

**A VIOLÊNCIA E O PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO COMO ANALISADORES DOS
PROCESSOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

*La violencia y el protocolo de notificación como analizadores de los procesos de trabajo en la
atención primaria de la salud*

*The violence and the protocol for notification as analyzers of the work processes in primary
health care*

Vanessa Almira Brito de Medeiros Galvão

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFRN. Servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 2990, Ed. Jacumã, apt. 208, Candelária. Natal/RN. CEP: 59066-800. Telefones: (84) 3206-1560/8803-1881. E-mail: vanemedeiros@yahoo.com.br

Magda Dimenstein

Profa. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN e Dra. em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Endereço: UFRN, CCHLA, Depto. de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59.078-970. E-mail: magda@ufrnet.br

Resumo

Apesar dos avanços no reconhecimento da violência como problema de saúde pública ainda existe dificuldades para enfrentá-la no cotidiano dos serviços. Como estratégia e instrumento de vigilância epidemiológica o Ministério da Saúde elaborou a “Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais”. Esse trabalho é resultado de um estudo acerca do processo de implantação desse protocolo na rede básica de saúde de Natal/RN. Pretende discutir como se deu tal implantação e de que forma os processos de trabalho na atenção básica são afetados pela violência e pela necessidade de uso desse instrumento. Metodologicamente, foram realizados encontros com cinco unidades para discutir as demandas vivenciadas, dificuldades, estratégias e apresentar o protocolo como possibilidade de intervenção. Percebeu-se que a violência e o protocolo configuram-se como analisadores do processo de trabalho, apresentando limites (reforço do paradigma de risco, desresponsabilização) e potencialidades (invenção de novas formas de cuidado, repensar as práticas) no contexto da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: saúde pública; violência; notificação; processo de trabalho em saúde; subjetividade.

Resumen

A pesar de los avances en el reconocimiento de la violencia como problema de salud pública, todavía existen dificultades para enfrentarla en el día a día de los servicios. Como estrategia e instrumento de vigilancia epidemiológica el Ministerio da Salud elaboró la "Ficha de Notificación/Investigación individual – Violencia Doméstica, Sexual e/u otras Violencias Interpersonales". Este trabajo es el resultado de un estudio acerca del proceso de implantación de este protocolo en la red básica de salud de Natal/RN. Pretende discutir como ocurrió tal implantación y de que forma los procesos de trabajo en la atención básica son afectados por la violencia y por la necesidad de uso de ese instrumento. Metodológicamente, fueron realizados encuentros con cinco unidades para discutir las demandas vivenciadas, dificultades, estrategias y la presentación del protocolo como posibilidad de intervención. Se percibió que la violencia y el protocolo se configuran como analizadores del proceso de trabajo, presentando límites (refuerzo del paradigma de riesgo, des-responsabilidad) y potencialidades (invencción de nuevas formas de cuidado, repensar las prácticas) en el contexto de la atención primaria de la salud.

Palabras-llaves: salud pública; violencia; notificación; proceso de trabajo en salud; subjetividad.

Abstract

In spite of the advances in the recognition of violence as a public health problem, difficulties in confronting the problem continue to exist in the daily routine of health services. As a strategy and as an instrument for epidemiologic vigilance of its occurrence, The Ministry of Health developed the “Form for Individual Notification/Investigation – Domestic Violence, Sexual and/or other Interpersonal Violence”. This work is the result of a study on the implementation process of this protocol in primary health care in Natal, RN. It seeks to discuss how this deployment was and how the protocol in the work processes in primary health care is affected by violence and the need to use this instrument. As methodology, meetings were held in five health care units to discuss the service demands, difficulties and strategies, and to present the protocol as an intervention possibility. It was perceived that violence and the protocol are set as analyzers of the work process, with some limitations (reinforcement of the risk paradigm, irresponsibility) and potentialities (invention of new forms of care, rethinking of practices) to be considered in the primary health care context.

Key-words: public health, violence, notification, work process in health, subjectivity

Introdução

O Ministério da Saúde, ao longo do ano de 2006 convocou estados e municípios para discutir e elaborar um modelo de protocolo de notificação da violência na rede básica de saúde que pretendia ser padrão para o país. Como experiência-piloto, alguns municípios concordaram em implantar o mesmo na sua rede, avaliando o processo, para que viesse a ser de uma vez oficializado para o território nacional. Natal foi um dos municípios que fez parte desse processo. O Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS), situado no Departamento de Gestão dos Serviços Públicos Municipais de Saúde (DGSP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal/RN, foi o responsável por tal implantação. Esse estudo é o relato de uma investigação que buscou discutir tal processo no contexto específico do município de Natal/RN. Foi realizado com o conhecimento e consentimento da Secretaria Municipal de Saúde e atendeu a todos os critérios éticos exigidos.

Trabalhamos na perspectiva de uma pesquisa-intervenção, valorizando os processos subjetivos presentes nas relações entre profissionais das unidades, distritos e a pesquisadora. Entendemos que a subjetividade é condição ao próprio conhecimento (ROCHA e AGUIAR, 2003) e nesse sentido, a implicação do pesquisador constitui-se em um conceito-ferramenta,

instrumento por excelência do pesquisador-interventor (PAULON, 2005). A idéia de implicação remete a um processo de avaliação contínua por parte do pesquisador em relação a si mesmo e a todo o percurso da pesquisa. Nesse estudo utilizamos o campo referencial da Análise Institucional como base teórica (ALTOÉ, 2004; BAREMBLITT, 1992; PEREIRA, 2007; RODRIGUES, 2000; RODRIGUES, 2003; RODRIGUES, 2004 e RODRIGUES, 2006).

Do encontro cotidiano com os profissionais dos distritos sanitários, unidades de saúde e outras instituições, surgiram questões acerca do modo como a violência, enquanto demanda de atendimento e intervenção, se apresentava para os profissionais de saúde. Paralelo a isso, o município encontrava-se diante da tarefa de implantar a “Ficha de notificação/ investigação individual – violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais” - já mencionada e objeto desse estudo. O momento específico vivenciado e o processo de trabalho em curso suscitaram questões e reflexões acerca do enfrentamento da violência pelo setor saúde, bem como sobre o instrumento em si e seus efeitos nos processos de trabalho. Assim, foi configurada essa pesquisa.

Nosso campo problemático, portanto, articula violência e saúde pública. Entretanto, não tratamos de aprofundar conceitos e definições de violência, como também, não foi nosso intuito fazer um estudo exaustivo da saúde pública brasileira, senão no que concerne à entrada da violência enquanto demanda para esse campo. Para nosso objetivo tomamos a definição de violência adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde e, conseqüentemente, pelas secretarias estaduais e municipais. Esta foi também a definição que norteou a construção do protocolo de notificação, em questão. A OMS (2002) define violência como:

O uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (p. 5).

Violência e notificação

Essa pesquisa partiu do entendimento da violência como problema de saúde pública, e enquanto tal, uma construção e não um fato dado. O reconhecimento de que a violência é passível de intervenção no campo da saúde, ou seja, de que ela se constitui um “problema” para esse campo, começa no momento em que ela afeta – quantitativa e qualitativamente – a saúde individual e

coletiva da população, requerendo a formulação de políticas específicas e a organização de práticas de prevenção e enfrentamento (MINAYO, 2006).

A inclusão dessa temática na agenda programática da saúde se deu de forma lenta e gradual (MINAYO e SOUZA, 1999; MINAYO, 2006). Tem-se feito um grande esforço teórico-metodológico para compreender a violência como um fenômeno complexo, bem como o seu impacto no setor saúde. Esse esforço teve a influência dos movimentos sociais que convocaram o poder público a atuar e propor políticas e ações frente ao fenômeno, até chegar à criação, no Ministério da Saúde, de duas comissões para elaborar políticas específicas para o enfrentamento da violência: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), o Plano Nacional de Prevenção da Violência (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a). Além disso, a mudança dos perfis de morbimortalidade no país e no mundo chamou mais ainda a atenção da saúde para o problema. Até a década de 1960 a violência ocupava o quarto lugar dentre as causas de morte, passando para o segundo nas décadas de 1980 e 1990, de acordo com Minayo e Souza (1999).

É nesse contexto de maior visibilidade ao fenômeno da violência que é elaborada a ficha de notificação. A notificação da violência é definida como um instrumento de vigilância epidemiológica, tal como outros já tradicionais no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2002). Os estados e municípios brasileiros dispõem, em seus sistemas de saúde, de basicamente dois tipos de dados acerca da violência: os do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e os do SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares – Sistema Único de Saúde) (NJAINÉ e REIS, 2005).

Além da subnotificação nesses sistemas, a maior limitação em termos de informação é a ausência de um sistema de registro dos casos de violência que não chegam a óbito e que também não demandam internação, ou seja, a violência que chega aos ambulatórios e serviços da rede básica, de forma crônica e não aguda. Por esse motivo, como já foi exposto, o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de convocar os estados e municípios para elaborar um instrumento que atendesse a essa lacuna.

O instrumento é composto por uma folha, frente e verso e suas questões estão subdivididas em campos, que englobam desde dados gerais, dados da pessoa atendida, dados de residência, dados da ocorrência, se houve lesão, maior detalhamento em caso de violência sexual, dados do provável autor da agressão, até os dados sobre evolução e encaminhamento, no setor Saúde e fora dele, além da circunstância da lesão definida pelo CID 10 (Código Internacional de Doenças). Apesar de ter um formato e apresentação semelhante ao de outras fichas de notificação, trata-se de um instrumento novo na rotina dos serviços.

Esse estudo buscou discutir o percurso de implantação desse instrumento em algumas unidades de saúde da rede básica do município. Buscamos problematizar a percepção dos profissionais a respeito do protocolo, discussão que não pode ser feita desconsiderando as práticas e percepções acerca da violência e como esta se coloca no seu dia-a-dia. Trata-se de um olhar mais específico acerca da “entrada” do protocolo no cotidiano dos serviços e a relação disso com os processos de trabalho na atenção primária em saúde. A chegada do protocolo de notificação, portanto, serviu tanto para pensar concepções e práticas frente à violência, quanto se apresentou como um analisador importante dos processos de trabalho por um coletivo da atenção primária.

Concebemos que os possíveis efeitos do uso do protocolo de notificação nas práticas e processos de trabalho não estão descolados das concepções e percepções que os profissionais têm do instrumento em si e do fenômeno da violência, de um modo geral. Contudo, nos interessa lançar um olhar mais específico para os efeitos desse fenômeno e da implantação do protocolo como alternativa para o seu enfrentamento, nos processos de trabalho dos coletivos estudados.

Processos de trabalho em saúde e a Política Nacional de Atenção Básica

Em 2006 é aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006b), que é fruto de um trabalho de sistematização de outro modelo de atenção, proposto pela Reforma Sanitária. Em outras palavras, a Atenção Básica deve operar na lógica da reorientação do modelo tradicional de saúde. Suas ações abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, devendo ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, por meio do trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados, sob as quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006b).

Ela deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde com o território adscrito e orienta-se pelos princípios mais gerais do SUS: integralidade, equidade, acessibilidade, universalidade, coordenação do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização, participação social, devendo considerar o sujeito na sua singularidade e complexidade. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária de organização, com o incentivo progressivo à adoção desse modelo.

Para avançar nessa discussão é preciso lançar mão dos conceitos de processo de trabalho (PT) e processo de trabalho em saúde (PTS). O PT pode ser definido como:

Um lócus privilegiado das relações de produção e reprodução dessas relações, um campo de formação econômica por excelência, mas também de produção política e ideológica (...) [nele] são construídas e reproduzidas relações técnico-sociais de poder e aí são estruturados também os contextos de ação desses agentes (sejam ações de resistência, de subordinação ou de negociação). (...) São produzidas as condições de conformação da subjetividade desse trabalhador que não se resumem ao mundo do trabalho, mas ali têm referencial crucial (DESLANDES, 2002, p. 46).

O PTS tem a peculiaridade de produzir serviços que são consumidos no momento em que são produzidos. Sofreu influências das inovações tecnológicas e da organização científica do trabalho, trazidas pelo capitalismo, mas é estruturada a partir de uma política pública de Estado – o que não o isenta das pressões do mercado. Apesar da complexidade do objeto de trabalho – indivíduos doentes e/ou sadios expostos a riscos – o PTS ainda conserva a presença de uma divisão do trabalho manufatureira, baseada na decomposição de tarefas isoladas que são integradas por meio de uma hierarquia de profissões. Essa hierarquia entre as profissões e divisão do trabalho – normalmente com supremacia do saber médico – abarca uma série de tensões, conflitos e negociações, que afetam tanto os trabalhadores quanto os usuários.

A saúde se produz de forma relacional. O modo de agir e de se relacionar, entre sujeitos trabalhadores e usuários implicados com a produção do cuidado, diz respeito àquilo que alguns autores como Merhy e Franco (2003) denominam de “tecnologias leves”. As tecnologias inscritas na lógica do instrumental e dos conhecimentos técnicos situam-se nas “tecnologias duras”. E o conhecimento técnico ao qual se recorre no momento da produção da saúde tem um componente “leve” (modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento) e um componente “duro” (estrutura).

O trabalho que privilegia as tecnologias duras compõe o trabalho morto (formado pelos instrumentais já prontos e instituídos, aqueles sobre os quais já se aplicou um trabalho progressivo) e o que privilegia as tecnologias leves pode ser entendido como trabalho vivo (que se dá no ato). No campo da micropolítica e das relações, o profissional de saúde lança mão frequentemente dessas diversas tecnologias e aparatos.

Historicamente a formação do modelo assistencial esteve pautada pelas tecnologias duras e leve-duras. Desde a Reforma Sanitária, se constata a dificuldade de incorporação dessas novas tecnologias leves na produção da assistência. A mudança do modelo assistência para a

atenção básica, com foco no PSF tem mudado a forma de produzir saúde sem, no entanto, alterar os PT centrados nas tecnologias duras. O núcleo do cuidado continua se operando por meio de um processo centrado na lógica instrumental, ou seja, não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde (MERHY e FRANCO, 2003). O trabalho vivo seria, portanto, uma potência instituinte para a mudança no modelo assistencial, porque opera no nível do cotidiano, da micropolítica, ao invés do nível macro, das grandes estruturas (BAREMBLITT, 1992).

Percurso metodológico

O estudo consistiu no acompanhamento sistemático do processo de trabalho do NPVPS e do DGSP que visava uma maior articulação com os distritos sanitários para potencializar as ações da atenção especializada no âmbito dos territórios específicos da atenção básica. O processo consistiu na escolha de algumas unidades em que seriam realizadas discussões sobre violência, englobando algumas discussões, a saber: como ela se apresentava nos serviços, como os profissionais lidavam com ela, suas estratégias e dificuldades. Havia também a proposta de, nesses encontros, apresentar o protocolo de notificação como estratégia possível de intervenção frente à violência. A escolha dessas unidades foi feita com as equipes dos respectivos distritos sanitários.

Para prosseguir na descrição do estudo, convém apresentar, brevemente, a divisão administrativa do município de Natal. A cidade está dividida em quatro zonas administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste) e, para a Secretaria de Saúde, em cinco distritos sanitários (Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste). Foram selecionadas unidades de quatro dos cinco distritos sanitários para implantação do protocolo e, portanto, para participação da pesquisa, assim distribuídas, por tipo de serviço:

- D. S. Sul – uma Unidade Mista (aqui denominada apenas de UM);
- D. S. Norte II – duas Unidades de Saúde da Família (aqui denominadas USF 1 e USF 2);
- D. S. Norte I – uma Unidade de Saúde da Família (USF 3);
- D. S. Oeste – uma Unidade de Saúde da Família (USF 4).

O número de encontros por serviço variou em função de fatores diversos como a demanda do serviço e a disponibilidade de realização dos mesmos. Segue, abaixo, a

discriminação do número de encontros, de equipes que compõem a unidade e de participantes nos diferentes momentos. Vale salientar que na UM não há equipe de saúde da família.

- UM: 4 encontros, 8 a 15 participantes;
- USF 1: 4 equipes, 2 encontros, 30 participantes;
- USF 2: 4 equipes, 3 encontros, entre 15 e 30 participantes;
- USF 3: 2 equipes, 3 encontros, entre 8 e 15 participantes;
- USF 4: 4 equipes, 1 encontro, 12 participantes.

Todos os profissionais desses serviços foram convidados a participar do processo, independente do nível ou formação. Assim, nas USFs tivemos, de um modo geral: arquivistas, assistentes administrativos, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de consultório dentário, além de diretores e/ou administradores, quando presentes.

Na UM, em comum com as USFs, tivemos: arquivista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, diretora, administradora e assistente administrativo. O serviço estava com escalas incompletas de médicos por ocasião da pesquisa, de modo que não houve a participação de nenhum profissional dessa categoria. As UMs também não dispõem de ACS. Há ainda uma diferença no perfil desse serviço (por ser unidade básica e pronto-atendimento, simultaneamente) de modo que contamos ainda com outros profissionais não disponíveis nas USFs pesquisadas: guardas municipais, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, auxiliares de laboratório e de farmácia e estagiários de enfermagem.

Os profissionais participantes tinham entre 25 e 60 anos. A grande maioria era do sexo feminino, com exceção de alguns a seguir: um assistente administrativo e um arquivista na UM; um dentista e dois ACS na USF 1; um médico, um dentista e um ACS na USF 2; um médico e dois ACS na USF 3; e um ACS na USF 4. Para efeito da pesquisa foi delimitado o acompanhamento desse percurso no período de maio a novembro de 2007, apesar de que o processo de trabalho do NPVPS se estenderia por período indeterminado.

Como instrumento, utilizamos o diário de campo, onde foram registrados os eventos, acontecimentos e impressões que cada encontro realizado produziu no pesquisador. A entrada em campo e as observações foram norteadas por algumas inquietações acerca da problemática, fundamentadas na literatura do campo, bem como na experiência de gestão. Não trabalhamos com questionário ou roteiro de entrevista estruturado, mas com algumas questões deflagradoras

das discussões nos serviços. Essas questões foram sendo delineadas ao longo do percurso, durante o processo de planejamento, discussão com os distritos, ida às unidades e encontro com as equipes. Ou seja, à medida em os encontros avançavam as questões iniciais iam incorporando aspectos levantados nos encontros anteriores e iam se complexificando, chegando à seguinte forma:

- Como é definida a violência? (Como percebem/compreendem esse fenômeno).
- Essa demanda chega à unidade? Que tipo de demanda é essa? Já se deparam com ela? Como lidam? (dificuldades, estratégias que utilizam, etc.) Qual é o papel do profissional de saúde frente à violência? (possibilidades e limites).
- Como vêm/recebem a notificação? Como se situam diante da proposta? Qual a importância ou contribuição que ela pode trazer para a rede?
- Que dificuldades se colocam para efetivação desse processo? Como avaliam o instrumento e o seu manejo no cotidiano? A existência desse instrumento muda alguma coisa na prática da unidade frente a essa demanda?
- Quais seriam as melhores estratégias para efetivar a implantação da notificação na rede básica? Como a gestão e o distrito podem contribuir nesse processo?

O diário de campo, portanto, se apresentou com um mosaico composto tanto pelos dados coletados, pelos aspectos mais objetivos dos encontros e serviços visitados, pelos conteúdos das discussões, bem como pelas impressões e reflexões suscitadas pelos mesmos. Todo esse conjunto de registros consistiu no material de campo, o qual foi analisado, discutido e categorizado. Essa pesquisa tratou-se de um processo dinâmico que não objetivou encontrar respostas para perguntas previamente elaboradas, até porque elas também iam sendo produzidas no decorrer do processo. Aqui, nossa intenção é apresentar e discutir alguns aspectos dessa experiência de pesquisa-intervenção, tal como apontam Aguiar e Rocha (1997):

Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção

do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (AGUIAR e ROCHA, 1997, p. 97).

É preciso deixar claro que esse artigo não pretende abarcar a discussão de todas as questões acima apontadas. Os resultados desse processo apontam para diferentes núcleos de discussão possíveis. Esse estudo focalizou em um deles, a saber: a discussão acerca dos processos de trabalho em saúde, particularmente na atenção básica e os atravessamentos da violência e do protocolo sobre os mesmos.

Resultados e discussão

Apesar de todos os avanços no sentido de um maior reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, principalmente no campo da literatura e políticas da área, ainda trata-se de um fenômeno cercado de invisibilidades na prática cotidiana. O reconhecimento da violência pelos profissionais girou em torno da violência interpessoal contra grupos específicos (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), principalmente no âmbito familiar, seguido da violência que ocorre na vizinhança e arredores.

Percebeu-se, no entanto, uma série de invisibilidades no cotidiano dos profissionais, bem como no instrumento em si, em relação, por exemplo, aos homossexuais, travestis, homens, etc. Não que esses grupos não sejam mencionados, mas a forma como instrumento está proposto e o modo como alguns itens estão dispostos contribui para manutenção dessa invisibilidade. Outro aspecto problemático diz respeito aos próprios profissionais, já que o instrumento é dirigido aos usuários. Isso não compromete a legitimidade do protocolo, mas aponta para a necessidade de se pensar ações e políticas dirigidas aos profissionais de saúde, no que tange à violência.

Como não existem ações neutras, a notificação da violência, atravessada por tais invisibilidades, pode vir a ser a notificação ou reconhecimento daquilo que já é visto ou reconhecido. Trata-se de um problema que está além do instrumento em si, mas que precisa ser pensado quando se pretende utilizá-lo. Gomes, Junqueira, Silva e Junger (2002) afirmam que a atitude dos profissionais de saúde frente à violência está relacionada àquilo que eles conseguem visualizar como tal. Se os movimentos sociais contribuíram para uma maior visibilidade da violência, trouxeram também uma identificação prévia de quem pode ser sua vítima – atrelada a uma idéia de vulnerabilidade e fragilidade – e de quem pode ser agressor, em contraposição, já

que os movimentos sociais eram movimentos direcionados para grupos específicos – mulheres e crianças, principalmente (SARTI, BARBOSA e SUAREZ, 2006). Dessa maneira não é possível esperar uma atuação frente a uma violência que não é reconhecida. Além disso, se os dados gerados pela notificação forem lidos como verdades últimas ou verdades em si, podem reforçar uma lógica do risco e do controle.

Não existe um consenso, por parte dos profissionais, quanto ao fato da violência ser uma demanda de fato para o setor saúde. Mesmo quando reconhecem que a violência se faz presente no seu cotidiano, muitos profissionais não se sentem seguros ou preparados para intervir e não sabem bem qual é o seu papel, enquanto profissionais da atenção primária.

Como porta de entrada preferencial do sistema e funcionando de acordo com o que está proposto nas políticas e diretrizes específicas (BRASIL, 2006b), a atenção básica convoca os profissionais a lançarem mão de estratégias e “tecnologias leves” (MEHRY e FRANCO, 2003). Produzir saúde de forma democrática, por meio do trabalho em equipe, coloca os profissionais na condição de articular o seu saber com o dos demais, no nível das relações, entre si e com os usuários. A produção de saúde, nessa perspectiva, se dá necessariamente no nível relacional, no trabalho vivo em ato.

A violência, enquanto demanda de saúde, coloca-se diante dos profissionais em várias vias possíveis, convocando-os a assumirem algumas posturas de enfrentamento e/ou cuidado, seja com os usuários, com os outros profissionais ou com a gestão. No entanto, ela carece de um instrumental definido e consolidado para o seu enfrentamento. Lidar com ela necessariamente convoca o profissional a atuar no nível das tecnologias leves e leve-duras. No âmbito da emergência, por exemplo, existe um arsenal de exames e procedimentos mais complexos a serem usados, enquanto tecnologias duras frente à violência (ou à sua manifestação aguda) (DESLANDES, 2002). Isso pode conferir ao profissional certo alívio e a sensação de estar fazendo alguma coisa.

Na atenção básica grande parte da angústia dos profissionais gira em torno do fato de não existir tal possibilidade, ou seja, ele é convocado a empreender outra prática para a qual sua formação não lhe preparou e diante da qual não dispõe de instrumentais específicos. A violência não se comporta como as demandas tradicionais da saúde – as doenças – e revela a impotência da racionalidade médico-científica (DESLANDES, 2002).

A violência ainda é uma ‘novidade’ um tanto incômoda para a agenda da saúde pública. Antes de tudo porque desaloja, melhor dizendo, desafia os saberes hegemônicos no campo da saúde (...) não é passível de ser explicada

por uma lógica causal linear (...) não se restringe aos traumas e lesões que invariavelmente constituem suas conseqüências (...) revela a impotência da racionalidade médico-científica (DESLANDES, 2002, p. 152).

A violência desestabiliza os saberes tradicionais, até porque não existe um único campo de conhecimentos que dê conta dela. Grande parte do conhecimento disponível atravessa diversas áreas e extrapola os currículos de graduação (GOMES *et al*, 2002; GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

A racionalidade médico-científica acaba por transformar a violência em uma doença social, de modo que ela se encaixe nos parâmetros da saúde tradicional. Uma auxiliar de enfermagem do Distrito Norte I mencionou que a população tenta transformar seus problemas sociais – referindo-se à violência – em problemas de saúde. De fato esse acaba por ser o meio de encontrar alguma forma de cuidado frente a um problema que, de tão complexo, não consegue encontrar um “lugar” definido entre as políticas públicas. Mas esse movimento de transformação dos problemas sociais em problemas de saúde é também assumido pelos próprios profissionais, como forma de dar sentido a uma atuação frente a uma problemática complexa e abstrata, como aponta Deslandes (2002).

O que se percebeu nesse estudo, corroborando a hipótese de Merhy e Franco (2003) é que na atenção básica ainda prevalece o trabalho morto, as tecnologias duras. E é por isso que uma demanda como a violência, que foge tanto aos padrões tradicionais do campo da saúde, provoca tanta angústia e medo, isso quando chega a ser reconhecida. Nas USF 3 e 4, particularmente, foi percebida uma considerável dificuldade em pensar o papel do serviço de atenção primária e dos seus profissionais diante da violência. Na USF 3, mais especificamente, pensar o papel do profissional foi uma proposta que soou como uma grande novidade. Para além das limitações dos currículos de formação, acreditamos que isso esteja relacionado à dificuldade em empreender um nível de cuidado que se coloca prioritariamente entre as tecnologias leves.

Em alguns momentos, principalmente na USF 1, os profissionais mencionaram que, diante da violência, tentam conversar, escutar, encontrar caminhos com as famílias, etc. Já em outras unidades, como a USF 3, escutar não parece suficiente e os profissionais experimentam certo desconforto quando esta é a única ferramenta disponível. Para eles, essas ferramentas são insuficientes ou mesmo paliativas, além de não produzir resultados concretos imediatos. Aliado a isso, outra dificuldade que se coloca no enfrentamento desse fenômeno é o medo de intervir ou medo das represálias ou implicações legais, como apontam Gonçalves e Ferreira (2002) e

Gomes *et al* (2002). De fato, a violência demanda uma escuta diferenciada, motivo pelo qual uma assistente social da UM pontuou que notificar a violência não é o mesmo que notificar a dengue.

A dificuldade em manejar as tecnologias leves não é exclusiva ao enfrentamento da violência, mas ela, por suas próprias características e complexidade, expõe isso de forma mais clara. Dessa maneira, a violência pode ser vista como um analisador dos processos de trabalho da atenção básica, pois permite pensar questões mais amplas acerca do modo de organização desse nível específico de atenção em saúde.

Nesse contexto, apresentar um protocolo de notificação da violência como ferramenta possível de intervenção e como atuação imediata e prioritária ao se deparar com o fenômeno, significa uma possibilidade e um risco, ao mesmo tempo. O protocolo tem a potência de convocar os profissionais a repensarem suas práticas de cuidado, no que tange à violência e para além dela. Pode servir também como um analisador dos processos de trabalho, se houver um espaço para que os profissionais problematizem e se gerenciem acerca do modo como cada serviço se organiza para incluí-lo na sua rotina. Por outro lado, além do perigo de promover uma lógica de atuação pautada no paradigma do risco, como já apontado, ele apresenta o perigo de ser a tecnologia dura que faltava aos serviços de atenção primária, frente à violência. Nessa perspectiva, ele cairia em uma captura que não permitiria a potência de repensar os processos de trabalho e propor novas formas de cuidar e promover saúde.

Portanto, no processo de implantação do protocolo, existem potências e riscos em jogo – muitas vezes sutis – que precisam ser consideradas. Foi por esse motivo que a equipe do NPVPS escolheu realizar a tarefa de implantação do protocolo de uma forma mais lenta e gradual, inserindo esse instrumento como parte de um contexto mais amplo que é o enfrentamento da violência e a promoção da saúde, de modo a não se fechar a discussão apenas em torno da implantação da ficha.

Dessa forma, os encontros com as unidades começaram com uma discussão mais geral acerca da violência, das dificuldades e estratégias utilizadas para, só depois, apresentá-la como estratégia possível, dentre tantas outras. Além disso, ela não deve ser um fim em si mesma, mas deve apontar para outras atuações, outras intervenções de modo que até mesmo os dados gerados não sejam apenas números, mas sirvam para construção de estratégias possíveis, para além das que estão dadas. Manejar o instrumento dessa forma, no entanto, é um desafio constante, nunca terminado e por vezes não compreendido, visto que impõe um processo muito mais lento.

Ainda em relação ao enfrentamento da violência, ou diante dela, os profissionais tendem a assumir algumas posturas possíveis: ficar insensível, negando a legitimidade do sofrimento do

paciente; acostumar-se, banalizando a violência; ignorá-la, vestindo uma ‘couraça’ protetora em relação ao seu ‘não saber’ ou ‘não ter condições de agir’; considerá-la como um problema que não diz respeito ao campo da saúde; ou medicá-la/tratá-la (DESLANDES, 2002). Schraiber e d’Oliveira (1999) apontam que ao se propor a introdução da temática da violência, como campo de intervenção na rotina de um serviço de saúde, é preciso acolher o próprio profissional também.

Diante da complexidade de demandas com as quais se depara a atenção básica – dentre as quais certamente destaca-se a violência – percebemos nas unidades participantes desse estudo – em umas mais, em outras menos – um elevado adoecimento dos profissionais e a violência é vista como um fator associado. A USF 4 foi um exemplo nítido disso: três dos quatro médicos e uma das três enfermeiras estavam de atestado médico. Porém, diante do exposto, podemos pensar que o adoecimento dos profissionais não esteja relacionado apenas à violência em si (apesar de estar também), mas às dificuldades em operar na nova composição de trabalho que a atenção primária exige. As condições de trabalho, as novas demandas que surgem a todo instante, o aumento da expectativa de vida da população e o seu crescimento são fatores associados.

A violência e o uso do protocolo apenas tornam mais explícita a dificuldade de se operar com o novo modelo de atenção proposto, ao desestabilizar as bases de sustentação da formação e da prática tradicionais, o que leva a crer que o modelo de atenção mudou, mas a prática, efetivamente, não tem acompanhado esse processo (MERHY e FRANCO, 2003).

As mudanças normalmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços. Por outro lado, elas trazem novas exigências para os trabalhadores, “na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e principalmente a forma de interação com seus pares e com os usuários” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 74).

Rollo (2007) comenta o que parece ser um paradoxo: desde o início dos anos 1990 o SUS vem sendo implementado e até agora não apareceu de modo efetivo em sua agenda o direito dos trabalhadores de saúde a territórios de trabalho saudáveis, nos quais se constituam como sujeitos construtores, ativos em todo o processo de produção de saúde e que, como humanos, têm fragilidades, limites e podem adoecer.

Faz-se necessário pensar sobre a perda do saber de si e da capacidade de se autogerir (BAREMBLITT, 1992). O institucionalismo propõe a auto-análise e a autogestão como processos complementares. A primeira consiste em que “as comunidades possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca da sua vida” (p. 17). A autogestão seria o modo como a comunidade se articula, se

institucionaliza, se organiza para construir dispositivos para produzir ela mesma, ou conseguir os recursos que precisa para manutenção de sua vida. A produção de uma saber de si (auto-análise) implica na capacidade de gerenciar a si mesmo, tomar decisões, pensar estratégias, ser ativo.

Essas idéias têm muito sentido quando pensadas em relação aos processos de trabalho, conferindo potência aos atores envolvidos.

O trabalhador não é uma mera vítima do processo de desqualificação e desmerecimento de seu trabalho e esse não é de todo desprazeroso ou adoecedor. O trabalhador inventa mundos, se inventando. Ele produz a si mesmo e produz relações, regimes de produção, de saberes de si, em relação. Existe, portanto, uma potência no trabalho, podendo desempenhar “função importante na luta contra o adoecimento, na medida em que, sendo invenção, (re)existe, (re)criando o trabalhador e o próprio processo de trabalho” (BARROS e BARROS, 2007, p. 67).

Esse tipo de discussão acerca do adoecimento do profissional apresenta-se de forma bastante limitada nas políticas específicas da área da violência e mesmo de saúde do trabalhador, como apontam alguns autores (BARROS e BARROS, 2007; BARROS, MORI e BASTOS, 2007; ROLLO, 2007; SANTOS-FILHO, 2007; SANTOS-FILHO e BARROS, 2007). Esses mesmos autores têm apresentado como caminho viável para suprir essa lacuna, ao menos em parte, uma articulação entre as políticas da área de saúde de trabalhador com aquelas propostas na Política Nacional de Humanização – PNH.

Parafrazeando Santos-Filho (2007) – que no caso estava pensando a questão da saúde e segurança – a falta de tradição ou incipiência dos movimentos e instrumentos (inclusive legais) para pensar a violência no campo da saúde, de forma ampliada como propõe esse estudo e até mesmo o superando, não significa que não se possam buscar possíveis frentes, ‘brechas’ para, independente da legislação, se avançar em novas proposições e potencializar os dispositivos já existentes. Dentre alguns dispositivos possíveis, esse estudo visa destacar um deles: o protocolo de notificação da violência, pensando suas capturas e riscos, mas também buscando suas brechas e potências.

Portanto, pensar violência no âmbito da atenção básica permite lançar luz sobre os processos de trabalho de forma mais geral e, ao mesmo tempo, trás à tona a necessidade de pensar meios de cuidado e suporte aos profissionais, lançando mão das diferentes políticas e diretrizes existentes e, ao mesmo tempo, não se restringindo a elas, já que sempre haverá algo que lhes escape.

Considerações Finais

Esse estudo permitiu o levantamento de algumas questões acerca da violência enquanto problema de saúde pública, particularmente no nível da atenção primária, principalmente em relação aos processos de trabalho em saúde.

Primeiramente, apesar de tantos estudos e avanços, ainda há muito que ser pensado sobre o reconhecimento da violência como problema de saúde no cotidiano da prática profissional. O avanço das discussões e formulações de políticas ainda não se revela compatível no nível da atuação profissional. Por outro lado, os avanços em termos de políticas ainda estão aquém do que se percebe como necessidade de enfrentamento. Ou seja, as políticas específicas da área ainda comportam invisibilidades e limitações.

Ao invés de se pretender uma política que dê conta da totalidade e complexidade do fenômeno, esse estudo vem corroborar o que outros autores apontaram acerca da importância de articular as políticas de saúde do trabalhador e de humanização para pensar ações dirigidas ao profissional de saúde e, acrescenta como proposta, que essa articulação contemple também as políticas de enfrentamento da violência, que é o tema específico desse trabalho.

Em outras palavras, ao se pretender que os profissionais de saúde atuem diante da violência, é necessário se pensar em formas de cuidado que os contemple também. Atuar diante da violência no contexto da atenção primária pode ser motivo de angústia, estresse e até mesmo de adoecimento. Não apenas pela demanda específica da violência, mas pelas novas exigências propostas pelo modelo de atenção básica em saúde. Convém, portanto, incluir o profissional como ator ativo nesse processo, com a potência de, por meio do seu trabalho, se (re)inventar de modo a evitar seu próprio adoecimento.

Esse estudo pretendeu discutir os processos de trabalho em saúde atravessados por fenômeno específico – a violência – e por um instrumento específico – o protocolo de notificação. Mas como foi possível perceber, não dá pra se falar em processos de trabalho, em relação à violência restringindo-se apenas à temática específica. Discutir processos de trabalho significa extrapolar conteúdos particulares de campos específicos, pois significa lidar com as diversas relações e atores em jogo: profissionais, gestão e usuários.

No que se refere à notificação, em si, é preciso atentar para o perigo de que essa venha a ser um mero registro, que se pretenda uma verdade final a partir dos dados coletados, apontando para o fortalecimento da ideia de grupos e risco. Além disso, convém trabalhar na perspectiva de que ela não venha a ser mais um instrumento, utilizado de forma mecânica, vindo a ser instituído no campo das tecnologias duras. Por outro lado, dependendo de como for manejado, o protocolo

pode servir para potencializar outras formas de cuidado, servindo também para se repensar os processos de trabalho, no modo como ele vai sendo incorporado e negociado no cotidiano dos serviços.

Apontamos também alguns desafios para a gestão, no sentido de encontrar um meio de conduzir um processo como esse, com tantas complexidades, levando em conta cada contexto específico e, mais do que isso, potencializando espaços para que cada serviço encontre seus meios e estratégias para lidar com tudo isso. Em outras palavras, fica o desafio para a potencialização de espaços de auto-análise e auto-gestão por esses serviços, não apenas em relação ao uso da ferramenta, mas em relação ao seu processo de trabalho, de forma mais ampla (BAREMBLITT, 1992).

Referências Bibliográficas

AGUIAR, K.F., ROCHA, M.L. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. *Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política*, nº 3/4, p. 87-102, 1997.

ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

ARTIÈRES, P. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, F. Foucault. *A coragem da verdade*. São Paulo: Parábola, 2004. p. 15-37.

BAREMBLITT, G.F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

BARROS, R.B., BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B. e BARROS, M.E.B. (Orgs.) *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhos na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BARROS, M.E.B., MORI, M.E. & BASTOS, S.S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “programa de formação em saúde e trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, S.B. e BARROS, M.E.B. (Orgs.) *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhos na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 99-121.

BRASIL. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes – um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Plano Nacional de Prevenção da Violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Série pactos pela saúde. Volume 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. *Política Nacional da Atenção Básica*. Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006. Série pactos pela saúde. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

DESLANDES, S.F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GOMES, R., JUNQUEIRA, M.F.P.S., SILVA, C.O. & JUNGER, W.L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232002000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2007.

GONÇALVES, H.S., FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.1, p.315-19, 2002.

MERHY, E.E., FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, v. 27, n.65, p.316-23, 2003.

MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2006.

MINAYO, M.C.S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.2, p.375-83, 2006.

NJAINÉ, K., REIS, A.C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL, *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.313-40.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS, OPAS, 2002.

PAULON, S.M. A análise da implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, v.17, n.3, p.18-25, 2005.

PEREIRA, W.C.C. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v.7, n.1, p.6-16, 2007.

ROCHA, M.L., AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia ciência e profissão*, v.23, n.4, p.64-73, 2003.

RODRIGUES, H.B.C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.195-256.

RODRIGUES, H.B.C. Do arrependimento dos intelectuais ao triunfo da rosa – análise institucional francesa. *Psicologia em revista*, v.9, n.13, p.89-108, 2003.

RODRIGUES, H.B.C. Análise Institucional francesa e transformação social. O tempo (e contratempo) das intervenções. In: ALTOÉ, S. (Org.), *Saúde Loucura 8 – Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec, 2004. p.115-64.

RODRIGUES, H.B.C. Os anos de inverno da análise institucional francesa. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, v.18, n.2, p.29-46, 2006.

ROLLO, A.A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S.B. e BARROS, M.E.B. (Orgs.) *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhos na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p.19-59.

SANTOS-FILHO, S.B. (2007). Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B. e BARROS, M.E.B. (Orgs.)

Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhos na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p.73-96.

SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B. e BARROS, M.E.B. (Orgs.) *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhos na gestão do trabalho em saúde.* Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p.123-42.

SARTI, C.A.; BARBOSA, R.M. & SUAREZ, M.M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.16, n.2, p.167-83, 2006.

SCHRAIBER, L.B. & D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface-Comunicação Saúde Educação*, v.3, n.5, p.11-26, 1999.