

Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro

Violence, drug addiction and the work process of Family Health Strategy: conflict of a large Brazilian urban center

Violencia, drogadicción y los procesos de trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia: conflictos de un gran centro urbano brasileño.

Tatiana Monteiro Fiúza¹, Alcides Silva de Miranda², Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro³, Mayrá Lobato Pequeno⁴, Pedro Renan Santos de Oliveira⁵

Palavras-chave:
Violência
Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias
Atenção Primária à Saúde
Saúde da Família

Resumo

A implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um grande centro urbano é um desafio. Questões decorrentes da dinâmica histórico-social de um grande centro urbano influenciam o processo de trabalho e as necessidades de educação em saúde percebidas pelos profissionais de saúde. A pobreza, a desigualdade social, as drogas e a violência urbana potencializam-se por meio de um feedback cruel e positivo, o que Campos denominou de um fluxo maluco e contraditório de informações, com essa ciranda perversa de destruição de valores penosamente construídos, influenciando nas atividades das Equipes de Saúde da Família. Este trabalho possuiu como objetivo analisar as percepções de profissionais de nível superior que atuam na ESF sobre a influência do trabalho em um grande centro urbano no processo de trabalho das equipes e necessidades educacionais dos profissionais, particularmente a violência urbana, a drogadição e tráfico de drogas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa sobre os discursos práticos de profissionais de Saúde, a partir de Grupos Focais e entrevistas individuais em profundidade, com o escopo de análise baseado no método de Análise de Conteúdo, do tipo Categorical e Temática. Diferenças entre a ESF no interior, em municípios de pequeno e médio porte e na capital e as dificuldades inerentes ao trabalho nesta foram recorrentes no discurso. Reflexões sobre a problemática da violência urbana, da drogadição e do tráfico de drogas são explícitas no material discursivo. Riscos e vulnerabilidades inerentes a essa questão surgem como problemática a ser enfrentada pelos profissionais da ESF: promiscuidade sexual, início precoce da vida sexual, atividade sexual desprotegida, prostituição, negligência para com as crianças, problemas familiares, abandono e maus tratos de idosos, evasão escolar, dentre outros.

Keywords:
Violence
Substance-Related Disorders
Primary Health Care
Family Health

Abstract

The implantation and consolidation of Family Health Strategy (ESF) in a great urban center is a challenge. Matters of social historical dynamics of a great urban center influence the work process and the needs of health education perceived by the health professionals. Poverty, economic inequality, drugs and urban violence potentiate themselves through a cruel and positive feedback, what Campos

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC). Médica de Família e Comunidade (MFC). Preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: tatitatimfc@gmail.com

² Doutor em Saúde Pública. MFC. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da UFC. E-mail: alcides_miranda@uol.com.br

³ Mestre em Saúde Pública. MFC. Preceptor e coordenador do RMFC do SMSE de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: marcotulioimfc@gmail.com

⁴ Psicóloga. Residente em Psicologia no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do SMSE de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: mayrah@gmail.com

⁵ Psicólogo. Residente em Psicologia no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do SMSE de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: pe_renan@yahoo.com.br

Artigo submetido em 24/03/2010 e aceito em 22/02/2011.

called a crazy and contradictory information flow, a vicious cycle of values destruction influencing on the health professionals' activities. This study aimed to analyse the perceptions of higher level professionals that work on Family Health Strategy about the influence of their work in a great urban center on the work process of the teams and educational needs of the professionals, particularly urban violence, drug addiction and drug trafficking. The study presents a qualitative approach on practical discourse of the health professionals, from focus groups and individual interviews, with the scope of analysis based on the Content Analysis method, applied through a thematic cathogorial analysis. Differences between Family Health Strategy in small and average cities and in the capital and its inherent difficulty of work were recurrent. Reflections about the urban violence problematic, drug addiction and drug trafficking are explicit on this study. Inherent risks and vulnerabilities of the matter arise as problematic to be faced by the professionals of Family Health Strategy: sexual promiscuity, early active sex life, unprotected sex activity, prostitution, negligence of children, family problems, negligence and mistreatment of the elderly, truancy, among others.

Palavra Clave:
Violencia

Transtornos Relacionados con Sustancias
Atención Primaria de Salud
Salud de la Familia

Resumen:

La implantación y consolidación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en un gran centro urbano es un desafío. Cuestiones decurrentes de la dinámica histórico social de un gran centro urbano influyen el proceso de trabajo y la necesidades de educación en salud percibidas por los profesionales de salud. La pobreza, la desigualdad social, las drogas y la violencia urbana se potencializan a través de un feedback cruel y positivo, lo que Campos ha denominado de un flujo loco y contradictorio de informaciones, con esa continuidad perversa de destrucción de valores penosamente contruidos, influenciando en las actividades de los equipos de salud de la familia. Este trabajo posee como objetivo analizar las percepciones de profesionales de nivel superior que actúan en la Estrategia de Salud de la Familia sobre la influencia del trabajo en un gran centro urbano en el proceso de trabajo de los equipos y necesidades educacionales de los profesionales, particularmente la violencia urbana, la drogadicción y tráfico de drogas. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo sobre los discursos prácticos de profesionales de salud, a partir de Grupos Focales y cuestionarios individuales en profundidad, con el ámbito de análisis basado en el método de análisis de contenido, tipo Categórica y Temática. Distinciones entre la Estrategia de Salud de la Familia en el interior, en municipios de pequeño y medio porte y en la capital y las dificultades inherentes al trabajo en esta se recorrieron en discurso. Reflexiones sobre la problemática de la violencia urbana, de la drogadicción y del tráfico de las drogas son explícitas en material discursivo. Riesgos y vulnerabilidad inherentes de esta cuestión surgen como problemática a ser enfrentada por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia: promiscuidad sexual, inicio precoz de la vida sexual, actividad sexual sin protección, prostitución, negligencia para con los niños, problemas familiares, abandono y malos tratos de personas mayores, evasión escolar, entre otros.

Introdução

A implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um grande centro urbano é um desafio, e se dá tanto pela necessidade de perfil profissional supracitado quanto pela complexidade inerente ao ambiente metropolitano. Optamos pela denominação Estratégia Saúde da Família em detrimento de Programa Saúde da Família (PSF) tendo em vista que tratar-se de uma estratégia, uma vez entendido como modelo de reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Questões decorrentes da dinâmica histórico-social de um grande centro urbano influenciam o processo de trabalho e as necessidades de educação em saúde percebidas pelos profissionais de saúde. A pobreza, a desigualdade social, as drogas e a violência urbana se potencializam por um *feedback* cruel e positivo, o que Campos¹ denominou de um “fluxo maluco e contraditório de informações, com essa ciranda perversa de destruição de valores penosamente contruídos”, influenciando nas atividades das ESF.

A violência urbana é um fenômeno social que influencia a dinâmica do trabalho das equipes de saúde, por estarem as equipes de saúde inseridas majoritariamente nas grandes periferias urbanas brasileiras. A política pública nacional^{2,3} que direciona a organização da ESF orienta que as Equipes de Saú-

de da Família devem estar atentas a tal fenômeno e assume a violência como um dos cenários de atuação dessas equipes.

Na América Latina, segundo Briceno-Leon, não há guerras neste século 21, mas as mortes por violência causam tantos homens mortos e produzem tantas mulheres viúvas e deixam tantas crianças órfãs, como as guerras que ocorrem em outros locais do planeta. Complementa análise afirmando que “[...] na América Latina encontramos mais mortes na calma da paz que na tormenta da guerra”^{4,5}.

Entretanto, essas mortes têm perfil e características que dão significado social ao fenômeno. A Organização Mundial de Saúde, em documento elaborado em 1999, refere que a violência é a primeira causa de morte entre pessoas jovens e produtivas com idade entre 15 e 44 anos, nos países da América do Sul. No que se refere aos indicadores econômicos dessa mortalidade, um aspecto muito significativo da violência urbana é que ela ocorre principalmente entre os pobres e nas grandes cidades^{4,5}.

A violência urbana, então, se define na literatura como aquela realizada no contexto das relações e da dinâmica mediada pela vida urbana, e dessa forma é composta não só por dados de letalidade, mas também por expressões de enfrentamento ao outro, por vias de assaltos à mão armada, ameaças, agressões, espancamentos, raptos e, por fim, os assassinatos⁶.

As classes média e alta vêem os pobres como uma ameaça e sentem-se como vítimas da violência, mas essa verdade é parcial. A classe média realmente sofre com a violência urbana, em contrapartida são os pobres quem mais padecem da violência, principalmente a violência mais intensa e letal⁴. Enquanto na classe média os principais atos de violência cometidos são os roubos, sequestros, agressões, a violência urbana na população pobre indica maior presença do assassinato^{4,6}.

Dessa forma, não se pode afirmar, como demonstram os estudos das Ciências Sociais, que a pobreza é a causa da violência. Os países mais pobres da América Latina (Bolívia, Haiti, Peru) não são os mais violentos, mas os que detêm em seus grandes centros urbanos radicais má distribuição de renda, as grandes metrópoles como Recife, Salvador e Fortaleza, no Nordeste brasileiro, e as cosmópolis, como São Paulo e Rio de Janeiro no Sudeste do país. As principais causas dessa violência urbana, então, apontam os estudiosos, são o empobrecimento da população, a desigualdade social e econômica, o desemprego e a exclusão escolar^{4,7}. Entretanto, foge ao escopo deste artigo a busca de verdades acerca da causa da violência, mas o esboço da violência como fenômeno cotidiano das vidas dos brasileiros e profissionais de saúde.

Destacamos, ainda nesse contexto, que o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas se tornou um problema de saúde pública nos últimos anos; devido ao aumento de sua prevalência e os graves efeitos na saúde individual e coletiva; também por suas consequências sociais, familiares e trabalho.

Na América Latina, produção, tráfico e consumo de drogas gera violência e problemas sociais que se agregam a problemas históricos^{4,7}.

Esses problemas são de diversas ordens e incluem em seu âmbito a produção de políticas públicas, nos diversos países, que lidem com essa esfera do comportamento social.

Ao fazer resgate cultural acerca com tema, percebemos autores da área relativizarem o uso de droga como problema central, dando a esse fenômeno caráter social e histórico. Para Carneiro o uso de drogas “faz parte da cultura humana há milhares de anos, como instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social”^{8,14}.

A abordagem a este tema está, entretanto, ligada diretamente a discussões punitivas e judiciais que por décadas passaram distantes do campo de atuação da saúde. As primeiras leis sobre a questão⁹ começaram a vigorar em meados de 1970 e tem como foco as medidas de prevenção e combate ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. Em meados de 1980 e 1990 surgem os primeiros órgãos¹⁰ que coordenam pesquisas e ações sobre drogas em âmbito federal de esfera de governo, mas ainda ligada à Justiça e se restringindo a ela o escopo de ações sobre o tema.

Apenas no fim dos anos 1990 um redirecionamento do trato da questão e novo delineamento do ordenamento jurídico no país tornou a questão da droga também uma questão de saúde pública, indicando ações de saúde e de prevenção¹¹. Pela primeira vez, no Brasil, reconheceu-se a diferença entre usuário, dependente e traficante, colocando no escopo das ações legais o reconhecimento da dependência como doença, antes de configurar como crime.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, algumas posições sobre modelos de tratamento a dependência a droga são ratificadas, como a prioridade de modelos comunitários de tratamento, além da necessidade de implementação de estratégia de redução de danos como intervenção significativa na esfera da saúde pública¹².

O desenvolvimento de políticas e as posturas ideológicas contribuíram, porém, para a criminalização do usuário da droga, criando um fosso entre políticas, lei, modelos de tratamento e práticas dos profissionais da saúde. O que temos em cena hoje, no cenário de atuação em saúde pública, é um descompasso no diálogo das complexas necessidades dos usuários com os modelos de acolhimento e assistência¹³.

Na atenção à saúde da população o que se vê são ações marcadas por estigmas, criminalização e preconceito, proporcionando situações de maior sofrimento e abandono^{8,10,13}. Posturas essas que afastam a possibilidade de implicação dos profissionais com temática e dá caráter moral e normativo à questão.

Por fim, destacamos que o trato à questão da droga e violência tem impacto decisivo na vida das pessoas. A literatura tem evidenciado por um lado, que essas questões merecem trato especial porque podem constituir ameaça fundamental à própria integridade física e sobrevivência da população⁶. Por outro lado, tem mostrado que ações comunitárias e intersetoriais, envolvendo as diversas esferas de poder, podem cessar ou tentar impedir a redução da qualidade de vida e a destruição das redes básicas de interação social que fundamentam o desenvolvimento de uma comunidade¹³.

As Equipes de Saúde da Família possuem a particularidade de trabalhar em estrito contato com a comunidade, como já destacamos. Assim, pelo fato de essas equipes serem levadas a agir em um contexto de contato direto com a problemática social acima exposta, resolvemos investigar o processo de trabalho de ESF em um cenário urbano.

O município de Fortaleza, por meio da Prefeitura Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, a partir do ano de 2005, decidiu adotar a ESF como o modelo estruturante da rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, seguindo uma proposta que há mais de dez anos vem sendo implementada em várias cidades do país, com excelentes repercussões na melhoria da qualidade da

atenção à saúde da população, em direção à resolutividade e à integralidade das ações em saúde¹⁴.

A decisão política, no município de Fortaleza, foi baseada nos resultados de desempenho insuficiente do Sistema de Saúde municipal até então com coberturas insuficientes e desiguais, do ponto de vista territorial, das ações de APS, com reflexos em todos os demais espaços da rede de cuidados progressivos. Análise situacional identificou que da população total do município de 2.300.000 habitantes, aproximadamente 1.950.000 cidadãos estavam em situação de maior vulnerabilidade e que necessariamente deveriam ter acesso à APS¹⁴.

A ESF consiste em um novo modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e na qualidade de vida, organizado nos princípios da equidade e universalidade, centrados não mais no indivíduo, mas na família e na comunidade¹⁵. A estratégia rompe com a perspectiva queixa-conduta (centrada na cura) e inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças. O perfil específico dos profissionais desses programas, envolvidos com o bem-estar das comunidades, é o da construção de compromisso, disponibilidade, intimidade e de relações de confiança⁹.

O objetivo deste artigo foi, portanto, analisar as percepções dos profissionais de nível superior que atuam na ESF em Fortaleza sobre a influência da violência urbana e da drogadição no processo de trabalho da equipes e investigar as necessidades educacionais dos profissionais envolvidos.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa sobre os discursos de profissionais de Saúde, a partir de Grupos Focais e entrevistas individuais em profundidade, com o escopo de análise baseado no método de Análise de Conteúdo, do tipo Categrorial e Temática^{16,17}.

A população selecionada para o estudo foi composta por profissionais de nível superior concursados que atuam no PSF no município de Fortaleza (CE). A amostra estudada foi definida intencionalmente considerando os seguintes critérios de inclusão:

- profissionais concursados;
- consentimento prévio e voluntário;
- garantia de participação de profissionais de vários serviços de PSF das seis divisões de administração regional do município;
- garantia de participação das categorias profissionais de médicos, enfermeiros e dentistas;

- garantia de participação de ambos os sexos, idades, ano de conclusão do curso de graduação, instituição que realizou a graduação e tempo de experiência na ESF diversos.

A técnica proposta para a coleta de dados foi a de Grupos Focais e entrevistas semi-estruturadas. Ressaltamos a definição de Grupo Focal como uma entrevista em grupo, que atende a fins específicos em dada investigação¹⁸. Segundo Morgan & Krueger, *apud* Gatti, a pesquisa com grupos focais tem por objetivo, captar, a partir de trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos¹⁹. Para fins desta pesquisa foram realizadas quatro sessões de Grupo Focal, gravados e transcritos posteriormente.

Foram realizadas um total de 18 entrevistas que versavam sobre a mesma temática, gravadas e transcritas posteriormente, gerando o material de análise. Para as entrevistas foram utilizados critérios de inclusão correlatos aos dos Grupos Focais. Critérios de exaustividade, representatividade e recorrência de conteúdos temáticos oriundos dos discursos práticos definiram os limites da coleta de informações.

De acordo com o método de análise de dados propostos^{16,17}, o processamento do material obtido foi realizado em três momentos:

- pré-análise: definição prévia de algumas categorias, leitura flutuante de todo o material. A edição dos textos dar-se-á a partir da classificação de enunciados intactos (sintagmas analíticos) por equivalência com conteúdos temáticos surgidos no decorrer da leitura;
- exploração e seleção dos temas discursivos: constituição do corpus de leitura a partir de critérios de exaustividade, homogeneidade, pertinência e recorrência;
- identificação de unidades de significado e de contexto: unidades textuais de palavras, linhas e parágrafos oriundas dos documentos e discursos selecionados e com significação em relação aos conteúdos temáticos em evidência. Ressaltamos que segundo Bardin, a unidade de registro pode ser de natureza e dimensões muito variáveis¹⁷.

O método de Análise de Conteúdo foi utilizado para evidenciar unidades de significado e conteúdos temáticos, sobre as necessidades educacionais em eixos que emergiram do material empírico¹⁷. Na última etapa da análise, fez-se a análise das categorias e subcategorias temáticas, estabelecendo diálogos com os autores consultados e a experiência e conhecimento dos pesquisadores, em um movimento dialético.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e obteve aprovação. Foram observadas e obedecidas todas as regras estabelecidas pela Re-

solução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pela Declaração de Helsinque, que estabelecem normas para os procedimentos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos^{20,21}. Todos os participantes de Grupos Focais e entrevistados foram previamente informados sobre os objetivos do estudo, ocasião em que lhes foi assegurado o anonimato e a possibilidade de desistência. Todos assinaram um termo de livre consentimento antes de participar de quaisquer momentos do estudo.

Resultados e discussão

A menção sobre diferenças entre a ESF no interior, em municípios de pequeno e médio porte e na capital está presente nos discursos de muitos dos profissionais:

No interior é muito mais fácil criar esse vínculo. Você sabe onde a paciente mora, o acesso é mais fácil e a construção do vínculo também. Na capital você tem um outro universo, o paciente pode mudar de área, ser de área descoberta, só procurar a unidade quando precisa de atenção. Temos medo de fazer visitas pela violência {...} (E6).

Aqui é bem difícil! No interior era mais fácil (E8).

Diferentemente de E2, nesse sentido, eu me sinto infeliz de estar no Programa Saúde da Família hoje, em Fortaleza, pois não era o Programa Saúde da Família que eu esperava. Mesmo entendendo que é um processo, que foi ampliado agora. Quem já trabalhou no interior sabe que a realidade aqui é muito diferente (E3).

Os discursos que afirmam a dificuldade de imersão no urbano, lançando mão os profissionais do uso de comparações acerca da ESF em um ambiente rural, já dão indícios da violência como dificultador da assistência e mesmo do processo de trabalho. Essa comparação, indicamos, reflete o estranhamento ao processo de vivência do espaço urbano, imersos em complexidades ainda em processo de estranhamento pelos profissionais estudados.

As dificuldades e contradições de também de atuar no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em um grande centro são referidas nos discursos dos profissionais, como supracitado e também descrito abaixo, parece influenciar direta ou indiretamente no processo de trabalho e nas necessidades educacionais percebidas por esses:

Em um grande centro, como Fortaleza, é mais difícil, mas isso não invalida a ESF, pois a comunidade também precisa muito. Talvez pela loucura de viver em um grande centro as pessoas se esquecem de olhar para o outro {...} de aprender com o outro (D2).

Aqui existe uma pressão muito grande pelo consumo, as desigualdades são enormes {...} (E4).

Trabalhamos em zonas de risco 1 {...} a realidade é terrível {...} pobreza, violência, desrespeito com os direitos humanos. Muito triste! (M2).

Agente está em uma capital, em uma grande metrópole, mas está muito distante do que eu esperava como o Programa Saúde da Família {...} (M8).

Reflexões sobre a problemática da violência urbana são explícitas no material discursivo. Chamou-nos a atenção o quão repetido e a comoção que tais reflexões repercutiam nos grupos focais:

Minha área apesar de não ter arrastão no posto, é uma área que a realidade social também direciona a realidade sanitária. Como falar de dieta para quem passa fome? Uma mãe hipertensa com um filho usuário de drogas, uma filha grávida e um filho preso? As necessidades de formação dos profissionais do Programa Saúde da Família são muito complexas! (M5)

Ter competência para trabalhar e lidar com a violência foi uma necessidade. No início tinha muito medo de entrar na comunidade (E2).

Na minha comunidade o grande pivô para problemas não esperados pelo Programa Saúde da Família são o tráfico de drogas e a violência gerada por esse! (E7).

A droga esta ligada diretamente a violência. Nós como MFC trabalhamos em zonas de periferia, com IDH muito baixo (R2).

A violência referida nos discursos acima se trata de uma violência que pode ser classificada como social, por expressar conflitos sociais e econômicos, mas não políticos, pois não tem o objetivo do poder. Assim, os profissionais fazem a leitura do processo da complexidade da violência conforme indicam alguns autores⁴: tratam a violência como típica das grandes cidades e reflexo principal das desigualdades sociais, exclusão e segregação de grupos econômicos sociais.

Segundo Briceno-Leon⁴ as principais causas dessa violência urbana são o empobrecimento da população, a desigualdade social e econômica, o desemprego e a exclusão escolar, sendo essa problemática encontrada na análise:

Quando fazemos visita domiciliar observamos o ócio causado pelo desemprego {...} (R3).

Vi muita desigualdade social {...} me intriga como podem viver dessa maneira {...} (D7).

Se os adolescentes abandonam a escola por causa do crack, o ciclo vicioso de pobreza, drogas e ignorância está instalado {...} (R2).

Assim, percebemos que os profissionais pesquisados são capazes de situar em questões sociais, econômicas e políti-

cas, problemas que tradicionalmente, pelas leituras biologicistas, foram tratadas como problemas individuais^{8,13}. Ou seja, as demandas que chegam às “clínicas” para assistência dos profissionais referidos são refletidas como imersas em dinâmicas macroestruturadas e não mais centrada do corpo individual dos pacientes assistidos.

No que concerne à percepção da violência urbana, até então “distante” da realidade concreta de alguns profissionais, foi manifestada em discursos que revelaram sentimentos como medo, impotência e ansiedade:

{...} vivemos em outro mundo, outra realidade {...}.

“{...} a violência parecia algo das favelas, não fazia parte da minha realidade, pelo menos, não do meu dia-dia {...}”

Fiquei com muito medo no início. Meu posto foi assaltado e não podemos fazer nada! (E3).

{...} então ela me ameaçou e avisou que sabia que eu ia todos os dias de ônibus {...} devo denunciar? (R6).

A maioria dos profissionais que participaram dos grupos e entrevistas vive em bairros de classe média alta e provém de famílias da classe média. Logo, deixam suas residências em áreas nobres da cidade e inserem-se na periferia, onde ocorre a violência de forma explícita, gerando grande angústia nesses profissionais. É como se a realidade da violência urbana, até então encoberta parcialmente, se manifestasse de forma explícita frente a eles. A percepção da violência urbana, até então “distante” foi manifestada em discursos que revelaram sentimentos como medo, impotência e ansiedade.

A literatura usada neste artigo já indicara^{4,6}, na introdução, que o fenômeno da violência é sentido pela classe média de forma distinta da presente na classe baixa, como afirmaram os profissionais. Enquanto os profissionais percebiam a violência através do medo (fenômeno implícito a realidade), na periferia onde atuavam na ESF percebia-se enquanto explícito (comprovado pela letalidade dos casos)⁶.

Já em relação a uso e abuso de drogas e suas consequências são referidas como problemática imposta às equipes de Saúde. Os profissionais referem o uso e abuso de drogas como uma “doença” e refletem sobre a abordagem aos pacientes e famílias envolvidas nessa problemática:

No CA um problema crucial são as drogas. 70% dos problemas de lá são ou são causados pelas drogas! No momento que deveria ser a fase mais produtiva do indivíduo ele se apanha ou é apanhado por essa droga. A família segue junto pois a “doença droga” é contagiosa e progressiva, segue uma devastação em cadeia. A droga gera violência, gera pobreza, gera instabilidade nas famílias, gera o abandono de vários valores, o abandono dos idosos, o abandono das crianças, então gera muitas disparidades dentro da comunidade. Temos que aprender a lidar com tudo isso!(E1).

Entra outra questão também, a questão da promiscuidade, da prostituição. Muitas vezes gerada pelo uso da droga! Os usuários de droga têm uma vida sexual muito promíscua, cada vez mais precoce e ativa. Imagine fazer o planejamento familiar nessas condições.” (M7).

“As crianças literalmente nascem e são jogadas no mundo {...} imagine fazer a puericultura dessas crianças filhas de usuários de drogas! (E4).

Temos uma paciente idosa, que vai ao posto escondido, pois os netos roubam seus medicamentos para vender e comprar drogas! Ela pediu que não a visitássemos, pois era perigoso {...} (R5).

O menino abandonou a escola, aparecia em casa só para comer e olhe lá {...} a mãe vivia no posto com queixas diversas que eram manifestações de sua preocupação com o filho drogado {...} agora eu pergunto, como resolvemos um problemão desses? (R3).

Os resultados demonstram que os profissionais tendem a indicar culpados (quase sempre os usuários) acerca do uso de drogas, retirando o caráter cultural⁸ do uso de drogas e legitimando-a como prática ilegal¹⁰, revelando o caráter moral do discurso dos profissionais. Ao remeterem ao “ócio” a causa do uso de droga, colocando à margem as questões como desemprego ou desigualdade social, os indivíduos (pacientes assistidos, usuários do serviço de saúde) são responsabilizados pelos problemas, evidenciando a desconexão entre questões sociais que envolvem a dinâmica do sujeito na comunidade.

A ordem, na representação dos profissionais, indica que primeiro vem o uso do *crack* e se instaura o problema, depois a destruição da vida, e o início de um processo social doentio. Ao remetermos a literatura essa discussão¹³, percebemos que a perda de valores da vida acontece paralela ao uso de drogas e a adição é um processo posterior de legitimação do uso como saída.

Riscos e vulnerabilidades inerentes a essa questão surgem como problemática a ser enfrentada pelos profissionais da ESF pertencente à ordem a seguir: promiscuidade sexual, início precoce da vida sexual, atividade sexual desprotegida, prostituição, negligência para com as crianças, problemas familiares, abandono e maus tratos de idosos, evasão escolar, dentre outros.

Ainda aparece nos discursos a questão da compra e venda de drogas nas dinâmicas comunitárias. Podemos apontar em discussão que esse fenômeno é facilmente confundido com a dependência e uso. Esse limiar pouco claro para os profissionais geram dificuldades no que se refere ao foco de ação, na medida em que, por exemplo, o dependente químico é confundido com o traficante, criminalizado.

A reflexão sobre a prática gerou a percepção sobre a necessidade de “Educação Permanente” em Saúde, sobre o tema uso e abuso de drogas:

{...} lá têm muitos adolescentes, crianças, drogas também. Isso gera necessidade de me capacitar para lidar com eles {...} (E3).

O trabalho em Saúde em situações de crise e caos leva os profissionais a refletirem sobre a dinâmica da sociedade e ao paradigma de um conceito ampliado de Saúde. Observamos no material discursivo a ampliação da consciência sobre as consequências perversas da desigualdade social, que vulnerabiliza indivíduos, famílias e comunidades:

Será que a pobreza justifica tudo isso que agente está falando. Será que tipo de pobreza que falamos? Não falta só emprego. Falta cultura, educação {...}. Isso também é doença, mas uma doença social. (R2).

Não podemos ter o luxo, a facilidade de tratar apenas as doenças biomédicas. A violência, as drogas e todas as consequências sinistras que elas geram são responsabilidades também dos profissionais de Saúde. (M1).

O problema dessas comunidades é mais social que sanitário. Essa questão das drogas, da violência, da pobreza. Isso tudo faz a comunidade adoecer. (E8).

Os profissionais revelam em seus discursos a percepção da necessidade de um olhar diferente para a sociedade e da responsabilização de cada um por essa:

Nós da Saúde da Família temos muito para reduzir a violência, desde que assumimos a responsabilidade que somos sujeitos de uma sociedade doente {...} (R5).

Depois que entrei no Programa Saúde da Família de Fortaleza mudei meu jeito de olhar para a beira-mar. Agora dói mais ver aquelas crianças, adolescentes se prostituindo. Sinto-me responsável por eles. (M7).

Não podemos ter o luxo, a facilidade de tratar apenas as doenças biomédicas. A violência, as drogas e todas as consequências sinistras que elas geram são responsabilidades também dos profissionais de Saúde. (M1).

Considerações finais

A pesquisa, apesar de não ter como propósito caráter conclusivo, revela fenômenos condizentes com a ESF, por ora contraditórios, que merecem destaques a seguir, a título de considerações.

Observa-se a contraposição entre a ESF almejada com a “[...] Estratégia de Saúde da Família da vida real [...]”. Essa contraposição gera ansiedade e frustrações nos profissionais, influenciando o processo de trabalho das equipes de saúde e as necessidades de “educação permanente” percebidas por essas. Notamos, por outro lado, que a leitura comparativa (urbano *versus* rural) revela ciência da dimensão complexa da

atuação no urbano que, embora carregada de afetos, contribui para a implementação da ESF no cotidiano do processo de trabalho.

Um olhar diferente acerca das problemáticas que rodeiam os usuários dos serviços em que trabalham os profissionais da ESF estudados, situa indicadores das dinâmicas sociais, econômicas e políticas como reais na concretude de suas atuações. Assim, fica aberta a possibilidade efetiva de troca entre realidades, mesmo com profissionais que têm origens em outras realidades sociais, como referidas por eles, por vezes opostas dos usuários assistidos. Essa possibilidade proporcionada pelo processo de trabalho da ESF parece indicar potente instrumento de reflexão crítica sobre realidade.

Entretanto, a pesquisa evidenciou contradição entre percepção do fenômeno da violência em relação ao fenômeno da droga. Embora os autores^{4,6,9,10} tenham situado como fenômenos de ordem social, a droga em algumas das falas é remetida como problema individual ou causador dos outros fenômenos sociais (como violência, atraso escolar etc.). Parece que ao se assumir a problemática das drogas como problema do campo individual e de ordem moral, antagônico à percepção da violência (eminentemente social, complexo e de ordem pública), as ações dos profissionais limitar-se-iam aos aspectos consequentes dessas percepções: quanto à assistência em saúde o encaminhamento a especialidade, quanto ao julgamento moral, culpabilização do usuário. Esse olhar não permite ação sistemática das equipes, em seu processo de trabalho, participativa com a comunidade dos territórios de abrangência. Ou seja, refletimos que o potencial de ação da ESF no que se refere a esse fenômeno estudado, mesmo imerso nas comunidades onde o fenômeno é vivo e presente, estaria estancado pelas perspectivas seguidas pelos profissionais.

Por fim, destacamos que os próprios profissionais indicam a possibilidade de saída para reflexão e viabilização de enfrentamento as questões vivida nos territórios: a educação permanente. Os profissionais revelam em seus discursos a percepção da necessidade de um olhar diferente para a sociedade, cuja responsabilização guiaria as práticas de saúde no território.

Não menos importante, destacamos que a consideração aos olhares dos próprios profissionais acerca dos seus processos de trabalho, pode servir de base para o desenvolvimento de processos de educação no âmbito da saúde. Pareceu-nos fundamental a consideração das problemáticas reais dos processos de trabalho dos profissionais para real efetivação de políticas, programas e tecnologias que visem a “educação permanente” e a otimização do trabalho das equipes de saúde de que atuam nos grandes centros urbanos.

Referências

1. Campos EMS. A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (Re) estruturação do Modelo Assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização. [Resumo de tese de Doutorado em Saúde Coletiva]. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.
4. Briceno-Leon R. La nueva violencia urbana de América Latina. *Sociologias*. 2002;4(8):34-51.
5. World Health Organization (WHO). Injury, a leading cause of the global burden of disease. Geneva; 1999.
6. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;5(4):259-67.
7. Castillo MMA, Caufield, LC, Meza MVG. Consumo de drogas e violência ocupacional em mulheres trabalhadoras de Monterrey, N. L. México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):1155-63.
8. Carneiro HS. As drogas e a história da humanidade. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2009;6(6):13-15.
9. Brasil. Lei 6.368 de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal; 1976.
10. Karam ML. Um olhar sobre a política proibicionista. *Psicol Ciência Profissão*. 2009;6(6):38-42.
11. Brasil. Lei 11.343 de 2006. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Casa Civil; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Conselho Federal de Psicologia. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: CFP; 2010.
14. Barreto ICHC, Andrade LOM, Loliola F, Paula JB, Miranda AS, Goya N. A Educação Permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde - Escola: O caso de Fortaleza (CE). *Divulgação em para debate – Série Conasens/CEBES* 2006;34:31-46.
15. Andrade LO, Barreto IC, Bezerra LC. Atenção primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.
16. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1989.
17. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*. 2004;10(15):124-36.
19. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber livro; 2005.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 1996. Brasília, DF, out. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
21. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ferney-Voltaire (France); 2008 [acesso 2010 Jan 10]. 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.