicas e de enfermagem (anamnese, diagnóstico, conduta), certamente, guardando os limites de adequação, profundidade e competência de cada profissional. Neste sentido, o ACS torna-se mais um representante do serviço de saúde em contato com a família, do que propriamente um interlocutor, um canal de comunicação entre a comunidade e o setor saúde. De posse dos conhecimentos do campo da saúde, traduz em sua postura e no seu discurso o olhar deste campo sobre os problemas da comunidade. A situação híbrida de morador/membro de uma equipe de saúde, certamente repercute em seu trabalho. E a dupla identidade carrega conflito no desempenho de seu papel. *“Eles são os olhos dos médicos, mas eles não são a boca da comunidade” (Anotação de campo).*

O que poderia ser um encontro para o reconhecimento das reais condições de vida e de suas necessidades de saúde, assim como para a construção de conhecimentos e estratégias de mudanças elaboradas junto com os moradores, verificou-se neste espaço de intervenção, a reprodução e a permanência de posturas que dão ênfase à transmissão de informações, à responsabilidade individual e ao enfoque epidemiológico do risco,

fundado apenas no saber científico. Deixando-se de privilegiar determinantes e condicionantes sociais, econômicos, políticos e simbólicos para a vida e a saúde da família e comunidade.

Apesar da proximidade e do contato reservado com a população (no interior da casa), o levantamento das necessidades de saúde fica circunscrito aos eventos previamente selecionados para serem tomados como alvo de atuação da equipe. Mesmo aquelas necessidades que espontaneamente são relatadas, ou presentes nas entrelinhas que expressam um pedido, por vezes, são até registradas no “caderno de rota” (caderno de anotações) do ACS, mas simplesmente são ignoradas como objeto de intervenção.

Para exemplificar esta situação, transcrevemos uma anotação do caderno de rota de um ACS:

“Dona Célia é hipertensa, [...] afirma está com depressão (não consegue dormir e nem comer), toma 3 comprimidos de Diazepan 5mg, [...] (freqüente) o SOS Mulher em Santa Cruz, para mulheres que amam D+ e são espancadas pelo marido, [...] é acompanhada por psicólogo e psiquiatra (3x/semana) (A3).

Analisando o prontuário desta mesma moradora fizemos a seguinte anotação:

“Em nenhuma anotação do prontuário se tem o registro que vem recebendo atendimento no SOS Mulher do Hospital Pedro II, ou que a violência conjugal é considerada um problema de saúde para esta moradora e família”(análise documental).

Ponderamos aqui a forma recíproca com que as demandas normalmente chegam ao serviço, ou seja, o pedido explícito para o atendimento de necessidades identificadas pela própria população, corresponde exatamente ao que é oferecido pelo serviço. Segundo Cecílio ¹⁰⁸ a demanda é modelada segundo o que os serviços fazem (consulta médica, fornecimento de medicamentos, realização de exames). Contudo, estão implícitas nesta demanda, outras necessidades como as más condições de vida (falta de emprego, falta de saneamento,...), a maior autonomia no modo de viver, de acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, de vínculos afetivos com algum profissional, e no nosso caso, de apoio para enfrentar a violência intrafamiliar como problema que afeta a convivência e o bem estar. Entretanto, a organização do trabalho da equipe não tem favorecido a transformação dessas necessidades, implícitas nas demandas, em objeto de trabalho.

Na equipe, a enfermeira, além de dividir com a médica as consultas e realizar atividades de educação em saúde, também supervisiona as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, através dos registros feitos no “caderno de rota”, que é eventualmente assinado pela moradora ao final de cada visita domiciliar.

Observamos que os casos de violência intrafamiliar geralmente são conhecidos, inclusive aqueles que são acompanhados por unidades especializadas para o atendimento de mulheres, crianças e adolescentes, como o SOS Mulher do Hospital Pedro II e o Conselho Tutelar. Nas incursões que fazem na comunidade, os ACS percebem as situações de vulnerabilidade das famílias, entre outros indicadores, pela identificação de membros da família que são dependentes de álcool e drogas ilícitas, isolamento familiar, desemprego, crianças sem registro civil, familiares extremamente “protetores”.

A sustentabilidade e possibilidade da articulação das ações de uma equipe passam pela forma como se organiza o trabalho e a percepção de sua interdependência, especificamente na atenção primária de saúde. Starfield ²⁶, ao analisar trabalho em equipe de vários países, tais como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, apresenta como são estruturados e como funcionam a partir de três modelos: o modelo delegado, o modelo colaborativo, e o modelo clínico por consultoria. No modelo delegado o médico é o líder, os papéis são definidos de acordo com tarefas que necessitam ser realizadas. As tarefas são divididas de maneira formal, mas a responsabilidade legal é claramente do médico. No modelo colaborativo não há líder designado, entretanto há um trabalhador-chave escolhido para pacientes individuais, e as tarefas são compartilhadas. Finalmente, no modelo clínico por consultoria os papéis não são padronizados e variam de local para local, dependendo do interesse e da habilidade pessoal dos membros da equipe. No caso brasileiro, o trabalho em equipe na atenção primária não parece se enquadrar nesta classificação. Mas apresenta algumas características que poderíamos denominar como modelo misto (mesclando características do delegado e colaborativo). Delegado, quando responsabiliza o médico pelas questões clínicas e o enfermeiro pelas administrativas e educativas, e colaborativo quando não designa uma liderança e divide a população por ACS.

Segundo Peduzzi ¹⁰⁷, dentre as principais características que definem o trabalho em equipe está a articulação de ações verificada nas situações em que os componentes da equipe elaboram correlações e colocam em evidência as conexões entre as diversas

intervenções executadas. Esta interação, no caso estudado, é examinada a partir das visitas domiciliares desenvolvidas pelos agentes comunitários. Neste espaço de atuação, eles observam, levantam e avaliam dados e recomendam possíveis encaminhamentos mediante um julgamento do que foi encontrado. Sugerem mudanças de hábitos dentro do próprio ambiente familiar, encaminham casos caracterizados segundo um conjunto de sinais e sintomas à unidade de saúde, realizam agendamentos de consultas médicas e de enfermagem, ou recomendam que procurem outro setor social.

Autores como Schraiber³⁰, Gonçalves¹⁰⁹ e Merhy e Onocho¹¹⁰ apontam para a especificidade tecnológica do trabalho em saúde na atenção primária, ou básica, como um importante processo de produzir saúde, pois é nesse espaço que há possibilidade mais efetiva da promoção da autonomia do cuidado em saúde, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho médico restrito. Apesar desta possibilidade, o trabalho da equipe parece ainda estar centrado na lógica do trabalho médico.

Em geral, os profissionais executam suas atividades com certa autonomia, na perspectiva de exercerem um trabalho com liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde do usuário, onde a proposta assistencial é ajustada de forma individualizada. Para Schraiber e Peduzzi¹¹¹, a variedade de julgamentos dirá respeito sempre a uma autoridade técnica socialmente legitimada, e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho. Este aspecto é verificado nas consultas individuais, que ocupam a maior parte do tempo de trabalho das profissionais de nível superior (a médica e a enfermeira): cerca de 50 a 70% do trabalho realizado em uma semana típica.

Nas diversas formas de levantamento dos dados empíricos, percebemos que a médica da ESF executa, com maior frequência, as consultas para a população cadastrada, atendendo à demanda espontânea e à demanda programada. A enfermeira, por sua vez, ocupa-se mais com consultas para os grupos prioritários, que são definidos pelas ações programáticas, especialmente para o grupo materno-infantil. Segundo Starfield²⁶, com este tipo de atividade desenvolvido, a enfermeira funciona como substitutivo da ação médica. A autora afirma que a literatura internacional não apoia fortemente este papel, principalmente quando os médicos da atenção primária desejam

assumir a prestação destes serviços. Contudo reconhece que a atenção à saúde não funcionaria bem sem a participação dos profissionais não médicos.

A inclusão da prescrição de medicamentos definidos pelos programas do Ministério da Saúde, nas consultas de enfermagem, se dá mediante acordo tácito, mas eventualmente gera conflitos, a ponto de ser necessária a realização de reuniões para se promover esclarecimentos. No período do levantamento de dados do estudo, estava em discussão o projeto de lei sobre o “Ato Médico”, e em um dos quadros de aviso do posto de saúde verificamos um comunicado com o relato de um encontro realizado entre o diretor da unidade e representantes do Conselho Regional de Enfermagem em função desse projeto de lei.

Schraiber e Peduzzi ¹¹¹ entendem que é por meio da prática de busca de consensos que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde da população. Agregando a este pensamento, a concepção do controle social, este espaço de consenso poderia se expandir com a inclusão da comunidade no processo de organização e gestão do trabalho. Entretanto este preceito ainda não se constituiu numa prática rotineira.

4.1.4 - O acompanhamento da prática da ESF

A recomendação do Ministério da Saúde é de adscrever até 1000 famílias por ESF. Segundo os membros da equipe estudada, este número é considerado elevado quando se trata de garantir a atenção tanto da demanda programada, quanto da espontânea, principalmente para as atividades assistenciais. A adscrição inicial de famílias para a equipe em estudo era de 750. Atualmente, após desligamentos e novos cadastramentos, 759 estão ligadas ao trabalho da equipe, e o número de famílias por ACS variava de 120 a 134. A flutuação no número de famílias e pessoas cadastradas, segundo os ACS, vem se alterando. Por um lado, em função da expansão no número de residência na micro-área, número elevado de gestação entre adolescentes, desfechos de relações conjugais com o retorno de filhos e netos para a casa dos pais e, por outro, pela saída de muitas famílias do bairro em função da violência.

O Sistema de Informação da Assistência Básica (SIAB), é o instrumental técnico utilizado no acompanhamento e na avaliação do desempenho das equipes. Este sistema possui função de registro de informações de caráter quantitativo e qualitativo, sem que

seja utilizado como base para pagamento da produção. Contudo, o banco de variáveis é composto por informações previamente selecionadas.

Desde 1998, vem sendo usado e a ele é atribuída a facilidade de obter a micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir a organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas; e consolidação da informação partindo de níveis menos agregados para mais agregados. Contudo, críticas são dirigidas a este sistema. De fato, por ele não ter articulação com os demais sistemas de informação, gera-se a sobreposição de registros através do preenchimento de diversos instrumentos. Outro aspecto crítico relaciona-se ao elenco de procedimentos cobertos pelo SIAB que não dá conta da totalidade de atividades dos profissionais, nem favorece a integralidade da assistência proposta pelo programa. Os problemas socio sanitários locais e as atividades de iniciativa municipal relacionadas com a especificidade da organização do sistema não aparecem na estrutura do SIAB ¹¹².

Mesmo sendo considerado um instrumento de planejamento e gestão local o elenco de indicadores que caracteriza a situação sócio sanitária e o perfil epidemiológico e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas estão circunscritos às ações programáticas, somente abrange unidades básicas de saúde onde atuam equipes de saúde da família, apresentando um elenco muito extenso de variáveis a serem coletadas e formulários a serem preenchidos ¹¹². A multiplicidade de formulários a serem preenchidos nas unidades de saúde para atender às demandas dos diferentes sistemas, e a inexistência de uma cultura institucional de análise no manejo de informações têm implicado na pouca utilização dos dados gerados, criando uma enorme contradição na medida em que o esforço de produção da informação em saúde se sustenta na possibilidade de sua efetiva utilização para o conhecimento da realidade e para o processo de decisão.

4.1.5 – A violência como demanda para a ESF

A mortalidade por Causas Violentas refere-se às mortes não naturais que sobrevêm em decorrência de Acidentes, Homicídios, Suicídios ou qualquer outro tipo de violência. Constam do capítulo XX da CID 10 (Classificação Estatística e Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde 10ª revisão) e são denominadas, mortes por Causas Externas.

Mediante a ocorrência ou suspeita de morte violenta, o sepultamento do corpo somente poderá ser efetuado após necrópsia realizada pelo Instituto Médico Legal – órgão da Secretaria de Segurança Pública do Estado. Para a Saúde Pública, é importante conhecer estatisticamente os tipos de violências. Os dados de interesse são extraídos de um Registro Civil, de preenchimento obrigatório, a Declaração de Óbito (DO), que é recolhida nos Cartórios de Registro da cidade (o Rio de Janeiro possui cerca de 23 cartórios). Esses dados alimentam o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

A partir de alguns indicadores de saúde divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ¹⁰⁵, tendo como base o SIM, observamos características que dão mostra da gravidade do problema da violência para a cidade. Nestes informes as principais causas de óbitos, em 2003, foram as provocadas por Doenças do Aparelho Circulatório (27,9%), seguida das Neoplasias (15,6%) e Causas Externas (11,6%). Contudo, as mortes provocadas por Causas Externas aparecem como a principal causa na faixa etária de 10 a 39 anos.

Na faixa etária de 10 a 14 anos as agressões (homicídios) são a principal causa de morte (23,9%). Quando agrupadas com outras causas violentas – acidentes de transporte e as de intenção ignorada – temos 40,9% de peso das causas externas nessa faixa etária.

Os maiores índices de morte por agressão estão na faixa de 15 a 24 anos, respondendo por 51% dos óbitos, e o agrupamento de todas as causas violentas corresponde a 75,8% dos óbitos. O perfil dos óbitos na faixa de 25 a 39 anos é semelhante a faixa de 15 a 24 anos, contudo os percentuais aparecem com significativa redução. Nesta faixa etária as agressões continuam como a principal causa de morte (28,7%), e grupando todas as Causas Externas estas respondem por 44,3% das mortes.

Na distribuição dos óbitos segundo a divisão administrativa da cidade, a região na qual desenvolvemos o estudo (Área de Planejamento de Santa Cruz - AP 5.3) apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por Causas Externas em 2002: 1,12 por 1000 habitantes, ficando acima da taxa do município (0,99 por 1000 hab.) e abaixo apenas da taxa da AP 1 (que compreende a região Portuária, Centro, Paquetá, São Cristóvão e Santa Teresa), que apresenta a taxa de 1,44 por 1000 hab.

Segundo informações divulgadas pela SMS/RJ devido ao contexto social da cidade, a partir dos anos 90 os dados de mortalidade por Causas Externas, passaram a ter maior destaque como fonte de informação para análise do movimento urbano e

planejamento de muitas ações. Contudo a ESF participante do nosso estudo, nos seus, aproximadamente, quatro anos de atuação, não obteve nenhum treinamento sobre o tema ou sobre a violência em geral.

4.2 - VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: SUAS EXPLICAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS

Procuramos registrar inicialmente as construções teóricas e produzir um diálogo entre os discursos de autores que refletiram sobre os determinantes da prática sanitária no Brasil nos últimos tempos, relacionando-os às questões norteadoras deste estudo. Em seguida foi dimensionado o cenário social mesclando reflexões e dados secundários, de maneira a fazer uma transposição das categorias teóricas para as empíricas.

Neste capítulo, daremos maior ênfase às falas dos atores, analisando suas percepções. Os depoimentos revelam dilemas e a dramática relação que se estabelecem entre a prática da equipe do PSF e o cotidiano da violência intrafamiliar. Neste sentido, aqui são tomadas as noções dos membros da ESF sobre violência intrafamiliar e suas consequências.

4.2.1 - A origem da violência intrafamiliar para os membros da ESF

Ao analisar a visão dos componentes da ESF sobre a violência que ocorre no interior da família, há de se considerar que se trabalha com um ponto de vista peculiar da realidade, ou seja, uma parte da realidade representada na imagem construída por cada um a partir de fatos que vivenciou e/ou presenciou, da sua consciência de classe, da estrutura social em que está inserido, das interações estabelecidas entre os membros da equipe e com outros grupos, e dos saberes hegemônicos que estruturam o imaginário coletivo e que dão significado às formas de pensar e agir. Portanto, as noções de violência intrafamiliar deste grupo possuem um sentido socialmente condicionado e culturalmente determinado.

Importante ressaltar inicialmente, para melhor compreensão do que aqui será discutido, que nos depoimentos, os componentes ora abordam e enunciam os eventos, as circunstâncias e as causas como espectadores, ora aparecem como sujeitos da narrativa. Isto ocorreu em função de se ter utilizado, no levantamento de dados, técnicas de liberação da criatividade, de descontração e relaxamento como ponto de partida para o aprofundamento dos temas, deixando os participantes à vontade a ponto de relatarem, na maioria dos casos, situações particulares às suas vidas. Dos nove participantes, três descreveram situações de violência intrafamiliar que tomaram conhecimento por serem membros da ESF, ou seja, os relatos referiam-se a situações vividas por famílias da área adscrita em que trabalham, e os outros seis relataram situações ocorridas em suas

próprias famílias, sendo que destas, em quatro casos o membro da equipe figurou na condição de vítima.

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao grau de interação e intimidade que se estabelece entre eles. Todos tinham conhecimento das histórias retratadas. Na apresentação individual de casos, os outros membros da equipe participavam com informações complementares e detalhes esquecidos pelo que estava apresentando. Ou o relato vinha precedido pelo seguinte preâmbulo: “*Essa história todo mundo da equipe conhece*”. Esta percepção inicial de homogeneidade no conhecimento dos fatos logo foi superada ao confrontar as interpretações segundo a posição (interior ou exterior) dos membros da equipe em relação aos fatos relatados e à sua forma de inserção na equipe: como profissional (auxiliar de enfermagem, enfermeira e médica) ou como agente comunitário de saúde (ACS).

Nos depoimentos, que incluíram situações de violência física, maus-tratos, abandono, negligência, violência sexual, psicológica ou emocional, foram identificadas diferentes razões para a ocorrência da violência intrafamiliar. Olhando de um ângulo analítico, observa-se que a forma como explicam a violência intrafamiliar passa pelo entendimento de duas categorias fundamentais: **relações interpessoais na família** e a **violência estrutural**. Para melhor compreender o conjunto dessas categorias, que se entrelaçam com as categorias de gênero, geração e classe social, é fundamental analisar nas entrelinhas, a percepção que estes trabalhadores têm do problema. Como observa Leal ¹¹³, para a compreensão da violência intrafamiliar é necessário atentar para as questões estruturais, culturais, psicossociais e legais.

Relações interpessoais na família

A identificação da violência intrafamiliar como resultado de interações doentias aparece nos discursos como um importante argumento explicativo. Tanto os ACS quanto os profissionais, são unânimes quando afirmam que estão diante de uma “doença”. E que, por extensão deste entendimento, ela está localizada no indivíduo (no agressor e/ou na vítima). Nesta interpretação, o problema evidencia-se especialmente pelos comportamentos “anormais”, com sintomas, sinais e expressões de desequilíbrio, portanto, uma doença.

Uma profissional que por muitos anos esteve submetida à violência conjugal, ao descrever sua situação destacou um “*sintoma*” marcante de seu agressor: a oscilação e

instabilidade de humor e de comportamento. *“É uma doença... Parece que a gente está vivendo com duas pessoas” (P1)*. Entretanto, outras que relatam o problema de uma posição externa, ou seja, aqueles que não participaram diretamente dos eventos violentos relatados no grupo de estudo, identificaram o comportamento de dependência da pessoa agredida, e de co-dependência no relacionamento entre vítima e agressor, sempre reforçando a idéia de doença.

“Alí, existe uma pessoa que se sente dependente, não digo nem financeiramente, porque falta tudo, até o alimento [...]” (A1).

“...é um processo muito doentio, onde os dois estão doentes e não conseguem sair. Parece que precisa acontecer tudo isso para que aquela família continue como uma família, é uma coisa doentia” (P3).

Tais comportamentos são considerados produtos do processo de aprendizagem, que cotidianamente são conformados no ambiente familiar, marcando fortemente a trajetória de seus componentes. Reconhecem a importância da família no processo de socialização do sujeito, onde tanto as vítimas quanto os agressores apreendem e aceitam desempenhar papéis que lhes são atribuídos nas relações familiares. Nas falas afirmam que as vítimas olham para si e descrevem exatamente no que se tornaram ou foram moldados.

“Eu tenho uma irmã casada, que viveu 20 anos com um homem. Ela sofreu muito.[...] Ela foi criada pelo meu avô[...] ela não teve uma criação que deveria ter tido [...] ela se tornou muito dependente das pessoas. Ela não sabia se defender. Ela não foi criada de forma independente [...]. Ela criou uma dependência dentro dela. Ela estava doente. E até hoje ela fala pra mim: eu não sei viver sem um homem do meu lado. Eu preciso de um homem pra pegar meu dinheiro no banco, fazer as compras pra mim, e cuidar de mim. Não importa se esse homem é agressivo, se este homem vai me bater. Ela se tornou uma pessoa doente, por causa disso tudo” (A5).

Nesse depoimento, um aspecto a ser considerado refere-se ao fato da ACS atribuir o comportamento de dependência à educação conduzida por familiares mais velhos (avô), em que a aprendiz construiu para si uma forma de viver com o outro a partir de códigos sociais antigos, incompatíveis com o momento atual. A herança da continuidade de um comportamento comum no passado, ou seja, o predomínio do espaço privado na vida da mulher e sua condição de dependente de um homem

provedor, foram aceitas e ficou inscrita nas disposições transmitidas pelo avô. Segundo Bourdieu ¹¹⁴, na ordem das sucessões, herdar é substituir as disposições iminentes, e perpetuar um projeto, é aceitar fazer-se instrumento dócil desse projeto de reprodução.

Certamente, outras instituições sociais além da família, concorrem para este processo de socialização. Como Frías-Armenta e colaboradores ¹¹⁵ demonstraram, existe uma relação direta entre algumas características do ambiente familiar, escolar e do bairro nas atitudes violentas e na conduta antisocial de jovens mexicanos. Contudo, a família é o primeiro espaço para a tradução e comunicação dos valores sociais.

Foram reveladas nos relatos, algumas especificidades da violência intrafamiliar contra a mulher, a criança e o idoso no âmbito das relações interpessoais. Apontam para as relações assimétricas (hierárquicas) de poder com fins de dominação, exploração e opressão.

Nos relatos sobre violência contra a mulher, os que analisam o problema, na posição de espectador, percebem que existe uma imposição do poder masculino e o cerceamento da liberdade da mulher. E revelam também que esta violência constitui o resultado do comportamento de homens em relação às suas famílias, quando não conseguem cumprir o seu papel social de provedor.

“Ocorre quando [...] o namorado ou o marido não quer usar o preservativo. Porque por ela gostar muito dele, o que acontece: acaba tendo relações e nascendo uma criança. Eu acho que pode se considerar uma violência sexual, quando o marido recusa a usar” (preservativo) (A3).

“Tem essa falta de liberdade, e tem essa coisa da prisão, não se pode sair não se pode trabalhar, pra ajudar a sustentar. Porque se eu (marido) não trago o alimento, também você (mulher) não trabalha pra poder me sustentar, eu não permito isso” (A1).

Mencionam, também, que o poder opressivo do agressor sobre a vítima se estabelece e se perpetua pelo medo: *“é um medo absurdo” (A1).*

Nos casos em que os depoentes eram as próprias vítimas, as idéias que reúnem representações de sentimentos foram as mais mencionadas como motivadoras da violência na família. Estão contidas nos relatos as indicações de que os agressores distorcem a realidade sob o efeito do ciúme, do “amor” e do sentimento de posse. Aparece também uma argumentação naturalizada que se inscreve no senso comum, e

por isso perversa, de que o ciúme é uma manifestação de amor, apesar de todo o mal-estar que ele provoca.

“Pra mim, no começo, aquele ciúme dele era porque ele gostava de mim” (P1).

“Eu achava que ele me amava, depois com o decorrer do relacionamento eu vi que ele não me amava ele era doente uma pessoa que me tinha como posse. Ele me tinha como objeto sexual. Eu só consegui enxergar isso depois de algum tempo. Ele tinha muito ciúme de mim” (P2).

A literatura revela que o companheiro é o principal agressor de mulheres na relação familiar. Para Walker, citado em Brasil ⁶⁴, a relação violenta de um casal poderia ser sintetizada em um ciclo, pois expressa como os diferentes fatores interagem no relacionamento, através de sucessivas fases. Conforme este autor, o ciclo da violência é composto por três fases distintas: a primeira fase, denominada de tensão, caracteriza-se pela ocorrência de pequenos e frequentes incidentes, como agressões verbais, aparentemente menores, crise de ciúmes, destruição de objetos e ameaças. Nesta fase, a mulher procura acalmar o agressor, evitar discussões e vai se tornando cada vez mais submissa e amedrontada. Isso o estimula a não controlar a si mesmo, aumentar a opressão, e a possessividade. Muitas vezes a mulher aceita a responsabilidade pela situação de violência que sofre; a segunda fase, denominada de explosão caracteriza-se por uma incontrolável descarga de tensão acumulada na fase anterior. É marcada por agressões verbais e físicas graves e constantes. O homem não controla seu comportamento e sua intenção é dar uma “lição” na mulher. O motivo para o início das agressões raramente é o comportamento da mulher, mas um acontecimento externo ou um sentimento do próprio homem. A antecipação do que pode acontecer leva a mulher ao estresse psicológico: com ansiedade, depressão e sintomas psicossomáticos. Essa etapa é mais aguda e costuma ser mais rápida que a primeira; a terceira e última fase é conhecida pela calma ou reconciliação (lua de mel). É caracterizada por extremo amor e gentileza. Sob a influência dos sentimentos de arrependimento e de culpa, após cometer atos de violência, o agressor costuma pedir perdão prometendo que nunca mais cometerá tais agressões. O homem crê que poderá se controlar e que a sua mulher aprendeu a “lição”. E a mulher acredita que não sofrerá mais violência, há o predomínio da imagem idealizada da relação, de acordo com os modelos convencionais de gênero. O comportamento é simbiótico, de dependência mútua.

Com o passar do tempo as agressões continuam e tornam-se cada vez mais graves. As etapas do ciclo variam tanto de intensidade como no tempo, para o mesmo casal e entre diferentes casais. No entanto, nessas interações violentas em que as mulheres, mesmo sendo submetidas a tantos sofrimentos, surpreendentemente não abandonam seus companheiros agressores. Entre outros fatores para tal comportamento, está o fato de ser influenciada pela fase de arrependimento do agressor e promessas de mudança. Aceitam as desculpas e promessas, e têm esperança que a situação mudará um dia. Em geral aprendem a reconhecer o padrão de conduta do companheiro e tratam de utilizar vários mecanismos de ajuda para tentar prevenir o abuso ou diminuir sua intensidade. No entanto, a agressão se dá independente do que faça a mulher para impedi-la. Assim, a base deste comportamento, está nas relações de poder que se aprende através de mensagens sociais e familiares.

Os casos de maus tratos contra idosos, relatados nos encontros, indicam que a cobiça, o interesse financeiro e a destruição de vínculos afetivos foram os principais fatores motivadores da violência.

“Ela queria mais é receber o dinheiro da velha, que tinha posses, tinha apartamento na Barra, [...] pra ela ficar com o dinheiro. Pra pagar o aluguel do apartamento dela” (A6).

“Ela é uma senhora que já faleceu. Mexeu muito com a gente. Aqui (apontando para o painel), na juventude, ela bebia muito. Na velhice continuou bebendo e fumando. Segundo a família, ela foi uma pessoa ruim, durante a juventude uma pessoa difícil de se integrar na família. Eu acho que ela foi quebrando todos os vínculos e o tempo foi passando.[...] Por mais que (a avó) tenha sido ruim, eles pegavam o dinheiro dela. Não tinham vínculos afetivos. Somente tinham interesse financeiro e crueldade. Eles deixavam ela sem comer e sem tomar banho” (P3).

A magnitude da violência contra o idoso no Brasil foi analisada por Minayo e Souza ⁷⁸, a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do período de 1980 a 2000. Na análise de séries temporais, as autoras revelam que as mortes por causas externas apresentaram uma certa estabilidade ao longo dos anos estudados, e no conjunto das violências, as que mais vitimaram os idosos foram os ‘acidentes de trânsito e transporte, as quedas e os homicídios’. Estas três causas representaram 54,1% do total dos óbitos por violência entre os idosos em 1980 e 52,7% em 2000. As autoras

ressaltam também que, embora seja a causa violenta a mais significativa de morte para a população com mais de 60 anos, os ‘acidentes de trânsito e transporte’ decresceram proporcionalmente caindo de 33,2%, em 1980, para 27,1%, em 2000. Ao contrário, as ‘quedas’ e ‘homicídios’ apresentaram crescimento proporcional, passando respectivamente, de 13,7% e 7,2%, em 1980, para 15,2% e 10,4%, em 2000.

Como ressalta Minayo ¹¹⁶, as violências contra idosos são muito mais abrangentes e disseminadas no país, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, sexuais e financeiros e em negligências que não chegam aos serviços de saúde: ficam 'naturalizadas', sobretudo, no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social e das políticas públicas.

A relação entre violência estrutural e violência intrafamiliar

A segunda categoria refere-se à violência estrutural, como explicação da violência intrafamiliar. Tal categoria, ressaltada, principalmente pelos ACS, indica o desamparo social em que vivem as famílias quando enfrentam a incapacidade de suprir, por si mesmas, suas necessidades existenciais. E aponta também para a idéia de que violência intrafamiliar resulta e/ou gera outros tipos de violência, segundo a máxima “violência gera violência”.

Para a equipe, a violência intrafamiliar resulta de uma associação direta com o desemprego e as dificuldades financeiras.

“Por conseqüência do desemprego e por falta de dinheiro, não se tem motivo pra sorrir alí. Não tem comida. Essa mulher pensou muito no que fazer, e o que ela fez foi colocar seus filhos para pedir no sinal. E essas crianças ao invés de... ter diversão, de ter o lazer, de ter escola e cultura, elas estão no sinal... mas nem por isso ela traduz numa violência interna da casa...” (A2).

No relato acima, apesar da agente de saúde não ter caracterizado e nomeado o fato como uma negligência, a violência foi apresentada como uma situação limite entre a falta de condições de manutenção da vida e a omissão dos responsáveis em prover os cuidados básicos ou buscar acesso aos direitos das crianças. O sentido dado, quase que relativiza a responsabilidade dos pais, suavizando um possível julgamento negativo. No discurso, antecipa a justificativa com a propriedade de quem conhece de perto este drama. Embora o “trabalho” infantil caracterize uma das falências mais sombrias na

aplicação dos direitos sociais básicos, é preciso compreendê-lo no âmbito da experiência das famílias.

Conforme Mello ¹¹⁷ é preciso não culpabilizar as famílias que levam as crianças a trabalhar. Pois, na maioria dos casos, não o fazem porque desejam isso para a criança, mas porque constatam que a sobrevivência é impossível sem a contribuição dela. Não existe um culpado, o protagonista da pobreza é um protagonista coletivo. Não são crianças isoladas e nem adultos isolados que vivenciam a falta dos meios mais essenciais de vida. A pobreza é uma experiência familiar. Adultos põem os filhos para trabalhar porque só conheceram essa realidade em sua infância. A experiência relatada parece ser compreendida como uma vida sem saída. Que o “trabalho” no sinal de trânsito e a vida na rua são marcas que acompanham a família desde a sua origem (*os pais eram moradores de rua*). Assim, as atitudes violentas desses pais podem ser resultantes da experiência de pobreza vivida na infância e que se propagam e atingem seus descendentes.

Por outro lado, há de se considerar que a exploração do trabalho infantil é complexa. Embora o problema esteja associado à pobreza, à desigualdade e à exclusão social, existem no Brasil outros fatores de natureza cultural, econômica e de organização social da produção que respondem também pelo seu agravamento.

Vários dispositivos na legislação brasileira enunciam a obrigatoriedade de proteger os direitos da criança e do adolescente. Destacamos na Constituição de 1988 ¹¹⁸ o artigo 227, que define: “*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*”. E mais especificamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente ¹¹⁹ (ECA - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) regula as conquistas consubstanciadas na Constituição Federal em favor da infância e da juventude, e introduz inovações importantes no tratamento dessa questão. No artigo 5º, preconiza que “*Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais*”. No entanto, a realidade é, infelizmente, muito diferente.

Em outro depoimento, o alcoolismo é citado como um elemento intermediário da relação entre violência estrutural e violência intrafamiliar.

“Fugindo daquela coisa, que acontece muito aqui, que é o desemprego, começou a entrar a bebida e aí a violência na família” (A5).

Essa fala reflete, de um lado, o entendimento de que o transcurso traçado pelos fatos obedece a uma seqüência já esperada: desemprego, alcoolismo e violência. E que a frequência e a regularidade desta sucessão de eventos de alguma forma explica a reputação da região, a de ser considerada violenta. De outro lado, as tensões por que passam os homens, e que são geradas por injustiças e desigualdades sociais, são descarregadas sobre as pessoas mais íntimas (a companheira, os filhos). Atrela-se, assim, a dura condição de desemprego do homem à tendência de buscar na bebida alcoólica e outras drogas, um alento e um refúgio para o problema, e em decorrência disso, pratica a violência contra sua família. Maldonato ¹²⁰ ressalta que, na maioria das situações onde as pessoas envolvidas com o abuso de substâncias psicoativas que tiveram como motivação inicial relaxar as tensões do dia-a-dia, ou fugir dos problemas, colheu como resultado o agravamento de seus problemas e a intensificação dos episódios de violência.

Esta associação também traz a contigüidade do fato ao estereótipo masculino de nossa cultura, na qual o homem é caracterizado segundo sua força física, virilidade, e poder sobre os demais membros da família. E também, do entendimento de que o álcool é utilizado para justificar a agressividade. Field e colaboradores ¹²¹ em um estudo realizado nos Estados Unidos da América com casais (n =1468) identificaram que existe uma associação entre alcoolismo como fator de risco para violência conjugal entre bebedores atuais. De todos os casais, 15% (216/1468) relataram a ocorrência de violência na família, 11% (126/1163) indicaram o uso do álcool como uma desculpa para o comportamento agressivo, 10% (128/1257) mencionaram ter expectativa de agressão depois do consumo do álcool, e 14% (99/716) daqueles que indicaram maior impulsividade sob efeito do álcool, também relataram a perpetração da violência conjugal. A análise bivariada indicou que todos os fatores de risco eram significativamente mais comuns naqueles que relataram a perpetração da violência conjugal (p<0.05).

O pensamento de que a violência intrafamiliar é resultante e/ou geradora de outros tipos de violência, traz o sentido de ser um processo sem saída, ou um ciclo vicioso.

“E o que resultou... a minha sobrinha ter se suicidado aos 15 anos de idade. A gente fica impressionada porque muitas vezes a gente dizia: - vem morar com a gente; e respondia: - tia eu não agüento mais ver a minha mãe daquele jeito. Eu queria que ela viesse comigo. O que adianta a gente viver bem sabendo que minha mãe está lá sendo espancada. Ela queria sair daquele pesadelo junto com a mãe. E ela achou um modo mais fácil pra ela. Ela se tornou uma criança doente. Foi fazer isso, foi se matar” (A5).

“É uma pessoa que nasceu, morou e foi criada na rua. Os filhos não têm perspectiva... uma pessoa sem perspectiva,... é uma violência social. É onde entra a violência da fome, não tem emprego. São pessoas, assim, que vão procurar na rua, vão pedir, esmolar... Inclusive, (a menina de 12 anos) já está numa violência maior. Eu acho que ela está entrando na prostituição. A menina não tem nem corpo de moça, é uma criança...” (A2).

“Isso (a violência que sofria) gerou até o ato de violência do meu filho, de puxar uma faca (para atacar o pai). Uma pessoa até então pacífica...” (P1).

A falta de condições mínimas de existência para a família aparece como sendo a marca mais evidente da violência estrutural, que se expressa pelo analfabetismo, desemprego, fome, desesperança. Tantas ausências, provocam depressão, tristeza profunda, envelhecimento precoce, fragilidade física e emocional, doenças carenciais, e em sua culminância, pensamentos autodestrutivos, o “*de pensar até de se suicidar*”(A2). Diante da situação de miséria a família “opta” ou “é conduzida pelas circunstâncias” à mendicância, e assim são tomadas como negligentes quanto à proteção de seus filhos, ao mesmo tempo em que aparece como vítima da violência estrutural. É assim que se estrutura a rede de fatores nos diferentes níveis.

Ponderamos aqui que a associação causal entre violência estrutural e violência intrafamiliar, facilmente incorporada nas falas, aparece destituída de uma análise crítica da estrutura social (de classe, de gênero, de etnia) ou dos espaços sociais que os agentes ocupam. A violência intrafamiliar é descrita como uma conseqüência “naturalizada”, ou uma rota predestinada para os desafortunados. Nesta análise, a desigualdade deixa de ser mencionada como elemento estruturante das posições e relações sociais.

Considerando que as interações entre familiares estão inseridas em um contexto social determinado, reproduzindo desigualdades que não podem ser vistas como resultados apenas das ações de indivíduos. Como aponta Bourdier ⁸⁶.

“... se o mundo social, com suas divisões, é algo que os agentes sociais têm a fazer, a construir, individualmente e, sobretudo coletivamente, na cooperação e no conflito, resta que essas construções não se dão no vazio social, como parece acreditar alguns etnometodólogos: a posição ocupada no espaço social, isto é, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transforma-los” (27).

O conjunto de explicações apresentadas para a existência de violência na família, embora apareça nos discursos dos membros da equipe de forma fragmentada, expressa uma visão abrangente, mostrando os diversos tipos de manifestações do fenômeno (violência física, psicológica, sexual), as vítimas preferenciais (mulheres, crianças e idosos), sua relação com a estrutura social e as implicações especialmente para os indivíduos mais próximos. Ressaltam também que a violência intrafamiliar não se reduz na sua visibilidade, sendo um fenômeno que se constrói nas e pelas interações interpessoais da dinâmica familiar. Processa-se de forma lenta e crônica, e está submersa no cotidiano dos convivas com uma certa visibilidade para os mais atentos, sendo facilmente reconhecida nos momentos de crise. No conjunto das falas, os membros da equipe chegaram a uma formalização e abstração dos fatos tal qual se observa em concepções presentes em muitos estudos.

Ressaltamos, porém, que a leitura abrangente sobre a violência intrafamiliar feita pela equipe aparece atravessada pela perspectiva psicopatológica. Assinalada por influências do campo específico da saúde, de um terreno quase que monopolizado pelo modelo clínico, em que se tem a tendência de incorporar os determinantes sociais como mais uma variável na produção dos agravos. Ao identificar, nos comportamentos de dependência e de co-dependência sinais doentios, se tem uma aproximação com a concepção de desvio a uma expectativa para um padrão “sadio” ou “normal” de convivência ¹²². Os componentes da ESF encaram o problema a partir de uma racionalidade de pensar a vida e a sociedade segundo a perspectiva biomédica, fazendo transposição desse pensamento para as relações sociais. O mal estaria localizado no indivíduo e assim passa a ser explicado como uma doença. Segundo Camargo Jr. ¹²³, na

prática sanitária existe uma concepção que opera sobre uma “teoria da doença”. Este autor explica que as doenças são tidas como coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; elas se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. A partir dessa concepção, generalizam os fenômenos pelo olhar clínico e identificam, em certas pessoas, comportamentos doentios que se manifestam através dos "dados objetivos" diagnosticáveis. Neste sentido, reduzem um fenômeno complexo, social e culturalmente construído em um comportamento psicopatológico, exclusivamente do arbitro do indivíduo. O problema é reconhecido por fragmentos do comportamento e com isso se produzem rupturas entre o indivíduo e o social/cultural.

Portanto, equívocos e lacunas são evidenciados na percepção do “porquê” ocorre a violência intrafamiliar. Em primeiro lugar destaca-se o expresso entendimento que a equipe tem do problema originar-se nas “relações doentias”. Em segundo lugar, seguindo a lógica anterior, a equipe utiliza-se de sínteses reducionistas, para explicar a violência com predominância de argumentos que focam suas causas nos indivíduos. E em terceiro lugar analisa-se a realidade social por fragmentos. Tal entendimento, certamente nos auxiliará a compreender como esta equipe do PSF aborda o problema na sua ação rotineira.

4.2.2 - “Marcas no corpo, na mente, no coração”: conseqüências da violência intrafamiliar

As conseqüências da violência intrafamiliar vêm sendo tratadas na literatura para destacar a magnitude e importância do problema. Anteriormente, os autores detinham-se mais na descrição de características dos casos e dos efeitos para a vida, especialmente, das vítimas. Mais recentemente, focalizam as medidas de prevenção da violência a partir da identificação dos fatores de risco e dos fatores protetores, com o intuito de impedir que se chegue aos danos já conhecidos, e também indicam medidas terapêuticas com o objetivo de evitar o agravamento de suas conseqüências.

As conseqüências da violência intrafamiliar para a saúde vão dos traumas psico-emocionais, à incapacidade física, até a morte. Em uma revisão de estudos nos Estados Unidos, Heise citada por Giffin ¹²⁴, conclui que o abuso é fator condicionante de 35% das tentativas de suicídio de mulheres norte-americanas. E em estudos sobre o

homicídio de mulheres (de vários períodos, em diversos países e estados) mostram a percentagem do total de mulheres assassinadas por parceiros íntimos: Canadá, 62% (1987); Pernambuco, 70% (1992); Nova Guiné, 73% (1979-1982). Para a mulher as conseqüências não letais da violência de parceiros incluem lesões permanentes; problemas crônicos, tais como dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios do sono e da alimentação; e doenças de efeito retardado, incluindo artrite, hipertensão, e doenças cardíacas.

Arcos e colaboradores ¹²⁵, avaliando no Chile as repercussões da violência doméstica na saúde reprodutiva e neonatal identificaram que o grupo de mulheres grávidas expostas ao problema teve um risco relativo mais elevado (RR) para o aborto (RR 1.44, intervalo da confiança de 95% (IC): 1.07-1.93), para a síndrome hipertensiva da gravidez (RR 1.5, IC de 95%: 1.18-1.96), para infecção urinária (RR 2.88, IC de 95%: 1.28-6.43), e retardo do crescimento intrauterino (RR 3.7, IC de 95%: 1.77-7.93). Os recém-nascidos do grupo índice apresentaram uma maior incidência de prematuridade (<37 semanas, 5,1% vs 2,0%), baixo peso ao nascer menor que 2.500 g (3,8% vs 2,0%), peso insuficiente de 2.500-2.999 g (19,2% vs 10,2%, p<0,05). Em outro estudo, Arcos, Uarac e Molina ¹²⁶ identificaram que existe uma associação próxima entre a violência durante a gravidez e o abuso de criança após o nascimento. Para comparar o crescimento e desenvolvimento e o uso de serviços de saúde das crianças cujas mães sofreram o maltrato com as crianças que vêm das famílias sem violência doméstica, desenvolveram um estudo longitudinal. O grupo de casos foi formado por 76 crianças cujas mães experimentaram o maltrato, e o outro controle de 46 crianças provenientes de famílias sem violência doméstica. As doenças respiratórias eram as causas mais prevalentes na consulta e na admissão hospitalar, sendo que as crianças do grupo índice tiveram um risco 2,8 vezes mais elevado de broncopneumonia e menor comparecimento aos serviços de controle e cuidados de saúde. Assim os autores concluem que a violência doméstica é associada a um risco mais elevado de doenças respiratórias e de admissões hospitalares entre as crianças.

Segundo Discala e colaboradores ¹²⁷, crianças submetidas a maus tratos intencionais têm maior probabilidade de apresentar lesões intracranianas (42,2% vs 14,1%), de apresentar lesões muito severas (22,6% vs 6,3%), e de ser admitidas em unidades de cuidados intensivos (42,5% vs 26,9%).

Vostanis e colaboradores ¹²⁸ estudaram três grupos de famílias que se tornaram desabrigadas comparando-as: - às que experimentam a violência doméstica (48 com 75 crianças); às vítimas da violência da vizinhança (14 com 29 crianças); e às que se tornaram desabrigadas para outras razões (31 com 54 crianças). Os resultados mostraram que os níveis de doenças psiquiátricas eram elevados no grupo que experimentou a violência doméstica (35.7% nas crianças e 21.9% nas mães) e eram mais altos ainda naqueles que eram vítimas da violência da vizinhança (52.2% nas crianças e 50% nas mães).

Em um estudo longitudinal, desenvolvido por Fuller e colaboradores ¹²⁹, através do uso de uma base de dados de três gerações envolvendo uso abusivo do álcool por parte de pais e avós, de agressões conjugais e de agressões à prole, buscou-se predizer as agressões na infância da prole da terceira geração. Os resultados indicaram a continuidade de agressões através das três gerações e indicaram também que as crianças podem apresentar posteriormente risco para o alcoolismo, não mediado simplesmente pelo alcoolismo dos pais, mas carregado por outros aspectos do funcionamento familiar, em particular as agressões.

Os autores que desenvolvem esta linha de pesquisa pouco se detiveram sobre alguns aspectos que merecem ser ressaltados. O primeiro é que as conseqüências da violência intrafamiliar vão além do que se possa registrar, principalmente pelo longo tempo de exposição a que em geral os familiares são submetidos e suas diversas implicações para a vida que podem aparecer de imediato, mas também em médio e longo prazo; e segundo, é que são frágeis as explicações quando se processa os dados isolando variáveis e estabelecendo relações lineares de associação entre elas, face à multiplicidade e interdependência dos fatores que concorrem em cada caso. Por essa razão, estes autores limitam-se a descrever as conseqüências, basicamente, segundo os resultados estatísticos.

Em nosso estudo, todos os componentes da equipe identificaram resultados danosos nas experiências de violência relatadas. Conseqüências para a vítima, para os demais familiares e, incluíram também, as conseqüências para a equipe de saúde. Independente da posição que assumiram nos relatos, de espectador ou de envolvido diretamente no evento relatado, partilharam sentimentos de indignação, ressentimento e perplexidade frente aos desfechos. Há de se ressaltar que a noção de conseqüência diz respeito ao produto, mas também pressupõe a possibilidade de ser vista como insumo

para outros resultados. De certa maneira, significa o saldo de um infortúnio, de uma relação não desejada, o resultado de algo que poderia ter sido evitado, trazendo assim a idéia de que somente se chegou àquele resultado porque algo deixou de ser feito.

No que diz respeito à vítima, a expressão de que a violência intrafamiliar deixa “*marcas no corpo, na mente, no coração*” (A5) sintetiza a percepção da extensão e conseqüências do problema. Segundo a ótica dos profissionais, as conseqüências para a vítima envolvem danos físicos e psico-emocionais.

As conseqüências físicas identificadas nos casos relatadas, incluíam lesões, envelhecimento precoce, doença sexualmente transmissível de repetição, fragilidade física e morte por abandono e maus-tratos.

“Doenças nas crianças, porque elas estão emocionalmente frágeis, e estão susceptíveis a doenças físicas” (A1).

“Com essa violência, e com todos os problemas, é uma mulher envelhecida, uma mulher de trinta anos que não parece que tem trinta anos. Uma mulher totalmente acabada” (A2).

“Na mulher também existem doenças, DST. Nesses três anos que eu tenho (no PSF) se eu for contar, ela já foi lá umas oito vezes para fazer tratamento de DST. Fica parecendo até que ela é culpada... Ele não se trata como deveria” (A1).

“É uma senhora que já faleceu... Ela ficou só, abandonada. Foi muito maltratada, e acabou morrendo por causa disso... A conseqüência foi muito sofrimento, desumanidade” (P3).

Foram incluídos como conseqüência psico-emocional o sofrimento, a depressão, a humilhação, o sentimento profundo de abandono e desamparo, e a dor resultante do rompimento forçado do relacionamento familiar e afetivo. Destacaram também, com grande ênfase, os efeitos gerados pela falta de afetividade do pai com seus filhos.

“Não existe o afeto do pai em relação às crianças. As crianças estão sempre doentes. Com comportamento psicológico assim muito diferenciado das crianças que têm o afeto da mãe e do pai. Comportamento de crianças que estão percebendo a violência dentro de casa, tanto do pai para com a mãe, quanto com os próprios filhos” (A2).

“Um sobrinho com 13 anos que ainda faz xixi na cama. Ele não conversa ... É uma criança calada, cabisbaixa, tem dificuldade na escola. A outra, de 10 anos tem dificuldades na escola. Tudo isso foi fruto de quê? De uma relação que começou totalmente errada. Minha irmã acabou deixando tudo isso acontecer na vida dela” (A5).

“A gente pode ver que nessa... ela já pensou até em se suicidar...” (A2).

Segundo os depoimentos, na região existe uma alta incidência de crianças sem o registro do nome do pai nas certidões de nascimento. Relacionam este fato à condição submissa da mulher nas relações de gênero e a irresponsabilidade, especialmente do homem, em não assumir a contracepção como algo que lhe diz respeito. Caracterizam esta circunstância como um tipo de violência sexual, mesmo quando ocorre no interior das relações conjugais. A equipe ressalta que é comum constatar tal situação, *quando se pega o prontuário da criança, e se descobre que ela não tem pai (A3)*. Nesta sucessão de eventos (violência sexual, gestação indesejável e nascimento de um filho não esperado) as conseqüências recaem sobre os mais frágeis, pois *um pai faz falta sim!... E quem sofre, com certeza, é a criança (A3)*. *A criança precisa dessa figura do pai (P2)*. Alegam que isso tem interferência direta no curso normal do desenvolvimento físico e da formação psicoemocional das crianças.

Nos casos de violência conjugal, as expressões contundentes demonstram o quanto as profissionais que passaram por este tipo de violência sentiram-se ofendidas com as agressões verbais de seus maridos.

“As coisas que a gente ouve é pior do que uma surra. [...] Ele falava muita coisa. Eu estava muito frágil. Eu acreditava naquilo tudo. Então eu fiquei muito deprimida. Fiquei péssima. Foi horrível” (P1).

“Sempre ocorreu a violência psicológica, nunca a física. Mas as coisas que ele me falava eram horríveis” (P2).

Para elas, mesmo depois do desencanto frente à expectativa de amor eterno, e com evidências de que o parceiro *“não era aquele príncipe”*, a separação foi *“difícil”* e *“traumatizante”* pois no imaginário nunca esperavam *“enfrentar esta realidade - a de ter que criar o filho sozinha” (P2)*.

O rompimento no relacionamento familiar foi um dos desfechos que ao ser relatado, mesmo sendo mencionado como uma aparente solução, para este grupo não

parecia ser uma alternativa desejada. Nos depoimentos, percebe-se que depois de muitas tentativas de reconciliação, sem sucesso, as vítimas sentiram-se obrigadas a se separar de seus agressores, entretanto o fizeram com algum pesar. A separação representava uma radical mudança para seus planos, ou seja, de uma relação conjugal estável e feliz. Assim, tais rompimentos ocorreram invariavelmente, contra a vontade de uma das partes.

“Pra mim foi horrível, porque eu o amava.. Então eu tive que me separar, ainda gostando muito dele. A separação pra mim foi muito traumatizante. Voltar para a casa dos meus pais, ainda gostando dele. Apesar de tudo eu gostava dele” (P2).

“Depois de 10 anos de convivência eu me separei” (P1).

Relatam também que, além das vítimas, de certa forma todos da família sofrem com a violência intrafamiliar, tanto os envolvidos diretamente quanto as pessoas que testemunham, especialmente os filhos.

“Os (filhos) que sobraram também estão doentes” (A5).

“E os meus filhos já adolescentes, presenciando tudo aquilo (a violência conjugal)... Meu filho mais velho quis matar ele (o pai). Puxou uma faca pra ele, porque estava fazendo aquilo com a mãe dele. Foi péssimo” (P1).

“E o que resultou... minha sobrinha com 15 anos se matou... criada naquela casa, vendo a sua mãe ser humilhada, ser espancada., ela não agüentou.. Chegou à adolescência, entrou em depressão, acabou em desequilíbrio”(A5)

Além dos já citados, os profissionais incluíram-se na lista dos que sofrem as conseqüências da violência intrafamiliar. Para este grupo, abordar a violência intrafamiliar constitui-se um sofrimento. Retomar situações que direta ou indiretamente vivenciaram fez lembrar de tristezas, vergonhas, humilhações, e traumas.

“A conseqüência foi muito sofrimento, desumanidade, e conseqüência pra gente também” (P3).

“A separação pra mim foi muito taumatizante” (P2).

“Era uma maior vexame (as brigas)” (P1).

“Então eu fiquei muito deprimida. Fiquei péssima. Foi horrível” (P1).

A dor provocada pela violência torna o trabalho “*pesado*” para a equipe e, na verdade, os seus resultados têm trazido muita frustração. Quando discutiram sobre o assunto, colocaram em evidência a falta de recursos disponíveis.

“A gente não consegue ajudar de forma melhor. Ela (a idosa) morreu com a gente tentando. Então, pra nós, trouxeram conseqüências emocionais também” (P3).

E quando o resultado da ação da equipe não se efetiva segundo o esperado, ocorre um “*distanciamento entre equipe e família*”. Os componentes da equipe queixam-se da reação da família:

“Ninguém procura a gente da área da saúde, eles têm raiva da gente. Como se a equipe tivesse alguma culpa! Colocam culpa na gente dela (a idosa) ter falecido” (P3).

Logo a seguir, uma outra percepção aparece como uma reação consciente, sob a forma de confissão, proferida pela mesma profissional:

“A minha relação com essa família é zero. Porque realmente eu não me preocupo com eles. O que ficou, foi ressentimento por eles terem abandonado essa senhora. Não se deixa um ser humano assim. Mesmo que ela tenha sido a horrorosa. Que tenha sido, como eles falaram, que era uma pessoa que maltratava. O que se tem é muito desamor. Muito desamor” (P3).

Indo além do que foi dito, mas respeitando a sua direção, aparece um sentido oposto ao que é argumentado. Levando-se em conta a pluralidade de opiniões que habitam o discurso, chama-nos a atenção o fato da mesma pessoa que se queixa do distanciamento da família, ser também aquela que fez questão de frisar que não se preocupou em estabelecer qualquer relação com a família, após a morte da idosa maltratada. O sujeito, que se sente relegado, é também o que atribui a si mesmo a decisão de desprezar a relação equipe/família. Parece que existem, neste caso, dois processos geradores de sentido a partir da forma como se constrói a narrativa. No primeiro processo, o interlocutor elabora a defesa de uma possível culpa, em nome da equipe, dividindo com os demais membros o ressentimento de ser injustamente responsabilizado pelo resultado funesto. E nisso há todo um juízo autocrítico quanto à ineficácia do trabalho, contrapondo à avaliação externa que busca encontrar um responsável. O segundo processo gerador de sentido acentua o caráter pessoal da decisão do sujeito, trazendo para o profissional o poder arbitrário de deliberar e

determinar o rompimento da relação. Quando descreve o gesto, trazendo para a primeira pessoa do singular, alterando a posição de réu para a de juiz, retoma-se a posição ativa do sujeito da ação, mesmo que não se venha mudar as conseqüências da violência na família, mas a morte da vítima é agora enunciada como conseqüência do outro e não do trabalho da equipe.

Os dois movimentos produtores de sentido chocam-se produzindo tensão, pois esses profissionais não aceitam e nem se submetem à avaliação que não seja produzida por eles mesmos. Então, o cerne da questão não está no desfecho do caso, mas em quem produz a avaliação sobre este desfecho. O que nos parece importante enfatizar é que a insatisfação da equipe com sua própria atuação é aceita, desde que este julgamento seja elaborado pela própria equipe.

Esse entendimento é válido quando se quer saber sobre os significados atribuídos à prática dos que se responsabilizam pela saúde de uma comunidade. Neste caso, no interior das falas, os enunciados indicam exatamente como a equipe de saúde se relaciona com a comunidade e seus problemas: não partilham dos mesmos objetivos, nem projetam as soluções em conjunto e não aceitam a emissão de avaliações externas. Assim, resulta um choque de contrapontos, pelo deslocamento nos enunciados e em direções opostas para planos diferentes e conflitantes: de um lado a culpabilização, do outro, a justificação.

Ressaltamos ainda uma última percepção de conseqüência que não é exatamente aquela mais prevalente, a de problema, de destruição e de pessimismo. O conflito e a violência ao tempo em que indicam perigo, abrem também uma perspectiva para a oportunidade, a renovação e a mudança. A única conseqüência positiva mencionada relaciona-se à coragem no ato de conseguir se livrar do agressor e “*construir uma independência*”. Esta visão está presente em um comentário, dirigido a uma das profissionais, que depois de 10 anos de casamento, separou-se do marido violento: “*Você se tornou uma pessoa melhor*” (P3).

A percepção dos membros da equipe sobre as conseqüências dos confrontos violentos na família revelou-se a partir de uma amplitude distinta do que vem sendo descrito. Algumas hipóteses poderiam ser aventadas, tais como: a) as conseqüências constituem-se em um conjunto de danos físicos, psico-emocionais para os familiares e acabam por interferir na relação entre a equipe de saúde e as pessoas envolvidas; b) os danos atingem generosamente toda a família; c) um tipo de violência potencializa outros

tipos, sendo que a violência intrafamiliar, ora aparece como geradora, ora como resultado. Nesse âmbito, a violência estrutural surge com destaque, como explicação, oferecendo um marco às violências do comportamento. Conforme nos alerta Cruz Neto e Moreira ¹³⁰, para compreender a relação entre violência estrutural e violência intrafamiliar é necessário ampliar o entendimento sobre “*os mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhe proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social*” (36). Acreditamos que no bairro Antares esta relação esteja presente na maior parte das manifestações relatadas do problema e de suas conseqüências.

Uma conseqüência não mencionada pelos membros da equipe do PSF, mas que molda a forma de agir, tanto da família quanto da equipe de saúde, e que aparece nas entrelinhas dos depoimentos, está na ordem dos valores culturais. São idéias de culpabilização da vítima pelo abuso que sofre, naturalização e banalização da violência como evento incorporado ao cenário do bairro e a impossibilidade de alterar o que está dado. Tais idéias parecem estar presentes no imaginário da população e se reproduzem e perpetuam nas atitudes de todos.

“...às vezes eu parava para pensar e achava que: - *ela sofre porque quer*” (A5).

“*Quase todo mundo foi criado aqui, há vinte e sete anos, e vem vendo muita violência*” (A4)

“*A única coisa que ele falava era: Você me traiu, você me traiu, vou te matar (enquanto era agredida pelo marido)*” (A4).

Em um estudo realizado em São Paulo com mulheres em uma unidade de saúde, Schraiber e colaboradores ¹³¹, identificaram que uma pequena parcela (25%) reconhece o vivido como violência e assim o denomina. E destacam que poucas mulheres declararam, ao dar nome ao relato, que isto constituiria uma violação de direitos, o que demonstra ainda uma aceitação desses fatos como “atribulações” que fazem parte da vida. Sendo a violência assim colocada, a maioria não cogita a possibilidade de acionar os âmbitos jurídico-criminal e político-social, o que representa um obstáculo para a tomada de atitudes no sentido de transformar a situação.

Assim, todos estão submetidos à cultura da violência, a este conjunto de representações que dão forma às relações humanas e sociais e que penetra e se instala

em todos os cenários da vida social, reforçando o entendimento de que ela tem na vida em sociedade seu espaço de criação e de reprodução.

4.3 - A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR PELA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para considerarmos a violência intrafamiliar como um problema que pode ser abordado pelas práticas de saúde, antes de qualquer coisa tomaremos os problemas concernentes aos serviços em função de cuidados objetivamente produzidos, mas também em seu modo de fazê-lo, privilegiando, nessa abordagem, os profissionais, os agentes do trabalho. O enfoque de análise estrutural e da organização produtiva acerca dos serviços, tem o seu valor na análise da qualidade dos cuidados, contudo buscaremos valorizar o olhar processual e dinâmico das relações que ocorrem em serviço, do trabalhador com o seu objeto de trabalho, que se encontram presentes no exercício prático, nos conhecimentos científicos e nos saberes.

Assim, as análises aqui incluídas tiveram como ponto de partida os relatos sobre como a equipe do PSF vem se portando frente à violência intrafamiliar que ocorre na comunidade atendida por ela. Nesse âmbito, serão focalizados os procedimentos adotados e os resultados atribuídos à atuação da equipe. São histórias compartilhadas no coletivo, pois se tornam alvo de uma modalidade de trabalho que se configura na relação recíproca entre várias intervenções técnicas e de agentes de diferentes áreas profissionais e níveis de formação - o trabalho em equipe. Também são histórias que refletem interpretações captadas por vários olhares e posições, porque ocorrem no contexto das situações objetivas de trabalho, nas quais se mantêm relações interpessoais hierárquicas e de diferentes graus de subordinação – diferentes sujeitos com diferentes atribuições de valores às atividades que desenvolvem.

Diante de cada situação de violência a equipe promove distintas abordagens para lidar com o problema. Neste sentido, parece haver associação entre o tipo de violência e o encaminhamento assumido. Para chegar ao entendimento dos pontos comuns presentes nos relatos de como atuam, foram selecionadas categorias de sentido que figuraram a partir das estruturas de relevância dos depoimentos, das observações de campo e das análises documentais.

Assim serão discutidos os seguintes aspectos: **a) situações e possibilidades de intervenção; b) o trabalho propriamente dito da ESF; e c) a relação do ACS com a equipe e com a comunidade.** As duas primeiras categorias foram incluídas como tópico abordado nos encontros, mas a última emergiu espontaneamente nas falas. Além dessa categoria empírica, surgiram outras duas: **a violência estrutural e a prática de**

educação em saúde. A violência estrutural aparece como cenário, justificativa e substrato para a retroalimentação da violência na família e como obstáculo para proposição de mudanças. E a educação em saúde aparece como a estratégia mais usada dentre outras medidas possíveis de intervenção, da qual partem as iniciativas.

4.3.1 - Situações e possibilidades de intervenção

Lidar com a violência numa comunidade considerada violenta forja nos componentes da equipe do PSF um comportamento peculiar. O ambiente do bairro requer deles discricção, prudência e coragem. Os profissionais do PSF, assim como todos os outros atores sociais deste espaço comunitário, estão submetidos às regras de convivência estabelecidas por um “*poder paralelo*” que os domina através do terror e medo.

“Aqui as pessoas têm medo do poder paralelo” (A4).

“... teve uma época que (a ACS) nem queria fazer visita domiciliar, porque ficava com medo” (P1).

“Uma ACS comenta que as equipes recebem aviso, dos traficantes, para não entrarem no bairro quando está ocorrendo conflito entre policiais e traficantes” (Observação de campo).

Relatam que sofrem violência tanto da parte dos “traficantes” quanto das incursões de grupos de policiais na região. Para uma ACS, a ação desses dois grupos é semelhante, à medida que promovem estratégias de demonstração de poder, controle e força.

“Na rua estava uma moça e um rapaz com um pit-bull. Só que este pit-bull é treinado para matar pessoas. Justamente na hora que eu estava passando [...] ele soltou o cachorro. Na hora eu fiquei desesperada.... Quando ele o solta é para poder estraçalhar alguém. A primeira coisa que eu fiz foi procurar um buraco. Quando eu olhei pra traz, ele rápido pegou o cachorro e colocou na coleira. Ele ficou rindo.... Eles fazem isso de maldade,.. o que eles gostam mesmo é da maldade” (A4).

“Muitas vezes, a gente está trabalhando, a polícia chega atirando. Atirando mesmo! Não quer saber quem está na frente. A gente tem que deitar no chão ou

entrar em algum buraco. A gente sofre mesmo esta violência no nosso trabalho” (A4).

Notável é a ausência aparente de distinção na atuação entre os dois grupos. Para os ACS, policiais e traficantes, como vizinhos que conhecem bem, atuam de forma tão parecida que não merecem ser considerados dignos de aproximação. São figuras comuns do ambiente comunitário, que se portam com arrogância e autoritarismo, apelando sempre para a força e a violência. E mesmo sendo integrantes de uma instituição do Estado, os policiais não são reconhecidos como parceiros pelos atores do nosso estudo.

“Ao lado da Unidade de Saúde existe um posto policial. É uma unidade da polícia militar que está fisicamente próxima, mas isso não significa que existe alguma ligação com este setor. Pelo contrário, os profissionais de saúde fazem questão de não estabelecerem nenhuma vinculação ou aparentar qualquer intenção nesta direção, mesmo que seja de cunho pessoal. Sempre achei estranho por nunca ter visto nenhum carro do pessoal da saúde estacionado na área próxima ao posto policial, apesar da disponibilidade de espaço e da sombra de duas grandes árvores” (Anotação de campo).

Em tal contexto, que tem a sua história marcada pela cultura da violência, as percepções e os significados são construídos não só com base na experiência imediata das pessoas, mas como parte de todo um conjunto de representações e valores pré-existentes, e mais ou menos cristalizados, sobre o mundo social, incluindo as hierarquias e as relações de poder na sociedade, que também se aplicam às relações que ocorrem na comunidade. Quem manda é o *“poder paralelo”*, e todos obedecem. A distribuição das posições ocupadas por cada agente ou grupos, incluindo aqui a equipe do PSF, neste espaço social, mereceria uma análise detalhada, o que, por limites deste estudo, não foi possível realizar.

Contudo, assinalamos que a equipe sucumbe diante da percepção de ser o bairro um espaço comunitário violento. Em suas falas, a força dessa caracterização parece ser maior do que qualquer proposta de intervenção reivindicada pelo PSF, a qual os participantes aceitam, mas esquivam-se dela em nome da sobrevivência, a ponto de serem engolidos pelo imobilismo.

No diário de campo, registramos as seguintes informações colhidas através de contatos informais com os membros da ESF.

“Eventualmente, a equipe faz atendimento de ‘emergência’. As pessoas envolvidas com o tráfico de drogas no bairro procuram diretamente o agente comunitário de saúde que é um morador do bairro ou o administrador da unidade de saúde que é o profissional mais antigo e muito conhecido da comunidade. Em geral, os traficantes reivindicam atendimento rápido, prioritário, em horário exclusivo na unidade, ou solicitam que o atendimento seja feito a domicílio. A equipe é chamada para atender em casos de DST e lesões resultantes de perfuração à bala com complicações, como a persistência de febre. Os moradores sabem que a unidade tem condições de atender. Estes atendimentos sempre foram feitos mediante solicitação, e nunca sob o uso da força” (Anotação de campo).

“Uma ACS comenta que a maior preocupação dos grupos vinculados ao tráfico de drogas é do bairro ser ocupado por forças especiais da polícia militar, como o COE, e assim atrapalhar as suas atividades”(anotação de campo).

As regras são tão bem assimiladas, que até mesmo os procedimentos profissionais acabam sendo subjugados a elas.

“Como a gente está numa comunidade, até a gente denunciar (um caso de violência intrafamiliar) leva muito tempo. Existe uma justiça paralela. O risco é grande deles matarem o pai, matarem a mãe [...], não querem nem saber. Por isso fica muito difícil. É mais em último caso que a gente vê que vai dar para fazer alguma coisa. (P3).

Nessa fala, a profissional revela o temor das conseqüências de uma notificação: a necessidade de se retardar qualquer intervenção que, porventura, venha colocar em evidência os membros da família envolvida, e que somente recorrem à notificação em situação de extrema gravidade. As possibilidades de intervenção estão atravessadas por um conjunto de elementos que incluem o risco do outro ser alvo de uma condenação previamente determinada pelo rigor do juízo imposto à comunidade. Assim, a atitude de denunciar somente é tomada após julgamento criterioso por parte da equipe no que diz respeito à sua viabilidade e eficácia. A fala focaliza as conseqüências do ato de denunciar, mantendo os ecos do medo que se prolongam e sublinham a responsabilidade de provocar um dano maior.

Desta forma, julgam que a atuação deve ser dirigida somente sobre os casos de violência intrafamiliar em avançado estágio “evolutivo” e de extrema gravidade, ou

seja, em situação cronicada do problema com risco iminente de morte. Ressaltamos o descompasso entre aquilo que se preconiza para o nível de atenção básica, e as possibilidades vislumbradas pelos componentes da equipe. Apesar de terem conhecimento dos casos, propiciado pela proximidade com as famílias, só tomam qualquer atitude em último caso.

“A gente consegue evitar a morte iminente. É mais por aí do que qualquer outra coisa” (P3).

“A gente orienta, mas não pode passar de um certo limite” (A6).

“A gente pode interferir no consultório, orienta e mostra o caminho, mas chega uma hora que chega o nosso limite” (P3).

Decorrente desse expediente, a busca de soluções dar-se-á, predominantemente, no domínio da emergência, o que de certa forma faz aflorar todas as dificuldades que hoje são encontradas neste nível de atenção.

Há de se ressaltar que a visibilidade e a identificação de casos de violência intrafamiliar não constituem obstáculos para a equipe do PSF. O que facilmente se percebe é que a organização do trabalho em equipe e as estratégias de vigilância da saúde, facilitam o conhecimento detalhado das histórias familiares, e, dentre elas, as de violência. As reuniões de equipe, a articulação entre o trabalho do ACS e dos profissionais de saúde, o cadastramento das famílias, as consultas realizadas no consultório e nos domicílios e as visitas domiciliares regulares são alguns dos elementos que facilitam este conhecimento.

Mesmo considerando a facilidade de conhecimento e acesso à vida familiar, os depoimentos dos componentes da equipe, em geral, apontam para uma atuação acuada pelo medo, protelada até que se instale o colapso ou o estado calamitoso, e uma atuação restrita às situações emergenciais.

A possibilidade de encaminhamento formal dos casos é reticente. Em função de frustrações advindas de experiências anteriores, existe um descrédito quanto à efetividade dos encaminhamentos para outros serviços da região (às unidades de referência secundária e terciária). A ESF queixa-se da falta de parceria entre os diferentes níveis de atenção e outras instâncias de governo (municipal e estadual). *“Como nós somos da prefeitura e lá é do Estado, nós não podemos entrar assim não” (A4).* O documento de *“encaminhamento sozinho, não adianta” (P1).* A equipe refere

que freqüentemente ouve falar: “*isso (o documento de encaminhamento) não presta não*” (A3). Por esta razão, nos casos que identificam a necessidade de um atendimento mais urgente acompanham pessoalmente os pacientes às unidades de referência.

A garantia do direito de acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, e que se concretiza pelo acesso aos serviços básicos e na construção de sistemas de referência e contra-referência, traduzem, na prática, o conceito de integralidade. A consolidação deste princípio do Sistema de Saúde no PSF representaria um dos indícios de transformação das práticas assistenciais, influenciando a mudança da relação entre os serviços. Para Serra ¹³², além de ampliar o acesso à rede básica de saúde, o PSF não pode prescindir de um sistema de referência e contra-referência, para não se tornar iníquo, ineficiente e pouco resolutivo.

À medida que não são reconhecidos como parte do sistema de saúde, na formulação de encaminhamentos e acolhimento de suas ações por outros níveis da estrutura de saúde, os membros do PSF sentem-se desvalorizados.

“Nós somos o postinho... Na realidade, a gente não consegue muita coisa. Mesmo sendo a porta de entrada do sistema de saúde, sendo o PSF. Chega lá e eles nos tratam com pouco caso”(A5).

Um indício da percepção de desvalorização do seu trabalho está na necessidade de “*implorar*” em favor dos pacientes que acompanham nesses encaminhamentos. Relatam, também, que a não garantia do atendimento através da referência e a contra-referência “*acontece no Estado como um todo*” (P3).

Um estudo de avaliação da satisfação de usuários do PSF, desenvolvido por Trad e colaboradores ¹³³, mostrou a mesma dificuldade do sistema de referência e contra-referência. Muitas vezes a saída utilizada tem sido o modo informal de funcionamento, valendo-se de contatos pessoais dos membros das equipes com profissionais ligados aos setores de média e alta complexidades. Esta dificuldade se dá especialmente devido à esfera política.

Outro aspecto que se destaca nos depoimentos atrela-se à possibilidade de atuação da equipe à idéia de controle. Justificam que as limitadas alternativas de atuações vinculam-se à falta de controle sobre o problema, sobre as ações e suas possíveis conseqüências. Percebem que o problema possui dimensões muito amplas, tão grandiosas que seus limites não podem ser cercados por ações do setor saúde. Afirmam que: “*muitas vezes a solução foge das nossas mãos*” (P1). Nos casos de violência

conjugal, *“a única intervenção que a gente tem controle é de orientar elas (as mulheres) a buscarem uma solução. Fora isso...”* (A1). E quando orientam, precisam ser discretos, pois acreditam que tal atitude poderia provocar conseqüências drásticas. Uma ACS afirma: *“nós moramos aqui, temos que fazer a intervenção mais educativa. E saber fazer, porque a gente mora aqui, e corre riscos”* (A4). Acreditam que as conseqüências da notificação tanto podem fugir do controle e atingir a família envolvida, quanto a própria equipe.

Com base na racionalidade científica moderna, aplicada à saúde, ter controle sobre o processo de intervenção inclui a identificação do problema, a definição do “diagnóstico”, das propostas de conduta e constatação dos resultados, Estes são os critérios essenciais para o trabalho profissional. Para se comprovar a “cientificidade” da intervenção, é necessário ter mecanismos para se constatar o sucesso ou o fracasso das medidas adotadas, para tanto se elegem variáveis e as formas de medi-las, registrando sua evolução. Enfim, é necessário ter controle.

A sensação provocada pela falta de controle sobre as possíveis intervenções faz com que a equipe protele ou até mesmo se recuse a desenvolver qualquer ação de prevenção ou de assistência à violência intrafamiliar.

Assim, as habilidades esperadas para que a equipe do PSF promova ações de promoção à saúde e de prevenção da violência intrafamiliar estão submetidas às peculiaridades expressas nos relatos. A percepção do contexto em que ocorrem os agravos, como vem, produz uma atmosfera corrosiva para a interação. O resultado dessa dinâmica é percebido pela criação de um abismo intransponível entre equipe do PSF, comunidade e outros setores sociais, reforçando a idéia de isolamento material e simbólico. Todavia, as marcas dessa separação por vezes iludem: há mais continuidade, elos, interações e mediações do que se possa imaginar. Impõe-se, portanto, relativizar essa distância e compreender que quando a equipe opta por atuar, às vezes inconsistentemente, somente em situações de violência intrafamiliar tipificada como de extrema gravidade, com intervenções nas quais tenham mais possibilidades de controle, não se trata de uma recusa deliberada ou apenas a falta de habilidade para desempenhar suas atribuições. Na verdade, o foco tácito de sua atuação resulta da ligação e da continuidade com o mundo real, através de regras que terminam por invadir os limites do setor saúde e tocar na problemática de fundo: na interação experimentada com o espaço social, mediada pela própria violência e dramatizada nos depoimentos.

Portanto, transformar a atitude de perplexidade e imobilismo produzido nesse ambiente comunitário é um dos desafios para se consolidar a atenção às famílias que vivem em situação de violência. A leitura que a equipe do PFS faz das possibilidades de intervenção na realidade, nos ajuda a compreender suas atitudes.

4.3.2 - O trabalho propriamente dito da ESF

Ações desenvolvidas e resultados a elas atribuídos

Decorrente da percepção das situações e circunstâncias que são identificadas como possíveis de intervir, como vimos no tópico anterior, a equipe acaba por limitar-se a ações paliativas, remediadas e de caráter emergencial. Isto ocorre com frequência nos serviços de saúde e, especialmente, naqueles que são organizados com a intenção de atender o problema, concentrando suas ações sobre os casos e mediante a demanda. Segundo Ross, Walther e Epstein ¹³⁴, nos Estados Unidos da América, esta tem sido a tônica dada na maioria dos modelos de intervenção do cuidado de saúde para a violência conjugal. Em geral é dirigida à situação de crise e aos sobreviventes dos episódios de violência física.

As ações desenvolvidas pela equipe do nosso estudo diante da violência intrafamiliar são: a orientação/educação (individual), especialmente às vítimas, e a notificação do caso aos órgãos competentes para as devidas providências. Em geral segue o seguinte fluxo: os casos são identificados pelo ACS, são discutidos internamente em reuniões da equipe e, uma vez reconhecida a situação de violência, são implementadas as intervenções.

As medidas educativas são aplicadas nos casos de violência conjugal através de orientação individual. Trabalham junto à mulher, orientando para que tome a atitude de denunciar e/ou de sair do julgo do agressor. Justificam que atuam *”mediante conversa, porque é ela (a mulher) que tem que procurar (uma solução). [...] Nós fizemos orientações [...] para a mulher buscar a delegacia, ou ir para a Casa da Mulher, que aceitaria atender a mulher com as crianças” (A1)*. Esperam que a mulher tome uma atitude.

Embora a orientação individual seja uma das medidas mais usadas, a equipe mostra-se insatisfeita quando reconhece que seu trabalho não tem produzido o efeito

desejado. Constatam que, após vários anos de trabalho nessa direção, os resultados não são animadores. *“A família, infelizmente, continua no mesmo estado” (A1).*

Analisando a prática educativa desenvolvida por serviços de saúde de atenção básica, Pereira ¹³⁵ destaca que, em geral, os profissionais de saúde percebem a educação segundo a perspectiva instrumental, ou seja, como um instrumento utilizado por um sujeito (educador) para intervir sobre outro sujeito (educando) visando a um fim determinado. Entretanto, menciona que a prática efetiva desses profissionais abre espaço para uma relação humanizada, embora esta não seja reconhecida enquanto processo educativo. Além disso, neste estudo é confirmado que os profissionais pouco refletem sobre a sua prática cotidiana. Em nosso estudo, em contradição com a lógica da abordagem instrumental e utilitária, mesmo percebendo que as orientações não têm gerado mudanças, continuam com os mesmos procedimentos.

Outra medida implementada pela equipe é a notificação aos órgãos competentes dos casos de negligência e maus tratos cometidos contra crianças e idosos. A formalização da notificação se faz com a anuência da direção da unidade de saúde. *“Eu assinei, e o diretor assina junto comigo” (P3).* Nesses casos, a medida adotada também parece estar na dependência da emergência da situação. Os membros da equipe do PSF, além de formalizar a notificação, acompanham os agentes do Conselho Tutelar no momento em que a família é abordada para se *“pegar as crianças” (P1).* Contudo, nem sempre as notificações são tomadas como alvo de interesse desses órgãos, e nem sempre são investigadas.

“Casos de crianças, que a gente já denunciou aqui, nem vieram ver e apurar. Coisas assim que a gente vê que são repetidas que infelizmente a gente não pode fazer muita coisa.... Caso de maus tratos. Por isso foi que eu coloquei que falta empenho dessas instituições”(P3).

A reflexão sobre os conceitos das diferentes formas de manifestação da violência na família e as idéias a elas associadas, contribuíram para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos. A efetivação de um atendimento não é cerceada pela dificuldade da equipe do PSF em identificar a presença ou a suspeita da violência, porque em geral as situações são visíveis em suas diferentes formas que assumem no cotidiano, tornando-se conhecidas por todos. Essa situação também foi identificada por Tuesta ¹⁸. A atitude dos profissionais frente à abordagem da violência intrafamiliar encontra-se intimamente relacionada com o medo de intervir na

dinâmica dos relacionamentos interpessoais frente a possíveis conseqüências que venham a incidir sobre si e os familiares. A dúvida em tomar ou não alguma atitude, propor ou não uma intervenção, se estende até o momento em que se depara como uma situação de extrema gravidade, e na existência de risco eminente de morte.

Ressaltamos o consenso em admitir que os atos de grande violência interpessoal constituam-se num evento traumático que desencadeia uma variedade de efeitos físicos, emocionais e sociais, que atinge a todos. Para a ESF recordar e enfrentar esses efeitos significa submeter-se a outros sofrimentos. No segundo encontro, durante o relato da ACS sobre o suicídio de sua sobrinha de 15 anos de idade, observamos que “*no semblante de todos, existia um misto de tristeza e perplexidade, e em muitos os olhos estavam mareados*” (registro do 2º encontro).

Enfrentar a demanda da violência intrafamiliar significa reativar na memória suas próprias histórias. Na análise dos encontros, torna-se evidente que as histórias de violência intrafamiliar são acompanhadas de significados que influenciam as experiências pessoais e de trabalho. Assim como as pessoas se sentem incapazes de responder aos seus próprios problemas, sentem-se paralisados frente às situações de violência da população que assiste, e efetivamente não se sentem em condições de ajudar o outro. Isso indica a necessidade de se trabalhar suas histórias e sanar as feridas do passado ou até resolver situações do presente.

Por outro lado, intervir ou não, depende, dentre outros aspectos, da disposição da equipe em enfrentar os entraves institucionais e a falta de articulação para uma ação interinstitucional, dentro do setor saúde, e intersetorial, segundo a escuta e o olhar ampliado que o profissional venha imprimir em seu atendimento.

No contexto institucional, onde prevalece o trabalho com doenças, a violência surge como algo não previsto ou contraditório para as teorias em vigor, ou não se enquadra na grade nosológica científica, e assim são negadas. Contudo sua real existência e suas manifestações sociais costumam ser reinterpretadas como sintomas psicossomáticos ou são omitidas pelos profissionais da área da saúde. Quando chega, assim, a ser construída como *fato*, no cotidiano da atenção à saúde, significa dizer que a ponta do “*iceberg*” está tão evidente que fica impossível ser negada ou ignorada.

Reichenheim e colaboradores ⁷, ao sistematizarem um esquema possível de atendimento às famílias em situação de violência, distinguiram dois momentos de enfrentamento do problema mediante a constatação do agravo: um concerne a questões

agudas que necessitam ser debeladas imediatamente, envolvendo medidas emergenciais na assistência à vítima, notificação aos órgãos responsáveis por estas intervenções; e um outro momento referente às ações familiares de longo prazo ao nível individual, podendo, entretanto, remeter para as ações emergenciais havendo uma ‘agudização’ da situação de conflito na família . Segundo esta classificação as ações da equipe estudada não vão além das medidas emergenciais.

Analisando o trabalho que vem realizando junto à comunidade, afirmam que os resultados foram *“poucos, mas no momento (da intervenção) foi o ideal”* (A5). Entretanto, são reticentes quando avaliam sua adequação e efetividade, tentando encontrar justificativas para a atuação.

“No momento foi bom, de imediato resolveu, mas...” (A2).

“Dentro da nossa limitação, pelo menos alguma coisa positiva a gente consegue criar. Eu prefiro ver assim, porque senão a gente vai parar de trabalhar. A gente não faz mais nada” (P3)

“... senão, a gente não tem mais vontade de trabalhar” (P1).

Consideram que essencialmente as intervenções de caráter emergencial foram importantes, porque, ao adotá-las, impediram que algo pior acontecesse - a morte. Como revela um membro da equipe:

“A gente conseguiu evitar a morte eminente. Mais por aí do que qualquer outra coisa”(P3).

Embora a avaliação positiva dos resultados do trabalho apareça como a primeira resposta da equipe, logo esta é ponderada com significados que mais acalentam do que empolgam ou valorizam a ação da equipe. Diante das limitações e da reconhecida insuficiência dos procedimentos adotados, buscam encontrar uma motivação para o trabalho, mesmo que seja o de evitar a morte num espaço onde a tônica deveria ser a promoção da saúde. Esses argumentos são construídos na tentativa de superar a insatisfação e a frustração. Manter o interesse e o comprometimento com o que faz e com a população são também mencionados pela equipe como um elemento motivador.

“... Mesmo no caso em que a gente considera perdido, entre aspas, a gente não deve deixar de agir. Às vezes desanima um pouco, mas a gente procura fazer de outra forma, mas a mesma coisa. O fundamental pra quem trabalha com saúde, qualquer tipo de saúde, mental, física, emocional, e até espiritual, é não desistir.

O que estimula a gente é o amor pelas pessoas, pode ser isso. Amor pelo que a gente faz. Eu acho que a gente não pode desistir, de ninguém” (P3).

Temos a clareza que não podemos transformar a “passividade” e atitude de “extrema precaução”, em propriedades intrínsecas da equipe, pois foram aquelas que lhes couberam naquele momento específico, a partir da posição que ocupava/ocupa no espaço social e no contexto do sistema de saúde, especialmente frente à situação de oferta de serviços possíveis tanto no ambiente comunitário quanto em relação aos outros setores sociais. Cabe-nos, portanto, dizer que estas práticas estão relacionalmente definidas.

4.3.3 - O ACS, a ESF e sua comunidade

Considerando o trabalho da equipe do PSF frente à violência intrafamiliar, colocamos em destaque a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Todos os agentes residem na área de abrangência do PSF, facilitando a sua identificação pela comunidade e a construção de uma relação de confiança com os moradores, na qual se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. Isso deixa as fronteiras, entre eles e outros habitantes, muito mais porosas criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares.

O trabalho do ACS foi definido em junho de 1991 pelo Ministério da Saúde (MS), com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) que, em última análise, visava contribuir para uma melhor qualidade de vida da população. Com a organização do Programa de Saúde da Família, em 1993, o ACS foi incorporado à equipe. E já em 2002 a profissão foi regulamentada (pela Lei 10.501), reforçando a importância dada à sua presença, tanto numérica quanto no que se refere ao seu papel, na atual estrutura do sistema de saúde brasileiro. De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/SPS do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação.

A posição estratégica que o ACS ocupa na equipe do PSF ao desenvolver a função de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde aparece nas atribuições definidas pelo MS. O ACS deve "*orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde*" e "*informar os demais membros da equipe de saúde acerca da*

dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades" ¹³⁶. Esta posição híbrida e polifônica, segundo Nunes e colaboradores ¹³⁷, faz dele um ator que veicula um papel importante. Pelo fato de ser uma pessoa que convive com a realidade e a prática de saúde do bairro onde mora e trabalha e ser formado a partir de referenciais biomédicos, também se insere de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois ele pode funcionar como facilitador nessa mediação.

Por outro lado chamamos a atenção para a discussão sobre o sentido de pertencer a uma equipe de saúde, considerando o valor social atribuído aos profissionais desse setor. Tal posição confere ao ACS um tipo de identificação no espaço comunitário e no mundo do trabalho, a ponto de permitir que se fale de distinções.

Entre os membros da equipe, a adesão a uma forma de pensar e o posicionamento diante das situações discutidas, imprimem algum tipo de convergência entre seus valores e percepções. Contudo, admitimos que exista diferença no volume total de capitais (cultural, econômico, etc) de cada membro da equipe, ressaltando que os capitais assumem diferentes formas, pesos e intensidades em cada situação, e respondem por uma multiplicidade de perspectivas e juízos na apreciação das experiências vividas no cotidiano. Portanto, existe certa heterogeneidade naquilo que poderia parecer homogêneo.

Segundo Farias e Vaitsman ¹³⁸, o pertencimento a uma unidade de saúde produz um tipo de identidade coletiva, fazendo com que as pessoas se "reconheçam" como integrantes de um grupo particular que as distingue de outras pessoas. Mas, no seu interior as pessoas também se diferenciam entre si, na medida em que pertencem a distintas categorias ou grupos profissionais, setores, departamentos, equipes, etc. As habilidades aprendidas, os conhecimentos e práticas, as identidades próprias das distintas profissões e ocupações, implicam na coexistência de várias culturas profissionais operando ora em cooperação, ora em sobreposição e ora em conflito. Desta forma a fragmentação e heterogeneidade no interior da equipe contrabalançam a idéia de identidade do trabalhador em saúde.

No caso de uma ESF, a incorporação do ACS, morador da região, certamente poderia trazer outro significado à sua presença na equipe, caso suas habilidades, conhecimentos e saberes, próprios da população do bairro em que mora, tivessem outro peso em relação ao valor atribuído aos conhecimentos científicos.

No entanto, nas falas e na prática, identificamos conflitos no plano do pertencimento, principalmente diante do seu processo de formação com base na transmissão de conhecimentos científicos. Os conflitos de interpretação que se depreendem do papel de intérprete da comunidade ficam evidentes quando fazem uma leitura da própria comunidade e de seus moradores. Explicitamente, falam da indignação que sentem frente ao comportamento da população, rotulando-a de “preguiçosa”, e que já se acostumou a receber do governo benefícios oriundos de políticas públicas paternalistas.

“as mulheres colocam as crianças na creche pra ficar andando” (A4).

“Sábado quando a gente sai,.. de manhã ... encontro aquele pessoal que ficou a noite inteira bebendo. Não tem comida em casa, mas ficou bebendo, tomando drogas....estão ali. Isso é muito comum. Isso me dá uma revolta” (A5).

“...eles querem que a gente dê o remédio na boca” (A6).

A percepção que têm da comunidade apresenta-se ao mesmo tempo alinhada à compreensão de quem nasceu e foi criado neste espaço, e também a uma leitura repleta de preconceitos sociais do que é ser pobre, morador da periferia de uma cidade de grande porte, como é o caso da comunidade em que trabalham. Uma trama de significados na qual se articulam as relações sociais que, alternadamente, vão aproximando e distinguindo famílias que convivem com a violência, os agressores, as vítimas, pais e mães de famílias, tidas como violentas, “poderosos” na rede do tráfico, lideranças comunitárias, policiais, autoridades públicas, novas lideranças religiosas, etc. Prevalecendo na percepção o sentido pejorativo da comunidade, no qual se prepondera o olhar de quem observa de fora.

O treinamento proposto para o ACS abrange conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, que deve incorporar, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilite no processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades. Tais conhecimentos devem dar suporte ao desenvolvimento de atividades educativas, visando à implementação de procedimentos saudáveis para as pessoas da comunidade, especialmente no que se refere aos hábitos higiênicos e alimentares, entre outras ações ¹³⁷. Esta formação, entretanto tem trazido mais inquietação do que tranquilidade para o trabalho do ACS.

“À medida que a gente foi sendo ensinado e treinado [...]. uma questão surgiu: O que nós vamos fazer com essa população que não sabe. Nós não sabíamos como fazer isso” (A2).

Nesta fala, a ACS traduz a angústia de carregar o peso da responsabilidade de se tornar uma promotora de saúde. E, imediatamente, esbarra na concepção corrente de que a população é desprovida de conhecimentos. Com base nesse pressuposto as ações educativas são promovidas através da transmissão de informações consideradas necessárias à melhoria da saúde e à mudança de comportamentos. Como tais mudanças esperadas não se efetivam, especialmente nos grupos específicos como os de hipertensos, logo os agentes ficam desmotivados. A decepção é constatada quando a população não cumpre as orientações e explicam que aquilo que orientam *“entra num ouvido e sai no outro” (A4)*. Destacam como exemplo o caso dos hipertensos *“... entre comprar um quilo de peito de frango e um quilo de lingüiça, ele compra um quilo de lingüiça” (A3)*.

A percepção que a ESF tem sobre as situações e as possibilidades de intervenção está diretamente relacionada: ao conceito atribuído ao bairro: ser violento, onde as regras abusivas de convivência e a cultura da violência se impõem a todos; e a falta de garantia para a integralidade das ações nas instituições de saúde. Essa percepção conduz para uma forma de trabalho em equipe frente à violência intrafamiliar, que, segundo os depoimentos, caracteriza-se como paliativa, individual, e de caráter emergencial. Neste contexto de trabalho, o ACS figura como um importante potencial na articulação entre o serviço de saúde e as necessidades de saúde da população. No entanto, propiciar as condições para que o mesmo venha cumprir o papel de intérprete da comunidade, ainda se constitui um desafio.

4.4 - IMAGEM OBJETIVO – COMO PODERIA SER A ATENÇÃO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

*“A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados”
(16)¹³⁹.*

Sendo um problema não tratado usualmente pelo setor saúde, exceto no que se refere à assistência emergencial e médico-hospitalar, a violência tem forçado os serviços a buscarem alternativas de ação que estão fora dos mecanismos e das possibilidades usuais desse setor.

Como vimos anteriormente, a equipe do PSF mostra-se insatisfeita com os resultados de sua atuação, reconhecendo a necessidade de encontrar meios que possam impactar, com mais efetividade, o problema. Percebem que a violência exige um conhecimento interdisciplinar, uma prática multiprofissional e uma articulação intersetorial.

Nos depoimentos, explicitamente, a visão de futuro dos membros da equipe indica para duas áreas de mudança: uma interna ao setor saúde e outra envolvendo os demais setores.

Para o serviço de saúde, reivindicam a presença de outros profissionais como psicólogos e assistentes sociais, que teriam a atribuição de atender famílias em situação de violência e também deveriam dar suporte à equipe em sua atuação.

“...uma assistente social para atender as famílias que pudesse acompanhar as famílias mais difíceis. E um profissional específico para me orientar a lidar com essa situação e levar essa pessoa a uma assistência psicológica, emocional, de segurança” (A1)

“Como chegar até a família? Acho que todo mundo sente falta aqui é de um apoio. Porque, às vezes, a gente quer intervir, mas não sabe como, e a gente se sente sozinho. A gente tenta ajudar e faz bastante coisa, mas se a gente tivesse um colega que pudéssemos contar, trocar informações de como posso agir nessa situação. Muitas vezes eu me sinto perdida. A gente orienta, mas acho que falta alguma coisa. De repente, se a gente tivesse um colega assistente social, psicólogo..., a gente sente falta disso” (P2).

Tal solicitação está diretamente relacionada à forma como enxergam a origem da violência na família. Confirma o sentido atribuído de ser a violência intrafamiliar uma doença psicossocial, localizada no indivíduo e que merece ser tratada segundo as suas especificidades.

Frisam que as pessoas precisam tomar uma atitude, e que esta atitude a equipe “*não pode tomar*” (A1), e complementam: “*falta realmente atitude da própria pessoa e auto-estima. Na comunidade falta muito isso auto-estima. As pessoas não estão se valorizando. Não estão se amando*” (A2).

De modo geral, a ESF acredita que a vítima da violência é o elemento fundamental no processo de mudança. Esse entendimento pode representar, de um lado, a valorização da autopercepção na capacidade de transformar a realidade e a importância da compreensão de autonomia do sujeito. E de outro, uma forma de não se envolver com o problema para o qual não tem respostas e/ou preparo.

“Falta de perspectiva de vida, no caso da Maria ela não tem coragem de seguir sua vida sem o companheiro agressor[...]. Eu acho que falta nesses casos, na minha opinião, é uma atitude da própria pessoa. Vai ter médico, vai ter psicólogo, vai ter assistente social, mas só vai mudar se ela tomar uma atitude, senão nada vai acontecer. Essa é uma condição: a pessoa tem que tomar uma atitude. Isso não significa que não tenhamos que orientar. A orientação é necessária” (A3).

Afirmam que a melhor resposta para tais necessidades seria “*oferecer terapia de família para a reintegração da família, mas que todos tenham acesso*” (P3). A projeção de determinado tipo de oferta de serviço, que se constitui sob a forma de terapia, faz parte de uma visão própria da área da saúde, e é apresentada como uma ação especializada oferecida por outras instâncias do setor saúde.

Entretanto, reconhecem a necessidade de passarem por um programa de capacitação para lidar com o problema.

“Que os profissionais tivessem capacitação para lidar com essas situações e que possam estar acompanhando a evolução do caso, junto à instituição especializada para tal fim” (A5).

“Capacitação para a Equipe de Saúde da Família para poder ajudar e interferir nos caso de forma resolutiva” (A6).

“Orientação de como chegar até a família” (A4).

Em relação a outros setores, apontam para a organização de uma rede de atendimento às vítimas através de parcerias entre as instituições assistenciais presentes na região. Em todos os depoimentos essa parceria estaria em função de intervenções de ajuda às vítimas em momentos de crise, e o acompanhamento das famílias.

“Uma parceria entre os órgãos sociais, uma cumplicidade mesmo entre assistentes sociais, psicólogos, a FIA (Fundação da Infância e da Adolescência), Conselho Tutelar, Casa da Mulher” (P1).

“Que o PSF tivesse vínculo significativo com as instituições que lidam com casos de violência. Exemplo: Delegacia de Mulheres, Conselho Tutelar e outros. E que os mesmos funcionassem com melhor estrutura” (A5).

“O que está faltando é parceria. Se a Fia se preocupasse mais um pouquinho, se fossem no posto para poder conversar com a família. Não devolver as crianças para a mãe e continuar tudo a mesma coisa. Ou dar uma ligada para o Conselho Tutelar dizendo assim: nós vamos devolver as crianças por causa disso, disso, disso. Eles não fizeram nada. Então, eu acho que nesse caso faltou a parceria mesmo e a articulação. Cada um trabalho separado. A gente foi e viu o caso, fomos para o Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar pegou e trouxe pra cá (para a FIA), depois a FIA foi e devolveu (as crianças à família)” (P1).

Ressaltam que em um trabalho articulado cada instituição precisa ser eficaz e resolutiva mediante o que lhe compete.

“Parcerias eficazes, que o sistema funcionasse direito primeiro porque quando chegássemos a denunciar alguma violência, que realmente fosse apurado” (P3).

“Que o setor específico para dar atendimento nos hospitais, postos de saúde que funcionem. (Hoje) funcionam, mas não como deveria” (A5).

“Isso (denunciar) já não é eficaz no caso de crianças. Um caso que a gente já denunciou aqui, nem vieram ver e apurar. Coisas assim que a gente vê que são repetidas e que infelizmente a gente não pode fazer muita coisa. Todo mundo diz: é que não pode chamar a polícia aqui dentro, não pode isso, não pode aquilo. Mas eu já vi caso de crianças, em que o Conselho Tutelar funcionou, mas nesse caso não vieram apurar. Casos de maus tratos, por exemplo. Por isso foi que eu coloquei que falta empenho dessas instituições” (A3).

Nos depoimentos, quando mencionam a possibilidade de desenvolverem atividades em articulação com outras instituições, valorizam às religiosas, argumentando à favor do poder de penetração desse tipo de instituição no bairro e da possibilidade de se conciliar objetivos .

“É pensar em todo tipo de instituição. Até mesmo as religiosas, que poderiam se unir num só objetivo. Se um só tiver esse objetivo vai ser muito fraquinho. A força vai ser mínima. Todos unidos com um único objetivo. Porque a religião chega primeiro, antes que qualquer outra instituição. Todo mundo tem uma religião. Se aproxima de uma entidade, vai ao seu pastor, ao seu padre, ou então ao presbítero.”(A2)

“Tem sempre um vizinho, um amigo que é religioso” (P1).

“Até a pessoa pode não estar ligada a uma religião, mas no momento da pressão, a grande maioria a primeira coisa que procura é a igreja” (P2).

Esta percepção pode ser confirmada com os dados do cadastramento familiar. Das 759 famílias apenas 25,96% afirmam participar de algum grupo comunitário, sendo que destas 23,03% participam de grupo religioso, 1,19% de associação, 0,13% de cooperativa e 1,58% de outros grupos.

Além disso, outro dado a ser considerado diz respeito à participação dos ACS em movimentos religioso. Todos os ACS desta equipe estão vinculados ao trabalho da Pastoral da Criança no bairro.

Destacamos dois depoimentos que representam como esta equipe reconhece as possibilidades de conjugação de objetivos no desempenho de suas atividades junto à igreja e ao setor saúde e que na falta de outro recurso para lidar com a violência na família é cabível recorrer à religiosidade.

“Não sei se tem resultado esse tipo de intervenção que eu faço com a família, através do livro da pastoral. Indiretamente eu converso muito com elas. Porque elas têm uma forma muito violenta de tratar as crianças. O filho dela tem 5 anos e tem um agora novinho que já está andando. No livro da pastoral tem perguntas, uma das perguntas é a seguinte:- você educa a criança com violência? Então tem uma outra pergunta que não pergunta dessa maneira:- como é que você chama o seu filho? Nem precisa dizer, mas é uma questão que mostra que o que ela está fazendo não é certo. Hoje, por exemplo, eu fui fazer

uma visita lá, e foi terrível e por isso eu demorei. Ela estava nervosa, o telefone tinha sido cortado. O filho, pequeno, já está alcançando tudo. E ele alcançou um cotonete e enfiou no ouvido, e até sangrou. Aí ela falou:- essas crianças me deixam nervosa. Eu disse:- olha só, não é bem a criança que te causa problema. Você é que está com problemas e está colocando esses problemas nas crianças. Como ela já tem intimidade comigo, isso é que fica fácil, intimidade. Aí ela falou assim: - é mesmo né? Eu estou muito violenta! Ela chegou a esta conclusão. Mas logo esquece o que a gente fala. É uma coisa que a gente tem que ficar sempre falando, senão esquece. Tem muita gente que acha que isso é normal. Da criança está indo lá e ela puxa. Não mexe aí! Não pode! Briga” (A2).

“Quando eu entrei (no PSF) o primeiro atendimento foi o da Vilma. O que eu pude oferecer pra ela? Orientei, ... mas a primeira coisa que veio em minha cabeça, e isso a gente não aprende na faculdade, busquei em mim. O que vou falar pra ela? Vou falar para ela buscar a Deus! Perguntei: - você tem alguma religião, alguma coisa em que você acredite? Ela disse: eu já frequentei algumas vezes a igreja. Então porque você não vai lá? Faça uma oração, conversa com Deus. Ele vai te orientar. Tenta ver com a sua família. Se você tiver o apoio da sua família, você vai ter força para lutar, e conversa também com Deus. Naquele momento foi o que eu pude passar pra ela. Mesmo que a pessoa não esteja voltada para alguma religião, nesse momento ela vai procurar alguma igreja, a católica, a que estiver aberta, vai entrar, sentar e ali vai chorar e conversar com Deus” (P2).

Vale lembrar que o sentido de comunidade e a organização de associação de moradores têm se modificado muito nas últimas décadas. As mudanças da vida urbana brasileira têm limitado o desenvolvimento de organizações populares, seja pelo crescimento das favelas que não são mais delimitadas integrando-se aos antigos bairros, seja pelo grau de violência que também democraticamente se espalha. Em contrapartida, nas classes populares vem inversamente crescendo, e de forma extraordinária, o número de igrejas, especialmente as pentecostais. Talvez numa das explicações para este crescimento estejam implícitas questões de saúde, que para Vala ⁴² além da busca da cura, incluí também a idéia subjacente do apoio social. Sendo assim, a religião passa a ser vista como um recurso importante.

Na análise das idéias mais sistematizadas dos membros da ESF, explicitadas nas falas, a “imagem objetivo” projetada para uma intervenção frente ao problema da violência intrafamiliar é apresentada segundo uma perspectiva de atenção individual, dirigida especialmente à vítima em situação de crise. Para a estrutura do PSF, os membros da ESF indicam a incorporação de outros profissionais (psicólogos e assistentes sociais) e para as ações intersetoriais sugerem o estabelecimento de parcerias no sentido de garantir um atendimento especializado.

Outras idéias aparecem, ainda que incipientes, sob a forma de palavras, expressões e frases, indicam pistas de uma ação segundo a lógica da promoção da saúde e da prevenção específica da violência intrafamiliar. No próximo tópico apresentaremos tais pensamentos, costurando estas idéias com resultados de pesquisas e experiências relatadas na literatura.

4.5 . PRÁTICA SANITÁRIA DA ESF: OPORTUNIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

O significado do termo promoção da saúde, ao longo do tempo, tem se ajustado às modificações do próprio conceito de saúde, acompanhando a evolução dos conhecimentos sociais, técnicos e científicos. Um entendimento muito freqüente de promoção refere-se à busca de um ambiente saudável, em que as pessoas tenham uma boa qualidade de vida e gozem de bem-estar. Entretanto, a aplicação desse conceito na prática sanitária vem sendo ponderada quando é agregada a conhecimentos como fatores de risco e de proteção dirigidos a um agravo específico.

Assim, sua implementação tem sido feita através de distintas concepções e de forma mais ou menos abrangente. Segundo Sutherland e Fulton citados por Buss ¹⁴⁰, dois grandes grupos reúnem as diversas concepções disponíveis de promoção da saúde.

No primeiro, estão aquelas concepções que incluem as atividades dirigidas centralmente à transformação de comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente cultural das comunidades que se encontram. São ações que tendem a concentrar-se em componentes educativos relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle do indivíduo, como por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle da ação imediata dos indivíduos.

O segundo grupo reúne conceitos que caracterizam a promoção da saúde a partir da constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Parte do entendimento que a saúde é produto de amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico livre de risco, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Portanto, estariam as atividades mais voltadas ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, e este compreendido num sentido amplo - ambiente físico (natural e construído), social, político econômico e cultural, através de políticas públicas

intersectoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades.

Breslow ¹⁴¹ chama a atenção para o fato de que medidas como a restrição ao fumo, o controle do uso do álcool, a redução do peso nos obesos e diminuição da ingestão de gorduras saturadas e colesterol, embora devam ser alcançadas, constituem medidas tipicamente de prevenção para lidar com fatores de risco (de doença coronariana, câncer de pulmão e alcoolismo) não se caracterizando propriamente como medidas de promoção da saúde. Buss ¹⁴² salienta que este tipo de enfoque mantém-se centrado apenas nas mudanças de comportamentos danosos dos indivíduos ou restritos a questões culturais de algumas comunidades. O conceito moderno de promoção da saúde, segundo esse autor, deve implicar em atividades voltadas tanto a grupos sociais como a indivíduos por meio de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde. Isso significa admitir a importância de conciliar as ações específicas de prevenção com as de promoção, tanto num plano individual quanto no coletivo.

Ao pensar nas possibilidades de ação para a ESF na perspectiva da promoção da saúde, devemos lembrar que as diversas formas de manifestação da violência intrafamiliar e o contexto social em que ocorrem possuem peculiaridades históricas e culturais. Nesse sentido, pensar a violência como realidade envolve conhecê-la localmente, articulando-a com as causas estruturais, e isto significa ter claro que as ações devem ter alcance de curto, médio e longo prazo, atuando sobre componentes estruturais, ao mesmo tempo, com ações mais focalizadas. Outra questão a ser considerada é a complexidade real da violência o que exige parcerias e investimentos de amplo espectro, integrando esforços de vários setores, organizações e comunidades.

O nível de atenção primária, em especial a estratégia de Saúde da Família, constitui-se em uma das melhores opções para captar, orientar e ajudar a diminuir a problemática da violência intrafamiliar. Pelas razões, já mencionadas, como o acesso às histórias familiares e à intimidade das famílias, pelos vínculos de confiança e pelo conhecimento detalhado das relações sociais que se estabelecem no bairro e da cultura local, a ESF pode muito contribuir com o seu trabalho.

A ESF conseguiu produzir uma análise mais abrangente, ainda que incipiente, com possibilidades e indicações para uma intervenção na perspectiva promocionista.

Importante assinalar que tal análise resulta de uma notória indignação frente às condições de vida e ao contexto social em que aquela comunidade está inserida. A omissão do Estado associada à corrupção e à utilização de políticas públicas paternalistas, as mudanças morais e a naturalização da cultura da violência permitiria a expansão dessa discussão para outros termos. Contudo as ações indicadas pela equipe estão afetas à atuação e responsabilidade de outros setores e instituições, quase que se isentando desse compromisso.

“Acho que tudo mesmo deve começar na base o que leva muito tempo de mudança, e isso envolve infra-estrutura desde educação, princípios básicos morais e de amor, e de direito do cidadão, mudança da política assistencialista, um sistema não corrupto onde não se roube, onde não se queira levar vantagem em tudo, a lei do que se dá bem é quem não trabalha e ganhe de graça, acabar com a preguiça mental, emotiva e moral. Desde lá de cima até a população. Polícia honesta, política honesta, pessoas honestas onde o interesse em comum é ajudar, mas educando, informando, formando opinião dando condições para as pessoas; não dar o peixe, mas ensinar a pescar; mudança nas punições, sistema penitenciário mais educativo, procurando reintegrar. E assim tudo buscando formar pessoas dar um objetivo de vida mostrar um horizonte de esperança maior. Oferecer terapia de família para a reintegração da família, mas que todos tenham acesso. Oferecer condições mínimas de sustento às famílias e moradia. Garantir segurança para as pessoas da família que necessitam. Mas no final o que falta é o amor, ao amor ao próximo, o amor pelas pessoas e, pois se fosse assim a gente sempre iria parar para pensar antes de agir, antes de provocar, antes do momento da explosão da violência” (P3).

Talvez seja desnecessário reafirmar que a maneira indicada para enfrentar a violência na família esteja diretamente relacionada à própria definição e reconhecimento do problema pelos profissionais, à forma como o PSF tem se organizado no dia-a-dia, como o ACS (morador da comunidade) tem se agregado ao programa, e ao contexto de violência da área.

Quando se discutiu sobre o que está faltando para a equipe ampliar sua atuação no enfrentamento da violência intrafamiliar, os participantes responderam com as seguintes expressões: “apoio”, “parceria”, “articulação”, “melhoria e eficácia do que já existe”, “auto-estima”, e “coragem”. Diante dessas pistas, sistematizamos a seguir

algumas possibilidades de ação. Distribuimos as idéias ligadas a tais expressões nos seguintes itens que se segue: 1) ações dirigidas à promoção da saúde (intersetoriais e de apoio social); e 2) ações de prevenção da violência intrafamiliar (detecção, atenção integral e sistematização de registro).

Ações dirigidas à promoção da saúde

A promoção de formas não violentas no interior da família constitui o eixo organizador de uma intervenção primária. As ações destinam-se a desenvolver mudanças nas representações sociais e nas atitudes que favoreçam a violência ou que minimize ou a negue. As ações precisam fomentar concepções não discriminatórias com base no sexo, idade, etnia, opção sexual etc., que poderiam ser implementadas a partir de ações educativas e de oferta de serviços.

Dalmaso e Nemes Filho ¹⁴³ discriminam duas formas concretas e complementares de se fazer promoção da saúde, tanto por trazerem bons resultados como também por fazer com que os recursos empregados produzam mais benefícios. São as ações intersetoriais (integração de tipos diferentes de atuação) e o suporte social.

As ações intersetoriais, que consistem na integração de esforços visando alcançar mais e melhores resultados e racionalizar recursos, trabalham com a perspectiva da união e da soma de ações e esforços. Resultam do reconhecimento da necessidade de um âmbito de ação mais amplo para a abordagem dos problemas de saúde. Como por exemplo, juntar o trabalho das creches e escolas às ações de saúde; juntar atividades de esporte e cultura, às áreas de saúde e educação. Apesar da intersetorialidade ser uma estratégia, já h'a muito tempo proclamada como benéfica, existem, freqüentemente, dificuldades para colocá-la em prática.

O ponto essencial consiste em estar disposto a conversar e articular. Neste sentido, é muito importante fazer planejamento integrando às diversas áreas de atuação, discutindo com a população as prioridades a realização de planos. Para tanto, o desafio prioritário e permanente constitui-se no desenvolvimento local, na melhoria da qualidade de vida e no esforço à cidadania. E, certamente, passa por uma mudança no padrão de relação entre serviço e comunidade e investimentos sociais.

A recuperação dos déficits existentes em termos de infra-estrutura urbana, de serviços públicos e de direitos básicos da cidadania não é um problema simples. De um

lado, diz respeito à responsabilidade intransponível do poder público, e do outro, mostra o quanto é crucial a mobilização e a participação da comunidade no processo. Igualmente importante, se evoca a responsabilidade social das empresas e instituições presentes no espaço social.

Uma gestão participativa, integrando os diversos setores, e interesses em prol de uma agenda comum seria um caminho promissor. Tal trajetória poderia ter como ponto de partida um diagnóstico participativo usado como estratégia capaz de contribuir para incentivar a participação comunitária, o fortalecimento da consciência de cidadania, reforçando as redes de solidariedade existentes, podendo ser liderada pelo setor saúde.

Neste sentido, a liderança do setor saúde depende fundamentalmente da capacidade de diálogo num contexto sócio-político e intersetorial, que tome em conta a multiplicidade dos fatores determinantes da saúde, e que, em certas condições, propiciam também a ocorrência da violência na família, em relação à oportunidade de trabalho e renda, às condições de habitação, à educação básica, às oportunidades de acesso à cultura e lazer, entre outros. O que se deve procurar é poder abordar a totalidade da questão saúde não somente pelo setor saúde, onde cada setor assuma o ônus do campo de atividades que lhe corresponde, submetido a mecanismos de coordenação governamental e participação social ⁵⁴.

Estudos examinados por Salzinger e colaboradores ¹⁴⁴, em uma revisão da literatura, identificam importantes efeitos na saúde de crianças e adolescentes relacionados aos seguintes fatores de risco: ao stress familiar, à estrutura da família ou da casa, ao conflito na família, e no comportamento dos membros da família. Dentre estes fatores destacamos como exemplo o stress econômico na família e as condições de moradia como importantes fatores de risco para a exposição à violência a serem contemplados na abordagem de ações intersetoriais na atenção primária. Vale ressaltar que o processo de urbanização vem produzindo grandes desigualdades sociais nos espaços das cidades pela falta de proteção social e de acesso aos serviços. A crise econômica dos anos oitenta, a hegemonia do mercado e a globalização da economia estendem-se sobre a pobreza urbana. Mesmo considerando que a pobreza e as condições de habitação não são causas diretas, podemos dizer que são condicionantes da ação violenta no interior da família. Os temas do sustento econômico e da moradia são inseparáveis do tema da família. Nem na teoria e nem empiricamente a situação financeira e habitacional são genericamente neutras ou inócuas: implicam em efeitos e

experiências diferentes na convivência entre os membros da família. Assim merecem ser tomados como foco da ação intersetorial.

Em nosso estudo, em apenas um depoimento, aparece, de forma análoga, uma proposta de trabalho intersetorial. Mas, o argumento usado para justificar a ação estaria muito mais em função da proteção da equipe frente às possíveis conseqüências de uma denúncia, do que uma ação promocionista articulada com o setor educacional. Contudo, merece ser destacado.

“A gente não faz isso com a Dengue! Por exemplo: ensina-se sobre o mosquito, as escolas espalham o conhecimento... Isso sim seria mais eficaz. Até mais tranquilo, entre aspas, pra gente. Pra gente não se sentir tão exposto também. Porque acaba por ser uma violência pra gente também. Pra nossa moral, pra nossa forma de ser. É como se a gente participasse dessa violência não denunciando. É terrível a gente se sentir parte disso. Eu me sinto assim. E todo mundo fala: é isso mesmo, é muito constrangedor não poder evitar” (P3).

Este depoimento reflete e partilha uma representação construída na vivência cotidiana. Os profissionais de saúde, como as outras pessoas, também estão na condição de vítimas da violência e dos atos abusivos presentes na comunidade. Diante dos fatos, se sentem ameaçados e temerosos.

Neste contexto, impõe-se mudanças a serem enfrentadas relacionadas à dimensão ideológica dos profissionais da saúde, uma vez que o caráter cultural dominante ainda desconsidera a lógica de atenção às necessidades de saúde da população. A opção pela concepção positiva do processo saúde-doença e o paradigma sanitário exigem a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os suportes políticos ideológicos do projeto de produção social da saúde, requerendo também uma prática sanitária voltada para a vigilância da saúde. Entretanto, consideramos que tais mudanças são processuais e lentas, exibindo neste processo de transição a convivência do velho e do novo sistema.

O outro componente da promoção da saúde que destacamos é o suporte ou apoio social, que tem sido considerado um instrumento muito útil para o trabalho dos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) para alcançar seus propósitos em termos de qualidade de saúde e vida das pessoas e dos grupos sociais. O suporte social é o instrumento de trabalho na atenção básica à saúde que visa melhorar a qualidade de vida e o domínio do grupo e do indivíduo sobre as situações. A idéia é que

as pessoas possam ter mais conhecimentos, mais habilidades e maior proteção à saúde e, assim, viver melhor.

A equipe do nosso estudo reconhece que o *“apoio é fundamental”* (A1). E menciona a necessidade de que o apoio deva ser oferecido por órgãos especializados de atendimento às vítimas e também pela própria população e família.

“Que as vítimas da violência tenham o apoio psicológico, segurança e trabalho para recomeçarem uma nova vida” (A5).

“Apoio psicológico à família, grupo de apoio para resolver questões sócio-econômicas” (A6).

“Órgãos que ofereçam apoio à mulher que sofre violência” (A4).

“Apoio dos maiores, dos que podem, da população, até mesmo da família para o membro que sofre com a violência” (A1).

Segundo Valla ⁴², apoio social, proposta muito discutida nos Estados Unidos da América na década de oitenta, define-se como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. A teoria do apoio social trabalha com a premissa de que a origem dos problemas de saúde está relacionada com a idéia da unidade corpo-mente.

Representa um conjunto de ações que podem ser realizadas por diferentes tipos de pessoas: os membros da equipe de saúde da família, parentes, amigos, voluntários. Faz-se suporte quando se fornece informação. Com ela as pessoas e os grupos podem se proteger e se defender melhor, saber onde procurar ajuda para um problema e aprender a se cuidar. Outro tipo de suporte é o apoio emocional: fazer companhia, conversar, aconselhar, encorajar, mostrar que se está ao lado da pessoa ou do grupo nas suas decisões. Este tipo de suporte faz com que as pessoas e os grupos ganhem mais confiança, mais força e possam decidir e lutar pelo que desejam. Um terceiro tipo de suporte é chamado de instrumental, que significa fornecer recursos técnicos e/ou materiais para ajudar a pessoa a se proteger e se cuidar melhor. Pode se desenvolver habilidade para, por exemplo, amamentar, fazer dieta ou fazer uma fossa, ou fornecer recursos materiais para cuidado da saúde ou manutenção da qualidade de vida, como renda mínima, cesta básica, material para construção, medicação.

Quando o suporte é feito por um leigo (parentes, amigos, voluntários) tem-se a vantagem de ser, muitas vezes, alguém que está mais perto e conhece melhor quem vai receber o apoio. Mas, onde o suporte leigo não é suficiente, pode-se contar com o apoio profissional. Todos na equipe de saúde da família devem fazer o suporte social. Cada um com a sua função, através de um trabalho articulado com o do outro, todos buscando ouvir e acolher as necessidades dos usuários.

Um entendimento restrito é considerar o suporte como ação comunitária, a ser realizado mais no domicílio e na comunidade do que na unidade de saúde. Uma outra forma de pensar, mais abrangente, é incluir o suporte social entre as ações básicas de saúde, realizadas em todos os espaços: na visita domiciliar, no contato com agrupamentos, locais de reunião, nos atendimentos individuais, nas atividades educativas.

No sistema escolar, uma iniciativa a ser desenvolvida seria levar a todas as crianças e adolescentes de ambos os sexos conhecimentos de temas associados às relações familiares, como por exemplo, o planejamento familiar, DSTs/AIDS, e informações sobre a igualdade e a equidade de gênero. Os conceitos de masculinidade e de feminilidade, e sobre relacionamentos saudáveis poderiam ser dirigidos às novas maneiras que ultrapassassem os limites presentes no cotidiano de gênero, criando modelos positivos e alternativos dos papéis essenciais à prevenção da violência intrafamiliar.

Os membros da ESF percebem mudanças de valores culturais que dão pistas para um trabalho comunitário, com envolvimento da coletividade.

“Porque os valores, como já foi falado também estão totalmente invertidos. Antigamente as crianças brincavam de bola, de pique, de corre-corre, agora é moda fazer arminha e ficar andando, e acha ótimo, maravilhoso. Quem tiver a arma maior é o melhor. Aqui é o comando vermelho... Ser forte não é ser inteligente, ter cultura, é andar armado” (A1).

“Conscientização, para obter sucesso precisa haver mudanças e, para se mudar um estilo de vida não é na força, nem impondo às pessoas. Elas precisam sentir a necessidade de mudar por elas mesmas” (A2).

A decisão quanto ao tipo de suporte necessário não pode ser uma decisão só da equipe, mas da conversa dos profissionais com a população, definindo juntos quais os problemas a serem enfrentados e como fazer este enfrentamento. Se a decisão é

unilateral, corre o risco de o profissional pensar que está fazendo um apoio e quem o recebe, considerar que o apoio é desnecessário ou até que atrapalha mais do que ajuda. Por isso, a conversa, a integração e a combinação do suporte são extremamente importantes.

Como a área da promoção à saúde é relativamente nova, cabe, de um lado, experimentar diversas formas de atuação, ou seja, ser criativo. De outro lado, como o suporte profissional é um investimento de recursos (profissionais, tempo de trabalho, recursos materiais) é necessário pensar e colocar em prática algumas formas de acompanhamento e avaliação.

Ações para a prevenção da violência intrafamiliar

No âmbito da atenção básica, pensamos que para efetivar uma perspectiva da prevenção da violência intrafamiliar será necessário intervir de forma concomitante em três aspectos: a) detecção de pessoas e/ou famílias que vivem situações de violência ou estão em risco; b) atenção integral a estas pessoas e/ou famílias; e c) sistematização de registro das atividades para gerar dados confiáveis de morbidade na área adscrita da ESF.

a) Detecção de pessoas e/ou famílias que vivem situações de violência ou estão em risco

A detecção precoce das vítimas e famílias em situação de violência é um requisito indispensável para propiciar segurança, assistência e proteção, constituindo-se o primeiro passo para deter o abuso.

Como vimos anteriormente, a detecção não seria o centro do problema para a equipe do estudo. Condição semelhante tem sido amplamente documentada na literatura, onde se constata que o pessoal da saúde constitui uma frente estratégica de identificação e intervenção nos casos de violência. Muitas vítimas, em diferentes momentos, procuram receber atenção nos serviços de saúde por consequência direta do maltrato ou por outras razões. Assim se tem julgado que os serviços de saúde têm um papel determinante na detecção oportuna destes casos ^{145, 146}.

A vítima pode explicitar o seu problema através de relato espontâneo. Segundo Schraiber e D'Oliveira ¹⁴⁷ existem falas, por exemplo, de mulheres, tão claras que podem significar um pedido de ajuda, tais como, o relato de:

- ataque a um parente, a objetos pessoais, ou a animais de estimação;
- restrição da liberdade, quando é impedida de trabalhar fora, estudar, sair de casa, a não disponibilidade do dinheiro para transporte, e formulação de ameaças associadas à saída;
- discussões freqüentes;
- relação sexual forçada e submissão a práticas sexuais indesejadas;
- ameaças e agressões físicas.

O fato de se abrir um canal de comunicação que facilite o relato e o seu acolhimento, significa um importante espaço para se superar obstáculos, para abordar o tema e a abertura para que o serviço de saúde auxilie na solução do problema.

Uma iniciativa que favorece também a detecção dos casos seria introduzir a questão sobre a presença de violência nos relacionamentos familiares nas consultas dos programas de saúde existentes. Ross, Walther, e Epstein ¹³⁴ em um estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América com 431 mulheres para a detecção de fatores de risco relacionados à violência conjugal, durante visitas rotineiras do cuidado de saúde, ressaltam que ainda é surpreendentemente elevado o número de marcadores de riscos em uma população cuja consulta médica rotineira não levantam suspeita de fornecer informações sobre o abuso. Confirmaram a voluntariedade da população em relatar o problema e destacaram o valor e a possibilidade de identificação e intervenção antecipada com uma população de risco a partir de uma seleção rotineira. Assim, a introdução do questionamento sobre a violência na família durante a anamnese seria uma alternativa de identificação das pessoas e famílias que vivenciam este problema.

Alguns estudos sugerem a introdução de mecanismos rotineiros de identificação do problema na atenção pré-natal como uma medida importante na atenção básica, devido ao potencial aumentado de as gestantes sofrerem agressões no interior da família e das conseqüências para a sua saúde e a do feto ^{67, 68, 147, 148}. Muitas mulheres têm somente contato com o sistema de saúde durante o período de cuidado gestacional. E na atenção pré-natal, que se prevê a realização de diversas visitas, e nelas as mulheres e os profissionais de saúde têm a oportunidade de desenvolver um relacionamento de

confiança propício para a revelação do problema. Neste sentido, a compreensão dos fatores de risco, das características demográficas, e dos comportamentos associados a este tipo de violência intrafamiliar podem aumentar a habilidade necessária para a detecção do problema. Conhecer os fatores associados à violência contra a gestante, ajuda os profissionais da atenção básica a identificar as mulheres em situação potencial de risco.

Shraiber e d'Oliveira ¹⁴⁷ apontam duas maneiras de elaborar a pergunta sobre o tema que pode ser direta ou indireta. Afirmam que a pergunta direta facilita a abordagem do assunto e sugerem:

- Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isso pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isso aconteceu alguma vez com você?
- Já vi problemas como os seus em pessoas que são fisicamente agredidas. Isso acontece com você?
- Alguém lhe bate?
- Você já foi forçada a ter relações com alguém?

As autoras sugerem também perguntas indiretas:

- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?
- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- Você e seu marido (ou filhos, ou pai, ou familiar) brigam muito?
- Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

Mesmo com toda a direcionalidade das propostas programáticas, como a de controle pré-natal, a de controle da saúde infantil ou de consulta médica por demanda de alguma enfermidade, estes programas constituem-se janelas de oportunidades para a detecção de atual ou potencial maltrato e de violência. Segundo estimativa de Martin e colaboradores ¹⁴⁹, se estas oportunidades fossem aproveitadas para as intervenções, o maltrato poderia ser reduzido em cerca de 75%.

Uma estratégia citada, mas pouco explorada na literatura, diz respeito à conferência familiar ²⁶. Trata-se de uma técnica utilizada com o propósito de identificar

no contexto aspectos a serem levados em consideração na avaliação de problemas dos membros da família, a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis e auxiliar na decisão a respeito de uma intervenção apropriada. Esta técnica pode ser usada também para a auto-consciência da dinâmica da própria família, sua articulação com os determinantes sociais do contexto em que vive, e como fórum de discussão para as possíveis formas de solução de seus problemas. Portanto, seria um instrumento importante voltado para o apoio social à família, dentro de uma atenção sistemática orientada para a saúde.

Outra maneira de identificação de famílias com problemas de violência pode ser realizada através de um trabalho em parceria com o setor educacional. Baldry ⁷¹ encontrou evidências no relacionamento entre a violência da família e o desenvolvimento do comportamento agressivo e antisocial de crianças na escola. O estudo foi conduzido com 1059 crianças italianas (48.5% meninas e 51.5% meninos) recrutadas de 10 escolas elementares e médias em diferentes cidades e na província de Roma, com idade de 8 a 15 anos. A metade de todos os estudantes recrutados para o estudo foi envolvida em algum tipo de abuso ou de vitimização em um período de 3 meses. Estas crianças na escola tendem a ser mais agressivas ou cometem até mesmo atos delinquentes. Conclui que o ciclo vicioso de vitimização começa na casa e continua na escola, e que as crianças expostas à violência doméstica estão em risco mais elevado de desenvolver em curto ou longo prazo as conseqüências negativas, comparadas àquelas que não são expostas.

A identificação e intervenção precoce na escola podem ajudar as crianças a mudar seus comportamentos antisocial e agressivo e aprender a interagir com os seus colegas e familiares. A ESF pode trabalhar com o apoio dos professores para criar um plano de intervenção e de prevenção que seja amplo em seus alvos e perspectivas. Njaine e Minayo ¹⁵⁰ afirmam que o lugar da escola, como fonte privilegiada de mediação, assim como o da família possibilita uma atuação ampla no campo da prevenção da violência. Contudo, ressaltam a necessidade de que essas instituições caminhem juntas, buscando principalmente, estabelecer uma relação respeitosa com os jovens, através do desenvolvimento de atividades criativas para que se possa estar abordando a questão da violência, suas conseqüências para a sociedade e para os indivíduos.

Smith e colaboradores ¹⁵¹ relatam uma experiência piloto desenvolvida em escolas através de um relacionamento aproximado e de suporte às famílias selecionadas a partir do comportamento agressivo dos estudantes. Ressaltamos a imperiosa necessidade de se ajustar as propostas às peculiaridades locais. Nesta experiência desenvolvida na Califórnia/EUA, em função do perfil demográfico étnico e culturalmente diversificado, foi desenvolvido um programa de prevenção de violência na escola ajustado a estas características. O desenvolvimento curricular para professores foi baseado no conhecimento a respeito das origens sociais da violência, incluindo a intolerância, racismo, as desigualdades sociais, e as manifestações da violência na comunidade e na família de origem chinesa, latino-americana, européia e africana. Dentre as conclusões destacamos a importância de projetar um currículo etnicamente relevante, sobre a prevenção da violência para professores e pais, ajustado à realidade local.

b) Atenção integral às pessoas e/ou famílias em situação de violência

A intervenção oportuna é dirigida com a intenção de evitar a progressão do abuso, a proteção das pessoas e o controle da reincidência ⁷. Após a identificação dos casos de violência intrafamiliar algumas medidas são sugeridas para serem implementadas no próprio serviço de atenção primária, envolvendo os membros da família e comunidade, e outras de encaminhamento aos serviços especializados.

“Acompanhamento mais freqüente à família que sofre com a violência, ajuda ao próprio indivíduo que está sofrendo a agressão, apoio na parte de assistência à família junto com as instituições locais (com psicólogo, assistente social, etc.)”
(A1).

Mas essas decisões, seguidas à detecção, são as mais difíceis de serem tomadas pela equipe de nosso estudo.

“Eu sei que ela está sendo agredida, e o marido dela é bandido e de repente ela pode chegar e falar pra ele e acontecer alguma coisa comigo. Os vizinhos reclamam. A paciente que mora do lado disse: eu não sei o que faço. Ele bate, bate nela, joga ela na parede, as crianças ficam assustadas. Como eu vou chamar a família e falar sobre isso? [...].O medo é que ela conte para o marido [...] a gente acaba ficando um pouco acuado, com esse tipo de coisa. É complicado, é muito complicado” (A4).

“Não dá pra denunciar. Porque, o medo maior é a denúncia” (A3).

Concretamente, as situações ganham contornos dramáticos para a experiência cotidiana da equipe. O medo é imenso e o sentimento de impotência e insegurança são imediatos, mas reconhecem que precisam vencer o medo, com coragem, otimismo e determinação.

“Está faltando coragem. Realmente está faltando coragem. Mas porque a gente não tem? Isso porque estamos numa comunidade distinta, que vive à margem da justiça. Não podemos fazer muitas coisas, porque pode ser levado para outro lado. E quando a gente tenta ajudar, pode ser prejudicado por isso. Porque tem uma justiça paralela” (A5).

“Acho que é difícil mas não impossível abordar o tema” (P3).

“Quando há otimismo a dedicação é espontânea” (A1)

Autores recomendam que para situações de violência contra a mulher, a atenção deve estar dirigida ao empoderamento da vítima, de maneira, que a mesma, venha construir estratégias alternativas de sobrevivência. As ações devem incluir educação, informação, assistência biomédica, organização de grupos de apoio segundo idade, sexo e problemas vividos ¹⁵².

Para a segurança das vítimas, é importante atentar para as medidas legais de proteção. A ESF deve conhecer os procedimentos legais e as obrigações correspondentes para o setor. O Estatuto da Criança e do Adolescente, a Portaria nº 1968/GM do Ministério da Saúde, e a Resolução nº 1354 da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro determinam que a notificação de maus-tratos a crianças e adolescente seja obrigatória por parte dos profissionais de saúde. Significa muito mais do que uma obrigação legal, mas um passo importante na busca da proteção de alguém que pode estar precisando de ajuda e está impossibilitado de defender-se.

Cobos e colaboradores ¹⁵³ avaliaram o impacto de uma intervenção que prioriza cuidados oferecidos às mulheres vítimas da violência doméstica e suas crianças. Observaram diferença estatística significativa na participação detectada entre os grupos pré e pós-intervenção nas seguintes atividades: avaliação social e da família (de 83% passou para 100%), planejamento familiar (de 14% passou para 51,4%), vacinação para hepatite B (de 19% passou para 48,7%), diagnóstico do câncer cervical (de 0% passou para 25,7%), saúde de criança (de 33,4% passou para 70%), vacinação (de 26,4% passou

para 64%), avaliação antropométrica (de 25% passou para 100%) e avaliação psicomotora do desenvolvimento (de 41,6% passou para 94%). Assim constataram que a intervenção que dá prioridade às famílias que são vítimas da violência doméstica melhora sua participação em atividades preventivas.

Os programas de atenção à saúde do adolescente são espaços considerados propícios para intervenções preventivas da violência. Ruzany e colaboradores ¹⁵⁴, a partir de uma amostra constituída de 1034 adolescentes que frequentavam o Projeto Modelo de Atenção à Saúde Integral do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com idade média de 15,6 anos e 57% do sexo feminino, identificaram que a população assistida pelo projeto era sujeita a um elevado índice de violência, tanto na rua quanto no meio familiar. Concluíram que a grande participação de adolescentes em atividades grupais apontava para a necessidade destes espaços serem aproveitados para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência

Para os casos de violência conjugal, tem sido sugerida a participação masculina nos programas de atenção à sexualidade e reprodução. Nas Filipinas adotaram a participação masculina como uma medida nacional da saúde nos programas de planejamento de família e de enfrentamento da violência na família, sendo estipulado oficialmente como uma estratégia. Tal medida foi adotada após as conferências de 1994 no Cairo e de 1995 de Beijing, em que se destacou a necessidade de envolver os homens nas iniciativas que procuram melhorar a saúde das mulheres. Nesta experiência, várias etapas legislativas foram sendo atendidas no combate à violência contra mulheres e crianças. Entretanto, tais medidas correspondiam somente a uma solução parcial para conter o problema onde o homem é a fonte da violência. A idéia central, era que a comunidade não poderia empurrar esta responsabilidade para o poder público e não participar da proteção contra incidentes violentos nas famílias. Pressupunha-se que junto com as legislações, os homens necessitavam confidenciar, ter aconselhamento e, se necessário, terapia para o comportamento violento enquanto medida que necessita ser desafiada em um nível social ¹⁵⁵.

Magar ¹⁵⁶ descreve um trabalho desenvolvido junto a mulheres e homens, na Índia, envolvidos em violência conjugal. Utilizando o modelo de “empowerment” demonstrou a eficácia de uma estratégia baseada na comunidade ao buscar promover mudanças nas normas sociais, onde a violência contra a mulher é aceita como um comportamento padrão. O envolvimento de líderes da comunidade foi fundamental no

acompanhamento e na mudança das pressões que tradicionalmente eram exercidas quando uma mulher tomava a decisão de viver de forma independente e de obter justiça. A partir da busca de ajuda, as atividades dirigiram-se às necessidades individuais das mulheres e também à execução de estratégias para a mudança social, focalizando as desigualdades de gênero. Os maridos foram acompanhados em seu comportamento, tornando-os igualmente responsáveis para determinar como resolver seus conflitos.

No Rio de Janeiro existem experiências sendo desenvolvidas com o objetivo de atingir grupos de homens agressores. As ONGs Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais (NOOS) através de um projeto de capacitação de homens para atuarem junto a grupos reflexivos de gênero com homens autores de violência intrafamiliar e de gênero e na prevenção deste tipo de violência, e o Instituto PROMUNDO que trabalham com pesquisa sobre como adequar os serviços de saúde para que atendam homens jovens, são alguns exemplos.

c) Construção de um sistema de registro das atividades para gerar dados confiáveis de morbidade na área adscrita da ESF

Documentar e registrar adequadamente os atendimentos constitui importante fonte para conhecimento das peculiaridades locais e referência para avaliações e ajustes necessários. Portanto as experiências de nível local, para que assegurem a atenção integral e eficaz das vítimas, devem ser sistematizadas e devidamente registradas. O registro no prontuário tanto pode servir como documento para a avaliação da assistência, quanto, eventualmente, ser um instrumento jurídico.

A análise dos registros em prontuários de famílias e “cadernos de rota” dos ACS nos mostrou a necessidade de construir um sistema de registro, assim como a revisão do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Para o acompanhamento dos casos e evolução do problema na comunidade, seria importante a reunião de informações em um instrumento próprio, contendo os seguintes itens: dados sócio-demográficos (idade, profissão escolaridade, endereço residencial, cor de pele, etc); serviços a que já recorreu (delegacia, judiciário, etc...) e a avaliação; tipo e histórico da violência sofrida (quem, quando, onde, como aconteceu tempo de duração); presença de lesões no exame físico (tipo e local); rede de apoio social de que dispõe; dados do agressor, risco e presença de arma em casa; plano assistencial traçado e encaminhamento institucional quando houve referência pós-atendimento;

O serviço deve montar um sistema de vigilância dos casos, incorporando-o, se possível, ao sistema de vigilância à saúde existente. Pode ser feito manualmente em um fichário, ou em um sistema informatizado, onde se tenha fácil acesso à recuperação do prontuário, data de retorno e assim se consiga fazer supervisão e avaliações periódicas do serviço para a tomada de futuras decisões, a partir de estatística de casos atendidos.

Salientamos que o tema da promoção da saúde incluído como componente de destaque na organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da saúde pública, especialmente no caso do Programa de Saúde da Família vem favorecendo a constituição de um movimento que entende que as práticas sanitárias devem estar direcionadas para capacitar as comunidades para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, sendo que a questão da participação não deve ser entendida como concessão ou cumprimento normativo, mas como pré-requisito institucional e político para a definição da saúde que queremos, ou seja, uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas¹⁴⁰.

O que se coloca em destaque é o reconhecimento de que as ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados com a participação da comunidade. Desta forma, a participação é promovida quando democratizam conhecimentos do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização comunitária para o efetivo controle social na gestão do sistema.

Desta forma, pensamos que para que a consolidação de uma perspectiva de promoção da saúde e prevenção da violência intrafamiliar no atendimento do PSF, se concretize em um espaço geográfico, onde a população participe e receba ações para a melhoria de sua qualidade de vida, será necessário atentar para as seguintes ações:

- Identificar os diferentes atores sociais aptos para participar de um modelo de atenção à violência intrafamiliar. Podem ser instituições estatais, não governamentais, movimentos sociais, líderes locais (de associação de moradores, da educação, religiosa), etc. Este processo pode ser realizado mediante uma metodologia de diagnóstico rápido com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e de informantes “chave”. Neste levantamento seria possível conhecer os recursos existentes para complementar e apoiar as ações para a abordagem da violência intrafamiliar e é uma estratégia para o estabelecimento de parcerias na construção de uma rede local.
- Conhecer a trajetória das pessoas e famílias afetadas pela violência intrafamiliar, quando buscaram ajuda e quais foram as respostas sociais encontradas. Esta

investigação também pode ser realizada mediante diagnóstico rápido, utilizando grupos focais com os membros da comunidade e os prestadores de serviço. Desta forma também é possível conhecer as representações sociais da comunidade em relação à violência intrafamiliar. Com tais informações se permitirá desenvolver ações mais apropriadas na capacitação, assim como na modificação de obstáculos para uma atenção adequada às vítimas de violência.

- Avaliar a situação da violência intrafamiliar no território, utilizando fontes secundárias: delegacia de polícia, ONG, cartório de registro civil, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), etc. É importante conhecer os dados da própria comunidade, contudo, é necessário considerar que esses dados serão apenas aproximações do problema, diante da falta de registros adequados.
- Apresentar os resultados das investigações operativas aos líderes locais e tomá-los como ponto de partida para a discussão das possíveis soluções no enfrentamento da violência intrafamiliar na localidade. Esta atividade permite uma organização comum, tendo uma referência contextualizada do problema.
- Desenvolver um processo de sensibilização e capacitação em torno do problema mediante um plano estruturado que possa ser dirigido a diferentes atores: membros da comunidade, líderes, prestadores de serviços etc. O plano poderia abordar a violência intrafamiliar, suas expressões e impactos, formas de detectá-la, forma de intervenção, meios de se promover a conscientização de uma convivência não violenta e os preceitos legais.
- Estimular a criação de uma rede local para elaborar e coordenar as ações entre os diferentes atores sociais interessados em construir um modelo de atenção à violência intrafamiliar, mediante uma metodologia participativa. É importante definir alguns critérios de funcionamento e organização de cada instância. A rede pode formar grupos de trabalho: de promoção, ações comunitárias, de capacitação etc. O plano pode ser estruturado mediante um marco lógico que permita visualizar atividades, resultados e indicadores, articulados com as metas a serem alcançadas, as populações priorizadas e as ações mais urgentes.

Finalmente, ressaltamos que não existe receita pronta para a interação entre a área de saúde, a população e o poder público, assim como para a capacitação do exercício de cidadania e do controle social. Cremos que o PSF constitui-se numa possibilidade de criação dessa interação. E o que aqui apresentamos tem por perspectiva

ser uma pequena contribuição a ser criticada, reformulada ou até mesmo rejeitada por aqueles que estão envolvidos com a prática das ESFs, a fim de que deste debate surjam elementos que possam subsidiar a atenção integral às pessoas, famílias e comunidades que vivem situações de violência intrafamiliar. Vale reafirmar que promover a saúde e prevenir a violência intrafamiliar no âmbito da atenção básica requer estabelecer diálogos, parcerias, objetivos e metas comuns e prioritárias, ser sensível às necessidades e acessível à comunidade.

CONCLUSÃO

Como se constatou na literatura e neste estudo, a violência intrafamiliar é, de fato, um problema social grave e de difícil intervenção. Além de comprometer a saúde dos envolvidos e testemunhas com conseqüências de amplo espectro chegando até à morte, produz muito sofrimento, indignação e revolta, contudo tais repercussões nem sempre provocam reações transformadoras. Assim esta manifestação da violência, entendida a partir da abordagem de rede, constitui-se numa questão complexa, requerendo ser abordada numa perspectiva da promoção da saúde e da prevenção específica.

Ao final desta tese, abordamos as principais interpretações e propostas, sem perder de vista os limites inerentes a um estudo de caso. Tomamos como ponto de partida as reformulações do sistema de saúde e o novo olhar para a saúde e suas determinações que, por sua vez, têm exigido mudanças na prática sanitária, nas relações entre o poder público e a comunidade, no processo de trabalho, e nas estratégias de participação popular. É exigido também do profissional de saúde que esteja aberto para construir estratégias de intervenção através de processos democráticos de decisão, pela participação comunitária e assim possibilitar o atendimento das reais necessidades de saúde da população.

Para compreender este novo cenário, retornamos ao conceito de promoção da saúde articulado à prevenção, pautado na vigilância da saúde como princípios de reorganização do modelo de atenção, que tem suas raízes históricas ancoradas na reforma sanitária. Neste processo de reestruturação do modelo de atenção modificada a partir de paradigmas e concepções mais amplos sobre o processo saúde/doença, espera-se que sejam transformados os objetivos, os focos das ações, e também o "fazer" em saúde com novas atitudes, posturas e comportamentos. Surgem então para os profissionais de saúde as dificuldades técnicas, administrativo-gerenciais, associadas principalmente ao trabalho comunitário.

A angústia gerada pelo contexto social e pela necessidade de enfrentamento de uma nova realidade, compreendida a partir do olhar dos que com ela convivem, revelou-se através do sentimento de impotência decorrente do confronto com situações de extrema pobreza advindas da desigualdade e injustiça social. Os relatos de casos de violência intrafamiliar, atendidos pela ESF, permitiu conhecer sua visão quanto às

oportunidades de intervenção e o funcionamento do serviço. As narrativas evidenciam que as intervenções promovidas pela equipe estão marcadas por influências, percebidas como negativas, tanto do ambiente social quanto da estrutura de saúde. Seus relatos refletem uma interação entre identidade profissional, concepções derivadas de suas experiências familiares, e heranças do campo da saúde. Desta forma a violência intrafamiliar, metáfora social e cultural, participa de um conjunto de percepções que geram ansiedade e perplexidade, e que também geram decisões e modelam as formas de agir.

Nas particularidades dos eventos de violência descritos e analisados pelos membros da equipe aparecem elementos da violência estrutural, como resultante de um sistema social que oferece oportunidades desiguais a seus membros, e valores culturais sobre os quais ela é percebida. Interpretam também a violência intrafamiliar como um problema oriundo das “relações doentias” sendo que suas causas estão focadas no indivíduo, e quando são vinculadas à realidade social, suas explicações têm como referência interpretações fragmentadas desta realidade. Assim percebida, torna-se perfeitamente compreensível que a equipe indique que a resolução do problema estaria na esfera individual da terapêutica psicológica.

Nesta visão em que o indivíduo é o portador do problema, as medidas de encaminhamento para outras instituições ou especialistas são tomadas como adequadas, pois o indivíduo seria tratado juntamente com o seu problema. Entretanto não é possível extirpá-lo de sua história e do espaço social de onde procede. Mesmo que no atendimento individualizado, através da anamnese, tais fatores sejam identificados, e que se considere que o indivíduo carrega consigo sua história e também suas raízes, ainda assim é necessário se pensar em medidas que transformem o contexto histórico e material que estão na base de seus problemas.

Frente à identificação dos casos de violência intrafamiliar, percebemos que a ESF tende a atuar em situações de extrema gravidade, as quais não podem ser mais ignoradas e implementam basicamente ações emergenciais. A primeira vista, são ações apropriadas para o momento, por se entender que uma situação aguda deve ser debelada imediatamente através de medidas de assistência à vítima com a devida notificação do caso às autoridades competentes. Contudo, para além desta auto delimitação de ações e nas intervenções da equipe estão os condicionantes relacionados às regras de convivência presentes no bairro, à falta de articulação entre os diferentes setores sociais,

e uma sobrecarga de trabalho, representada, prioritariamente, por consultas e visitas domiciliares, que levam estes profissionais a nem cogitarem as atividades de promoção à saúde e prevenção como próprias da equipe e possíveis de serem utilizadas no contexto em que atuam.

Se levarmos em consideração que os procedimentos efetivados pelos componentes da equipe do PSF frente à violência intrafamiliar ocorrem distante daquilo que é preconizado para a atenção básica em saúde, algumas razões poderiam ser evocadas como justificativas, tais como a falta de conhecimento do problema ou a resistência deliberada dos profissionais em intervir num âmbito privado da família. Contudo, na prática, verificamos que outros aspectos interferem na capacidade de agir tanto de cunho individual e institucional quanto os aspectos relacionados ao espaço social em que atuam. A dificuldade tem suas raízes no conjunto de atividades previstas a partir de um planejamento elaborado segundo a visão programática de atenção à saúde, limitada a uma lista previamente definida de agravos, que deixa pouco espaço para demandas diferentes daquilo que é proposto para a atenção. Neste tipo de planejamento e organização do trabalho em saúde outras necessidades de saúde aparecem como coadjuvantes do cenário de trabalho, produzindo pouco interesse.

Em tal modelo de organização a ESF estaria de um lado, fornecendo o instrumental de pressão e de negociação (equipe com a participação de moradores, visitas domiciliares, contato direto e conhecimento das condições de vida) para a resolução das necessidades de saúde da população, dentre elas a violência intrafamiliar e, do outro, sendo forçado a abrir mão desse potencial para se restringir a alguns problemas. O predomínio de práticas sanitárias voltadas para os grupos de risco e práticas preventivas e curativas para as doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas constitui o resultado de uma organização que segue o olhar que privilegia aspectos biomédicos dos problemas de saúde.

Na equipe, o ACS que poderia ser o elemento diferenciador deste modelo de atenção, no entanto é capturado pela força do status que a comunidade atribui aos profissionais da saúde e pela força das explicações científicas dadas aos problemas da comunidade. Diante de tantos desencontros entre necessidade de saúde e serviços oferecidos, em face de tendenciosa forma de planejamento e organização das ações para algumas necessidades de saúde e a valorização de conhecimento centrado na perspectiva biomédico, não se pode esperar o reconhecimento e a legitimidade da cultura popular. O ACS poderia ser o membro da equipe incumbido de favorecer a

interlocução entre equipe e comunidade, no entanto, ainda carece de discernimento e de senso de valorização da cultura e dos saberes populares assim como são as racionalidades, os esquemas transmitidos e prevalentes no campo da saúde. No caso específico da atuação da equipe do PSF deste estudo, que certamente pode ser extensivo a outras equipes, evidenciamos a incorporação de percepções sobre a comunidade, as famílias e seus componentes, semelhante a de muitos profissionais da saúde, e que são reproduzidas em suas práticas. São reforçadas pela cultura institucional, e que de certa forma, levam os ACS a verem como natural, a compreensão de que a população é desprovida de conhecimento, e que precisa adquirir informações para ter melhores condições de saúde. Assim, o conhecimento científico deve ser incorporado e reconhecido como válido, necessário e legítimo.

Porque os ACS são tão “dóceis”, receptivos e se mostram tão abertos para uma leitura, muitas vezes, preconceituosa da população da qual fazem parte? Nesta questão estaria implícita a concepção de que as ciências sociais devem construir espaços de análise no interior dos quais as classes possam ser recortadas, ou seja, que se possa descobrir o princípio (capital) de diferenciação da classe que existe apenas no papel, e neste caso, apontar para as condições objetivas de pertencimento a uma equipe de saúde. Assim, esses agentes, membros de um determinado espaço social, apresentam um sistema de disposições que os levam a aceitar novas concepções com a perspectiva de assim terem status, e distinção social. Seria necessário investigar em que medida os agentes, ao descobrirem em suas práticas sociais o valor de pertencerem a uma equipe de saúde, seriam também ajuizados como uma forma de distinção no interior da comunidade.

Isso nos leva a pensar na maneira de encarar o processo de capacitação desses agentes onde não se consegue desvencilhar de amarras didáticas que vem priorizando a transmissão de conteúdos científicos vinculados às práticas sanitárias tradicionais. Os depoimentos dos ACS vieram comprovar que estes não foram formados para um trabalho comunitário em que a realidade local seja considerada como ponto de partida.

A partir da forma como os agentes comunitários constroem o entendimento de pertencer a uma equipe de saúde e o desenvolvimento da prática sanitária como uma marca de um capital social que os distingue da comunidade e os aproxima de um grupo socialmente valorizado, poderiam indicar e reorientar, não só a sua forma de capacitação, como o sistema de relações em que estão inseridos. Caso não seja assim,

veremos agentes comunitários e profissionais de saúde reproduzindo práticas que pouco ou quase nada repercutem na qualidade de vida da população.

Teoricamente, a equipe do PSF poderia dar vazão a este recorte da violência, apontando as suas especificidades com um potencial que abarcasse a promoção da saúde e a prevenção específica. No entanto este potencial depende da amplitude e da forma como se olha o problema representado nos conflitos familiares. A sua visibilidade sob a forma de caso pode ser comparada à ponta de um “*iceberg*”, que por sua vez esconde abaixo do espelho d’água, um enorme bloco de determinantes sociais que precisam ser compreendidos. Daí a insuficiência em se atuar apenas sobre os casos, e com medidas que não alcançam a grande massa submersa do problema.

Se o PSF é, como vimos uma estratégia do setor saúde das mais privilegiadas no contato com a intimidade da família e histórias de violência, como esperar que a ESF não se restrinja a ações emergenciais? Como criar condições no plano da organização do trabalho para que a equipe passe a acolher o problema como objeto de intervenção na perspectiva da promoção da saúde?

Decerto que a proximidade do problema não se converte em uma condição suficiente, mas propícia para a intervenção. E parece mais fácil compreender a cautela e a resistência dos profissionais de saúde diante dos riscos de uma possível intervenção. Mas o fosso que separa a proposta do PSF e sua efetivação precisa ser superado. Sistemáticamente a violência intrafamiliar tem sido ignorada e a responsabilidade para a sua solução é sempre deslocada para o outro. Até quando estaremos buscando a quem compete solucioná-la?

Cabe insistir que a busca de solução para a violência intrafamiliar ultrapassa os limites do âmbito da saúde e invoca necessariamente um referencial de direitos, não só de saúde, mas também de direitos humanos, pois qualquer ato de violência contra uma pessoa é um fato de violação de direitos e garantias individuais. Por se tratar de um problema complexo e com múltiplas implicações, significa dizer que as estratégias para enfrentá-lo devem contemplar intervenções multidisciplinares e não só no âmbito da saúde.

É importante reafirmar que as possibilidades de intervenção devem levar em consideração o que as pessoas pensam sobre os seus próprios problemas e como buscam soluções, para depois juntos, a equipe de saúde, a comunidade e outros setores sociais, construir propostas alternativas de solução. Isto significa trabalhar com os problemas

e com os conceitos que os profissionais atribuem a tais problemas. Essa relação interativa pressupõe a necessidade de se resgatar as experiências acumuladas de alternativas, e as relações sociais que enraízam as formas de pensar e agir sobre o problema. Para tanto é necessária a utilização de instrumentais técnico e metodológico que vislumbre mudanças, que valorize a perspectiva da população e o sentido de cidadania.

Por fim, queremos apontar para a complexidade da percepção da violência intrafamiliar que ocorre na área adscrita de responsabilidade de uma equipe e no bairro como um todo, e para as conexões que isto acarreta nas decisões da equipe ao enfrentar o problema, bem como as possibilidades em estabelecer articulações e parcerias mais produtivas nesse sentido. Desta forma, ressaltamos necessariamente a importância de outros estudos que detalhem e aprofundem as concepções acerca da violência intrafamiliar e de estratégias para enfrentá-la e a necessidade de se refletir também sobre a noção de comunidade, enquanto sujeito coletivo nas ações de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo SF. Violência, cidadania e saúde pública , In Barata RB, Barreto M.L, Almeida Filho N, Veras RP.(org.) Equidade e saúde - contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro, FIOCRUZ- ABRASCO; 1997. p. 39-63.
2. Agudelo SF. La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. Boletín Epidemiológico de la OPS 1990; 11: 01-07.
3. Minayo MCS. Desigualdade, violência e ecologia no Brasil. Cad. Saúde Pública 1994; 10 (2): 241-250.
4. Souza ER, Minayo MCS. Análise da tendência da produção científica sobre violência e acidentes. Rio de Janeiro, Claves, (mimeo) 2001.
5. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização de casos de violência doméstica contra a mulher, atendidos em dois hospitais do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública 2000; 16(1): 129-137.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra a mulher: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde e Sociedade 2000; 9 (1/2): 3-15.
7. Reichenhein M, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4 (1): 109 – 121.
8. Saffioti HIB. Violência de Gênero no Brasil contemporâneo. In Saffioti HIB, Muñoz-Vargas M. Mulher Brasileira é assim. Rio de Janeiro, UNICEF, Rosa dos Tempos e NIPAS. 1994, 151 –185.
9. Organização Mundial da Saúde, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. (mimeo). 2002.
10. Assis, SG. Violência , criança e comportamento. Um estudo em grupos sociais distintos. Relatório final de pesquisa. Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, (mimeo), 1992.
11. Ferrari DCA, Vecina TCC. O fim do silêncio na violência familiar, São Paulo; Agora; 2002.

12. Moura ATMS. Violência familiar contra a criança em um serviço de saúde: gerando informação para ação. (Dissertação de mestrado), Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2002.
13. Alves AM, Coura Filho P. Avaliação de ações de atenção a mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6 (1): 243-57.
14. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(6): 547-53.
15. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SRS. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciênc. Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 123-30.
16. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais da saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(6): 659-65.
17. Cavalcanti MLT. A abordagem da violência intrafamiliar no programa Médico de Família – dificuldades e potencialidades. (Tese de doutorado), Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz. 2002.
18. Tuesta AJA. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. (Dissertação de mestrado), Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 1997.
19. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 393-403.
20. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8 (2): 569-584.
21. Penna LHG, Santos NC, Souza ER. A produção científica sobre violência intrafamiliar na área de saúde pública. *Revista Enferm. UERJ* 2004; 12(2): 192-198.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 737, de 16 de maio de 2001. Brasília/DF, 2001.
23. Merhy EE 1997. Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. (Mimeo).
24. Paim JS, Almeida N. Saúde coletiva: nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública* 1998; 32: 299-316.

25. Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6(1), 49-61.
26. Starfield B. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
27. Gondim GMM, Monken M. Saúde, educação, cidadania e participação - a experiência do Proformar. *Trabalho, Educação e Saúde* 2003; 1 (2): 335-353.
28. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*.1999, 473-487.
29. Paim, JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunic., Saúde, Educ* 2001; 9:143-146.
30. Schraiber LB. Programação em saúde, hoje. Hucitec, São Paulo, 1990
31. Elias PEM. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. *Saúde e Sociedade* 2002; 11 (1)
32. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 1998; 8(2): 11- 48.
33. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde - Fundação Nacional da Saúde,1994.
34. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2): 7-28.
35. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(supl.): 191-202.
36. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2): 438-446.
37. Salum MJLS. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> (acessado em 12/ setembro/ 2000).
38. Costa HOG. A problematização da violência como experiência de ensinar em Saúde, *Trabalho, Educação e Saúde* 1999; 2 (5): 62-74.

- Interface- Comunicação, Saúde, Educação 1999; 3 (5): 63-74.
39. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. 2000.
<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm> (acessado em 13/ setembro/ 2000).
 40. Vasconcelos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV (org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo, Editora HUCITEC, 1998, p.155-172.
 41. Bursztyn I, Castro VCG, Cohen SC, Ribeiro ALV, Braga MLS, Rivera FJU. Programa de saúde da família: uma análise prospectiva. Caderno Saúde Coletiva 2003; 11 (1): 93 – 112.
 42. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização Cad. Saúde Pública 1999; 15(2): 7-14.
 43. Azevedo CS, Braga Neto FCS, Castilho M. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. Cad. Saúde Pública 2002; 8 (1) : 235-247.
 44. Wiliams, B. Patient satisfaction:a valid concept! Social Science and Medicine,1994 38(4): 509-516
 45. Atkinson SJ. Anthropologi in research on the quality of health service. Cad. Saude Pública 1993, 9(3): 208-299
 46. Green LW, Poland BD, Roontman I. Ambientes para a promoção da saúde, ligando teoria e pratica. Yhousand Oaks/Londres/Nova Delhi, Sage Publucacions Inc. Editores Educacionais e Profissionais Internacionais, 1999.
 47. Becker D. No seio da família: amamentando a promoção da saúde no Programa de Saúde da família. (Dissertação de Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Publica, 2001
 48. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 1999
 49. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.
 50. Terris M. Conceptos sobre Promoción de la Salud – Dualidades en la Teoria de la Salud Publica. Washington, OPAS/OMS, 1992.
 51. Carvalho AI. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciência e Saúde Coletiva 1996; 1(1): 104-121.

52. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1998.
53. Ministério da saúde, secretaria de política de saúde, projeto promoção de saúde: Declaração de Alma-ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide Declaração de Sundsval, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México. Brasília 2001.
54. Ferreira JR., Buss PM. A atenção primária e promoção da saúde. In, Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde, Promoção da Saúde Brasília, 2001, p.7-17.
55. Buck C. Depois de Lalonde: a criação da saúde. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica; 557, Washington, D.C. 1996; p. 6-14
56. Ferraz ST. Bases Conceituais de Promoção da Saúde – Brasília: OPS (mimeo), 1996.
57. Buss PM. Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
58. Mendes EV. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO. 1995.
59. Vigarello G. História do estupro: violência sexual nos séculos XVI- XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
60. Soares BM. Mulheres invisíveis - violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1999.
61. Adorno S. Entrevista à revista Médicos, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. ano II. Nº 8 . maio/ junho.1999.
62. Roux GI. Ciudad y violencia em América Latina. In Roux GI, Franco S, Londoño A. Caderno de saúde y desarrollo. Comprender la violencia, una manera de empezar a enfrentarla 1994; 2:
63. Boulding E. Las mujeres e la violencia social. In La violencia y sus causas. UNESCO. Paris. 1981, p. 265-79.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar – orientações para a prática em serviço. Caderno de Atenção Básica n.º 8, Brasília, 2002, 96 p.

65. Brasil. Ministério da Saúde. Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 1997. 24 p.
66. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. bras. Saúde matern. infant* 2001; 1(2): 91-102.
67. Kunitz SJ, Levy JE, McCloskey J, Gabriel KR. Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. Elsevier Science Ltd 1998; p.1079- 1091
68. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *Womens Health* 2002; 47:305–17
69. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North* 1997; 20: 353–74.
70. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *Can Med Assoc J* 1994; 151: 1601– 4.
71. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 713–732.
72. Meneghel SN, Giugliani EJ, Falceto O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14 (2): 327-335.
73. Kuther TL. A developmental-contextual perspective on youth covictimization by community violence. *Adolescence* 1999; 34, 699–714.
74. Overstreet S. Exposure to community violence: defining the problem and understanding the consequences. *Journal of Child and Family Studies* 2000; 9: 7–25.
75. Bell CC, Jenkins EJ. Community violence and children on Chicago's southside. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 1993; 56: 46–54.
76. Malik S, Sorenson SB, Aneshensel CS. Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *Journal of Adolescent Health* 1997; 21: 291–302.
77. Motilva RC, Volencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 4
78. Minayo MCS, Souza ER. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In Minayo MCS, Souza ER.(orgs.) *Violência sob o olhar da saúde - a infrapolítica da*

contemporaneidade brasileira. 2003, p. 223-242.

79. Ristum M. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. (Tese de Doutorado). Salvador, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2001.
80. Guerra VNA, Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada, 3ªed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 1998.
81. Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
82. Wieviorka M. O paradigma da violência. Tempo Social. Revista de Sociologia da USP 1997; 9 (1): 5-42.
83. Horkheimer M. Teoria tradicional e teoria crítica. In Textos escolhidos / Walter Benjamin, Mar Horkheimer, Theodor W. Adorno, Jurgen Habermas. Tradução de José Lino Grünnewald... et al. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1980.
84. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem – problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. São Paulo, Hucitec Annablume, 2002
85. Souza ER. Homicídios: metáfora de uma nação autofágica. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
86. Bourdieu P. Razões práticas – sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas/SP: Papyrus, 1996.
87. Bourdieu P. Questions de sociologie. Paris. Éditions de Minuit, 1980.
88. Nogueira MA, Catani AM. Uma sociologia da produção do mundo cultural e escolar, In: Nogueira MA, Catani AM (orgs) Escritos de Educação. Petrópolis/ RJ. Vozes, 1998.
89. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In Minayo MCS (org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis. Vozes, 2000, p. 51-66.
90. Ciavata M. O conhecimento histórico e o problema teórico metodológico das mediações. In. Frigoto G, Ciavatta M (Org) teoria da educação no labirinto do capital Petrópolis/RJ Vozes 2001, 130-155.
91. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ªed. - São Paulo: Cortez, 2001.

92. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 5ªed. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1998.
93. Weber M. Economia de sociedade. fundamentos da sociologia compreensiva. Vol. 1, 3ª ed., Brasília, UNB Ed, 1994.
94. Becker HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
95. Triviños, A.N. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo 1990
96. Kosik K. Dialética do concreto. São Paulo, 7ª ed., Paz e Terra, 2002
97. Gauthier J, Sócio poética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Rio de Janeiro. Editora Escola Anna Nery-UEJ , 1999
98. Mattos RA, Os sentidos da integralidade: algumas reflexões que merecem ser defendidas. In Pinheiro R, Mattos RA. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS, ABRASCO, 2001, 39-64.
99. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In Guimarães, Alba Zaluar. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro, Francisco Alves Ed. São Paulo, 1990, p. 87 – 121
100. Haguette TMF. A observação participante. In Haguette TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 58-69.
101. Gramsci A. Alguns pontos preliminares de referência. In. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, p. 11-30.
102. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa, 1979.
103. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In Minayo MCS (org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 16ª ed. Petrópolis. Vozes, 2000, p.67-80.
104. Denzin NK, Lincoln YS. (eds.). Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications, 1994.
105. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – (www.rio.rj.gov.br acessado em 1/06/2004)

106. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico 2000).
107. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-109.
108. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13 (3): 469-478.
109. Gonçalves RB, Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo, Hucitec. Abrasco, 1994.
110. Merhy EE, Onocho R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para a saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1997.
111. Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ Méd Salud* 1993; 27:295-313.
112. Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. - Secretaria de Assistência Básica; elaborado por Sarah Scorel (coord.) Lígia Giovanella, Maria Elena Mendonça, Rosana Magalhães, Mônica de Castro M. Senna. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
113. Leal MLP. Violência intra-familiar: um estudo preliminar. In, Leal MFP, César MA (org). *Indicadores de Violência intra-familiar e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília: CECRIA, Ministério da Justiça, CESE, 1998. 31-38
114. Bourdieu P. As contradições da herança. In Lions DS. (org) *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas-SP: Papiro 1997: 7-17
115. Frías-Armenta M, López-Escobar AE & Díaz-Méndez SG. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico / Juvenil antisocial behavior: the ecological model. *Estud. psicol. (Natal)* 2003;8(1):15-24.
116. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública* 2003;19 (3): 783-791.
117. Mello S L. Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica? *Psicol. USP* 1999; 10(2): 139-51.
118. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

119. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.
120. Maldonado MT. Caminos de la prevención de la violencia domestica y escolar: construyendo la paz. *Adolesc. Latinoam.* 1998; 1(2): 111-117.
121. Field CA, Caetano R, Nelson S. Alcohol and Violence Related Cognitive Risk Factors Associated With the Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence* 2004; 19 (4).
122. Velho G. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1999
123. Camargo Jr K. Racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1993 (Serie estudos em saúde coletiva n. 65)
124. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10 (supl.1): 146-155.
125. Arcos E; Uarac M; Molina I; Repssi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal.. *Rev Med Chil* 2001; 129(12), Dec:1413-24.
126. Arcos E; Uarac M; Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil *Rev Med Chil* 2003; 131(12), dec:1454-62.
127. Discala C, Sege R, Li G, Reece R. Child abuse and intentional injuries: A 10 years retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 16-22.
128. Vostanis P, Tischler V, Cumella S, Bellerby T. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47(4):30-40.
129. Fuller BE, Chermak ST, Cruise KA, Kirsch E, Fitzgerald HE, Zucker RA,. Predictor of aggressions across three generations among sons of alcoholics: relationships involving grandparents and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. *J Stud Alcohol* 2003, 64 (4): 472-83.
130. Cruz Neto O., Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Cien. Saúde Coletiva* 1999; 4 (1) 33-52
131. Schraiber LB. D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L et al. Violência vivida: a dor que não tem nome, *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2003; 7(12): 41-54.

132. Serra CG. Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado) Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado Rio de Janeiro, 2003.
133. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002; 7(3): 581-589.
134. Ross J, Walther V, Epstein I. Screening risks for intimate partner violence and primary care settings: implications for future abuse. *Soc Work Health Care* 2004; 38(4):1-23.
135. Pereira GS. O profissional da saúde e a educação em saúde: representações de uma prática. Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado) Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
136. Brasil. Ministério da Saúde. Normas e diretrizes do programa de agente comunitário de saúde, PACS, Portaria nº. 1886 – GM. Brasília, 1997.
137. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1639-1646.
138. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18: 1229-1241.
139. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 1994;10 (1): 7-18.
140. Buss, PM. A experiência comunitária da Fiocruz: desenvolvimento local integrado e sustentável em Mangunhos, Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* 2000; 24 (55): 31-43.
141. Breslow L. Da prevenção das doenças à promoção da saúde. *JAMA Brasil* 1999; 3 (7): 2252-2261.
142. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
143. Dalmaso ASW, Nemes Filho A . Promoção da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina USP, São Paulo (mimeo), 2001

144. Salzinger S, Feldman R S, Stockhammer T, Hood J. An ecological framework for understanding risk for exposure to community violence and the effects of exposure on children and adolescents. *Aggression and Violent Behavior* 2002; 7: 423–451
145. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians Response to Domestic Violence: opening Pandora's Box. *JAMA* 1992; 267:3157-3160.
146. Díaz-Olavarrieta C. Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. IN La violencia familiar ¿un problema que se hereda o se aprende? *Gac Méd Méx* Vol. 138 No. 2, 2002
147. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Departamento de medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP* s.d.
148. Anderson BA, Marshak HH, Hebbeler DL. Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2002; 47 (5): 353–9.
149. Martin S, Mackie L, Kupper L, Buescher P, Moracco K. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285: 1581-4.
150. Njaine K, Minayo MCS. Violência na escola: identificando pistas para a prevenção. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2003, 7: 119-134.
151. Smith EP, Gorman-Smith D, Quinn WH, Rabiner DL, Tolan PH, Winn DM. Community-based multiple family groups to prevent and reduce violent and aggressive behavior the great families program. *Am J Prev Med* 2004; 26(1S): 39- 47
152. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36 (4): 470-477.
153. Cobos FM; Carretero MLM; Escobar DM; Barba FB; Carrión TR; Ramos MR. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada.. *Aten Primaria* 2001; 28(4):241-8.
155. Lee RB. Men`s involvement in women`s reproductive health projects and programmes in the Phillippines. *Reproductive Health Matters* 1999; 7 (14): 106-117.
154. Ruzany MH, Asmus CIF, Meirelles ZV & Barker SL. Situações de violência no

cotidiano da vida do adolescente na zona norte do município do Rio de Janeiro. Cad. saúde coletiva 1997; 5(2):131-8.

- 156 Magar V. Empowerment approaches to gender-based violence: women s courts in Delhi slums. Women s Studies International Forum, 2003. 26(6) 509-23.

Anexo 1.**PLANEJAMENTO DOS ENCONTROS****PROJETO: PRÁTICAS SANITÁRIAS FRENTE À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO ÂMBITO DO PSF****ENCONTRO N.º: 1**

Objetivo	1 – Possibilitar a integração do grupo. 2 – Possibilitar a liberação criativa através da montagem de um “arquivo de imagens”
Técnicas	1 – Cumprimento Criativo 2 – Enchendo o pote
Etapas	1ª parte - (10’) Apresentação dos facilitadores e do planejamento - (20’) Cumprimento criativo a) Grupo em círculo, de pé. b) O facilitado explica ao grupo que, quando a música tocar, todos deverão movimentar-se pela sala de acordo com o ritmo dela. A cada pausa musical, congelar o movimento prestando atenção à solicitação que será feita pelo facilitador. Quando a música recomeçar, deverão atender à solicitação feita. c) O facilitador pedirá formas variadas de cumprimento corporal a cada parada musical. Cumprimentar com: - a palma das mãos; - Os cotovelos; - Os joelhos; - As costas; - A ponta do nariz; - O bumbum. d) Após vários tipos de cumprimento, ao perceber que se estabeleceu no grupo um clima alegre e descontraído, o facilitador diminui a música paulatinamente, pedindo a cada pessoa que procure um lugar na sala para estar de pé, olhos fechados esperando que a respiração volte ao normal. Tempo. e) Abrir os olhos, olhar os companheiros, formar um círculo, sentar. f) Plenário – comentar o exercício: - O que foi mais difícil executar? - Do que gostou mais? - O que pode observar? Intervalo (10’) - lanche 2ª parte (30’) – Enchendo o Pote a) Pedir ao grupo para se aproximar de uma mesa onde estarão revistas de diversos padrões editoriais (decoração, notícias, animais, paisagens, propagandas, moda quadrinhos), com variedade de imagens, formas, e gravuras. b) Cada participante receberá uma caixa ou pasta. c) Dizer ao grupo que cada um de nós temos uma forma de vida, que por ter uma história pessoal e coletiva, possuímos uma infinita coleção de imagens, emoções, sensações, pensamentos, que certamente foram formados desde a infância por toques olhares, cheiros, sabores, palavras ditas, estórias, etc. E que neste momento estarão individualmente, “enchendo o pote” com imagens representativas de sua vida. Tempo d) Solicitar que continuem “enchendo o pote” e que guardem suas pastas na unidade, o que não impede que tragam algum material de casa.
Comentário	São duas atividades simples que serão utilizadas no início do processo grupal, explorando a descontração e a liberação criativa.
Material necessário	Aparelho de som, pastas, revistas, tesouras.

ENCONTRO N.º: 2

Objetivos	1 – Possibilitar o auto conhecimento. 2 – Analisar a percepção dos profissionais do PSF sobre as origens, formas e conseqüências da violência que ocorre na família.
Técnicas	1 – É a minha cara. 2 – Painel individual
Etapas	1ª Parte (20') – É a minha cara. a) Música instrumental ao fundo b) Grupo em círculo, sentado, olhos fechados c) Pedir que entrem em contato consigo mesmo, e procure, mentalmente, um objeto que possa representá-lo dentro de sua família. d) Cada participante, ao encontrar o seu objeto, abre os olhos, permanecendo em silêncio até estarem todos de olhos abertos. e) O facilitador disponibiliza uma folha de papel e canetas para cada integrante do grupo pedindo que desenhem o objeto escolhido, sem mostrá-lo a ninguém. f) Quando todos estiverem terminado seu desenho, cada pessoa fornece ao grupo as pistas sobre o seu próprio objeto escolhido, informando para que serve, onde se usa, se é grande ou pequeno etc. O grupo tenta adivinhar o objeto. g) Cada participante apresenta para o grupo o seu desenho, explicando como o objeto em questão o representa. h) Plenário – comentar sentimentos e percepções: <ul style="list-style-type: none">• Como se sentiu durante a atividade?• O que mais lhe chamou a atenção? Intervalo (10') – lanche 2ª Parte (60') – Painel individual a) Disponibilizar para cada participante uma folha de papel pardo e também cola, tesouras, canetas, giz de cera, pincéis, tintas em várias cores. b) Solicitar que a partir do seu “pote” e do material disponível faça uma representação visual de um fato violento vivido em família (de sua ou de outra família). c) Fixar o painel na parede e solicitar que cada participante apresente para o grupo o fato através de sua produção. d) Explorar as Seguintes questões <ul style="list-style-type: none">- Como a violência intrafamiliar se apresenta?- Por que ocorre?- Quais as suas conseqüências? e) Plenário: - comentar sentimentos e percepções: <ul style="list-style-type: none">• Como se sentiu durante a atividade?• O que mais lhe chamou a atenção?
Comentário	As atividades que serão utilizadas têm a intenção de explorar, com maior profundidade, a identificação dos participantes, a liberação da criatividade e como percebem a violência na família.
Material necessário	Aparelho de som, Papel pardo, Canetas coloridas, Tinta Guache, Pincéis

ENCONTRO N.º: 3

Objetivos	1 – Promover a integração e a troca, fazer conhecidas as qualidades individuais. 2 – Analisar os fatores que interferem na capacidade da ESF de intervir na violência intrafamiliar, no que diz respeito à estrutura e organização do trabalho em equipe, à formação profissional, e ao contexto social.
Técnicas	1 – Apresentando a qualidade do outro 2 – Painel coletivo
Etapas	<p>1ª Parte (15') – Apresentando a qualidade do outro</p> <p>a) O grupo em círculo, sentado.</p> <p>b) O facilitador pede que se olhem, reconhecendo as qualidades positivas mais marcantes de cada um.</p> <p>c) Escolher um participante para que inicie o trabalho, apresentando um companheiro para o grupo. Na apresentação, Seguir o modelo: “Este (a) é (nome) _____, que é uma pessoa _____ (qualidades pessoais) _____”.</p> <p>A princípio, não é permitido apresentar mais de uma vez a mesma pessoa.</p> <p>d) Quando todos estiverem sido apresentados, abrir plenário para que cada um avalie as qualidades que lhe foram atribuídas.</p> <p>Intervalo (10') lanche</p> <p>2ª Parte (60') – Painel coletivo</p> <p>a) Solicitar que os participantes se dividam em 3 grupos</p> <p>b) Disponibilizar para cada grupo folhas de papel pardo e também cola, tesouras, canetas, giz de cera, pincéis, tintas em várias cores.</p> <p>c) Solicitar ao grupo que a partir dos arquivo de imagens de cada participantes e do material disponível faça uma representação visual de um evento violento vivido por um família atendida pela equipe de trabalho do PSF.</p> <p>Para que hajam relatos de casos diferentes, solicitar uma definição prévia com a eleição de um caso para cada grupo.</p> <p>d) Fixar o painel e solicitar que um representante de cada grupo apresente para os demais grupos a produção coletiva.</p> <p>e) Explorar as seguintes questões</p> <ul style="list-style-type: none">- Como a equipe atuou junto ao caso?- Que resultados obteve?- Como a população e outras instituições participaram do enfrentamento do problema? <p>f) Plenário: - comentar sentimentos e percepções:</p> <ul style="list-style-type: none">• Como se sentiu durante a atividade?• O que mais lhe chamou a atenção?
Comentário	<p>É sempre positivo iniciar uma atividade enunciando o que as pessoas tem de bom, reforçando suas qualidades e tornando-as conhecidas por todos. Como só se trabalha o positivo, esta atividade é leve e pode ser enriquecida, solicitando-se que uma pessoa seja apresentada por mais de um companheiro de um grupo, ou que ela própria se apresente após ouvir sua descrição feita por um companheiro. Essa primeira dinâmica foi selecionada porque os participantes já se conhecem bem, para estimular e manter elevada a auto-estima do grupo.</p> <p>A segunda atividade permite a cada participante avaliar o trabalho da equipe frente aos problemas de violência existentes na comunidade e o desempenho de cada instância institucional envolvida.</p>
Material Necessário	Aparelho de som, Papel pardo, Canetas coloridas, Tinta Guache, Pincéis

ENCONTRO Nº 4

Objetivos	1 – Discutir formas possíveis de participação da ESF na transformação das relações violentas nas famílias 2 – Apontar elementos que possam subsidiar a ESF para o enfrentamento da violência intrafamiliar
Técnicas	1 – <i>Auto-avaliação grupal</i> 2 – A teia do grupo
Etapas	<p>1ª Parte (40') auto-avaliação grupal</p> <ol style="list-style-type: none">Grupo em círculo, sentado.Distribuir papel e lápis para os membros do grupo.Pedir que respondam por escrito:“ O que está faltando na intervenção da ESF nos casos de violência intrafamiliar?”Recolher todos os escritos, misturá-los e redistribuí-los.Cada participante lê alto as lacunas percebidas pelo outro, como se fossem suas observações, e dá sugestão para resolvê-las.Plenário: analisar as sugestões:<ul style="list-style-type: none">- Quais são os itens mais frequentes identificados pelo grupo?- Que sugestões chamaram a sua atenção?- De tudo o que ouviu, o que surpreendeu você? <p>Intervalo (10') lanche</p> <p>2ª Parte (20') a teia do grupo</p> <ol style="list-style-type: none">Grupo em círculo, sentado.O facilitador segura o rolo de barbante e inicia a atividade, jogando-o para um dos participantes.O participante que receber o rolo amarra o fio no dedo indicador, de modo a manter a linha esticada. Diz, então uma palavra que represente seu sentimento neste momento.Escolher um companheiro, olha-o, fala alto o nome dele e atira-lhe o rolo. Segue-se o mesmo procedimento, até que se tenha passado por todas as pessoas, formando uma teia. A teia das relações.Pedir que todos levantem o dedo em que o fio está preso de modo que o grupo olhe a teia.Solicitar que depositem a teia, com cuidado, no chão.Pedir que, lentamente, todo o grupo comece a empurra a teia até o centro da sala. Até o coração do grupoCabe ao facilitador falar sobre o sentimento grupal, enquanto recolhe o bolo de barbante, dando com uma palavra o significado à emoção. <p>Fechamento: o facilitador solicita que todo o grupo se dê um abraço – o abraço coletivo.</p>
Comentário	<p>A primeira atividade permite a cada um avaliar a sua própria atuação no grupo e buscar formas para resolver as dificuldades levantadas.</p> <p>A última dinâmica trabalha com o lúdico e com as emoções. É mobilizadora e permite que o participante pense sobre a sua relação com o grupo ao final de uma etapa de trabalho.</p> <p>Atentar para o emergir das emoções, permitindo que elas possam fluir, ao mesmo tempo cuidar para que não tomem proporções indevidas, desviando a atenção e a energia grupal do foco principal do trabalho, que deve ser a percepção do vínculos existentes entre os componentes do grupo.</p>
Material Necessário	Papel ofício, lápis

ENCONTRO N° 5

<i>Objetivos</i>	1 – Apresentar a análise e a interpretação dos resultados aos participantes do grupo 2 – Identificar temas relevantes a partir do resultados e debates
<i>Técnicas</i>	1 – Exposição dialogada 2 – Plenária

Anexo 2

ROTEIRO PARA O REGISTRO DOS ENCONTROS

Encontro número: _____ Data: ____/____/____

Temática: _____

Número de Participante do grupo: _____ Presentes ao encontro: _____

I - Sobre o grupo e o facilitador.

1. Integração entre os participantes
2. Interesse pelo trabalho
3. Participação nas atividades
4. Momentos fortes do encontro
5. Dificuldades encontradas
6. Conteúdo trazido pelo grupo
7. O que mais chamou a minha atenção
8. O que surpreendeu, o que o grupo trouxe de novo (contradições)
9. Dificuldades percebidas na condução das atividades

II - Encaminhamentos

1. Sugestões