

Jéssyca Felix Da Silva Sampaio

**Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da  
violência armada: repercussões no trabalho e na saúde.**

Rio de Janeiro  
2020

Jéssyca Felix Da Silva Sampaio

**Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da  
violência armada: repercussões no trabalho e na saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane Batista Andrade

Rio de Janeiro  
2020

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S192v Sampaio, Jéssyca Felix da Silva.  
Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família  
diante da violência armada: repercussões no trabalho e na saúde /  
Jéssyca Felix da Silva Sampaio. -- 2020.

133 f. : il. color. ; mapas

Orientadora: Cristiane Batista Andrade.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Categorias de Trabalhadores.  
3. Violência. 4. Armas de Fogo. 5. Estratégia Saúde da Família.  
6. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 303.6

Jéssyca Felix Da Silva Sampaio

**Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da  
violência armada: repercussões no trabalho e na saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 05 de maio de 2020.

**Banca Examinadora**

Doutora, Maria Inês Monteiro, Doutora,  
Universidade Estadual de Campinas

Doutora, Simone Gonçalves de Assis,  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz

Doutora, Cristiane Batista de Andrade (orientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz

Rio de Janeiro

2020

*Dedico este trabalho a minha família e a todas/os as/os trabalhadoras/es que atuam em territórios de favela e que acreditam na Estratégia de Saúde da Família como meio de cuidado para a população que mais precisa.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e oportunidade de estudo.

Aos meus pais, reconhecendo o privilégio de ter nascido em uma família que sempre valorizou a educação e os estudos, possibilitando a mim e a meus irmãos estudar com todos os incentivos possíveis, com dedicação exclusiva até a conclusão da faculdade. Agradeço também aos meus irmãos que, mesmo longe, acompanharam e incentivaram-me neste percurso.

Ao meu amado esposo, pela paciência e companheirismo em toda vida compartilhada, mas, principalmente, neste período. Foram muitas noites em claro, finais de semana e dias de folga dedicados a este trabalho. E, quando parecia que não conseguiria me concentrar e estudar e que achava que não podia me ajudar, deu-me seu carinho e seu tempo, ao ficar sentado a meu lado.

Aos meus avós e minha tia, grandes incentivadores, que comemoram toda conquista, por mais que pareça um pequeno passo. O ensinamento do meu avô, conhecido por toda família, fez-me ter forças para continuar, afinal eu que escolhi isso para mim! O agradecimento se amplia aos demais familiares e amigas (os).

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pelo convênio e liberação para que pudesse realizar este curso. Em especial, agradeço a nossa antiga coordenadora (Paula Travasso), responsável por essa autorização. Éramos cinco profissionais da mesma unidade e, acreditando na potencialidade da formação, permitiu-nos organizar a unidade, junto com a equipe, para essas ausências.

À coordenação do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária, assim como aos outros professores e às/aos colegas de turma, pelo tempo compartilhado, todo o conhecimento construído coletivamente e todo afeto trocado em momentos tão difíceis.

Aos/às amigos/as e colegas com os/as quais compartilhei o trabalho na Rocinha por dez anos, pelas trocas que me permitiram o crescimento profissional e pessoal, possibilitando-me realizar este curso. Não podendo faltar o agradecimento às duas mulheres que me levaram até a Rocinha, novamente, muito obrigada, Maria Helena e professora Sandra Solange.

Aos/às novos/as companheiros/as de trabalho, na Formiga, pela recepção, apoio e torcida, para que eu pudesse dar seguimento e encerrar este trabalho. Também à Coordenação da CAP 2.2 e assessoria, pelo apoio.

Agradeço ao Leonardo Simonini, Léo, por me apresentar ao Zotero<sup>R</sup>, de maneira prática e fácil, possibilitando-me a organização das referências utilizadas, a organização da revisão integrativa e, inclusive, favorecendo a construção criativa do trabalho.

Agradeço ao bibliotecário Adriano Silva e à bibliotecária Fátima Martins, pelo apoio na construção da estratégia de busca para revisão integrativa.

Agradeço imensamente a todas/os as/os entrevistadas/os que compartilharam conosco parte da sua história, momentos que talvez não quisessem reviver, outros, no entanto, que deles têm muito orgulho. Obrigada por confiarem e acreditarem neste trabalho.

Após a defesa, acrescento os agradecimentos às Doutoradas Maria Inês Monteiro e Simone Gonçalves de Assis, que compuseram a banca avaliadora desde a qualificação deste projeto até a defesa da dissertação, trazendo importantes contribuições, assim como às Doutoradas Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Tatiana Giovanelli Vedovato, que compuseram a banca como suplentes.

Neste momento de pandemia, com o agendamento da defesa por web conferência devido ao isolamento social, sou grata também ao Marcus Victor Corrêa, pelo suporte e atenção durante a conferência e a toda a equipe da Secretaria Acadêmica da ENSP, pelo apoio e trabalho, para que fosse possível a conclusão deste curso.

Por último, não menos importante, mas por merecer um lugar especial neste agradecimento, agradeço a minha orientadora Cristiane Batista Andrade, Cris. Obrigada por todo apoio, orientação e cuidado neste período. Em alguns momentos, foi muito difícil continuar e você sempre esteve atenta, acolhendo minhas dificuldades, inseguranças e estimulando-me. Ao mesmo tempo em que eu era orientada e construíamos este trabalho, aprendia a como receber um/a aluno/a, orientando/a, como orientar tecnicamente, com aprofundamento sobre o assunto, mas com cuidado e leveza. Muito obrigada!



## RESUMO

**Introdução:** A violência urbana afeta todas as cidades e, principalmente, as metrópoles. Porém, o Rio de Janeiro apresenta característica diversa, com a presença da violência armada e dominação de alguns territórios por integrantes do narcotráfico. As consequências são vistas na mídia, nos noticiários, afetando a rotina de moradoras/es e pessoas que trabalham nesses locais. **Objetivo:** Analisar as repercussões da violência armada no trabalho, na saúde e na subjetividade de trabalhadores/as da Estratégia da Saúde da Família. **Aspectos metodológicos:** A investigação insere-se no campo da pesquisa social, com abordagem qualitativa. Foram realizados revisão integrativa e pesquisa de campo, com coleta de dados baseada na abordagem da história oral. Após aprovação nos Comitês de Ética da ENSP e Prefeitura do Rio de Janeiro, foram entrevistadas/os 15 trabalhadoras/es que atuam em uma unidade de Atenção Primária à Saúde em uma favela carioca, sendo: enfermeiras, médica, ACS, técnicas de enfermagem, gerente e auxiliar administrativa. Os resultados foram analisados, principalmente, com base na psicodinâmica do trabalho, a partir das obras de Dejours e Molinier. **Resultados:** Na revisão integrativa, assim como resultado das entrevistas, observamos a influência da violência armada, sobretudo dos confrontos, sobre a subjetividade destas/es trabalhadoras/es, sobre suas vidas e sobre o próprio trabalho. Observamos que as/os trabalhadoras/es utilizavam estratégias coletivas de enfrentamento para lidarem com o sofrimento relacionado ao trabalho e à violência. Essas estratégias sofrem diferenciação de acordo com o gênero e localidade na qual moram, sendo as/os ACS as/os trabalhadoras/es que mais sofrem. Identificaram o Protocolo de Acesso Mais Seguro como a única estratégia institucional para lidar com a situação de violência. **Conclusão:** Foi possível conhecer as vivências de trabalhadoras/es que atuam em território sob influência da violência armada, discutindo a repercussão desta em suas vidas, no trabalho e na saúde, assim como as mobilizações e estratégias envolvidas para lidarem com tal situação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Trabalhadoras/es. Violência Armada.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Urban violence affects all cities and, mainly, metropolises. However, Rio de Janeiro has different characteristics with the presence of armed violence and domination of some territories by members of drug trafficking. The consequences are usually seen in the news, affecting the routine of residents and people who work in these places. **Objective:** To analyse the repercussions of armed violence at work and on the health of workers in the Family Health Strategy. **Methodological aspects:** The research is inserted in the field of social research, with a qualitative approach. An integrative review and field research were carried out, with data collection based on the oral history approach. After approval by the ethics committees of ENSP and Rio de Janeiro City Hall, the 15 workers who work in a Primary Health Care unit in a Rio favela were interviewed, namely: nurses, doctor, CHA, nursing technicians, manager and administrative assistant. The results were analysed, mainly, based on the psychodynamics of work, based on the works of Dejours and Molinier. **Results:** In the integrative review, as well as the result of the interviews, we observed the influences of armed violence, especially the confrontations, on the subjectivity of these workers, their lives and on their work. We observed that the workers use collective coping strategies to deal with work-related suffering and violence. These strategies are differentiated according to the gender and locality where they live, with CHAs being the workers who suffer the most. They identify the Safer Access Protocol as the only institutional strategy to deal with the situation of violence. **Conclusion:** It was possible to know the experiences of workers who work in the territory under the influence of armed violence, discussing the repercussions of this in their lives, at work and in health, as well as the mobilizations and strategies involved to deal with this situation.

**Keywords:** Primary Health Care. Workers and Female workers. Armed Violence.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMS	Acesso Mais Seguro
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Tese e Dissertações
BOPE	Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar do Rio de Janeiro
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESEC	Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CF	Clínica da Família
CFMSSS	Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza
CIAS	Complexo Integrado de Saúde
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OCT	Organização Científica do Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organização Social de Saúde
OTT	Onde Tem Tiro
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
PMCRJ	Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PPT	Psicopatologia do Trabalho
PREV-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RECAPS	Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde
RT	Responsável Técnico
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SISREG	Sistema de Regulação
SMS RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo De Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.</b> .....	<b>12</b>
<b>2. Objeto, pressupostos, justificativas e objetivos.</b> .....	<b>16</b>
2.1 Objeto. ....	
2.2 Pressuposto. ....	
2.3 Objetivos da Pesquisa.....	
<b>3. Referencial Teórico.</b> .....	<b>17</b>
3.1. Atenção Primária à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. ....	
3.2. Violência Armada e a Atenção Básica em Saúde. ....	
3.3 A Psicodinâmica do Trabalho: subsídios para o entendimento da relação trabalho e saúde de profissionais da Atenção Básica. ....	
<b>4. Aspectos metodológicos.</b> .....	<b>37</b>
4.1. A pesquisa de campo. ....	
4.2 Cenário de Estudo: a escolha do local. ....	
4.3 Participantes da Pesquisa. ....	
4.4 Coleta de dados. ....	
4.5 Análise dos dados.....	
4.6 Aspectos Éticos. ....	
<b>5. Trabalho e saúde de profissionais da Atenção Primária à Saúde diante da violência armada: o que diz a literatura brasileira sobre o tema?</b> .....	<b>43</b>
5.1 Metodologia da Revisão de Literatura. ....	
5.2 Resultados e discussão. ....	
5.3. Influência da Violência Urbana/armada no trabalho e na saúde na atenção básica. ...	
<b>6. Os/as trabalhadores/as de saúde que vivenciam a violência armada: suas histórias e o trabalho na atenção básica – A pesquisa de Campo.</b> .....	<b>53</b>
6.1. O encontro com a comunidade, a unidade de saúde e as/os trabalhadoras/es.....	
6.2 Revivendo as memórias sobre a comunidade.....	
6.3 As/os trabalhadoras/es entrevistadas/os. ....	
6.4. Conhecendo um pouco mais das/os profissionais. ....	
6.5 As atividades desenvolvidas pelos/as profissionais de saúde no local pesquisado. ....	
6.6 O trabalho na atenção básica em saúde e suas dificuldades do cotidiano. ....	
6.7 Trabalhando nos dias de “folga”. ....	
<b>7. As vivências de violência armada no território: perspectivas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>83</b>
7.1 Os relatos sobre a violência armada. ....	
O caso do Helicóptero: o vivido que não saiu das memórias.....	
7.1.2 O Medo. ....	

7.2 A influência da violência armada na organização do trabalho na atenção básica.....	
7.3 As estratégias institucionais de enfrentamento da violência armada. ....	
7.4 Vivências dos/as profissionais diante da violência armada.....	
7.5 A saúde – O corpo e a subjetividade sob a influência da violência armada.....	
7.6 – Do Sofrimento ao prazer no trabalho. ....	
<b>Considerações finais .....</b>	<b>118</b>
<b>Referências .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO I - TCLE .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO II - ROTEIRO.....</b>	<b>132</b>
<b>Anexo III – Parecer ENSP .....</b>	<b>133</b>
<b>Anexo IV – Parecer SMS/RJ .....</b>	<b>134</b>

## 1. INTRODUÇÃO.

Na cidade do Rio de Janeiro estamos constantemente vivenciando situações de violência, o que traz implicações para toda a população. Diariamente, são vivenciados e/ou vistos nos noticiários situações de mortes violentas, tiroteios, confrontos entre facções ou em incursões policiais nas favelas. Como descrevem Minayo e Souza (1997), a violência é complexa, tem caráter pluricausal, polissêmico e controverso, além de estar associada à estrutura social injusta e desigual, o que corrobora o desafio que é se debruçar sobre esse tema (MINAYO; SOUZA, 1997).

Comecei minha vida profissional como enfermeira de um Posto de Saúde, Dr<sup>o</sup> Albert Sabin, na região da Rocinha, onde atuei por quase dez anos<sup>1</sup>. A Rocinha teve, por muito tempo, o título de maior favela da América Latina. De lá, conheço muitas belezas e mazelas. Está localizada na zona sul do Rio de Janeiro, com vistas lindíssimas e parte da população de descendência nordestina, que traz na sua história a força de trabalho e o sonho de uma vida melhor. É considerada por alguns uma favela "elitizada", na qual a população consegue acesso mais fácil às atividades culturais (por estar na zona sul e pelas diversas Organizações Não Governamentais – ONGs do território) e às praias cariocas. Mas, infelizmente, vive os reflexos das desigualdades sociais.

Uma delas é a violência estrutural, como a ausência de serviços públicos e condições adequadas de moradia e saneamento, além da violência armada. Segundo Minayo (2006, p. 81), a violência estrutural está relacionada com os "processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e 'cronificam' a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia". É um tipo de violência difícil de ser quantificada, pois acontece continuamente, repete-se historicamente, estando associada inclusive com a cultura, fazendo com que seja, por vezes, naturalizada.

Nestes dez anos de trabalho na Rocinha, tive a oportunidade de acompanhar a estruturação dos serviços de saúde deste território, que hoje conta com 100% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Vivenciei, em muitos atendimentos, as consequências da violência (agressão contra mulher, criança, idoso, etc.; violência física, emocional, financeira, negligência, dentre outras) e também as situações de conflitos entre facções ou operações policiais

---

<sup>1</sup>Em fevereiro de 2019, fui demitida e desligada do contrato de trabalho da Organização Social de Saúde na qual a unidade estava vinculada, já que houve a Reestruturação da APS no Município do Rio de Janeiro, que está em curso.

violentas. Como enfermeira de equipe, meu sentimento era de preocupação com as pessoas que atendia e com os outros profissionais, principalmente com aqueles que residiam no território da favela.

Poucas vezes tive medo de estar na Rocinha. Ainda como enfermeira de equipe, lembro-me de uma operação com o Batalhão de Operações Policiais Especiais da Polícia Militar do Rio de Janeiro (BOPE), com carros blindados<sup>2</sup> e helicóptero, em que procurei minha gerente, pois não tinha condições de atender, enquanto ela tentava, junto à coordenação da área em Botafogo, determinar o que seria feito.

Em outras situações, eu já estava como gerente da unidade. Em uma delas, com um policial ferido em uma operação, o helicóptero da polícia sobrevoou a favela para tentar facilitar o resgate, mas tínhamos a nítida sensação de ouvir o barulho dos tiros do helicóptero para baixo (informação que foi negada pela mídia). A outra foi durante a ocupação pelas Forças Armadas no território, em que estava em outra unidade de saúde e voltei para Rocinha, junto com outros colegas, trabalhadores/as desta unidade, para conseguir acalmar a equipe que estava “presa” na clínica e retirá-los com maior segurança.

Como gerente da unidade de saúde, o sentimento em relação à preocupação com os profissionais e usuários ficou muito maior. A gerência dessa unidade era compartilhada, éramos em duas, o que possibilitava uma troca entre pares em situações como a descrita, o que, na maioria das unidades, não é possível, por ter apenas um gerente. Na posição de gerentes, precisamos orientar a equipe e manter certo controle da situação, e, para isso, precisamos não deixar transparecer nossos medos e agir. Quando assumi a gerência da unidade, o processo em relação a produção do Protocolo de Acesso Mais Seguro (AMS) já estava em andamento.

O protocolo de AMS é uma adaptação do Programa do Comitê Internacional da Cruz Vermelha para situações de guerra, em que visa à manutenção dos serviços públicos essenciais, diminuindo os riscos que correm os profissionais e usuários que estão em áreas de risco pela violência armada. A Comissão local é formada por trabalhadores/as de forma voluntária, mas tenta garantir que todas as categorias estejam representadas e que haja trabalhadores/as que sejam moradores/as do território. A partir da formação desta comissão, os critérios são escolhidos coletivamente e aprovados em reunião geral da unidade de saúde. A decisão em relação aos procedimentos a serem adotados passa a ser feita por esse coletivo local, com base no protocolo, o que facilita a

---

<sup>2</sup> Conhecido popularmente como “caveirão”, que serve para o transporte dos policiais do BOPE e também para romper as barreiras colocadas pelo tráfico nas ruas.



tomada de decisão em muitos momentos. A decisão deixou de ser exclusivamente da Coordenação, que fica fora da comunidade, dando legitimidade à avaliação feita pelos profissionais que estão dentro do território quando surgem as situações de risco (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2018),

Reconhecendo o protocolo como uma das ferramentas de apoio à gestão local, inscrevemos um trabalho no Congresso Carioca de Atenção Primária à Saúde em 2017, que recebeu o primeiro lugar. Outro relato de experiência sobre o AMS mais antigo foi apresentado no Congresso Brasileiro de Medicina de Família de Comunidade em 2013, trazendo a experiência da implantação do Protocolo de AMS em uma unidade de ESF na comunidade do Juramento no Rio de Janeiro. Dessa maneira, a implantação do protocolo proporciona maior objetividade das avaliações das situações de risco, padronizando, organizando e planejando as ações para momentos críticos, facilitando com isso o gerenciamento do estresse no trabalho. Não só do estresse, mas do medo e das inseguranças diante do risco de vida (BARRETO *et al.*, 2013).

Mesmo com o protocolo de AMS da unidade atualizado, fomos surpreendidos, em setembro de 2017, com uma das piores situações de conflito armado na Rocinha que aconteceu entre facções e, posteriormente, entre os traficantes e a polícia. Foram dias de tiroteios intensos. Eram piores no final de semana, mas, muitas vezes, as unidades de saúde e escolares do território precisaram ser fechadas devido ao confronto. Esse fato culminou no fechamento temporário do Complexo Integrado de Saúde (CIAS) da Rocinha, com a tentativa de proteção dos trabalhadores e usuários, noticiados maciçamente nos meios de comunicação. As atividades da UPA, CF e CAPS foram transferidas para unidades de saúde fora do território. Após as unidades serem reabertas, em uma sexta-feira pela manhã, houve novamente tiroteio com vias fechadas, pontos de incêndio dentro da comunidade e foi autorizada a entrada da força militar na Rocinha. Esse momento foi de grande estresse e, mais uma vez, as atividades foram interrompidas e a unidade fechada. Na semana seguinte, a comissão local do AMS precisou avaliar o território para a retomada das atividades de atendimentos à saúde. Apesar de aparentemente não ter confronto, o cenário não era o habitual, com tanques de guerra e paredes de casas completamente destruídas.

Não havia no nosso protocolo a previsão de uma situação parecida com essa. Tivemos que montar uma “comissão de crise” (como denominamos), com trabalhadores da comissão e outros que originalmente não faziam parte, para fazermos um plano emergencial para avaliação, discussão com a coordenação em relação ao funcionamento

dos serviços e, posteriormente, atualização do protocolo de AMS contemplando a nova realidade.

Ao longo do tempo, percebi que poderia oferecer apoio nos momentos críticos, utilizar o protocolo de AMS para diminuir os riscos, mas que cada pessoa sentiria e responderia de uma forma diante dessas situações. Para alguns, o sofrimento e as angústias geradas eram tantas que precisaram sair ou trocar de unidade. Outros, porém, permaneciam e ainda permanecem neste lugar.

Então, pretende-se aprofundar as análises sobre as vivências de trabalhadores/as em relação à violência, as mobilizações e estratégias elaboradas a partir do sofrimento, além de discutir o apoio individual e coletivo, favorecendo a manutenção desses serviços dentro das favelas com profissionais com condições de trabalho adequadas, fortalecidos para o atendimento à população.

Assim, considero que esta investigação será uma oportunidade de dar vozes a estes/as trabalhadores/as da Atenção Primária à Saúde (APS), moradores ou não do território escolhido sobre suas vivências diárias.

Este estudo teve as seguintes questões norteadoras: Como se configuram o trabalho e a saúde, sobretudo as mobilizações subjetivas dos profissionais que atuam em territórios conflagrados pela violência armada? Há diferenças relacionadas com local de moradia, gênero, faixa etária, atividade profissional e tempo de trabalho no local?

Esta dissertação será apresentada por meio de sete partes. Na primeira delas, são apresentados objeto de estudo, justificativa, pressupostos e objetivos. O capítulo dois discorre sobre o Referencial Teórico, a saber: Atenção Primária à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família na cidade Rio de Janeiro, Violência Armada e a Atenção Básica em Saúde e A Psicodinâmica do Trabalho: subsídios para o entendimento da relação trabalho e saúde de profissionais da Atenção Básica.

Já o capítulo três versa sobre os Aspectos Metodológicos realizados no estudo, ao passo que o quarto apresenta os resultados da revisão integrativa realizada sobre o tema da pesquisa. Na sequência, o quinto capítulo apresenta os resultados e a discussão sobre a unidade pesquisada e os/as profissionais participantes. No capítulo seis, são discutidas as atividades desenvolvidas na AB sob as perspectivas dos participantes. E, no último capítulo, são discutidas as vivências diante da violência armada do ponto de vista das/os trabalhadoras/es da APS.

## **2. OBJETO, PRESSUPOSTOS, JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS.**

### **2.1 Objeto.**

O objeto desta pesquisa é o trabalho e a saúde diante da violência armada, incluindo as mobilizações subjetivas de trabalhadores/as da APS, em uma favela na cidade do Rio de Janeiro.

### **2.2 Pressuposto.**

Partimos do pressuposto de que a exposição à violência armada pode influenciar o cotidiano de trabalho e a saúde dos/as profissionais. Eles podem nos relatar sobre os sofrimentos, de forma mais ou menos explícita, trazendo relatos de implicações para a saúde desses/as trabalhadores/as e/ou para a organização do trabalho, de acordo com a vivência pessoal e coletiva.

### **2.3 Objetivos da Pesquisa.**

#### Objetivo Geral

- Analisar as repercussões da violência armada no trabalho, na saúde e na subjetividade de trabalhadores/as da Estratégia da Saúde da Família.

#### Específicos

- Compreender as mobilizações individuais e coletivas dos profissionais e as estratégias institucionais para o enfrentamento da violência armada;
- Analisar se as mobilizações sofrem diferenciação de acordo com as variáveis: local de moradia (profissionais que moram ou não no território sob influência da violência armada), gênero, faixa etária, atividade profissional e tempo de trabalho no local.
- Identificar as estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais, a partir das vivências diante da violência armada no território.

- Sistematizar a literatura sobre o trabalho em saúde na atenção básica e as mobilizações dos profissionais diante da violência armada conflagrada nos territórios nos quais trabalham.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO.**

Para a fundamentação teórica desta pesquisa, discutiremos a violência armada e as influências no trabalho de profissionais da atenção primária a partir de documentos oficiais para discussão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e ESF, além das recentes produções sobre o tema. Serão utilizados estudos baseados nas produções de Cecília Minayo, Edinilsa Souza, dentre outros; bem como produções de pesquisadores do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESEC), grupo da cidade do Rio de Janeiro que discute a violência urbana e armada.

Os aspectos referentes ao trabalho, às mobilizações subjetivas e às estratégias de defesa e de enfrentamento serão analisados a partir da psicodinâmica do trabalho em Christophe Dejours e Pascale Molinier.

#### **3.1. Atenção Primária à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.**

A APS possui marcos importantes em sua concepção e para o seu fortalecimento no decorrer do tempo. Lord Dawson é tido como um dos primeiros a descrever uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Relatório Dawson de 1920. Neste estava descrito que os "*Primary Health Centers*", ou seja, os Centros de Saúde Primários deveriam estar no território próximo aos pacientes e ter população adstrita, nos quais os profissionais deveriam manter o vínculo com seus usuários, funcionando como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado. Os serviços de atenção secundária deveriam estar centralizados, em cidade maiores, levando em consideração a localização das pessoas e a distribuição dos transportes públicos. Os centros de atenção terciária deveriam estar vinculados a hospitais de ensino. Em 1948, foi criado o Sistema Nacional de Saúde Britânico - *National Health Service* (NHS), com reformulações, mas tendo como base o referido relatório (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Outro marco foi a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", realizada em 1978, que culminou na Declaração de Alma-Ata. Nela estão expressos: o conceito ampliado de saúde como direito fundamental; o descontentamento em relação às desigualdades em saúde das pessoas nos diferentes países, indicando ser esta inaceitável do ponto de vista político, social e econômico; o direito e dever da participação social na organização e execução dos cuidados de saúde. Havia a indicação de que a organização dos serviços de cuidados primários seria o caminho para o alcance da meta "saúde para todos no ano 2000", fortalecidos pela justiça social, e esta também define que o cuidado primário à saúde é essencial. O cuidado deve ser universal, com custo acessível para os indivíduos e países, ou seja, deve ser parte central do sistema de saúde proporcionar a porta de entrada do sistema. Para tanto, deve estar próximo à moradia das pessoas ou lugar de trabalho (MENDES, 2011).

Starfield (2002) define a APS como a porta de entrada do sistema de saúde, com foco na atenção às pessoas e não na doença. É responsável pelo atendimento e acompanhamento dos problemas mais comuns da população, desenvolvendo ações de prevenção, tratamento, cura e reabilitação. Além disso, descreve quatro atributos essenciais para APS: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação e três atributos derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural.

No Brasil, há muitas iniciativas e tentativas para organização da APS, em diferentes cidades, respeitando concepções e interesses diversos. Tivemos a descrição de Centros de Saúde e de Escola datados de 1920, em São Paulo, com proposta inovadora, em relação às ações de saúde da época. A população teria acesso aos serviços que seriam compostos por ações integradas, com caráter permanente, baseadas em ações educativas para promoção da saúde, contrapondo a assistência pública à saúde da época, com ações provisórias e de campanhas (LAVRAS, 2011).

Antes do SUS, havia outros serviços de APS que merecem destaque, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), iniciado em 1940, com ações preventivas e curativas, atendimentos ambulatoriais, domiciliares, campanhas, atendimentos de urgência e emergência. A equipe era composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes sanitários. O trabalho era focalizado em regiões importantes na produção de materiais de exportação internacional, como a borracha na Amazônia e a

extração de minérios em Goiás. A partir de 1960, com a lei sancionada por Juscelino Kubitschek, o SESP é denominado Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), e vinculado ao Ministério da Saúde (MS), com ampliação de suas atividades ao nível nacional (VILARINO, 2008).

Já em 1970, surgem as primeiras experiências de medicina comunitária, com o auxílio das universidades e influenciado pelo Movimento da Reforma Sanitária. Dentre os municípios com serviços de medicina comunitária, estavam Niterói, Campinas, Londrina, Montes Claros, entre outros, com expansão posterior (LAVRAS, 2011).

Com base na experiência desses municípios, em 1978, o Governo Federal desenvolveu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de expandir as ações, por meio da utilização de tecnologias mais simples e atuação de profissionais como auxiliares de enfermagem e agentes moradores do território. O PIASS trouxe experiências pioneiras em relação à organização dos serviços de atenção à saúde, a partir da APS, para criação de uma rede, no qual os serviços não deveriam ser sobrepostos ou concorrentes, mas ainda tinha uma atenção seletiva para as populações mais pobres. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), de 1981, buscava a distribuição e o acesso universal aos serviços básicos de saúde em todo o país. Como o PIASS não conseguiu progredir e devido à crise no setor, o MS estabeleceu como resposta provisória as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que antecederam a construção do SUS (FAUSTO e MATTA, 2007).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi marcada pela maciça participação social nas discussões e pela consagração do conceito ampliado de saúde, da universalização do direito à saúde e dever do Estado (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [s.d.]). Com a luta pela redemocratização, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que ficou conhecida como "Constituição Cidadã", pois está descrito no Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde, no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Ainda descreve a organização dos serviços públicos de saúde como integrantes de "uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único", que deve respeitar as diretrizes da descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Como complementação e para viabilização dos direitos constitucionais à saúde, foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080/90 regulamenta as ações do SUS em todo o território nacional, a participação da iniciativa privada em caráter complementar e com prioridade para as instituições filantrópicas; descreve as competências de cada esfera do governo; além de tratar sobre a gestão dos recursos financeiros. Já a Lei 8.142/90 regulamenta a participação social por meio das instâncias colegiadas (Conferência e Conselho de Saúde), com participação paritária dos usuários em relação aos demais participantes (BRASIL, 1990).

Em 1991, o MS cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma das iniciativas para reorganização da APS, baseado em experiências de serviços comunitários, de organizações não-governamentais e religiosas, como uma das iniciativas para reorganização da APS (MADUREIRA, 2015).

Com avaliação positiva do PACS, pelo MS, foi criado o Programa de Saúde da Família em 1994. Para incentivar financeiramente os municípios para a adoção do PSF, foi realizada a edição da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, instituindo-se o Piso da Atenção Básica (PAB), que é composto por uma parte fixa, calculado *per capita* e uma parte variável (PAB Variável), que serve para incentivar a implantação do PACS e PSF (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve o PACS e PSF<sup>3</sup> como estratégias prioritárias para reorganização da APS, com o foco na família e comunidade, mediante ao vínculo e cadastramento dos usuários. Em 2011, a PNAB foi revisada com o objetivo de manter a centralidade no PSF para consolidação da APS, com expansão do serviço, estabelecimento do serviço como a principal porta de entrada do SUS e responsável pela coordenação do cuidado dos usuários nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Já em 2017, a PNAB sofreu nova alteração, dessa vez com diversas críticas pelas relativizações descritas. São incluídos à definição da AB: abordagem familiar,

---

<sup>3</sup>A partir de 2008, é chamado de Estratégia de Saúde da Família – ESF.

vigilância em saúde, cuidados paliativos e gestão qualificada. Apesar da manutenção da ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no Brasil, outras formas de organização da AB nos territórios são reconhecidas para fins de financiamento, sendo o gestor municipal responsável pela avaliação e determinação da forma de organização da sua APS. Neste documento de 2017, a PNAB mantém como componentes da equipe mínima: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas descreve pouco em relação ao principal diferencial do acompanhamento pela saúde da família, que é o acompanhamento domiciliar (MOROSINI *et al.*, 2018).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o serviço da atenção básica no Brasil é descentralizado e capilarizado, devendo estar o mais próximo possível dos usuários, garantindo o acesso, sendo preferencialmente o primeiro contato da população com o Sistema de Saúde e devendo estar em acordo com “Princípios da equidade, universalidade e integralidade” e seguir as seguintes diretrizes:

Regionalização e hierarquização, territorialização, adscrição, cuidado centrado na pessoa (família, comunidade e outras formas de coletividade), resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação das redes e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Em estudo realizado por Neves *et al.* (2018), é analisada a tendência temporal em relação a cobertura da ESF no país. A cobertura no território nacional era de 45,3% em 2006, ampliando para 64% em 2016. A Unidade Federativa (UF) do Rio de Janeiro saiu de 27,9% em 2006 para 52% em 2016. Nessa pesquisa, o Rio de Janeiro fazia parte das 13 UFs com cobertura inferior a 75%, destas se destacam Distrito Federal e São Paulo, com menos de 50% de alcance da população pela ESF no ano de 2016.

Segundo a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (PMRJ), em fevereiro de 2018, a cobertura de Saúde da Família (SF) já se estendia para mais de 70% dos cariocas, saindo de uma cobertura de 3,5% em 2008. Essa cobertura é alcançada pela composição de unidades conhecidas como modelo A - chamadas Clínicas da Família (CF); e unidades de modelo B, tradicionais, que receberão equipes de Saúde da Família. Por questões estratégicas para facilitar o acesso da população, muitas unidades de SF estão em lugares onde a população apresenta maior vulnerabilidade de saúde e social,

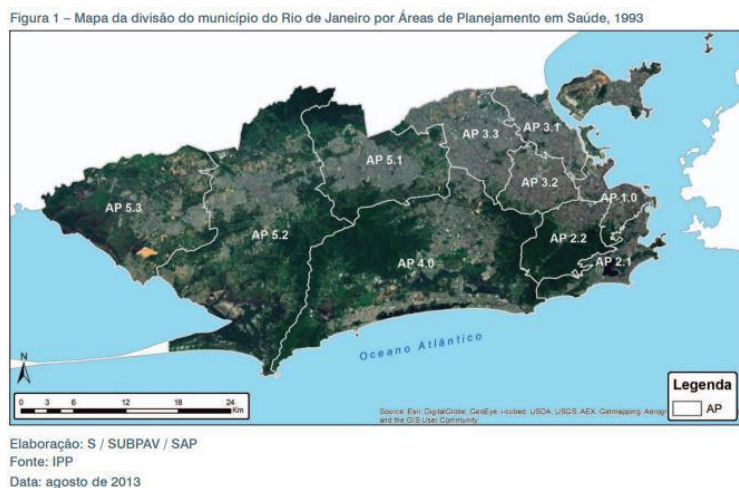


como nas comunidades ou favelas (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

Esse movimento de expansão da APS foi iniciado pelo governo municipal com a criação do Programa Saúde Presente. Segundo o site da Prefeitura do Rio, o objetivo do programa era de ampliar a toda população carioca os serviços de saúde e promover a integração entre eles<sup>4</sup> (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO). A expansão foi iniciada em Santa Cruz, bairro mais distante do centro da cidade do Rio de Janeiro. O movimento foi denominado como “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” (RCAPS) (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Para o planejamento e a organização do setor saúde, o município do Rio de Janeiro é dividido em dez Áreas de Planejamento (AP). Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS), as coordenações de todos as AP foram responsáveis pelo desenho da distribuição dos serviços, fazendo com que a expansão fosse realizada de acordo com as necessidades e especificidades da população de cada área (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Figura 1. Mapa da divisão da cidade do Rio de Janeiro de acordo com as áreas de planejamento.



Nesse processo de expansão, as CF foram implantadas a partir do contrato de gestão firmado pela Prefeitura no Município do Rio de Janeiro com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). As OSS são empresas sociais sem fins lucrativos, responsáveis

<sup>4</sup><http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>

pela manutenção, infraestrutura, serviços e contrato de recursos humanos. No contrato de gestão, estão previstos os serviços a serem prestados e os indicadores que a prefeitura deve acompanhar em relação ao serviço prestado pela OSS, além das atividades desenvolvidas pela unidade e de qualidade de acompanhamento pelas equipes de SF (SORANZ *et al.*, 2016).

Em 2011, foi lançada a Carteira de Serviços, pela Prefeitura do Rio de Janeiro, que contempla os serviços de saúde que devem ser disponibilizados nas unidades de APS para nortear as ações. Ela traz informações sobre a organização das unidades e conceitos básicos para os profissionais, por exemplo, APS, territorialização e acolhimento. Descreve também sobre a necessidade e a importância da formação de colegiado gestor para o estímulo e a garantia da participação popular, além de mostrar os serviços disponíveis por ciclo de vida. Apresenta as ações de saúde bucal, vigilância em saúde e de promoção da saúde. No final, traz a Carta dos Direitos do Usuário da Saúde (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) descreve as principais funções dos profissionais da ESF. Destacamos, dentre as atribuições dos ACS, a realização de visita domiciliar para cadastramento, atualização e acompanhamento das famílias do seu território adstrito e ações de promoção de saúde. Para o enfermeiro, destacamos o atendimento integral e em todos os ciclos de vida nas consultas de enfermagem, de acordo com os protocolos vigentes; acompanhamento domiciliar, quando indicado; supervisão dos ACS e técnicos de enfermagem, além de ações de educação permanente e procedimentos de enfermagem. O técnico de enfermagem deve realizar ações regulamentadas pelo órgão competente, como vacinação, aferição de pressão arterial e curativos, seja na unidade ou no domicílio, caso necessário. Ao médico, cabe o acompanhamento de pessoas mantendo o atendimento integral e de acordo com as fases de desenvolvimento; encaminhamento para atenção secundária ou terciária quando necessário; acompanhamento domiciliar quando indicado. Além disso, existem atribuições de toda a equipe, como responsabilização pela população adstrita, criação de vínculo, ações para melhoria da qualidade de vida da população, realização de busca ativa e promoção da participação popular (PNAB, 2017).

Em agosto de 2018, 70% da população carioca era coberta pela SF. A partir de outubro de 2018, a Prefeitura do Rio de Janeiro iniciou um estudo para a "readequação

da rede de Atenção Primária", que culminou na proposta de redução de 184 equipes de saúde da família, além de profissionais da saúde bucal e do Núcleo da Atenção à Saúde da Família (NASF). Segundo a Prefeitura, "a ESF é um método de assistência, mas não é o único", e é necessário adaptar a oferta de serviço à necessidade da população, além da necessidade de "adequar o serviço ao orçamento municipal". A Prefeitura acredita que tal medida propiciará maior acompanhamento pela gestão em relação ao serviço da APS, aumento da produção ambulatorial e da resolutividade, manutenção dos salários dos profissionais em dia e disponibilização de medicação (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2018). A medida ainda precisava de aprovação na Câmara dos Vereadores, sendo necessário que a Prefeitura prestasse esclarecimentos técnicos ao Ministério Público e ao Tribunal de Justiça antes de encaminhar o projeto para aprovação. Ficamos um período sem conhecimento sobre a atualização dos processos pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas, pois as informações não estavam sendo publicizadas, mas, em fevereiro de 2019, as demissões voltaram a ser realizadas, assim como a reorganização dos serviços de saúde.

Os/as trabalhadores/as da APS de diversas categoriais, através de seus sindicatos, entraram com representações coletivas no Ministério Público. Em resposta, foi apresentado um estudo pela SMSRJ, através da Subsecretaria de Promoção da Saúde à Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV), justificando os critérios adotados para que as equipes fossem reduzidas. Os critérios utilizados foram: médio ou alto Índice de Desenvolvimento Social (IDS); menos de 3.000 usuários cadastrados na equipe, equipe com a produção abaixo de 75% do acordado no contrato de gestão firmado entre as OSS e Prefeitura; equipe que tivesse atendido menos de 40% da população cadastrada desde a inauguração; e equipe que não tivesse residência de medicina ou enfermagem. Segundo o documento, 230 equipes de Saúde da Família que tinham quatro ou cinco destes critérios foram reavaliadas individualmente e foi decidido pela desativação de 184 equipes (SUBPAV, 2018).

Para essa nova realidade, a SMSRJ, em acordo com a PNAB 2017, adotou diferentes estratégias para a composição de equipes de APS, em quatro modalidades:

- 1 – Equipe de Saúde da Família tradicional, com população adstrita de até 3500 usuários, e cada ACS é responsável por até 750 famílias;
- 2 – Composição igual a anterior, mas conta com programa de residência;

3 – Considerada Equipe de Saúde da Família, porém com população adscrita maior que 3500 usuários cadastrados e com no mínimo um ACS (o número de ACS varia de acordo com as demandas de visitas domiciliares);

4 – O último modelo é considerado como uma “equipe de atenção básica – modelo não-ESF”, que comportaria o cadastramento de até 18000 usuários, com atendimentos e cadastramentos de forma passiva, com apenas um ACS e considerando a possibilidade de o profissional técnico realizar visita domiciliar, de acordo com a programação da agenda. Houve alteração das equipes NASF e de Saúde Bucal também (SUBPAV, 2018).

Outro processo que trouxe dificuldades para a reorganização da APS na cidade do Rio de Janeiro, recentemente, foi a forma de contratação dos/as trabalhadores/as da APS. No processo, foram feitas contratualizações com OSS. Como mencionado anteriormente, esses contratos tinham duração de cinco anos, foram renovados algumas vezes, mas, em 2019, começaram a vencer, não sendo possível renovar, a não ser como excepcionalidade, assinada pelo prefeito. A PMRJ começou a fazer a substituição desses contratos, fazendo com que os/as trabalhadores/as entrassem em aviso prévio para desligamento, com compromisso de readmissão por outra OSS ou empresa pública selecionada. Nesse período de instabilidades, alguns profissionais ficaram sem contrato trabalhista, os serviços tiveram o atendimento prejudicado e a população, dificuldade em ser atendida.

Em âmbito nacional, a PNAB 2017 apontava para a possibilidade de vinculação da então equipe NASF a outros modelos de serviços de APS. Desse modo, passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Em janeiro de 2020, o Departamento de Saúde da Família, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, por meio da Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, flexibiliza a forma de composição dessa equipe multiprofissional, que não será mais cadastrada como NASF-AB. Poderá compor a equipe de saúde da família ampliada ou ser cadastrado na unidade, sem vinculação específica, ficando a cargo dos gestores municipais a avaliação sobre a inserção desse serviço, bem como a composição e carga horária dos profissionais contratados (BRASIL, 2020). De acordo com o caderno de Atenção Básica, referente ao NASF (MS, 2009), ele é instituído como apoio das equipes de Saúde da Família, ampliando o escopo de atuação da atenção primária, garantindo a resolubilidade. Será que a partir da divulgação dessa nota técnica os gestores municipais

continuarão investindo na contratação destes profissionais ou será que teremos as ações na APS minimizadas?

Como em todo processo de mudanças na organização de serviços de saúde, será importante o acompanhamento dessa medida pela área técnica da saúde para as avaliações pertinentes.

### **3.2. Violência Armada e a Atenção Básica em Saúde.**

De acordo com o IBGE, em 2010, 6% da população brasileira vivia em territórios classificados como favelas, ou seja, cerca de 11.426.000 brasileiros, sendo que quase 50% dos domicílios em favelas concentravam-se na região sudeste, entre São Paulo e Rio de Janeiro. Havia, nesse período, 22% de cariocas residindo em área de favela (IBGE, 2010).

O serviço de Atenção Básica (AB) ou APS no Município do Rio de Janeiro, atualmente é organizado com o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que apresentou grande expansão nos últimos anos, saindo de 3,5% de cobertura em dezembro de 2008 para 65% em dezembro de 2016 (PINTO et al., 2017). Esta expansão permitiu a instalação de unidades de Saúde da Família em muitas favelas cariocas e/ou a ampliação de serviços de saúde já existentes nestes locais.

E, de acordo com a realidade brasileira, alguns estudos, mais recentes, mostram questões sobre a afetação dos trabalhadores/as em relação à violência em postos de trabalho na APS, possibilitando pensarmos sobre a saúde deles/as. Santos *et al.* (2016) identificam que os profissionais que atuam em territórios vulneráveis e com a presença da violência armada compartilham sentimentos como aflição, ansiedade e desespero, afetando a saúde dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde.

A violência possui muitas abordagens, não sendo possível simplificá-la apenas em uma definição, por isso a importância em descrever os conceitos a serem trabalhados neste estudo. Segundo Minayo (2006), a violência deve ser compreendida de acordo com o tempo histórico e local que acontece, pois assume características diferentes, podendo, em muitos momentos, acontecer respaldadas pela lei ou instituições respeitadas (MINAYO, 2006).

Não é consensual o uso do termo violência social, urbana, coletiva, conflito ou violência armada para descrever e analisar a violência da polícia com o tráfico de drogas e entre as facções. Assim, serão apresentados como esses termos estão descritos por diferentes documentos oficiais e na literatura.

Krug *et al.* (2002), no "Relatório mundial sobre violência e saúde" da Organização Mundial de Saúde (OMS), não utilizam o termo "violência urbana" e há apenas uma menção ao termo "violência social". No entanto, apontam a definição da "violência coletiva", que é compreendida como:

O uso instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo - independente de esse grupo ser transitório ou possuir uma identidade mais permanente - contra outro grupo ou um conjunto de indivíduos com o intuito de alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais (KRUG *et al.*, 2002, p. 213).

Os autores do relatório da OMS apontam que o crime organizado é uma das formas de violência coletiva. Discutem ainda o emprego dos termos conflito armado, guerra e "novas guerras". Para situações de guerra, são adotadas internacionalmente medidas políticas e jurídicas. A fim de prevenir as aplicações de leis indevidamente, alguns relatórios internacionais passaram a utilizar o termo "conflito armado", quando não poderiam utilizar o termo "guerra". Porém, devido à diversidade de conflitos armados e indivíduos envolvidos, surgiu a descrição de "novas guerras" (KRUG *et al.*, 2002).

Rizzini e Limongi (2015) utilizam o termo violência urbana referindo-se à violência cotidiana vivenciada nas grandes cidades e noticiada pela imprensa. Apesar de não aprofundarem, identificam a urbana como parte constituinte da violência coletiva. Associam o termo à violência provocada pela criminalidade e presença de armas e drogas no território nacional. Destacam ainda que a desigualdade social, provocada pela concentração de camadas populares em determinados locais à margem da sociedade, facilitou a dominação pelo crime organizado (RIZZINI; LIMONGI, 2015).

Segundo Minayo (2006), a violência social se dá de formas diferentes, tendo base na economia, à medida que o controle de produto ilegais são altamente lucrativos e funcionam de forma organizada. A autora apresenta as questões relativas à

criminalidade e delinquência, como possibilidades de manifestação da violência social (MINAYO, 2006).

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha utiliza o termo "violência armada", que é definido pela OMS (2015) como "o uso ou a ameaça de uso de armas com o intuito de causar lesões, morte ou dano psicológico, que prejudica o desenvolvimento" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014, p. 84). Diversos estudos apontam que as consequências da violência se dão em aspectos individuais e coletivos, podendo afetar a integridade física e/ou psíquica dos indivíduos (RIZZINI; LIMONGI, 2015). Os estudos relacionados à violência urbana no Rio de Janeiro são relativamente recentes, datados de 1980. Estima-se que, de 1950 a 1970, a população do Rio de Janeiro aumentou em três vezes, pela imigração de escravos libertos, moradores do sertão e descendentes depauperados de imigrantes. Essas pessoas alojaram-se em favelas, ampliando bolsões de pobreza (MISSE, 2009).

Em 2015, das mortes por agressão, 66,4% tiveram participação de arma de fogo. Destes, 94% eram do sexo masculino e 42% tinham entre 15 e 24 anos. A faixa etária de 25 a 34 anos representa 17% dos óbitos (RETRATO DA VIOLÊNCIA ARMADA, [s.d.]). Os jovens, pobres, negros e moradores das favelas são os mais atingidos pela violência no nosso país (RIZZINI; LIMONGI, 2015. RAMOS, 2009. RAMOS, 2011). Ramos (2009, p. 24) destaca ainda que os adolescentes "se envolvem no fenômeno como agressores e como vítimas".

Apesar de observarmos termos diferentes que, de alguma forma, contemplam a violência que estamos tratando, escolhemos utilizar a denominação "violência armada" por melhor exprimir o tipo ao qual nos referimos. Acreditamos que, mesmo que, em certos momentos, não haja o confronto ou ostentação de armas, para que os/as moradores/as e trabalhadores/as do território se sintam violentados/as, com seus direitos violados, esse tipo de violência e o modo operante são muito peculiares no Rio de Janeiro:

O controle de territórios da cidade por grupos armados ilegais é um fenômeno característico da criminalidade no Rio de Janeiro, raro em áreas urbanas no mundo contemporâneo. Favelas dominadas por gangues – e também alguns bairros da Zona Oeste e Norte – possuem "donos", que por sua vez mantêm "representantes" locais organizados numa estrutura de quadrilhas armadas responsáveis por manter aquela área como um mercado exclusivo (RAMOS, 2009, p. 17)

Esses grupos, denominados de “gangues” por Ramos (2009), são conhecidos no Rio de Janeiro como “facções” e têm características semelhantes entre si: armamento ostensivo e, principalmente, domínio do território por questões econômicas como motivação principal de sua organização, conforme apresentam Motta e Dutra:

Caracterizam-se pelo alto grau de armamentos e militarização, possuem estruturas hierárquicas, estatutos e recrutam jovens para a participação em atividades ilícitas. São considerados protetores das populações locais, por vezes até ofertando bens públicos, como, por exemplo, a distribuição de remédios. Estão envolvidos em disputas territoriais com outros grupos, sempre visando controlar mais “bocas de fumo” (pontos de venda de drogas) para maiores ganhos financeiros (MOTTA; DUTRA, 2010, p. 94).

Estamos falando de uma violência que atinge, direta e indiretamente, as pessoas, a ponto de cidadãos comuns verem a necessidade de criar uma página em rede social para informar “Onde Tem Tiro - OTT”, na tentativa de proteger outras pessoas. A página foi criada em janeiro de 2016 e, de tantos acessos e adeptos, não comportou tráfego. Hoje existe um aplicativo para *smartphones* em que é possível acessar, praticamente em tempo real, os episódios de tiroteio. Ele é capaz de atingir mais de quatro milhões de pessoas, que, com essas informações, podem (dentro do possível) evitar os lugares ou, em caso de moradores, postergar a saída ou chegada em casa (OTT, 2020).

Outra plataforma similar é a “Fogo Cruzado”, sob a responsabilidade da Organização Não Governamental (ONG) Anistia Internacional. Ambas têm uma metodologia para o recebimento e verificação dos alertas encaminhados por qualquer cidadão, contando com uma rede composta por pessoas que conferem e validam as informações antes que a notificação vá para a visualização da população. Dessa maneira, ao tratarmos desse tema, percebemos que os/as cidadãos/as tentam alternativas para se proteger, mas são inegáveis as consequências da violência para a vida das pessoas.

Como já descrito, a violência armada traz importantes implicações para o campo da saúde. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) dá ênfase à organização dos serviços de saúde para os atendimentos em decorrência da violência, assim como para o acompanhamento,



recuperação, reabilitação dos usuários/vítimas para as ações preventivas e para monitoramento das ocorrências. Ressalta ainda que as ações e políticas de combate à violência precisam ser intersetoriais (BRASIL, 2001).

Minayo (2006) reforçam as influências da violência individual e coletivamente, seja por lesões físicas e/ou psicológicas, o que afeta de modo direto a organização dos serviços de saúde para suporte às vítimas:

A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. No entanto, é recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde. (MINAYO, 2006; p. 45)

Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017) definem três tipos de consequências aos serviços de saúde localizados em territórios conflagrados pela violência armada: a violência como agravo, como barreira ao acesso e como risco para os/as profissionais. Como agravo, traz consequências clínicas aos usuários e moradores do território e exige (re) organização do serviço para os atendimentos.

A violência também traz dificuldades para o acesso dos usuários ao serviço, ou seja, a realização de atividades no território, as visitas aos usuários por profissionais do CAPS ou da APS e a entrada de ambulância para remoção ou internação de usuários são atividades que sofrem reflexos dos conflitos armados (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017). Essa dimensão também é descrita no estudo sobre as dificuldades em relação ao acesso para acompanhamento e tratamento de pacientes com tuberculose em uma favela do Rio de Janeiro, devido aos confrontos entre polícia e traficantes (SOUZA *et al.*, 2007).

Há riscos e consequências aos/às trabalhadores/as que estão expostos/as, quer sejam físicos ou psíquicos. É importante se atentar para o/a ACS, que reside e trabalha no território. Para os/as profissionais de saúde da APS em geral, o fato de estarem no território é proteção, pois favorecem conhecer o território, bem como os usuários, e serem reconhecidos pelos moradores ao redor das unidades de saúde. No entanto, também é fator de risco o tempo exposto às situações de violência no local de trabalho. Acrescenta-se a isso o atendimento constante à população em situações de sofrimento

e/ou adoecimento em decorrência da violência. Assim, é importante o desenvolvimento de ações em relação ao fortalecimento da comunidade e à complexidade do acompanhamento de pessoas, moradores ou profissionais afetados pela violência (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

Campos e Pierantoni (2010) apontam o problema em relação à rotatividade dos profissionais que vivenciaram situações de violência:

[...] a violência tem especial relevância na dificuldade de fixação de profissionais de saúde em áreas urbanas de elevada vulnerabilidade, frequentemente marcadas por situações de tensão entre usuários dos serviços e profissionais de saúde e assoladas por importantes níveis de criminalidade e insegurança (CAMPOS; PIERANTONI, 2015, p. 90).

### **3.3 A Psicodinâmica do Trabalho: subsídios para o entendimento da relação trabalho e saúde de profissionais da Atenção Básica.**

A subjetividade e a sua relação com as questões do trabalho são a discussão central da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), que será abordada a seguir com base, sobretudo, nas obras de Christophe Dejours e Pascale Moliner.

Uma das principais obras do autor sobre o tema é "A Loucura do Trabalho: Estudo da Psicopatologia do Trabalho". Segundo Dejours (1992), a evolução da discussão da Psicopatologia do Trabalho (PPT), estudo no qual teve início a PDT, guarda relação direta e íntima com a história do trabalho e dos operários. Com o advento do capitalismo industrial, o êxodo rural e as condições precárias de habitação, de trabalho e vida, a luta dos trabalhadores era pela sobrevivência, para que conseguissem minimamente viver (DEJOURS, 1992).

Rompendo com o modelo de estudo da causalidade das doenças mentais associadas ao trabalho, Dejours (1992) discute como os trabalhadores faziam para não adoecer psiquicamente, tendo em vista as condições e a organização do trabalho. Por isso, estuda a relação trabalho e vida psíquica - o sofrimento provocado pelo trabalho; a organização do trabalho - levando em consideração a organização da estrutura, modos operantes e também os sistemas de regulação e cobrança para que a atividade seja realizada; além das estratégias utilizadas pelos trabalhadores para se proteger neste processo.

Em 1970, Dejours inicia a discussão sobre a "Psicodinâmica do Trabalho". Em seu artigo, em 2004, descreve a PDT como:

[...] uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental; a seguir, é uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social (DEJOURS, 2004, p. 28).

Molinier (2004) relata que a PDT "se define como a análise dos processos psíquicos mobilizados pelo encontro entre um sujeito e os constrangimentos da organização do trabalho" (MOLINIER, 2004, p. 1).

Os termos "subjetivo" ou "subjetividade" são utilizados rotineiramente, mas, muitas vezes, esvaziados da sua conceituação, sejam em conversas informais ou em trabalhos científicos, foi o que apontou o estudo realizado por Aita e Facci (2011). A pesquisa apresenta as diferenças de concepção entre as correntes teóricas e a importância da conceituação e linha utilizada para tal. Sendo assim, abordamos a subjetividade, nesta pesquisa, com base nos autores/as a seguir vinculados à produção da PDT.

Sznelwar *et al.* (2011) apresentam a compreensão de Abbagnano (1998) sobre a subjetividade: "o caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos de consciência, que o sujeito relaciona consigo mesmo e chama de 'meus'"; e acrescenta: "os fenômenos psíquicos inconscientes", remetendo a abordagem de Freud. Destaca, ainda, que a subjetividade deve ser vista como intersubjetividade, pois a construção individual é em decorrência da relação social (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2009, p. 1).

Bock, Furtado e Teixeira (2001) descrevem que a subjetividade é uma construção singular de cada indivíduo, que se compõe por meio das vivências e experiências da vida cultural e social, das manifestações de afeto e comportamento, com importante componente histórico. Está inserida no campo das ideias, emoções, sentimentos e significados. Interpretamos a realidade social por meio da nossa subjetividade. A subjetividade de cada um está em constante transformação. Nas relações com o mundo, o indivíduo diariamente se modifica, constrói e desconstrói,

internaliza e externaliza, ao mesmo tempo em que transforma a si, transforma o mundo (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Dejours (2004) conceitua as “mobilizações subjetivas” como aquelas que estão relacionadas com a subjetividade individual e a intersubjetiva do coletivo de trabalhadores/as. Nessa dinâmica, são analisados os constrangimentos do mundo do trabalho e as suas interlocuções com os prazeres e sofrimentos da classe laboral.

Mendes (1995) reforça que a mobilização subjetiva é uma resposta, que se inicia na subjetividade individual para transformação da realidade do trabalho, mas que deverá ser constituída pelo grupo de trabalhadores/as, ou seja:

[...] processo que se caracteriza pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. A utilização destes recursos pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia (MENDES, 1995, p. 37).

Borowski *et al.* (2017) corroboram o que foi descrito e complementam que o/a trabalhador/a, por meio da criatividade, faz uso do seu conhecimento subjetivo para acrescentá-lo ao seu conhecimento sobre a prática do serviço. Destaca, ainda, que, para que as mobilizações subjetivas aconteçam, é necessário existir “[...] a inteligência prática, a cooperação, o reconhecimento e espaços de discussões” (BOROWSKI *et al.*, 2017).

Dejours (1999) apud Nascimento (2015) acrescenta ainda que esse processo não pode ser prescrito, pois acredita que a subjetividade individual resgata o sentido do trabalho e do coletivo. Essa relação não se dá apenas por regras e técnicas prescritas pela organização do trabalho, mas ela se dá exatamente nesse encontro entre o trabalhador e essas prescrições, ou seja, o trabalho prescrito (NASCIMENTO, 2015).

As estratégias de enfrentamento fazem parte das mobilizações subjetivas, isto é, são caracterizadas pelas ações do/a trabalhador/a, a partir do reconhecimento da razão do sofrimento relacionado ao trabalho e, por vezes, pode influenciar a resolução do problema. Também são descritas como mobilizações subjetivas a inteligência prática, a cooperação, o reconhecimento e os espaços de discussão (BOROWSKI *et al.*, 2017), para a resolução de problemas ou melhorias para as condições de trabalho.

Já as estratégias de defesa são construídas quando não se é possível enfrentar a situação que causa o sofrimento, e até mesmo o adoecimento, portanto, quando os trabalhadores/as não conseguem produzir mobilizações subjetivas para transformação daquela realidade. As estratégias defensivas fazem com que haja percepções diferentes da realidade para diminuir ou negar o sofrimento provocado pelo trabalho (NASCIMENTO, 2015).

Segundo Molinier (2004), as estratégias coletivas de defesa "[...] são formas de cooperação para lutar contra o sofrimento no trabalho, mais precisamente contra o medo gerado pelos riscos da atividade [...]" (MOLINIER, 2004). Isso, em algumas situações, pode expô-los ainda mais aos riscos decorrentes do trabalho, mas é uma das formas de os indivíduos conseguirem se manter no trabalho e de se proteger diante do sofrimento. Apesar da percepção e do sofrimento serem individuais, acredita-se que as estratégias defensivas são específicas da categoria profissional ou localidade. Estão também relacionadas a uma situação real de risco, com a participação de todos os envolvidos. Nessa perspectiva, as estratégias coletivas são fundamentais para que os indivíduos consigam sobreviver diante das dificuldades do trabalho (DEJOURS, 1992).

Estudos baseados na PDT, portanto, que trazem na centralidade a subjetividade e as relações com o mundo do trabalho, têm sido analisados com diferentes categorias e ambiente de trabalho, dentre eles, nos serviços de APS e atenção secundária em saúde pública, tratados a seguir.

Sznelwar *et al.* (2011) descrevem resultados de pesquisas com base na PDT. Dentre os resultados, destacaremos dois: o primeiro sobre a enfermagem e o outro sobre os ACS. O profissional de enfermagem é responsável pelo cuidado de outro indivíduo que necessita da atenção prestada. Nesse processo de cuidado, pode reparar erros cometidos ou pode cometê-los irreversivelmente. São indispensáveis a precisão dos profissionais e das condições para trabalhar de forma segura. O trabalho da enfermagem tem ligação direta com o outro, envolvendo sentimentos como a compaixão, também analisada por Molinier (2013). Sznelwar *et al.* (2011) apontam que proibir um profissional de enfermagem de se envolver afetivamente com o cuidado do paciente, para que seja prestada uma assistência técnica e distante, pode dar início a um processo de objetivação tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes, podendo levar ao sofrimento (SZNELWAR *et al.*, 2011).

No caso do ACS, o seu trabalho concretiza-se no acompanhamento das famílias, exigindo dedicação e disposição para agir com criatividade para ajudar a sua população em situações complicadas, como a violência e a pobreza. O sofrimento patogênico pode acontecer à medida que esse/a trabalhador/a não tenha condições adequadas para desenvolver seu ofício, dificultando a sua realização com qualidade pelo ACS, de forma que seu não trabalho não seja reconhecido pelos outros profissionais (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2009).

Lancman *et al.* (2009) também utilizam a abordagem da PDT no estudo sobre as "Repercussões da Violência na Saúde Mental de Trabalhadores do PSF". Destacam que a vulnerabilidade desses profissionais é maior por atuarem em territórios de maior risco social, em que são previstos contato direto com os usuários do serviço e ações no território. Os principais achados foram: sentimento de impotência, falta de reconhecimento, contaminação do tempo em que não está trabalhando, vivência em relação à violência doméstica e social e medo em relação à própria segurança.

É importante salientarmos as contribuições desses estudos baseados na PDT, para pensarmos o ambiente do trabalho, sua organização e os mecanismos de regulação, dando visibilidade aos/às trabalhadores/as e à dinâmica existente, que é o próprio trabalhar. Sendo assim, é possível conhecer e discutir como os/as trabalhadores/as lidam com esses constrangimentos e sofrimentos propiciados pela jornada no dia-a-dia. Esses resultados nos possibilitam compreender os conceitos da PDT aplicados, aproximando-nos da discussão dessa dissertação, que acrescenta a esse campo complexo a violência armada, como fator que também traz questões importantes à subjetividade, trabalho e saúde destas/es trabalhadoras/es.

A literatura aponta que os profissionais da ESF, pela natureza do trabalho, estão sob riscos categorizados como: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

Em estudo realizado em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, os ACS, por serem moradores do território no qual também atuam como trabalhadores, podem sofrer duplamente. Para alguns entrevistados, há a possibilidade de naturalizarem a violência (MACHADO e DAHER, 2016). Santos *et al* (2011) corroboram o estudo anterior, identificando a violência como um dos fatores estressores em relação à função do ACS, a partir dos relatos dos próprios ACS.

A pesquisa de Kebian e Acioli (2014), que não teve como objetivo central a questão da violência, apresenta descrição das dificuldades para realização na visita domiciliar, na qual as enfermeiras verbalizam o medo que sentem em determinados momentos. Os ACS acabam sendo utilizados como recurso de proteção e de saber por conhecerem bem o território e serem reconhecidos como moradores e trabalhadores na comunidade. Ainda é descrita a suspensão de atividades por confronto armado no território.

Lancman *et al.* (2009) descrevem a vivência de profissionais sobre o sofrimento psíquico causado pelas diversas formas de violência, inclusive o medo pela exposição e acompanhamento de saúde de pessoas ligadas ao tráfico de drogas local e do conflito armado. Mostram, ainda, a importância da visibilidade da violência psíquica no trabalho, com a participação dos trabalhadores, podendo contribuir para a construção de estratégias para tornar o serviço mais saudável, permitindo realizá-lo, apesar das ameaças e do medo que vivenciam.

Molinier (2004), na tentativa de aprofundar as análises da PDT, insere a discussão das relações de gênero no trabalho e suas influências na subjetividade das mulheres. A partir da divisão sexual do trabalho, vista como uma extensão das relações sociais, a autora aponta questões como “trabalho de homem e trabalho de mulher” e a maior valorização do trabalho masculino, que são conceitos enraizados e “naturalmente” aceitos (MOLINIER, 2004, p. 3). O trabalho das mulheres, muitas vezes, é invisibilizado e não valorado, pelo entendimento de ser uma atividade inerente a elas, principalmente nas que envolvem cuidado, maternidade e esfera doméstica. Ainda que essa mulher tenha um outro trabalho (socialmente aceito como trabalho e remunerado), recaem sobre ela os cuidados da família e da casa (MOLINIER, 1999).

Sala e Parreira (2011) corroboram essa perspectiva, apontando que aos homens são reservadas as funções de acordo com capacidade adquirida pela sua formação e qualificações. Já às mulheres são reservadas funções relacionadas às suas qualidades, como feminilidade.

Assim sendo, Molinier (2004) traz avanços sob a perspectiva do gênero, pois mostra que as mobilizações subjetivas são diferenciadas entre homens e mulheres, do mesmo modo que as estratégias coletivas de defesa. A autora relata que, durante a sua investigação, não foi possível encontrar, no grupo de trabalhadoras ligadas ao cuidado, as mesmas estratégias coletivas de defesa encontradas anteriormente entre operários de

fábricas, pilotos, trabalhadores da construção civil e outros, em ambientes com força de trabalho masculina. Com o avançar dos estudos da PDT, reconheceu-se que as vivências das situações difíceis, assim como do sofrimento, pelos homens e mulheres são diferentes (MOLINIER, 2004).

Observou-se, portanto, que, dentre os homens, as estratégias coletivas tinham relação com as construções sociais da virilidade para reforçar que o “homem de verdade” não sente medo, pois precisa mostrar sua coragem. Eles não consideram os riscos, tornando-se uma ideologia defensiva. Já no estudo que abarca as enfermeiras, foi possível observar, como uma das estratégias coletivas de defesa, o reconhecimento das vulnerabilidades. A conversa descontraída com as colegas de trabalho no ambiente de café, por exemplo, propicia falar sobre anseios, dificuldades e frustrações, e a forma de diminuir o sofrimento é lidando com humor, até com suas próprias dificuldades e fragilidades. Outros assuntos importantes trazidos são o cuidado e a ideia de compaixão, termos construídos socialmente e associados à figura feminina, em especial naquelas profissões desempenhadas, sobretudo, pelas mulheres (MOLINIER, 2004).

Hirata (2002), ao analisar a masculinidade e feminilidade no trabalho produtivo, sinaliza como homens e mulheres constroem suas representações sobre as atividades que realizam, expondo que aos homens cabem as atividades consideradas insalubres, perigosas, com exigências para o uso da força física e da coragem, ao passo que às mulheres cabem o desempenho de atividades consideradas de “mulher”, como de maior leveza, facilidade e fragilidade. No entanto, considera que “[...] as fronteiras da masculinidade e da feminilidade sociais são relativamente móveis e, até certo ponto, parecem depender das exigências do sistema produtivo em cada período histórico.” (HIRATA, 2002, p. 268).

Assim, consideramos que trazer para o debate as relações de gênero no trabalho em saúde é crucial para o entendimento de como as mulheres e homens constroem as suas estratégias, diante das dificuldades no cotidiano de trabalho, em especial, diante da violência armada. Sendo a saúde considerada uma área na qual a predominância é de mulheres, é preciso que se considere essa singularidade para entender o trabalho em saúde.

#### **4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.**



Pela natureza da pesquisa proposta, levando em consideração a relação direta entre a pesquisadora e o campo, o estudo está inserido no campo da pesquisa social com abordagem qualitativa (MINAYO *et al.*, 2004).

A pesquisa foi constituída pela sistematização da literatura por meio de revisão integrativa e pela pesquisa de campo.

#### **4.1. A pesquisa de campo.**

##### 4.2 Cenário de Estudo: a escolha do local.

Como atuei durante muitos anos na gerência de uma Unidade de Saúde na Rocinha, não seria possível realizar o estudo no local, pelo risco de desvios nas respostas dos entrevistados pela minha presença. Identifico, de acordo com a prática vivenciada, que a postura e atitude do gerente da unidade em face das situações mais críticas podem ser um dos fatores estressores para os/as trabalhadores/as.

Sendo assim, a unidade de pesquisa foi escolhida baseada em conhecimento prévio da pesquisadora sobre a situação de violência no território pesquisado.

Decidimos que o local no qual foi realizada a pesquisa não será identificado, visando garantir o sigilo dos/as profissionais participantes e da comunidade atendida.

##### 4.3 Participantes da Pesquisa.

As/os participantes da pesquisa são as/os profissionais que compõem a equipe mínima da ESF das duas equipes da unidade, a saber: médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS, além do gerente da unidade. A escolha pela equipe mínima se deu para contemplar as diferentes categoriais profissionais que são responsáveis pelo território adscrito, que tem maior relação e trabalho fora da unidade de saúde, se comparado a outros profissionais que atuam na unidade. Como a unidade possui duas equipes de SF, foi possível alcançar todos/as os/as trabalhadores/as que aceitaram participar do estudo. Inserimos o profissional que desenvolve a função de gerente na pesquisa, porque tem um papel central na condução da unidade e com contribuições

para a compreensão da organização em situações relacionadas à violência e ao trabalho desenvolvido pela equipe.

Na convivência com a unidade pesquisada, foi identificada outra profissional que também exerce função importante na unidade, por isso a administrativa da unidade passou a integrar o grupo de participantes.

#### 4.4 Coleta de dados.

Foi utilizada a abordagem da História Oral, pois esta considera as experiências de vida dos participantes para mostrar e discutir as relações sociais em determinados grupos. Segundo Albert (1989), apud Rigotto (1998), “[...] trata-se de procurar compreender a sociedade através do indivíduo que nela viveu; de estabelecer relações entre o geral e o particular através da análise comparativa de diferentes versões e testemunhos” (RIGOTTO, 1998, p. 118).

Apesar das diferentes concepções sobre história oral, trabalhamos com a perspectiva metodológica, pois apresenta uma dimensão técnica, estabelecendo e ordenando procedimentos. Há também a teórica, já que promove questionamentos sobre determinado contexto, mas não é capaz de gerar sozinha solução para as questões emergidas na prática (FERREIRA; AMADO, 1998).

Dentre as técnicas de obtenção de relatos orais, optamos pela utilização da técnica de Depoimento Pessoal, que permite a coleta das informações sobre a vida do participante em um período específico ou com aprofundamento em questões específicas trazidas pelo pesquisador (RIGOTTO, 1998), que, nesta pesquisa, são as mobilizações que os/as profissionais de saúde constroem no cotidiano de trabalho diante da violência armada que permeiam as atividades de trabalho em saúde, além dos aspectos de saúde desses/as trabalhadores/as.

Como vimos anteriormente, a subjetividade e suas mobilizações individuais e coletivas são formadas a partir da experiência de vida de cada um e das suas relações sociais, fazendo com que a resposta a uma situação específica seja resultado da construção subjetiva dos/as trabalhadores/as ao longo da vida (DEJOURS, 1992). Por isso, entendemos que a abordagem da história oral permite apreender, por meio dos

depoimentos orais, sua relação com o trabalho e a violência, e suas construções ao longo tempo.

Um dos recursos utilizados pela metodologia da História Oral é a técnica para coleta de dados da entrevista individual, com roteiro semiestruturado, gravada e transcrita posteriormente. Segundo Minayo (2004), a entrevista é um dos procedimentos mais utilizados, tratando-se de um encontro entre duas pessoas: o entrevistado e o entrevistador. Porém esse encontro tem um objetivo claro, podendo ser coletados dados subjetivos ou objetivos. A entrevista semiestruturada é uma variação entre a estruturada, na qual as perguntas são formuladas e fechadas, e a entrevista aberta, que possibilita que o entrevistado discorra livremente sobre o assunto. No caso do tema deste estudo, a entrevista semiestruturada possibilitou que a pesquisadora fizesse perguntas estimuladoras, e a/o entrevistada/o pode discorrer sobre o assunto não necessariamente atrelado à pergunta inicial.

Além disso, na proposta inicial do desenvolvimento da pesquisa, utilizaríamos a observação participante do cotidiano de trabalho com registros em diário de campo. Apesar de não necessariamente observarmos a dinâmica e vivência dos/as trabalhadores/as durante uma situação de violência, seria importante isso para entendermos as relações e a organização do trabalho diante da violência armada, ou seja, tentar apreender o que não é dito, visto que essas observações poderiam trazer importantes elementos para análise de dados. Mas, em decorrência do tempo de espera para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi preciso alterar o calendário da pesquisa. E, por isso, com a restrição de tempo relacionada ao meu trabalho, como gerente de uma unidade de saúde, não foi possível fazer a observação participante para acompanhar as atividades. Apesar de entendermos ser um aspecto importante, acreditamos que não inviabiliza os resultados e análises apresentados por meio dos depoimentos obtidos. Ainda assim, nos períodos de presença na unidade de saúde, algumas observações foram anotadas ou gravadas no final do dia e inseridas no diário de campo.

Todas as entrevistas foram gravadas, com autorização prévia da/o participante. As entrevistas tiveram duração mínima de 15 minutos e máxima de 51 minutos; quatro precisaram ser interrompidas momentaneamente, duas por entrada de outro/a profissional da unidade na sala e duas por entrada de funcionário da associação de moradores (apesar de estarmos em salas trancadas). As transcrições foram realizadas

por pessoa especializada e comprometida com o sigilo ético necessário para o tratamento do material. Todas foram revisadas pela mestranda.

#### 4.5 Análise dos dados.

Por meio dos depoimentos individuais obtidos pelas entrevistas utilizando a abordagem da história oral, os resultados e suas respectivas análises foram divididos assim: a) a revisão de literatura sobre o tema e seus principais achados; b) os/as trabalhadores/as e o trabalho na atenção básica em saúde; c) as vivências de violência armada no território e as influências no trabalho e na saúde.

#### 4.6 Aspectos Éticos.

Em conformidade com a Resolução nº. 580 de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a mestranda fez contato com a unidade de saúde para a explicação do projeto (proposta, objetivos, perspectivas metodológicas, sujeitos envolvidos, além dos aspectos éticos). Depois disso, foi solicitada uma carta de anuência à gerente da unidade.

Após a autorização da gerência da Unidade de saúde, o estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil para submissão inicial ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em 26 de março de 2019, sendo aprovado após o cumprimento de exigências em sete de junho (nº do parecer 3.377.149). Após aprovação, seguiu, via plataforma Brasil, para o CEP da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, no qual teve aprovação em três de outubro de 2019 (CEP nº do parecer 3.619.485).

Somente após a aprovação pelo CEP da ENSP e da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, foram acordados as datas e horários de disponibilidade dos/as participantes. As/os profissionais que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo explicado sobre os principais pontos e, após retirada de qualquer dúvida, as/os participantes assinaram o TCLE, ficando uma via com a pesquisadora e outra com cada participante.

De acordo com a Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, foram orientados à/ao participante e está descrito do TCLE os benefícios e riscos da sua participação no

estudo, como a garantia à privacidade da identidade das/dos profissionais e a confidencialidade das informações que, porventura, os participantes solicitassem.

O principal risco da pesquisa foi o dano imaterial, por abordar os participantes com questões relacionadas à subjetividade, situações em que rememorem o medo, a insegurança e a violência vivida no território. Para o cuidado do participante em casos de se sentirem constrangidos e mobilizados psicologicamente, foi disponibilizada assistência no âmbito do SUS, em serviço acordado com a coordenação da unidade. Foi orientado e garantido aos participantes o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, assim como a retirada dos conteúdos fornecidos por eles, ainda que a entrevista já tivesse sido realizada. Também a confidencialidade dos depoimentos e a privacidade das informações.

Para garantia do sigilo, o nome do local no qual a pesquisa foi realizada não constará na versão final da dissertação, bem como outras publicações que ocorrerão sobre os achados do estudo. Tendo em conta que há apenas um gerente na unidade de saúde e ele será convidado a participar, esse cuidado se faz importante. Optamos por utilizar nomes fictícios para unidade e participantes, para garantirmos o anonimato dos participantes.

Após a realização da presente pesquisa, foi acordado com a unidade de saúde participante que os resultados da pesquisa serão divulgados a todos e à Prefeitura.

Durante as entrevistas, foi observado que duas participantes ficaram emocionadas com seus relatos, e um entrevistado parecia um pouco incomodado durante seu depoimento, mas todas as entrevistas seguiram até ao final, sem solicitação de interrupção pela/o participante. Ao final, no agradecimento pela participação e contribuição na pesquisa, era reforçada a responsabilidade ética com os depoimentos coletados e o contato da pesquisadora caso quisessem se retirar da pesquisa, se precisassem de um apoio psicológico ou para dúvidas. Até o momento, não recebemos nenhum contato.

## **5. TRABALHO E SAÚDE DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA ARMADA: O QUE DIZ A LITERATURA BRASILEIRA SOBRE O TEMA<sup>5</sup>?**

Com o objetivo de sintetizar os achados na literatura sobre o trabalho e os aspectos de saúde de profissionais da atenção primária em saúde diante das vivências de violência armada nos grandes centros urbanos, utilizamos a metodologia da revisão integrativa da literatura.

Dessa forma, procuramos responder as seguintes indagações sobre a temática do estudo:

Quais as influências da violência armada/urbana na saúde e no trabalho de profissionais que estão realizando suas atividades em territórios conflagrados?

Quais as estratégias de enfrentamento individuais e coletivas dessas/es profissionais?

Há diferenciação das estratégias de enfrentamento segundo o gênero, ou seja, entre as trabalhadoras e os trabalhadores em saúde?

Assim sendo, discutimos o trabalho e os aspectos de saúde de profissionais da atenção básica em saúde diante das vivências de violência armada/urbana nos grandes centros urbanos.

### **5.1 Metodologia da Revisão de Literatura.**

Este trabalho foi realizado por meio de revisão integrativa. Essa revisão possibilita a captação de estudos com abordagens metodológicas diferentes, literatura a partir da teoria ou empírica e que tem como objetivo integrar a pesquisa científica e a

---

<sup>5</sup> Esta revisão de literatura realizada será publicada no livro BITENCOURT, S.M.; ANDRADE, C.B. Corpo, gênero e cuidado: perspectivas e desafios na contemporaneidade. Cuiabá: Ed UFMT (no prelo).

prática dos profissionais em seu local de atuação (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A busca na base de dados foi realizada em fevereiro de 2019. Em diálogo com o profissional bibliotecário, inserimos na amostra as produções científicas (teses e dissertações) do banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scielo*, por priorizarmos a literatura brasileira sobre o tema. A seguir estão os descritores utilizados.

Quadro 1 – Estratégia de busca na língua portuguesa.

<b>Língua Portuguesa.</b>
("profissionais* da saúde" OR "profissionais* de saúde" OR "trabalhadores* de saúde" OR "trabalhadores* da saúde" OR "agente comunitário de saúde" OR "técnico de enfermagem" OR enfermeiros* OR médicos* OR médicas* OR "prestador de cuidado") AND (violência AND ((armada OR urbana OR cotidiana OR social OR "bala perdida" OR "conflito armado" OR vulnerabilidade)) AND ("atenção primária" OR "estratégia da saúde da família" OR "estratégia de saúde da família" OR "estratégia saúde da família" OR "estratégia da saúde familiar" OR "saúde da família" OR "atenção básica").

Fonte: Elaboração própria. Rio de Janeiro, 2019.

Foram encontrados 151 documentos na BVS; 28 no *Scielo* e, na BDTD, 88; no total, 267 documentos. Utilizou-se como critérios de inclusão: a) artigos, teses e dissertações que abordassem o tema (violência urbana/armada e exposição de trabalhadores de saúde da APS); b) que estivessem completos, disponíveis na *internet* e nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos: a) editoriais, livros e capítulos de livros; b) documentos em outras línguas ou que não estivessem disponíveis na *internet*.

Em seguida, foi feita avaliação pelos títulos para descarte dos artigos, teses e dissertações que contemplavam outro tipo de violência, além da exclusão dos repetidos. No quadro 2, encontra-se o número de ocorrências e o total da amostra final.

Quadro 2. Total de Ocorrências, trabalhos selecionados pelo título, excluídos pelo resumo e total de trabalhos selecionados para revisão integrativa

Total de Ocorrência	Selecionados pelo Título	Descartados pelo Resumo	Duplicados	Total para Revisão Integrativa
267	41	25	04	12

Fonte: Elaboração própria. Rio de Janeiro, 2019.

## 5.2 Resultados e discussão.

Deste total de 12 documentos para revisão integrativa, somaram-se quatro artigos, uma tese e sete dissertações, o que nos sinaliza o *déficit* de produção em relação ao tema, sendo corroborado em estudos (SANTOS, 2016; STURBELLE, 2018). Todos os trabalhos são brasileiros e seguem apresentados no Quadro 3, por ordem alfabética, de acordo com o primeiro autor, com a descrição de títulos, Cidade/Estado do estudo, tipo de documento e ano.

Quadro 3. Apresentação dos trabalhos segundo autor, título, Cidade do estudo, tipo de documento e ano.

Autoras/es Título	Cidade	Tipo de Documento	Ano
ALMEIDA, J. F. Exposição à violência comunitária dos Agentes da Estratégia de saúde da Família e Repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo.	São Paulo	Dissertação USP	2015
BARROS, L. S. O cotidiano de trabalho do ACS: Trilhando caminhos entre prescrições e invenções.	São Bernardo do Campo, Campinas e São Paulo	Dissertação UNIFESP	2016
BROCH, D. Desafios na atuação dos Agentes Comunitários: Compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho.	Porto Alegre	Dissertação UFRGS	2017
MACHADO, C. B. A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da Saúde da Família.	Niterói	Dissertação UFF	2015
PALMA, A. M. Representações de comunidade para o trabalho em saúde: demandas e necessidades médico-sociais no cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família.	São Paulo	Dissertação USP	2009
FERREIRA, J. T.; ENGSTROM, E. M. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica.	Rio de Janeiro	Artigo	2017



FROTA, A. C. O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. 'O caso fortaleza'.	Fortaleza	Dissertação ENSP	2008
GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?	Rio de Janeiro	Artigo	2017
SILVA, A. T. C. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de São Paulo.	São Paulo	Tese USP	2015
SILVA, C. R. C.; CHIAPERINI, P. T.; FRUTUOSO, M. F. P.; MORELL, M. G. G. P. Extensão universitária e prática dos Agentes Comunitários de Saúde: acolhimento e aprendizado cidadão.	Santos	Artigo	2014
SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; MORAES, R. C. P.; ANHAS, D. M.; ROSA, K. R. M. Participação social e a potência do Agente Comunitário de Saúde.	Cubatão	Artigo	2014
STURBELLE, I. C. S. Violência no trabalho em unidades de Saúde da Família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho.	Porto Alegre	Dissertação UFRGS	2018

Fonte: Elaboração própria. Rio de Janeiro, 2019.

Como observado no Quadro 3, a maioria das pesquisas foi realizada no Estado de São Paulo (n=6), seguida pelo Estado do Rio (n=3), podendo estar associada a presença de violência armada/urbana nos grandes centros urbanos e a maior disponibilidade de serviços de saúde nesses locais. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que quase 50% dos domicílios em favelas estão concentrados na região sudeste, entre São Paulo e Rio de Janeiro.

Em relação às abordagens metodológicas, os resultados mostram que dez estudos utilizaram abordagem qualitativa, uma abordagem mista e outro com a quantitativa. As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas para coleta de dados em oito estudos. Sendo a temática da violência urbana, o trabalho e a saúde de trabalhadores/as advindos do campo da pesquisa social, a abordagem qualitativa permite a aproximação e aprofundamento com a realidade que não é mensurável, possibilitando a abordagem das subjetividades dos indivíduos participantes, assim como suas relações com o trabalho e com a violência. A entrevista é a técnica mais utilizada para coleta de dados (MINAYO et al., 2004).

Em relação as/aos trabalhadoras/es participantes dos estudos, podemos constatar que, dos 12 estudos, 11 analisam os ACS. Os estudos destacam a importância deste/a trabalhador/a na APS, as potencialidades de ser um/a morador/a do território, mas

também as fragilidades devido à relação direta e ininterrupta com território sob influência da violência urbana/armada onde mora e trabalha. Ainda sobre as/os trabalhadoras/es que aparecem nos estudos, podemos verificar as/os enfermeiras/os (n=7), seguidas/os pelos médicos (n=5), técnicas/os de enfermagem (n=4), gestores (n=3) e outros profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e cirurgião dentista que aparecem em dois estudos.

### **5.3. Influência da Violência Urbana/armada no trabalho e na saúde na atenção básica.**

Almeida (2015), em estudo sobre a violência comunitária, realizada com ACS e gestora da unidade, confirma a hipótese de que a violência comunitária interfere negativamente na integralidade do cuidado e na criação de vínculo entre ACS e comunidade. O estudo de Machado (2015) corrobora as consequências negativas da violência urbana para a organização do processo de trabalho (como o cancelamento de ações, consultas e visitas domiciliares) e para os usuários. Barros (2016) sinaliza que alguns ACS não conseguem realizar as visitas domiciliares em determinadas áreas pela presença do narcotráfico e que, de alguma forma, estabelecem um tipo de relação/negociação com integrantes do narcotráfico para manterem o trabalho, mas que não é observada, na unidade de saúde, a busca de privilégios em relação ao atendimento desses usuários.

Sturbelle (2018) identifica a limitação da circulação no território, com cancelamento de atividades externas e sinaliza momento em que foi necessário fechar a unidade e evacuar o local de trabalho devido aos tiroteios. Em outro estudo, produzido por Broch (2017), é apontado que o poder paralelo tem mais influência sobre a unidade de saúde e proíbe a circulação das/os profissionais em algumas áreas. Devido a essa influência e por experiência anterior, em que o traficante teve acesso à ficha de notificação de violência feita pela unidade de saúde ao Conselho Tutelar, as/os profissionais evitam a realização das notificações e encaminhamentos de casos ao Conselho, pelo medo de represálias.

Frota (2008), além das dificuldades em relação à organização das ações em saúde, aponta a necessidade de organizar os atendimentos, pois, em uma área, há duas facções diferentes e que vivem em constante conflito. Discute também a violência

urbana como um dificultador de acesso dos usuários ao serviço de saúde. Isso também foi abordado por Gonçalves et al. (2017), que traz o elemento da barreira de acesso e acrescenta a violência urbana como agravo, pois requer dos serviços de saúde uma organização para atendimento e acompanhamento dos usuários vítimas dessa violência (e de outras).

Palma (2009) analisa outro aspecto importante, que, apesar da identificação das interferências e limitações que a violência urbana/armada causa no planejamento de ações no território, as/os trabalhadoras/es identificam que, antes da unidade de saúde, os conflitos armados entre policiais e traficantes eram muito mais frequentes. Associam a implantação da unidade com a redução dos conflitos, por entenderem que é uma forma do serviço público e do Estado se fazerem presentes na comunidade. Além disso, destacam que o atendimento aos familiares de integrantes do narcotráfico, como de suas companheiras durante o pré-natal, faz com que eles reconheçam e respeitem a unidade de saúde, trazendo certo conforto as/aos trabalhadoras/es. Ainda assim, as/os ACS identificam a dificuldade de acessar algumas áreas pela presença de obstáculos colocados como estratégias para proteção dos integrantes do tráfico (PALMA, 2009). Foi descrito, em três pesquisas, a necessidade de adequação do calendário das visitas dos pesquisadores devido à impossibilidade de acessar a unidade de saúde por conflito armado (MACHADO, 2015; FERREIRA; ENGSTROM, 2017; STURBELLE, 2018).

De certa forma, os achados desta revisão também são corroborados por Lancman et al. (2009). Esses autores destacam que a vulnerabilidade destes profissionais é maior por atuarem em territórios de maior risco social, em que são previstos contato direto com os usuários do serviço e ações no território. Os principais achados foram: sentimento de impotência, falta de reconhecimento, vivência em relação à violência doméstica e social e medo em relação à própria segurança.

Sabemos que a afetação de cada indivíduo em relação a um evento, como o da violência urbana/armada, será individual, de acordo com a sua subjetividade construída (e em fase de construção) ao longo da vida. A subjetividade é uma construção singular de cada indivíduo e compõe-se através das vivências e experiências da vida cultural e social, das manifestações de afeto e comportamento, com importante componente histórico (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002). Sendo assim, a forma como o indivíduo é afetado por determinada situação sofrerá influência da sua rede social e ao longo da vida; de acordo com novas vivências, também sofrerá alterações.

Por outro lado, diversos estudos apontam que as consequências da violência se dão em aspectos individuais e coletivos, podendo afetar a integridade física e/ou psíquica dos indivíduos (RIZZINI; LIMONGI; 2015). E, ao que parece, as/os profissionais da atenção básica estudadas/os, na amostra desta revisão integrativa, sofrem com a violência armada e, por consequência, desenvolvem problemas de saúde relativos às vivências dela. Como Santos et al. (2016) identificam, as/os profissionais que atuam em territórios vulneráveis e com a presença da violência armada compartilham sentimentos como aflição, ansiedade e desespero, afetando a saúde dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde.

Dentre os 12 estudos selecionados para esta revisão, seis apontam que as/os trabalhadoras/es sentem medo, provocado pelas situações de risco associadas à violência urbana, e associam o sofrimento ao medo e à impotência, além de relatos de tristeza, depressão, ansiedade, taquicardia e *Burnout*, como consequência da violência urbana/social.

Com relação à percepção sobre a violência das/os trabalhadoras/es que moram ou não no território, Broch (2017) descreve que as/os ACS são duplamente afetadas/os, por serem moradoras/es e trabalhadoras/es do território. Porém, no estudo de Machado (2015), apesar de 54,5% das/os profissionais afirmarem que a violência traz repercussões negativas para sua saúde, dentre os 45,5% que achavam que a violência não afetava a sua saúde, a maioria era de ACS.

Outro resultado a ser destacado é do estudo de Silva (2015), que identificou que 60,3% dos entrevistados tiveram alguma exposição à violência no trabalho, sendo a mais frequente a verbal (44,9%) e, em segundo lugar, a testemunhada (presenciar situações de violência urbana e armada), com 29,5% dos relatos. A prevalência de sintomas depressivos entre os participantes foi de 36,3% e de provável depressão maior, 16%. Médicos e enfermeiros apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, enquanto as/os ACS, de provável depressão maior. Estudo mostra forte associação entre a exposição à violência e presença de sintomas depressivos. Em relação ao *Burnout*, 47,7% dos entrevistados apresentam nível moderado; e 11,7%, nível alto. Silva (2015) considera que a depressão e a síndrome de *Burnout* podem causar absenteísmo, incapacidade laboral, diminuição da produção, queda na qualidade do trabalho e suicídio, além do fato de que o adoecimento mental das/os trabalhadoras/es pode comprometer a manutenção da APS e ter repercussão em todo o sistema de saúde.

No caso da/o ACS, o seu trabalho concretiza-se no acompanhamento das famílias, exigindo dedicação e disposição para agir com criatividade para ajudar a sua população em situações complicadas, como a violência e a pobreza. O sofrimento patogênico pode acontecer à medida que esse/a trabalhador/a não tenha condições adequadas para desenvolver seu ofício, dificultando a sua realização com qualidade e/ou que seu trabalho não seja reconhecido pelos outros profissionais (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2009).

Levando em consideração a abordagem proposta por Dejours (1992) e Molinier (2004), identificamos uma estratégia de enfrentamento em relação ao sofrimento provocado pela violência no trabalho, que foi a experiência descrita por Silva et al. (2014). Foi instituído um grupo/espço de acolhimento e escuta para as/os ACS, sendo solicitado pelo próprio grupo como um espaço de cuidado, que permitiu trocas de vivências, experiências e saberes, propiciando fortalecimento psicológico e do grupo. O fato do grupo de ACS solicitar um momento para verbalizarem as suas dificuldades diante da violência armada aponta para a construção coletiva de enfrentamentos para a situação.

Como vimos, as estratégias de defesa são utilizadas para diminuir, mascarar ou negar o sofrimento provocado pelo trabalho. Desse modo, alguns dos estudos mostram relatos e/ou colocações em relação à “naturalização” e “costume” com a violência urbana/armada (SILVA et al., 2014; ALMEIDA, 2015; MACHADO, 2015; BARROS, 2016). Porém, identificamos tal comportamento como uma negação do risco real, como forma de proteção em relação ao sofrimento, para que o indivíduo não tenha sua vida paralisada e consiga realizar suas atividades cotidianas. Molinier (2004) sinaliza que a negação do perigo pode deixar o indivíduo ainda mais vulnerável a eles, visto que faz parte da estratégia defensiva negar as formas de proteção individual e coletiva.

Ainda dentro das estratégias defensivas, identificamos as de proteção pontuais, que conferem as/aos trabalhadoras/es alguma sensação de diminuição do risco. Na pesquisa de Barros (2016), as/os ACS apontam a importância das/os profissionais que não moram no território não realizarem visitas domiciliares sozinhas/os, além de realizarem ações no território em conjunto e seguirem códigos de comportamento, linguagem, modos de circulação, pactos de silêncio e horários de circulação em determinados territórios, diferente do horário de funcionamento dos pontos de vendas de drogas, conforme as orientações locais.

Broch (2017) mostra que as/os ACS se comunicam previamente antes de se deslocarem no território, como forma de apoio a outra/o colega. E identificam a não notificação de casos de violência como fator de proteção das/os trabalhadoras/es. Outra forma identificada como mecanismo de proteção é a diminuição do tempo de espera dentro da unidade por usuário que tenha alguma ligação com o poder paralelo, atendendo como prioridade, diminuindo a chance de algum confronto com a polícia, por exemplo, e também para evitar que o indivíduo se estresse durante a espera e seja violento com a equipe (FERREIRA; ENGSTROM, 2017).

As estratégias defensivas similares a estas também foram levantadas por Lancman et al. (2009), que aponta que as/os ACS se comunicavam para saberem os locais que poderiam ou não acessar, além de evitarem saber de assuntos que pudessem comprometê-los. Desse modo, foram descritas como "estratégias de prudência e de proteção". O sofrimento da equipe pela imersão em território muito vulnerável era minimizado pelo processo de trabalho e de cooperação que foi construído, além da visão da possibilidade de melhorar a qualidade de vida da população, o que trazia satisfação pessoal e profissional (LANCMAN et al., 2009).

Os outros artigos não identificaram estratégias de enfrentamento ou de defesa, alguns fazem apenas menção à importância de se fomentar e discutir possibilidades de fortalecimento da equipe para pensar em estratégias (FROTA, 2008; PALMA, 2009; MACHADO, 2015; SILVA, 2015; GONÇALVES et al., 2017; STURBELLE, 2018).

Foram observados dois achados importantes nesta revisão integrativa: o primeiro é a descrição pelas/os ACS da sobrecarga de trabalho, forma de contratação precária, condições de trabalho, desvio de função, causando sentimento de não valorização, tristeza e impotência (SILVA et al., 2014; BARROS, 2016; BROCH, 2017). Outro achado, trazido também pelas/os ACS, é o inconveniente de morar onde se trabalha, pois, nos períodos de folga, são sistematicamente solicitadas/os pelos usuários, seja em festa, no mercado ou em casa. A esse fenômeno o Dejours (1992) denomina contaminação do tempo fora do trabalho, quando, além do período contratado para o trabalho, o indivíduo está pensando nos afazeres laborais ou é acessado por outros, fazendo com que não haja o tempo de descanso.

A participação das mulheres como trabalhadoras da saúde na atenção básica, nas pesquisas apresentadas nesta revisão, é majoritária. Das 12 pesquisas, apenas três não apresentam o perfil dos entrevistados e outra se trata de análise de diário de campo.

Porém, não encontramos nesses trabalhos a abordagem das relações de gênero, mulheres e trabalho produtivo.

Ademais, concordamos com Araújo e Rotemberg (2011) ao reiterarem que estudos sobre o trabalho em saúde e as relações de gênero são muito escassos na realidade brasileira. E, portanto, corroboram a necessidade das imbricações entre o trabalho doméstico e produtivo que as mulheres realizam e a saúde delas, pois “[...] a extensão da jornada laboral entre as mulheres amplia as exposições presentes no trabalho, ao mesmo tempo em que reduz as formas de compensação (como repouso, descanso e lazer).” (ARAÚJO; ROTEMBERG, p. 148). Assim, considerar as condições que as mulheres estão expostas nas suas atividades são essenciais para a compreensão das diferenças de gênero no processo de saúde e adoecimento no e pelo trabalho.

Conseguimos perceber a complexidade de se trabalhar a violência urbana/armada, o trabalho e a saúde das/os profissionais da atenção básica no Brasil. Apesar da crescente favelização e a presença de serviços de saúde nestes espaços, como uma forma inclusive de garantia da equidade do Sistema Único de Saúde, ainda temos poucos estudos sobre a vivência de trabalhadoras/es nesses territórios. Verificamos que a violência urbana/armada está presente no dia a dia das equipes de Saúde da Família, influencia o processo de trabalho, causa sofrimento e até adoecimento nas/os profissionais, além das dificuldades de as equipes lidarem com a situação devido à sua complexidade.

Consideramos necessária a abordagem das relações de gênero e o trabalho de cuidado em saúde, já que, grosso modo, a área da saúde é predominantemente feminina, para que se compreenda o cuidado e as suas relações com as condições de trabalho, os enfrentamentos diante da violência, as estratégias coletivas que muitas mulheres constroem em seus cotidianos de trabalho.

Sendo assim, é importante que sejam fomentados os estudos e debates sobre o tema em todas as esferas, a fim de subsidiar ações intersetoriais para planos estratégicos relacionados à violência, a saúde destas/es trabalhadoras/es e de toda a população residente para que continuem a ter acesso ao sistema de saúde público.

## **6. OS/AS TRABALHADORES/AS DE SAÚDE QUE VIVENCIAM A VIOLÊNCIA ARMADA: SUAS HISTÓRIAS E O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA – A PESQUISA DE CAMPO.**

Este item tem por objetivo apresentar a comunidade e unidade pesquisadas, as/os participantes da pesquisa, assim como o trabalho desenvolvido: a recepção na chegada até a unidade, o território e suas transformações ao longo do tempo, as histórias profissionais dos participantes e, sobretudo, as atividades exercidas pelas/os profissionais da atenção básica em saúde.

### **6.1. O encontro com a comunidade, a unidade de saúde e as/os trabalhadoras/es.**

As duas comunidades (Curió e Sabiá Laranja) estão no mesmo morro, fazendo fronteira direta entre si. No entanto, o acesso de uma para outra é por um único ponto. Curió é uma das primeiras comunidades cariocas a receber a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) em junho de 2009. A UPP fica no mesmo território da unidade de saúde e abrange as duas comunidades. Esses territórios são dominados por facções diferentes e rivais, o que fazia com que os confrontos acontecessem com grande frequência.

Após a aprovação do Comitê de Ética, a ida à unidade de saúde foi combinada previamente com o gerente, para que eu pudesse conhecer o local e apresentar a pesquisa aos profissionais elegíveis. A unidade escolhida conta com duas equipes de saúde da família.

Chegando próximo ao acesso da comunidade, fiz contato telefônico com a unidade para saber se poderia ir (processo comum quando é preciso subir para as comunidades com risco de confronto – procedimento orientado pelo próprio Protocolo de AMS). O acesso à comunidade é por uma pequena via e, como usualmente utilizam o transporte alternativo de motos (“mototáxi”), subi assim.

Na subida, pude perceber o ponto que liga as duas comunidades e um movimento habitual de pessoas descendo, aparentemente para escola e trabalho. A moto me deixou próxima à unidade, mas é necessário subir uma escadaria, não sendo possível chegar de carro ou moto na frente da unidade. Quando se olha de frente, a unidade fica



no meio da comunidade Curió, é pequena e funciona em um espaço cedido pela associação de moradores. Para entrar na própria unidade, é necessário subir uma escada na porta de entrada, não tendo acesso por rampas, o que evidencia a dificuldade das pessoas que delas necessitam.

A gestora administrativa da unidade recebeu-me na pequena sala que funciona como gerência, administração e sala dos ACS, apresentando-me a eles que ali estavam. De maneira geral, fui bem recebida. Pela disponibilidade deles e vontade em participar, fiz um agendamento de horários para este mesmo dia, a fim de organizar a ordem das entrevistas individuais com aplicação do TCLE e dos depoimentos, caso aceitassem.

As entrevistas foram realizadas na sala da associação de moradores, na qual acontecem os grupos da unidade. Por isso, algumas vezes, tivemos que interromper a entrevista devido à entrada de algum funcionário da associação. Após as entrevistas, despedi-me da equipe e desci pela comunidade a pé, após ter sido orientada de que não havia risco. Descendo, pude perceber que o batalhão da UPP é bem próximo à escadaria que leva à unidade. O trajeto foi tranquilo e percebi um movimento habitual como em outras comunidades: pessoas transitando, motos levando passageiros e poucos carros, apesar de não ver transporte público convencional.

Na segunda visita, fiz contato direto com a gestora administrativa para saber da avaliação do território e se podia subir; após retorno positivo, subi à comunidade. Ao chegar lá, novamente fui muito bem recebida, com uma sensação de que me esperavam e prontamente a ACS, que estava na porta de entrada, falou que queria ser a primeira. Sem que ninguém mais fizesse solicitação, uma outra ACS se ofereceu para ficar no guichê de acolhimento, para que a outra, que estava escalada, pudesse participar.

A sala que usamos na semana anterior estava ocupada, assim a gestora administrativa sugeriu utilizar o terraço amplo, sem casas na mesma altura e com uma vista deslumbrante. As/os entrevistadas/os se sentiram à vontade neste local; utilizamos também a sala de vacinas, que, no momento, não tinha usuários. Na descida da comunidade, novamente caminhando, passei por três turistas falando em outro idioma, pareciam tranquilas e terem conhecimento do local.

No terceiro dia, a unidade estava mais movimentada e contava com a apoiadora institucional, que é profissional da coordenação de área. Nesse dia, enquanto esperava as profissionais retornarem das visitas domiciliares, para dar seguimento às entrevistas, fiquei na sala de espera, junto com os usuários do serviço de saúde que assistiam à

televisão. No quadro de avisos, chamou a atenção um cartaz escrito “Quem cuida da mente, cuida da vida”. Perguntei à ACS o motivo da frase, e ela me informou que era um grupo “cuidando de quem cuida”, promovido pela antiga gerente da unidade. Ao perguntar como ele funcionava, ela afirma que “as pessoas não gostavam muito, ia pouca gente”; ela mesma lembra que não gostava de participar, disse: “quando você fala no grupo, as outras pessoas criticam, aí ninguém gostava”. Uma outra ACS conta que existia uma roda de conversa na unidade e que era muito boa, pois possibilitava até às pessoas mais introvertidas participarem. Como os eventos externos que culminaram na necessidade do grupo que estas duas ACS relataram eram o mesmo, possivelmente estavam falando do mesmo espaço, porém com percepções bem diferentes.

Dessa vez, as entrevistas foram realizadas no terraço da unidade, na copa e sala de curativos. Nesse mesmo dia, presenciei a alteração no roteiro de visita domiciliar de uma profissional da equipe técnica devido a uma situação de risco no território. A enfermeira foi advertida pela ACS de que a área de becos não deveria ser visitada por ter muitos “bandidos novos e armados na área”. Não foi possível realizar a entrevista com a médica de uma das equipes, devido ao número elevado de atendimentos para aquele turno.

Pude observar uma rotina diferente do habitual nessa unidade, pois, como o gerente responde por duas unidades de saúde em territórios distintos, ele só está nesta unidade duas vezes na semana. E, como a gestora administrativa da unidade acaba sendo a referência para algumas questões profissionais, também a convidamos para fazer parte da pesquisa.

## **6.2 Revivendo as memórias sobre a comunidade.**

De acordo com a antiga legislação (BRASIL, 2006), era necessário que o/a ACS fosse morador/a do território atendido pela unidade de saúde, assim todos/as eles/as moram em uma das comunidades. Mas o que chama a atenção é que apenas um não mora desde o seu nascimento. Ainda assim, mudou-se para a comunidade Sabiá Laranja com dois anos. Durante as entrevistas, pude observar seus saberes sobre o território e suas vivências com relação às mudanças ao longo do tempo.

Alice, que é moradora da comunidade Curió, conta sobre a sua infância sem energia elétrica, nem água encanada. A luz era obtida pelo uso do lampião e, depois de

algum tempo, foi instalada a rede elétrica, mas que era desligada para toda a comunidade às 22h. A água era retirada de um chafariz, com uma fila de pessoas com latas para carregar a água para casa.

Em meados de 1980, quem pôde adquirir as caixas d'água tinha o fornecimento de água três vezes na semana. Alice relembra os fatos e diz que era um tempo bom, pois existiam poucos moradores, as casas eram amplas e com quintal, e todos se conheciam. As ruas não tinham nomes, eram conhecidas pelos nomes dos moradores. Alice conta ainda que Curió pertencia à área militar e, por isso, eram proibidas novas construções e venda de terrenos, ou seja, a casa só poderia ser transferida para um familiar. Caso a pessoa se mudasse, sua casa era destruída para que outra família não entrasse.

Com o tempo, além do abastecimento regular de água e energia elétrica, as pessoas começaram a vender casas e pedaços do terreno, aumentando a população local. Apesar de muitas pessoas ainda se conhecerem, muitos moradores antigos se mudaram devido ao aumento da população. Alice diz que, há 40 anos, poucas pessoas eram envolvidas com a venda de drogas, e todas eram da própria comunidade, mas acha que piorou depois da vinda de facção criminosa, pois chegaram pessoas que não eram moradores, não conheciam a comunidade, impondo sua própria organização aos indivíduos que dominavam o tráfico, até então. Alice e algumas outras entrevistadas falam sobre as dificuldades de criar os filhos na favela, pela violência e pelo medo do envolvimento com tráfico de drogas.

Daniel, morador da outra comunidade, Sabiá Laranja, conta que, quando jovem, brincava muito na quadra da comunidade e na parte alta da mata, na qual há trilhas. Porém, segundo ele, as pessoas não acessam mais essa parte porque têm medo de serem confundidas com alguém tentando invadir a comunidade pela mata (rota utilizada em situações de invasão).

Rute verbaliza sobre o início do trabalho como ACS, que se confunde com a história da unidade. Diz que a equipe fez um curso introdutório durante um mês (normalmente acontece em uma semana), porque ainda não tinha um local para instalar a unidade de saúde. Depois começaram as atividades no território para conhecer os usuários, fazer o cadastramento, explicar sobre o serviço que seria oferecido. Os atendimentos médicos e de enfermagem precisavam ser todos nos domicílios, assim, quando terminavam o dia de trabalho, encontravam-se em uma escola que servia como uma base para esse encontro. Conta entusiasmada que foi um tempo bom, porque

circularam muito no território, possibilitando conhecer mais usuários e levar o serviço (atendimentos) até a casa dos usuários, que ainda duvidavam se o serviço seria mesmo implementado. Depois foi cedido o espaço em um posto de saúde comunitário, no território Sabiá Laranja, porém, devido à impossibilidade de obras no local, não conseguiram manter a unidade lá. Então, após acordo com associação de moradores da comunidade Curió, a unidade de saúde passou a ser no local que é até hoje.

### 6.3 As/os trabalhadoras/es entrevistadas/os.

Foram entrevistados/as 15 profissionais da unidade de saúde. O quadro a seguir mostra o nome fictício e a caracterização das/os participantes.

Quadro 4: Identificação e caracterização das/os participantes de acordo com idade, ocupação, formação, local de moradia, tempo de atuação na unidade e se teve outra experiência na área de saúde.

(continua)

	Nome (fictício), gênero e idade	Ocupação	Formação	Local de Moradia	Com quem mora?	Tempo de Atuação no local	Experiência em outra unidade de saúde?
1	Joana, F, 51 anos.	ACS.	Ensino Médio Completo.	Curió - desde o Nascimento.	Sozinha.	5 anos.	Não.
2	Alessandra, F, 51 anos.	ACS.	Ensino Médio Completo.	Sabiá Laranja - desde o Nascimento.	Marido.	9 anos.	Sim. Fora de comunidade.
3	Carolina, F, 37 anos.	Médica de Família e Comunidade	Pós-graduada.	Zona Sul.	Marido e filha.	4,5 anos.	Sim. Residência em MFC em outra comunidade.
4	Joaquim, M, 48 anos.	ACS.	Concluindo curso técnico.	Curió - desde o Nascimento.	Esposa e 2 filhos.	4 anos.	Não.

5	Rute, F, 34 anos.	ACS.	Ensino Médio Completo.	Curió - desde o Nasciment o.	3 filhas e 1 amigo da filha.	9 anos.	Não.
6	Marilsa, F, 37 anos.	Enfermeira.	Pós- graduada.	Zona Norte.	Marido, filha e 3 cachorros.	1 ano.	Sim. Residência em outra comunidade.
7	Alice, F, 53 anos.	ACS.	Ensino Médio Incompleto. Aguardando nota do EJA.	Curió - desde o Nasciment o.	Mora com o pai dos filhos e 4 filhos.	9 anos.	Não.
8	Daniel, M, 46 anos.	ACS.	Ensino Médio Completo.	Sabiá Laranja - Mora desde os dois anos de idade.	Esposa e 3 filhos.	5 anos.	Não.
9	Raquel, F, 32 anos.	Técnica de Enfermagem	Ensino Técnico.	Zona Sul Área de comunidad e.	Mãe, 3 irmãos, sobrinha e agregado.	10 meses.	Sim. ACS onde mora.
10	Carmen, F, 52 anos.	ACS.	Ensino Médio Completo.	Sabiá Laranja - desde o nascimento	Marido, 2 filhos e 1 filha.	7 anos.	Sim, no Sabiá Laranja, em trabalho voluntário PS comunitário.
11	Solange, F, 46 anos.	Técnica de Enfermagem	Ensino Técnico.	Zona Sul Área de comunidad e.	Pai.	4 meses.	Sim, ACS onde mora.
12	Ariel, F, 26 anos.	Administrati va.	Graduação em contabilidad e.	Zona norte Área de comunidad e.	Pai e mãe.	5 anos.	Não.
13	Mirela, F, 33 anos.	Enfermeira.	Pós- Graduada.	Zona norte.	Esposo.	3 anos.	Sim. 3 meses em outra comunidade.
14	Julieta, F, 38 anos.	ACS.	Cursando em Téc. ADM.	Sabiá Laranja - desde o nascimento	Marido e 4 filhos.	6 anos.	Não.
15	Celso, M, 47 anos.	Gerente de Serviço de Saúde.	Pós- Graduada.	Outro município.	Esposa e filho.	4 meses.	Sim. 14 anos.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

De acordo com esse quadro, podemos fazer alguns apontamentos importantes. O primeiro sobre a prevalência de mulheres na unidade, de modo que, das 15 pessoas entrevistada, 12 são mulheres, totalizando 80% de força de trabalho feminina; e esta era a mesma tendência se avaliássemos o quantitativo total da unidade.

Estudos apontam para a feminização da força de trabalho da área da saúde desde a década de 1970. Na pesquisa “Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil”, publicado em 2011, podemos observar o aumento da força de trabalho feminina em áreas da saúde que antes tinham pouca participação, como o caso da odontologia e medicina que, em 1970, tinham 11,3% e 11,6% de participação feminina, alcançando, em 2000, 50,9% e 35,9%, respectivamente. Destacamos, ainda, as categoriais de enfermagem que sempre tiveram a participação feminina acima de 80% para os níveis técnicos/auxiliares e acima de 90% para nível superior (MACHADO *et al.*, 2011). Essa é uma informação importante para a discussão das mobilizações subjetivas e estratégias de defesa identificadas neste grupo de trabalhadoras/es, pois, segundo Molinier (2013), elas sofrem diferenciação de acordo com gênero e tipo de atividade realizada pela classe trabalhadora.

Uma segunda consideração é sobre o tempo de atuação na unidade. Apenas três profissionais entrevistadas/os têm menos de um ano na unidade (o gerente e uma técnica de enfermagem com quatro meses e a outra técnica de enfermagem atuando há dez meses). Com tempo de permanência entre um e três anos, temos as duas enfermeiras. A médica tem quatro anos e seis meses. Entre os ACS, o tempo médio de atuação é de aproximadamente sete anos, variando de quatro a nove anos. A fala de uma ACS mostra a frustração na rotatividade dos profissionais, porque, apesar de ter uma médica há mais de quatro anos, a que chegou recentemente foi transferida:

a gente está meio “desesperançosa”, sempre quando chega um médico novo, a fala é essa: vai ficar? você veio para ficar? Assim, a gente tem que conhecer a pessoa de novo se a pessoa gosta de fazer promoção, se a pessoa é organizada, [...] a gente cria hábitos, um médico já não liga de você bater na porta, outro médico já não gosta, e tudo isso dificulta o trabalho, até a gente conhecer um pouco do profissional, né, aí quando a gente está acostumando... a pessoa sai, e aí a gente fica desestimulada.

Outro cargo que apresentou alta rotatividade foi o de gerente, que, segundo os relatos, foram três mudanças em um período de menos de dois anos. Segundo relatos, duas gerentes foram promovidas, a outra foi remanejada quando essa unidade passou a ser gerida pelo mesmo gerente da outra unidade, por redução dos números de gerentes na área.

As profissionais de nível superior apresentam especialização em Saúde da Família, duas na modalidade de residência. Além disso, todas já tinham alguma experiência na profissão e na APS. Entre os ACS, apenas dois tinham alguma experiência na área da saúde, uma por atuar como atendente em consultório dentário e outra por trabalho voluntário em posto comunitário.

A idade das/os ACS entrevistadas/dos varia entre 34 e 53 anos, tendo como média 46,6 anos, sendo que 50% das/os ACS estão na faixa etária de 50 a 59 anos, diferente dos estudos como o de Simas e Pinto (2017), que apresentam média de idade de 40,8 anos, e o de Ferraz e Aerts (2005), que apresentam a maior proporção de entrevistados/as entre 40 e 49 anos (37,7%), seguido da faixa etária de 30 a 39 anos (33,7%).

#### **6.4. Conhecendo um pouco mais das/os profissionais.**

Joana, que é ACS, sempre morou no Curió. Atualmente, mora sozinha, pois se separou. Conta que não escolheu ser ACS. Sua irmã, que foi se inscrever no concurso, convidou-a para ir junto e acabou se inscrevendo e, depois, passou no processo seletivo e foi chamada para trabalhar. Atua na mesma área desde que entrou, mas, em decorrência da divisão do território, cedeu uma parte para outra microárea. Para complementar a renda familiar, vende batons, perfumes, entre outros produtos. Além disso, recebe renda de um aluguel de imóvel. Diz ser muito brincalhona, gostar de dar e receber carinho, mas, às vezes, é mal interpretada pelos colegas de trabalho por isso. Compartilha, ainda, que perdeu um irmão de 27 anos por arma de fogo, pois tinha envolvimento com o narcotráfico. A morte foi em decorrência do confronto armado com a polícia.

Alessandra, que é ACS, mora com o esposo na comunidade do Curió. Conseguiu bolsa para graduação pela nota do Enem (Exame Nacional do Ensino Médio), mas, como não era o curso desejado, fez apenas o primeiro semestre de comunicação ou

radialismo (não se recorda). Trabalhou por anos como auxiliar de consultório dentário e atendimento ao público, por isso, interessou-se para a vaga de ACS, para continuar na área da saúde e por ser perto de sua casa. Teve sua microárea de atendimento trocada recentemente, saiu de dentro do território do Sabiá Laranja para área da Ladeira. Para complementar a renda familiar, vende docinhos, que ela mesma prepara. Os colegas de trabalho compram-nos e incentivam-na a fazê-los.

Joaquim é ACS e mora com esposa e dois filhos. Sempre morou na comunidade Curió, em terreno no qual há outras casas de familiares. Conheceu o trabalho pela esposa, que também era ACS e que conversou com ele para que fizesse a prova. Joaquim já estava cansado de trabalhar de madrugada entregando jornal, então tentou o processo seletivo e foi aprovado, assim completará em breve cinco anos como ACS. Está terminando o curso técnico em administração e tem curso de vigilante e segurança, o que gera uma renda extra quando é chamado para cobrir férias ou folgas em prédios próximos.

Assim como outros ACS, Rute também tem outras atividades para renda extra, faz artesanato e expõe peças em uma barraca em uma feira livre, além de fazer lembrancinhas e enfeites para aniversários. Mora com as três filhas e um amigo da filha. Conheceu o trabalho de ACS por uma vizinha, que foi ACS no Ceará. Interessada nos relatos da vizinha sobre as atividades do ACS e pela facilidade de trabalhar perto de casa, decidiu participar do processo seletivo, já que suas filhas eram menores e estudavam próximas ao domicílio. Está há nove anos na função, desde o início do trabalho na unidade. Está planejando fazer curso de prótese dentária, já que seu tio abriu um consultório e está incentivando-a a fazê-lo. Verbaliza também que não fez ainda porque não teve dinheiro para arcar com os custos do curso.

Outra ACS que compartilhou parte de sua história foi Alice. Anteriormente, trabalhou como agente ambiental contra o desmatamento no alto das comunidades. Tem seis filhos e quatro moram com ela; na casa, mora também o pai de cinco de seus filhos. Esses filhos têm 15, 18, 22 e 26 anos. Não são mais um casal, mas decidiram continuar morando juntos para conseguirem cuidar dos filhos com maior proximidade. Alice fala que é bom ter ele em casa para impor mais respeito junto aos filhos e, também, porque, com ele em casa, são duas pessoas para dividir as despesas. Se ele não estivesse, acha que teria que se desdobrar em dois empregos para conseguir se manter financeiramente. Além do fato de que acabaria chegando tarde em casa e as crianças ficariam



“abandonadas” na comunidade. Está ansiosa à espera de um resultado de prova que indicará se terminou o ensino médio.

Daniel, também ACS, mudou-se para a comunidade Sabiá Laranja quando tinha dois anos de idade, pois seus avós moravam lá. Hoje mora com esposa, duas filhas (21 e 11 anos) e um filho (9 anos). Mora em cima da casa dos pais, onde viveu durante toda a infância. Fez o concurso para ACS por indicação da mãe, que achava que ele tinha aptidão para lidar com pessoas. Passou no concurso, mas ficou como cadastro reserva, sendo chamado dois anos depois. Antes disso, trabalhava informalmente. Terminou o ensino médio e está tentando entrar na universidade; tem vontade de cursar assistência social, pois se sente bem ajudando as pessoas. Essa motivação também está relacionada com a participação em um projeto de redução de danos, da própria unidade, para identificar pessoas em situação de rua que querem retornar para suas casas em outros Estados. Esse grupo conseguiu, com articulações comunitárias, ajudar muitos usuários.

Julieta (ACS) mora no território Sabiá Laranja desde o nascimento, em terreno familiar. Hoje mora com marido, três filhas (18, 19 e 21 anos) e um filho (20 anos). Está concluindo o curso técnico em administração, campo que atuou antes de entrar na unidade, inclusive já havia sido secretária na associação de moradores. Quando fez a seleção para trabalhar, estava desempregada, pois deixou o serviço que era longe para ficar mais tempo com os filhos que estavam entrando na adolescência e ficavam muito “soltos”. Participou da seleção com expectativa de voltar a trabalhar e no território em que mora. Conta, orgulhosa, que passou em primeiro lugar para o trabalho de ACS.

Carmen, assim como quase todas/os as/os ACS, mora no território desde o nascimento (Sabiá Laranja), só se mudou para uma casa na rua de trás depois que se casou. Tem seis filhos, três moram com ela e o marido (dois meninos, de 15 e 26 anos e uma menina, de 20 anos). Dois outros filhos são casados e um faleceu recentemente. Terminou o ensino médio e iniciou o curso de instrumentação cirúrgica, mas não conseguiu conciliar a carreira, porque as crianças eram pequenas e acabou desistindo. Ela e marido trabalham no final de semana com uma barraca de cachorro-quente na orla da praia, para a obtenção de uma renda extra. Carmen foi presidente da associação de moradores do Sabiá Mangueira e foi voluntária no Posto de Saúde comunitário, por isso decidiu fazer prova para ACS. Foi chamada para trabalhar em outra favela, como auxiliar de consultório dentário, mas não aceitou o cargo pela distância. Logo após, saiu a sua chamada do concurso para ACS na unidade pesquisada.

Marilsa decidiu cursar a graduação em enfermagem após período de três meses de internação em um hospital, no qual teve contato com a área da enfermagem, pois gostou de conviver com pessoas dessa profissão. Mora longe do trabalho e diz que sofre constantemente com o trânsito da cidade para seu deslocamento. Como enfermeira, atuou em centro cirúrgico por dez anos e depois decidiu trabalhar na área ambulatorial. Após perceber que todas as seleções solicitavam cursos de Pós-Graduação, resolveu voltar a estudar e viu, na residência de enfermagem em Saúde da Família, uma possibilidade para alavancar sua carreira. Passou na seleção e fez a residência em outra favela por dois anos. Teve a experiência de morar nesse local, para evitar o deslocamento diário, mas não se adaptou. Questionada se tem outro trabalho, informa que, trabalhando 40 horas semanais e com o tempo utilizado no percurso, fica inviável – em média, cinco horas por dia, dirigindo – ter outro emprego.

A outra enfermeira da unidade é Mirela, que também desempenha função de Responsável Técnica (RT) de enfermagem. Tem 33 anos e mora com o esposo. Mudou-se recentemente da baixada fluminense para um bairro da zona norte da cidade, ainda assim, gasta quatro horas por dia no trajeto da casa para o trabalho. Na baixada fluminense, atuou por três anos em unidade de APS. Fez pós-graduação em Saúde da Família e em Emergência. Foi chamada através de um cadastro em site de vagas para cobrir uma licença maternidade, no fim de 2015, em uma unidade na zona sul da cidade. O contrato terminou e, um mês depois, ofereceram-lhe uma vaga efetiva em outra unidade. Mirela aceitou-a e permaneceu nessa unidade por três meses, sendo transferida posteriormente para a unidade Sabiá Laranja Curió, onde está por três anos.

Raquel, técnica de enfermagem, é moradora de outra comunidade na zona sul da cidade, desde o nascimento. Conta que sua casa é bem cheia. Moram ela, o filho, a mãe, os três irmãos, uma sobrinha e mais uma pessoa. Foi motivada a fazer técnico de enfermagem pela necessidade de aprimorar os conhecimentos para desempenhar a função de ACS na comunidade em que mora. Chegou a pensar em fazer uma graduação, mas, como o filho tinha quatro anos, achou que iria se ausentar muito da vida dele. Porém, ainda tem a pretensão de fazer a graduação depois que o filho crescer. Trabalhou como ACS por cinco anos, iniciou como técnica de enfermagem em outra unidade e há dez meses está nesta unidade. Conta que perde bastante tempo no transporte público para seu deslocamento. Chega no trabalho cansada por andar no ônibus cheio e precário. No retorno à casa, chega a levar cerca de duas horas.

Solange tem trajetória parecida com a de Raquel. Mora na mesma comunidade, e trabalhou por cinco anos como ACS. Solange mora com o pai, fez curso técnico em radiologia e depois o de técnico de enfermagem. Decidiu cursar enfermagem por entender que complementava seu conhecimento do ACS. Também utiliza ônibus para chegar ao trabalho, gastando, nesse percurso, cerca de uma hora e meia, em um ônibus desconfortável, que define como “uma lata de sardinha bem amassadinha”.

Carolina, a médica mais antiga da unidade, desempenha a função de Responsável Técnica (RT) de medicina. Relata que fez a residência por dois anos em Medicina de Família e Comunidade em outro local, com dimensões maiores do que a assistida atualmente, tanto em relação à vulnerabilidade, quanto no tamanho da comunidade e número de moradores/as. Mora com esposo e filha em área nobre da cidade. Foi trabalhar nessa unidade pela proximidade com seu domicílio. Vai para o trabalho de ônibus e, no início da ladeira, pega o “mototáxi”.

Ariel desenvolve trabalho na parte administrativa e mora na zona norte da cidade com os pais. Fez curso técnico em administração e começou a procurar emprego para conseguir arcar com os custos da faculdade em contabilidade. Iniciou o trabalho na unidade e depois a graduação, que já concluiu. Na ausência do gerente da unidade, Ariel é a referência, para as questões administrativas, de alguns conflitos com usuários, informações de prontuário eletrônico, entre outros.

Celso, gerente da unidade, tem experiência de 14 anos na APS, quase quatro anos em outro município. Mora com esposa e filho de um ano em outro município. Conta que fez sua Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho e Saúde da Família. Após um ano trabalhando como enfermeiro em uma unidade de saúde, foi convidado a assumir a gerência desta atual, convite esse já negado anteriormente por não se sentir preparado. Após o aceite da proposta, ficou nessa unidade por três anos e meio. Depois foi chamado para um novo desafio de ser gerente em outra unidade de saúde na mesma localidade. Passado algum tempo, foi responsável por outra unidade de saúde de apenas uma equipe. Na primeira e segunda experiências, a gerência era compartilhada (existiam dois gerentes). Depois foi transferido para uma outra unidade, ficando por seis meses e, então, foi transferido para a gestão destas duas unidades onde está atualmente, Sabiá Laranja e uma outra unidade, que é localizada na área nobre da cidade, fora da favela.

A maioria das/os entrevistadas/os moram com companheiros/as e/ou filhos/as, e as mulheres carregam, de acordo com seus depoimentos, a responsabilidade pelos cuidados familiares, principalmente das crianças. Ainda que não externalizem diretamente, falam dos cuidados cotidianos, das rotinas, de sair (ou nem entrar) do emprego ou curso porque achavam que não seriam capazes de dar atenção necessária à família. E, como observado por Molinier (2004), isso é dito de forma muito natural, como uma necessidade da vida (feminina).

Em contraponto, nos depoimentos dos homens entrevistados, não apareceram relatos referentes às questões domésticas ou limitações em relação a sua vida profissional devido aos filhos, por exemplo. Essa é uma realidade que, apesar do aumento de mulheres com o trabalho na esfera pública, elas ainda são responsabilizadas pelos afazeres domésticos e cuidado familiar, tendo que conciliar todas essas funções e trabalhos (BARROS; MOURÃO, 2018).

Além da discussão em relação ao gênero e divisão sexual do trabalho, Hirata (2019) fala sobre a importância dos estudos que englobem também a raça e a classe social, pois, apesar de já sabermos que, de modo geral, o homem recebe mais que a mulher, em estudo desta natureza, observou-se uma hierarquização pelo sexo e raça: homens brancos são melhores remunerados que as mulheres brancas, que recebem mais que homens negros e, por último, estão as mulheres negras, com a pior remuneração. Um limitador da pesquisa, aqui apresentada, é não termos inserido a autodeclaração de cor de pele.

Em relação a renda complementar, apenas os/as ACS desenvolvem outra atividade remunerada (cinco de oito entrevistados), além de trabalhar as 40 horas semanais na unidade de saúde e em visitas domiciliares. Todas as atividades complementares se inserem no campo do emprego informal: Alessandra faz e vende docinhos; Joana vende cosméticos e é locatária de um imóvel; Joaquim cobre férias ou folgas em prédios, na função de porteiro, sem vínculo; Rute faz artesanato e coloca-o em exposição em barraca em feira livre, além de fazer lembrancinhas e enfeites para festa; e Carmen tem uma barraca de cachorro quente com os esposo. Nogueira (2019) discute as “Expressões da precarização do trabalho do ACS”, e um dos pontos levantados é a desvalorização salarial desse profissional, que é considerado muito importante no trabalho da Saúde da Família; também evidencia a falta de qualificação

destas/es trabalhadoras/es, na forte construção de hierarquia dentro das equipes, na falta de um cuidado específico sobre a saúde deste trabalhador/a, entre outros.

## **6.5 As atividades desenvolvidas pelos/as profissionais de saúde no local pesquisado.**

### **Profissionais de nível superior: Médica e Enfermeiras.**

Foram entrevistadas três profissionais de nível superior, sendo duas enfermeiras e uma médica. O gerente da unidade também apresenta nível superior (enfermeiro), porém, devido à especificidade das ações, trataremos as entrevistas individualmente, a seguir.

Pela descrição da PNAB (2017) e da SMSDC/RJ, na carteira de serviços (2011), as atividades desenvolvidas pela enfermeira e médica assemelhavam-se, ou seja, consultas em todo ciclo de vida, programadas ou por demanda espontânea, quando o usuário não está agendado; visita para o acompanhamento domiciliar; realização de atividades de promoção de saúde e prevenção. O encaminhamento para os níveis secundários e terciários fica sob responsabilidade do médico, assim como a regulação de alguns procedimentos no Sistema de Regulação (SISREG). O documento aponta que a coordenação da equipe deve ser compartilhada entre médica/o e enfermeira/o da equipe e que a supervisão dos ACS não é exclusiva da/o enfermeira/o, devendo a/o médica/o ter participação ativa nesse processo.

Das entrevistas com as enfermeiras e médicas, podemos dividir suas atividades em quatro blocos. O primeiro é o atendimento - em acordo com o descrito anteriormente, todas as entrevistadas falaram de suas rotinas de realização de consultas aos usuários com ou sem agendamento prévio. Mirela recorda-se da experiência anterior na APS da baixada fluminense e fala sobre a ampliação dos atendimentos na APS na cidade pesquisada. Por exemplo, o atendimento para testes rápidos e/ou tratamento para sífilis no município anterior eram encaminhados para um polo de atenção, já no município atual esses procedimentos são feitos na APS, no momento do atendimento do usuário. Marilsa fala sobre o acompanhamento de gestantes, crianças e idosos.

No segundo bloco, agrupamos as questões burocráticas, apontadas pelas entrevistadas como uma parte mais administrativa. Esse aspecto envolve a atualização de planilhas de acompanhamento (lista de gestantes, livro verde *online* para

acompanhamento dos casos de tuberculose, planilha de curativos, dentre outros), pedido de material para organização e reposição das salas. No caso de uma enfermeira, a supervisão da sala de imunização, leitura e atualização dos e-mails de trabalho. Acrescenta-se nesse grupo a parte de inserção dos encaminhamentos no Sistema de Regulação (SISREG).

As ações no território compõem o terceiro bloco de atividades. Para que elas aconteçam, a primeira atividade descrita pela RT de medicina é a avaliação do território para saber se as atividades poderão acontecer ou não. Essa é uma atividade não descrita dentro das funções da médica, mas que, por fazer parte do grupo de AMS, ela assumiu junto com outras/os profissionais. As atividades no território incluem: as consultas em domicílio, quando o usuário não pode ir à unidade. Nesses casos, normalmente o atendimento é agendado de modo prévio, de acordo com a escala de visitas domiciliares de cada profissional técnico. Mas, em situações específicas, isso pode ser reavaliado, como relata Carolina: “fora do horário de visita, a gente sai para fazer visita se for alguma coisa, uma demanda mais urgente que tenha aparecido (...)”. Também são realizadas ações de promoção da saúde, como as atividades educativas.

E, por fim, as atividades relacionadas à função de responsável técnico (RT) da unidade, seja médico ou de enfermagem. Normalmente, na ausência do gerente, as RT(s) devem ser a referência principalmente para questões técnicas. Na unidade pesquisada, a RT de medicina é que pareceu desempenhar essa função, apesar da administrativa também ser procurada para resolução de problemas que não são de ordem administrativa. Outra atividade exercida pelas RTs é a participação na reunião feita pela coordenação, com temas variados e com a responsabilidade de divulgar e discutir o assunto na unidade, porém não chegamos a verificar como esse retorno é feito. Carolina ainda realiza a regulação de alguns procedimentos no SISREG, de acordo com a padronização da SMS.

No discurso das três profissionais, não foram localizadas ações diretas sobre a supervisão do trabalho dos ACS.

## **O gerente da unidade**

Apesar de ser um cargo relativamente novo pela PNAB (2017), no Rio de Janeiro, as unidades de APS que contêm equipes de saúde da família já têm a função de gerente há algum tempo.

As atividades relacionadas pelo gerente Celso são muitas, vale ressaltar que elas não foram descritas isoladamente, mas retiradas pela pesquisadora por meio da narrativa dele: cuidar da gestão de pessoas; avaliar e propor alterações no processo de trabalho, compartilhando-as com as/os profissionais, para que todos possam se envolver com elas e opinar; controlar entrada e saída das/os trabalhadoras/es; comunicar-se com a equipe, de forma verdadeira, para criar um ambiente agradável e de confiança; atualizar mensalmente, ou se houver alteração, a escala com sua divisão entre as duas unidades, além do compartilhamento com a gestão, OSS e profissionais; ler e-mails e tomar as providências cabíveis; supervisionar os acompanhamentos feitos pelas equipes (gestantes, usuários com hipertensão e diabetes); acompanhar os indicadores de saúde da unidade; conhecer o perfil de demandas dos usuários para adequação do serviço; receber o usuário para reclamações ou para tentar auxiliá-lo em demandas administrativas; inserir usuários, conforme pedido médico, no Sistema de Regulação Estadual (SER); implantar e/ou atualizar o plano de AMS, além da comunicação com a CAP em caso de alteração na avaliação da equipe; realizar o colegiado gestor, que é um grupo que acontece mensalmente com o gerente da unidade, alguns profissionais e representantes da comunidade/usuários do serviço, para discussão de problemas da unidade e do território, passível de alteração por esse coletivo ou para ser levado a instâncias superiores, garantindo a participação popular.

Nesse momento de aumento de casos de sarampo no município, Celso relata ter que avaliar e implementar estratégia para aumento da cobertura vacinal para essa doença. Outra atividade, nas circunstâncias atuais, foi realizar a demissão das/os profissionais devido ao rompimento do contrato pela Prefeitura com a OSS, que foram feitas pelo gerente nas unidades de saúde. Relata também ajudar em coleta, vacinação e ações em saúde. Cabe ressaltar que essas ações são possíveis porque esse gerente é contratado como enfermeiro e ganha um adicional no salário para desempenhar a função de gerente.

Segundo a PNAB (2017), é recomendada a contratação de gerente para unidades de atenção básica. Essa política descreve 15 funções para este profissional, com objetivo de aprimorar e qualificar o processo de trabalho, conferindo maior qualidade ao serviço

prestado à população. Das atividades descritas, o que não conseguimos perceber, no depoimento de Celso, foram as ações relacionadas à segurança do paciente, conhecimento da rede e ações intersetoriais favorecendo apoio e cuidado integral aos usuários. Também não foi possível perceber a gestão da parte administrativa relacionada à infraestrutura e aos equipamentos da unidade, para que ela funcione da melhor forma. A PNAB (2017) descreve também a realização de “atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências”, mostrando que essa lista de atribuições pode aumentar ainda mais, de acordo com a determinação do gestor municipal.

### **As técnicas de enfermagem.**

As técnicas de enfermagem apresentam discursos similares sobre as atividades realizadas, que se dividem em questões relacionadas aos seguintes procedimentos: coleta de sangue; realização de curativos; preparação da sala de vacinas para abertura e vacinação; organização e preparação de amostra de escarro para investigação de tuberculose, assim como verificação da geladeira na qual fica armazenado; limpeza, organização e preparação de instrumentais a serem esterilizados; administração de medicações; aferição de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, febre etc.); atividades relacionadas à escuta qualificada dos usuários, orientações em saúde, além de atividades de promoção da saúde e prevenção.

Também falam sobre a participação na reunião de equipe. Raquel expressa o aproveitamento dos momentos em que está realizando VD para conversar com ACS sobre a orientação aos usuários, mostrando abordagens e orientações. Raquel traz outro componente importante de atividades relacionadas ao cuidado do usuário, que é a redução de danos aplicada em diferentes momentos, como podemos ver a seguir:

(...) a gente lidava muito com paciente em situação de rua, e aí tinha um paciente que era diabético e que ele chegava, lá estava ele comendo pão com mortadela (...), então, a gente sempre tentava fazer redução de danos, eu perguntava: E a medicação, está tomando a medicação? Porque era o que eu podia controlar naquele momento e fazer as avaliações da ferida (...)



De acordo com PNAB (2017), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN – 2014) e atividades realizadas na APS, os únicos procedimentos não informados na ação das técnicas foram: a realização do eletrocardiograma e a participação no controle e abastecimento das salas, que uma das enfermeiras informou fazer. Além de todas as atividades realizadas, as técnicas mostram uma percepção parecida sobre o cuidado dos usuários e o trabalho em equipe na Saúde da Família.

### **Agentes Comunitário de Saúde.**

Nos depoimentos de oito ACS, podemos identificar diversas ações que, por vezes, repetem-se, em outras, complementam-se, apenas Daniel trouxe experiência diferente.

A visita domiciliar é a atividade mais citada por diversas vezes na fala deles/as. As ACS que falam do início do trabalho da unidade recordam processo de conhecimento do território e das pessoas, orientação aos moradores sobre como funcionaria a unidade, assim como fase de cadastramento das famílias.

Alessandra acredita que, nesse momento, é necessário conhecer as famílias, suas necessidades, as condições em que se encontram, se tem alguém doente ou com alguma necessidade específica e, depois, passar à equipe técnica, para que seja construído o plano de cuidados desta família. As/os participantes da pesquisa contam que as visitas podem acontecer sozinhas ou para levar outras/os profissionais para área. Os motivos de visitas pelas/os ACS são diversos: acompanhamento dos usuários de acordo com ciclos de vida e linhas de cuidado (crianças, idosos, gestantes, usuários com hipertensão arterial, diabetes, tratamento supervisionado para tuberculose); levar agendamento do SISREG; levar medicação, resultados de exames e/ou agendamento de consultas para usuários com maiores dificuldades de deslocamento (agendamento de VD com profissional da equipe técnica, se necessário). Apenas um ACS fala sobre planejamento de VD e outro sobre o controle que faz após a realização das VDs.

Apesar de a visita domiciliar ser uma atividade comum a todos os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família, ela é a ação central no desenvolvimento das atividades destas/es profissionais, o que podemos ver na própria lei que regulamenta a profissão (nº 10.507, de 10 julho de 2002), na PNAB (2017), assim como no manual do ACS (MS, 2009). A Saúde da Família trabalha com território adscrito; para o

planejamento das ações e organização do serviço, é necessário o mapeamento do território, com famílias, ruas, ponto de apoio, escolas, comércios, pontos de fragilidade/vulnerabilidades, questões culturais, crenças, lideranças comunitárias, etc. Toda a equipe é envolvida neste processo, mas a/o ACS, pelo conhecimento do seu próprio território pelo cotidiano de vida e pela realização das visitas domiciliares, é parte fundamental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outras atividades também são descritas pelas/os ACS entrevistadas/os, como: participação em ações de promoção e prevenção; atividades na escola com acompanhamento de outros profissionais; participação na reunião de equipe, reunião geral e/ou de ACS; registro das ações em prontuário eletrônico e fichas de acompanhamento específicas; agendamentos e remarcações solicitadas por telefone ou aplicativo de celular; acolhimento/recepção dos usuários na unidade – a unidade tem dois guichês com computadores na recepção, as/os ACS ficam ali de acordo com a escala, para receber os usuários.

Daniel relatou a experiência de atuação no grupo de Redução de Danos, como um dos responsáveis pelas abordagens com usuários em situação de rua e, para estas ações, faziam articulações com outros órgãos públicos. Outra atividade descrita por ele foi o trabalho de convencimento para conseguir cadastrar alguns usuários, através de orientações sobre a carteira de serviços da APS do município pesquisado, além de falar sobre tratamentos exclusivos no SUS.

Morosini e Fonseca (2018, p. 272) descrevem a “educação em saúde como o eixo principal do trabalho dos ACS” e trazem uma crítica ao excesso de atividades que realizam, como atendimento em recepção, participação em grupos realizados por outros profissionais para auxiliarem na anotação de peso/altura, visitas domiciliares direcionadas a questões mais burocráticas, além da cobrança da realização de visitas de acordo com metas, o que pode resultar em visitas domiciliares mais rápidas e pontuais, impossibilitando a conversa em profundidade com o usuário e atividades no território que, efetivamente, tragam mudanças e mobilização da população.

### **Auxiliar Administrativa.**

A profissional administrativa realiza ações de controle e dispensação no almoxarifado; tratamento do ponto dos profissionais; orientação e cobrança para

realização da atualização cadastral dos usuários no prontuário eletrônico, de acordo com a lista de inconsistências; recepção de usuários com dúvidas e/ou reclamações, com orientação acerca da conduta de ACS no acolhimento; referência da unidade na ausência do gerente (assuntos de complexidade técnica são tratados pela RT); além de outras demandas que não foram faladas ou observadas pela pesquisadora no tempo em que ficou na unidade. Não foi encontrado documento formal que norteie as atividades deste profissional na ESF.

É preciso considerar que, entre as atividades descritas para os cargos e os depoimentos dos/as participantes da pesquisa, vemos que algumas, que são descritas como função, não foram identificadas, mas outras apareceram e não estão nos documentos oficiais como atividade. Uma delas são as atividades pertinentes ao AMS, assim como atividades da auxiliar administrativa em substituição ao gerente da unidade e ao próprio gestor da unidade, dividindo-se entre duas unidades.

Dessa forma, Dejours (1997, p. 39) descreve as contradições do “trabalho prescrito” e “trabalho real”. O prescrito são funções descritas para o cargo, as normas estabelecidas e as tarefas que devem ser feitas pelo/a trabalhador/a de acordo com a determinação prévia. Já o trabalho real é a atividade que de fato é realizada, no encontro entre o/a trabalhador/a e a realidade do trabalho, no qual a ação é executada, diante de toda complexidade de se trabalhar. Portanto, percebemos que as atividades do cotidiano são inúmeras, pois extrapolam o que é preconizado, fazendo com que as/os profissionais estejam em constante aprendizagem, realizando ações nem sempre planejadas.

## **6.6 O trabalho na atenção básica em saúde e suas dificuldades do cotidiano.**

Mesmo não tendo sido o objeto desta pesquisa, a precarização do trabalho apareceu no desenvolvimento da pesquisa empírica, assim como nos resultados da revisão integrativa e, portanto, será discutida a seguir.

Machado, Giongo e Mendes (2016, p. 231) caracterizam a precarização pela “ausência de vínculo trabalhista”, fazendo com que o trabalhador perca direitos já adquiridos e tenha reduções de salários. Apesar de, no caso destas/es trabalhadoras/es entrevistadas/os, o vínculo trabalhista garantir seus direitos já constituídos, a fragilidade do modelo de contratação será discutida a seguir. Além disso, as autoras apontam outros aspectos importantes:

aspectos negligenciados no contexto do trabalho precário são a organização e as condições de trabalho, que se apresentam através de metas inalcançáveis, ritmo intenso de trabalho, pressão de tempo, intensificação do controle e gestão pelo medo. É nesse cenário que se encontra outro elemento marcante: a precarização da saúde dos trabalhadores, caracterizada pela fragilização física, mental e subjetiva dos trabalhadores (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016, p. 231)

Consideramos a modalidade de contratação dos profissionais da atenção básica em saúde como uma forma de precarização. Todas/os, independente da função, são admitidas/os por Organização Social de Saúde (OSS), sendo estabelecido contratos de trabalho em acordo com as Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), conforme contratualização da OSS com a PMRJ. Druck (2016) mostra que essa forma de contrato é uma tendência no serviço de saúde pública brasileira, com grande representação no Rio de Janeiro e São Paulo.

Em nossa pesquisa, porém, não foram encontradas críticas a essa forma de contratação, talvez porque a média de tempo de contrato pela OSS é de 5 a 8 anos, gerando sensação de estabilidade (tempo calculado considerando todo o tempo das/os profissionais na OSS). Verde *et al.* (2013), em estudo sobre as vivências de trabalhadoras/es da saúde do interior de São Paulo, que eram terceirizados e foram desligados, encontraram resultado semelhante. A pesquisa mostra que as/os trabalhadoras/es aceitaram esse tipo de contratação com certa naturalidade e percebiam-se como profissionais da saúde pública, pois prestavam atendimento à população, assim como os servidores públicos (VERDE; BERNARDO; BÜLL, 2013).

A estabilidade no trabalho, muitas vezes, para o/a trabalhador/a está muito mais relacionado a sua percepção e subjetividade, do que a modalidade de contratação, como podemos verificar no estudo de Andrade e Monteiro (2020), em que os/as trabalhadores/as, mesmo com vínculo de trabalho de maior segurança (estatutários), têm receios em relação aos seus empregos, devido à terceirização de alguns serviços, como descrito a seguir:

a realização desta pesquisa possibilitou averiguar que esses trabalhadores, embora concursados e permanentes, estavam “preocupados” com a reestruturação produtiva, pois se viam inseguros com o processo de terceirização. Da mesma maneira, nas conversas

informais, pode-se verificar que essas mudanças trouxeram influências na subjetividade desses trabalhadores (ANDRADE; MONTEIRO, 2020, p. 120).

Verde *et al.* (2013) descrevem que as/os trabalhadoras/res perceberam a instabilidade de contrato com notícias sobre as possíveis demissões. Em nossa pesquisa, as/os profissionais também passaram a ter preocupações, em decorrência primeiro dos atrasos salariais que ocorreram e, posterior, pelas demissões provocadas pela reestruturação da APS e pela proximidade do término do contrato da OSS com a PMRJ.

Todos os contratos de OSS que prestavam serviços na cidade do Rio de Janeiro tinham duração de até cinco anos, alguns foram renovados após esse período, mas, em 2019, os contratos começaram a vencer, não sendo possível a sua renovação, a não ser com a assinatura do prefeito (renovação por excepcionalidade), gerando apreensão. As pessoas não sabiam se seriam renovados e, em caso negativo, não saberiam o que aconteceria com seus empregos, além da preocupação com sobrecarga do trabalho de quem ainda permaneceria. Pudemos verificar essa influência nas vidas dos/as profissionais, a partir dos relatos dos/as participantes. Raquel trabalhava em uma outra unidade e, com a extinção da sua equipe, seria demitida, mas surgiu essa vaga na unidade Sabiá Laranja e aceitou ser transferida. Julieta conta com tristeza sobre as perdas de profissionais da equipe:

[...] A minha equipe eram seis (ACS) no início, aí depois ficou cinco durante dois anos, e agora, essa semana, a gente recebeu a notícia de que nós vamos ficar só em quatro. Aí, então, eu fiquei muito triste [...]. Então, isso a gente acaba ficando preocupada, que sabe que a pessoa precisa; e, em relação ao trabalho, a gente sabe que vai sobrecarregar, né? A gente está na expectativa, sem saber, a gente não sabe o que a gente vai fazer, a gente não sabe como vão ser esses próximos meses (...)

[...] O fluxo de saída de médicos, isso atrapalha, corta o vínculo, desorganiza, desestimula, desestrutura emocionalmente, porque a gente se apega, a gente acostuma a trabalhar com aquela pessoa, e seis meses, um ano depois, acabou, então, assim, eu nem sei contar por quantos médicos eu já passei [...] é difícil de lidar, ontem a gente ficou sabendo que a [médica] vai sair, vai para [outra unidade], e aí mais uma vez a gente pensa que vai ter que recomeçar. (Julieta, ACS).

Além da própria instabilidade em relação aos seus empregos, existe também a dificuldade em planejar e organizar o trabalho, sem saber como será a próxima semana. Isso é um problema, pois há, por exemplo, o trabalho do gerente da unidade, que precisa lidar com a organização do trabalho, com a preocupação com as/os trabalhadoras/es e com seus próprios sentimentos:

Ainda não estamos de aviso, mas estaríamos hoje, não é? E não tivesse pedido para a gente segurar os desligamentos, os avisos prévios [...] O momento atual que está prejudicando todo o mundo, a cabeça de todo o mundo hoje é a troca da OSS [...] É insegurança, de trabalhar, são cobranças que a gente não vai conseguir finalizar porque hoje a gente não tem um prontuário que a gente consiga tirar algumas coisas dele para a gente apresentar e mostrar que o trabalho é feito e tudo que a gente tem, a gente tem que fazer extra, então isso é uma coisa que mexe bastante (Celso, gerente).

Celso já havia falado sobre a insatisfação das/os profissionais e da sua própria, em relação às situações de desligamento. Além disso, preocupa-se por não conseguir apresentar as informações pertinentes, a produção e o acompanhamento de usuários, o que pode refletir na regulação e cobrança deste trabalho. O próprio prontuário eletrônico adotado pela PMRJ não fornece as informações pertinentes de forma consolidada, sendo necessário o gerente e as equipes criarem mecanismos próprios para avaliação. Ainda assim, nesse momento, em que o gerente precisará fazer o desligamento de todas/os as/os profissionais de duas unidades, tem-se uma preocupação importante em apresentar os dados solicitados. Qual o impacto disso na produção de cuidado da população? Solange verbaliza:

[...] a saúde da família [...] o que ela está fazendo? Ela está cuidando só a doença, e saúde da família não é isso, cuidar só a doença, a gente tem que saber por que essa dor de cabeça está tão insistente nesse paciente; no momento em que a gente vai saber isso é que a gente vai sentar e ouvi-lo, e isso é o nosso trabalho com saúde de família, é orientar o paciente, fazer a promoção e a prevenção da saúde. [...] Isso porque tem que gerar os números, não tem que gerar os números? Tem que gerar os números e, para gerar os números, vai ser atendimento à revelia, daqui a pouco a gente vai estar voltando lá nos hospitais (Solange, técnica de enfermagem).

Celso foi o último entrevistado desta pesquisa, já em janeiro de 2020, devido aos problemas de agenda, greve e férias. Em janeiro, Celso já sabia que entraria junto

com sua equipe de aviso prévio, devido ao término do contrato da PMRJ com a OSS. Mas as/os outras/os participantes ainda tinham incerto o futuro na ocasião da coleta de dados, pois as entrevistas foram feitas antes do anúncio das demissões pela prefeitura. O que Celso não sabia, tão pouco as/os outras/os participantes, é que a empresa da prefeitura responsável pela nova contratação não admitiria profissionais da farmácia, odontologia, administrativos, NASF e técnicas de enfermagem. Além disso, o salário oferecido a quase todas as categorias (que serão recontratadas) é inferior ao que recebem hoje.

Pudemos observar, em todas as categoriais profissionais, o excesso de atividades. Porém, poucas/os entrevistadas/os trazem diretamente a crítica sobre a demanda de trabalho.

Celso, que é gerente, associa o excesso de trabalho às cobranças:

Chego na unidade, eu vou observar os e-mails, vou ler os e-mails todo o dia, são muitos e-mails, é muita cobrança, é uma cobrança da CAP, é uma cobrança da gestão, e uma cobrança dos objetivos, das metas, das variáveis (Celso, gerente)

Ariel emociona-se e chora ao falar do desgaste por ser a única auxiliar administrativa, a quantidade de atividades que precisa realizar e a sobrecarga por ser a referência da unidade na ausência do gerente (que está na unidade, em média, dois dias na semana). Apesar de sentir prazer em ajudar as pessoas e resolver problemas, sejam dos profissionais ou usuários, tem tido dificuldades em lidar com o sofrimento. Além disso, não vê possibilidade de crescimento profissional, que poderia funcionar como uma compensação psicológica, financeira e social.

Eu estou cansada! Tem dias que não dá vontade de estar aqui, eu nunca faltei ao trabalho, faltei uma vez, depois disso tudo, dessas brigas nesse ano, porque eu estava... eu estou saturada!

O adoecimento de profissionais no cargo de gestão foi estudado por Porciúncula *et al.* (2018), que entrevistaram gerentes de unidade de APS no Rio de Janeiro e identificaram a Síndrome de *Bournout* em 11,8%, acima do apresentado em outros estudos. As principais variáveis associadas à presença da síndrome são relacionadas à

organização do trabalho. E, nesse caso, podemos associar este risco tanto ao gerente Celso, quanto à Ariel.

Outros profissionais das equipes também sinalizam para esse excesso de atividades, como as dificuldades em relação à gestão do tempo e à realização de atividades em detrimento a outras, ações que podem impactar no cuidado e na promoção da saúde de usuários, como conta Marilsa. Ela diz que tem número baixo de visita domiciliar e atividades de grupo, porque acaba vendo muito usuários para demanda na unidade e, para não deixar as colegas sobrecarregadas, deixa de fazer suas atividades para atender. Esse pode ser um exemplo do que Dejours (2004) chama de “cooperação”, que é construído pelo coletivo de trabalhadores/as, a fim de prevenir o adoecimento mental, decorrente de trabalhos individualizados e isolados e, no caso desta pesquisa, a sobrecarga de trabalho, sem o apoio coletivo, poderia causar adoecimento. Dejours (2004) lembra que, para a cooperação ser estabelecida, é necessário que haja confiança entre os/as trabalhadores/as.

O “excesso” de demanda livre é relatado por diversas/os profissionais, estando presente no discurso das enfermeiras, da médica, das técnicas de enfermagem e de algumas ACS. Apesar da médica Carolina descrever que a organização da agenda para marcações inclui estratégias para garantir o atendimento as pessoas sem agendamento, é possível ver que ainda há dificuldades para a realização da assistência à saúde.

As técnicas de enfermagem, assim como uma ACS aponta, revelam que o excesso de pacientes não agendados pode estar associado à baixa autonomia para o autocuidado das/os usuárias/os, em que alguns procuram a unidade por qualquer motivo (inflando os atendimentos de “urgência”) e outros não assumem a responsabilidade do cuidado de si, de modo que as equipes precisam ficar constantemente buscando. Para a enfermeira de uma das equipes, o excesso de demanda está associado a cultura de medicalização que, na impossibilidade de comprá-lo por questões financeiras, procuram a unidade com queixas como resfriado ou cefaleia de baixa intensidade, na expectativa de conseguirem medicação.

Soratto *et al.* (2017) apontam que questões relacionadas à carga excessiva de trabalho, ao número grande de atendimentos não agendados e a realizações de atividades burocráticas equivalem a 14% das insatisfações relacionadas ao trabalho na ESF, de acordo com as/os profissionais entrevistadas/os.



Outro ponto abordado por Machado, Giongo e Mendes (2016) são as condições de trabalho. Em nossa pesquisa, dois aspectos foram apontados, o primeiro referente a falta de equipamentos de proteção individual, como capas de chuva e botas; e o segundo, que apareceu mais vezes nos depoimentos, em relação a estrutura física da unidade, como vemos nos fragmentos a seguir:

eu acho que aqui a estrutura não é uma estrutura legal, às vezes a gente quer trabalhar e a gente não tem sala, não tem espaço (Joana, ACS)

(...) às vezes não tem salas disponíveis, falta sala para profissional, principalmente nos dias que tem NASF na unidade, a estrutura é ruim, para o profissional, a estrutura é péssima em termos de copa, de banheiro, não tem uma sala de repouso, de convivência, de nada (...) (Carolina, médica)

Mirela complementa:

(...), é muito ruim para o processo de trabalho, tenho que atender, tenho que sair, tenho que liberar para a técnica, tenho que ficar esperando, depois eu volto, (...) ofereço um preventivo para uma paciente aqui, que normalmente eu atendo aqui no curativo, eu tenho que aguardar a outra médica liberar a sala para eu coletar um preventivo, então eu acho que esse é o maior dificultador.

Assim como nossas entrevistadas apontam para as dificuldades em relação à organização do trabalho na unidade em decorrência da estrutura física limitada, Soratto *et al.* (2017) também apontam que 12,9% de seus entrevistados apresentaram insatisfação em relação à estrutura física da unidade, representando o segundo lugar em termos de insatisfações dos entrevistados.

## 6.7 Trabalhando nos dias de “folga”.

(...) finais de semana, eles não deixam a gente em paz, à noite eles cismam que você... vai lá, bate na sua porta e cisma que você tem remédio, mas você não trabalha? Eu trabalho lá, mas eu não tenho remédio aqui para dar para vocês (Carmen, ACS)

Como Carmen, outras/os ACS trouxeram questões referentes à procura e/ou solicitações de usuários fora do período de trabalho, em períodos inoportunos. Rute, por exemplo, conta que, se for a uma festa em seu território de atuação, muitas pessoas a abordam para saber sobre coisas da unidade, como vacina, pedido de agendamento de consulta e outros. Ela relata ficar constrangida em dizer que isso a incomoda.

Daniel também fala que as pessoas mandam mensagens à noite ou aos domingos. Quando vai verificar, é uma solicitação de cancelamento de consulta. Mas, no próprio relato dele, é possível observar que, na impossibilidade de realização de visita domiciliar, ele acaba por realizar ações para minimizar o problema. Ou seja, para que seu usuário/a não perca a consulta de SISREG, por exemplo, ele vai fazer a entrega da marcação na hora do almoço. Às vezes, autoriza o/a usuário/a para pegá-la em sua casa ou, ainda, marca um ponto de encontro para entregar a marcação (depois do expediente).

Morosini e Fonseca (2018) apontam fatores que podem propiciar que tais situações aconteçam, a primeira é a/o ACS morar no território. Em segundo, o ACS querer mostrar-se disponível como uma forma de obter a valorização do seu trabalho. Por outro lado, pode ser pela impossibilidade do/a usuário/a procurar um serviço de saúde. As autoras acrescentam que alguns ACS fazem visitas após o expediente por não encontrar o morador durante o dia, devido às cobranças gerencias relacionadas à produção, ou seja, à alta demanda por atendimentos.

Dejours (1992, p. 46) fala sobre a “contaminação do tempo fora do trabalho”, quando o indivíduo, em sua folga, não consegue se desligar do seu trabalho, seja por pensamentos ou realização de atividades de trabalho em casa. Nesse caso, outras pessoas, as/os usuárias/os, fazem com que a/o ACS deixe de gozar seu momento livre para realizar atividades de trabalho, ou o próprio ACS, quando marca compromisso com usuário/a no seu momento de descanso.

Seria essa contaminação “consentida” também uma estratégia, com o intuito de aumentar o vínculo com a população? Tanto pela facilitação do acompanhamento e cuidado posterior, como relacionado à própria vida na comunidade e as consequências que uma restrição de contato pudesse causar, ou ainda, para conferir-lhes alguma proteção, já que essa pessoa que importuna na folga pode ajudá-la em uma situação que necessite de abrigo, por exemplo.

Em proporção diferente, isso também é relatado pelo gerente da unidade, que conta que, em 30 dias de férias, não saiu dos grupos de aplicativo relacionados ao trabalho, apesar de falar que não respondia, via todas as mensagens e solicitações. Possivelmente, este caso tenha uma relação direta com a insegurança de ser um cargo de confiança e ter uma avaliação negativa pela coordenação, já que sair do grupo poderia parecer falta de comprometimento e/ou desinteresse.

### **6.8. Dificuldades iniciais do trabalho na APS.**

Das/os oito ACS entrevistadas/os, quatro apresentaram como dificuldades questões relacionadas à confiança dos usuários com o serviço (de que funcionaria) e com a garantia do sigilo, visto que as/os ACS eram moradoras/es da área e em um território muito pequeno. Uma ACS relata que tinha medo de não conseguir a confiança dos usuários, pois admirava muita as ACS que eram recebidas muito bem pela população e eram procuradas para ajudar a resolver problemas. Em todas essas situações, as/os ACS relatam que foi com o tempo, mostrando o trabalho que a confiança entre usuário/a e serviço foi sendo construída. Além disso, as equipes usaram a estratégia de não falar de assuntos sigilosos de usuários/as em reunião de equipe, para que as/os outras/os ACS não conhecessem a história de outros/as usuários/as que não fossem da sua área, evitando divulgação de informações, assim somente médica, enfermeira e ACS da área sabiam do caso. Alice ressalta que o fato de a médica chamar os pacientes pelo nome na hora da consulta os cativou, conferindo maior credibilidade e confiança ao serviço.

Observamos, segundo os relatos, que os usuários apresentavam certa desconfiança em relação à instalação e manutenção da unidade em moldes de Saúde da Família, possivelmente associada a experiências anteriores de projetos que não tiveram continuidade e na confiança que depositam no gestor de saúde e, de certa forma, nos governantes. Valentim e Kruehl (2007) discutem como as relações de confiança (ou a falta dela) influenciam na consolidação da ESF, desde a relação entre os próprios usuários, passando pela relação com a equipe e, por fim, com os gestores. Eles destacam que o ACS tem um papel central no incentivo e fortalecimento da relação do usuário com a equipe/unidade, pois são pessoas já conhecidas da comunidade, que estão constantemente no território e em visitas, possibilitando o contato próximo com a

população. Além disso, é importante a ética com as informações e dados obtidos, principalmente por se tratar de vizinhos.

Julieta e Alice falam ainda sobre a dificuldade em lidar com os problemas dos usuários, sejam em relação a adoecimento, vulnerabilidade, violência doméstica, entre outros. Destacamos dois trechos:

(...) eu pensei em sair na segunda semana, assim, porque eu fiz uma visita (...) fiquei muito impressionada com uma vizinha minha que tinha retirado a mama, e eu gostava muito dela, gosto muito dela, e aí talvez pelo afeto ou por ser nova na área também, porque, hoje em dia, essas coisas não espantam mais, eu fiquei muito abalada, e aí eu consegui na hora manter a postura, porque a gente estava... enquanto profissional, não vou ficar chorando na frente dela, mas, quando eu cheguei em casa, eu chorei bastante (...) (Julieta, ACS)

Julieta conta que não desistiu da profissão, porque conversou muito com a médica que a acompanhou nessa visita, e esta tentou acalmá-la, além disso, diz que recebeu muito apoio da equipe e começou a pensar que, de alguma forma, poderia ajudar essas pessoas que estavam com algum problema ou sofrimento.

A seguir, temos a fala de Alice:

(...) no começo, foi difícil, porque era tanta coisa que a gente escutava que a gente nem dormia, eles começaram a acreditar na gente, porque eu tenho isso, eu tenho aquilo, porque hoje eu não comi, você ficava... eles não tinham comido, preocupava-se com aquilo, o marido bateu, achava que a menina tinha sido violentada, e aquilo foi difícil para a gente trabalhar isso dentro da gente (Alice, ACS)

Alice diz que, no início, era mais difícil, mas agora ouve e conversa com a paciente, logo depois passa-a para a médica ou psicóloga. Considera que esse processo é um desabafo, pois ela passa as informações para outro profissional e agenda para a/o paciente, a partir daí, a/o paciente tende a compartilhar mais coisas com a médica ou psicóloga, não somente com a ACS.

Entre as técnicas de enfermagem, as maiores dificuldades foram na recepção diante da equipe, pois não se sentiram acolhidas (relato também de uma ACS); em relação ao processo de trabalho, por entenderem que a equipe tem dificuldades na realização do acompanhamento, como é previsto pela Saúde da Família; e pela hierarquização nas relações, o que entende dificultar o trabalho com o conjunto dos/as

profissionais. Raquel, há mais tempo na unidade, acha que a relação já está melhor e que, aos poucos, conseguiu se colocar na equipe e implementar sua forma de trabalhar. Já Solange ainda apresenta dificuldades e tem tido em Raquel e na médica (que foi transferida) incentivo e apoio para continuar.

Raquel traz também uma percepção interessante que teve sobre sua técnica em fazer curativos. Enquanto trabalhava com a população que não morava em comunidade, percebia que as feridas dos/as usuários/as cicatrizavam bem, assim como eles entendiam e seguiam as orientações que ela lhes dava no momento da realização do curativo. Quando foi trabalhar na unidade Curió Sabiá Laranja, aplicava a mesma técnica e não tinha o mesmo efeito, chegou a se questionar sobre o que fazia de errado. Com o tempo, identificou as dificuldades dos/as usuários/as em entender as orientações, as diferenças em relação a nutrição e acesso a alimentação, fatores que entende interferir no processo de cicatrização e, por isso, a ferida tende a demorar mais a cicatrizar.

Mirela e Marilsa, enfermeiras, informam que não tiveram grandes dificuldades pelas experiências anteriores que tiveram. Mirela diz que teve apenas que se acostumar com a rotina de fazer teste rápidos e tratamentos para sífilis, porque, em sua experiência anterior, eram encaminhados para outra unidade. Apesar de Mirela não mencionar, é provável que essa “adaptação” à realização destes procedimentos tenha requerido um empenho com revisão de protocolos e procedimentos, pois essas atividades envolvem aconselhamento pré e pós-teste, a técnica de realização do exame, acolhimento ao usuário, diagnóstico da doença (se positivo), notificação compulsória, prescrição do tratamento e acompanhamento, o que não são atividades burocráticas ou triviais.

Marilsa conta que, quando chegou à unidade, esta estava em vermelho (fechada) há uma semana, sua equipe estava sem médica e a enfermeira tinha saído na semana anterior: “eu me senti várias vezes sozinha, falei: caraca, não conhecia nada e não tinha ninguém para me ajudar”. Conta que a violência não a assustou e, com o tempo, conhecendo a equipe e os usuários, o trabalho foi ficando mais leve.

Ariel, auxiliar administrativa, teve dificuldades em aprender a função na área de saúde, pois era completamente diferente do que havia aprendido, também tinha dificuldades em tomar decisões pertinentes ao cargo, assim pensou em desistir no início. Acha que a gerente da sua unidade foi importante no seu processo de aprendizagem, pois forneceu apoio, incentivo e confiança para que realizasse o trabalho, além da conexão com as outras pessoas ter criado um ambiente favorável para sua permanência.

Celso, gerente, diz que, no início da sua carreira como gerente, tinha dificuldades em fazer a gestão de pessoas, lidar com os conflitos e necessidade de conversas com os/as profissionais, o que atrapalhava alterações no processo de trabalho. Hoje acha que tem facilidade na gestão de pessoas e que, inclusive, isso é benéfico para a relação da equipe:

(...) o que antes eu achava difícil trabalhar com pessoas, hoje eu acho que é um grande facilitador que eu tenho, porque eu consigo me comunicar bem, consigo cobrar, consigo ser firme, mas eu consigo ser autêntico e falar a verdade para os colaboradores e assim a gente vai ouvindo verdades também, então a gente consegue ter uma rede de trabalho muito positiva (...)

De acordo com os depoimentos, percebemos que esses/as trabalhadores/as constroem suas estratégias diante das dificuldades por meio da aprendizagem com o grupo, nas relações entre eles (nem sempre harmoniosas), na elaboração da confiança com a comunidade. Nesse sentido, Dejourn (1992) e Molinier (2013) corroboram que o trabalho, embora tenha suas dificuldades, é por meio dele que as ações são realizadas, a fim de se garantir o prazer.

## **7. AS VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA ARMADA NO TERRITÓRIO: PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

por a gente morar na comunidade, às vezes, assim, a gente corre um risco, entendeu? De levar um tiro, a gente está na área e de repente começar um tiroteio, como já aconteceu com a gente aqui, assim, eu acho complicado. (Joana, ACS)

Neste item, são apresentados e discutidos os relatos sobre a violência armada na perspectiva dos/as entrevistados/as, as influências no cotidiano de trabalho e os aspectos de saúde relatados por eles diante da violência armada no território.

### **7.1 Os relatos sobre a violência armada.**

Os relatos sobre a violência começam a aparecer ainda na parte inicial das entrevistas, quando foram feitas perguntas sobre as dificuldades no início do trabalho e as principais mudanças e/ou diferenças, desde o início da atividade até os dias atuais. Dos oito ACS entrevistados, quatro (Alessandra, Joaquim, Rute e Carmen) colocaram as situações de violência como principal dificuldade ou alteração em relação ao trabalho nesse período, como exemplificamos em dois trechos a seguir:

Diferença que antes você conseguia trabalhar, ir para o território, ir com uma certa segurança, uma segurança, você fazia o seu trabalho, você visitava as pessoas, visitava as famílias, e hoje você não tem mais essa segurança de sair, por causa da violência que está o território, como eu falei, a gente começou em 2010, e lá para 2017 que começou essa questão da violência (Alessandra, ACS).

Rute ainda complementa:

Ficou bem mais violento (risos), mudou bastante coisa, bastante mesmo, porque eu acho que antes, mesmo tendo tráfico, não era igual agora; agora está bem pior, a gente já teve bastante episódio ruim de ter que fechar a clínica, de não conseguir chegar em casa, ou não conseguir sair de casa para vir ou ficar na casa de paciente, esperando passar para poder ir embora, mas eu acho que, de nove anos para cá, assim, piorou bastante (Rute, ACS).

Outros dois participantes, Daniel e Alice, trazem em primeiro plano outras questões, mas citaram a violência. Joana e Julieta não trazem à conversa inicial aspectos relacionados à violência armada: Joana fala sobre condições de trabalho e Julieta, sobre a mudança de médico/a na equipe.

Entre as/os outras/os profissionais, como enfermeiras, técnicas de enfermagem, médica, auxiliar administrativa e gerente, apenas Mirela (enfermeira) e Carolina (médica) destacam a violência como principal diferença que perceberam desde a entrada na unidade até o momento, como destacado no trecho:

Porque, quando eu comecei aqui, a gente andava tranquilamente pela comunidade e a gente não se deparava com o que a gente vê atualmente: homens armados no caminho, radinho, banquinha de drogas. Em 2016, eu não via isso, eu andava pela comunidade tranquilamente, sem medo, sem dificuldade nenhuma, e hoje não, hoje eu já tenho um pouco de receio (Mirela, Enfermeira).

Apesar de Marilsa contar que, quando chegou para trabalhar na unidade, a situação do território era difícil, pois a unidade chegou a ficar fechada por quase uma semana. Considera que essa situação não lhe causou impacto devido à vivência anterior que havia tido:

quando eu cheguei, o pessoal aqui desesperado, falei: gente, isso é tão comum (Risos) (...) eu cheguei sem médico e sem enfermeira na equipe, e com o território vermelho, então, assim, os primeiros... os primeiros meses foram complicados, mas, assim, até que não foi tão ruim pela questão da violência, porque eu tinha passado por situações piores na outra comunidade, então isso não me assustou, então, no todo, eu até achei que aqui é uma comunidade tranquila (Marilsa, enfermeira).

Nessa fala de Marilsa, poderíamos considerar, a princípio, que ela “banaliza” a violência, como uma estratégia coletiva de defesa (DEJOURS, 1992). No entanto, quando segue dizendo: “me perguntava: gente, será que vai continuar (o tiroteio) igual na outra comunidade e aí a gente vai ter que... eu vou ter que ficar passando por isso, ficar passando por essa violência de novo?” Temos a impressão de que ela reconhece os possíveis riscos e sofrimentos advindos das situações de violência, pelo que não deseja passar novamente. Julga ter passado por maior risco e impacto anteriormente, pois sua antiga unidade continuava com funcionamento interno “normal”, mesmo com operações e confrontos no entorno, inclusive com a presença do helicóptero. E é possível que, em decorrência de todo sofrimento vivenciado anteriormente, tenha desenvolvimento de habilidades para lidar com seus sentimentos nessas situações, criando estratégias para suportar o sofrimento.

Outro caso que chama atenção, nesse aspecto, é o relato de Carolina, médica da unidade há mais de quatro anos, que apresenta ambivalência em relação às consequências da violência, ao mesmo tempo em que a identifica como a principal diferença no território desde sua entrada. No seu depoimento, não valoriza os impactos da violência, como no recorte a seguir: “a violência é uma questão quando impede a gente de sair do território, mas não vejo isso como... (problema), eu acho que a gente desenvolve um bom trabalho, independente disso.” Uma hipótese levantada, na análise das entrevistas, é a possibilidade de um afastamento de Carolina em relação a esta situação, por não ter vivenciado pessoalmente nenhuma situação de violência armada explícita e/ou tiroteio, como relatou.



O fato de os relatos sobre a violência terem sido iniciados precocemente, nos depoimentos, apontam para a complexidade do problema e sua influência na vida e trabalho das pessoas, como vemos a seguir, de acordo com as respostas das/os participantes às perguntas diretas sobre a violência armada.

No quadro 5, são apresentados os resumos dos relatos, de acordo com a resposta das/os participantes à pergunta sobre ter vivenciado situações de violência no território durante o trabalho.

Quadro 5. Síntese das respostas a pergunta “No seu trabalho, você se recorda de ter vivenciado situações de violência no território?”

<b>Nome</b>	<b>Função</b>	<b>Vivência de situações de violência neste território Resumo do relato</b>
Joana	ACS	Ia sair da casa de uma paciente e começou o tiroteio, permaneceu abrigada com a paciente, até melhorar. Em outro episódio, estava no meio do beco, e o tiroteio começou, paralisou, sem reação, “eu só gritava (ahhhhhh)”, um paciente a puxou para abrigá-la em sua casa.
Alessandra	ACS	Era uma época em que “estava dando alguns tirinhos”, não muito, por isso podiam realizar VD. Estava na área quando começou o tiroteio, não correu por medo de ser confundida e ser alvejada, escondeu-se no único lugar possível, agachada, “só via gente correndo e tiros passando por mim”.
Joaquim	ACS	Ele e outros moradores ficaram encurralados entre policiais e “meliantes”, conta que a situação não foi trágica porque conseguiu sinalizar às duas partes que tinham inocentes no meio, inclusive crianças, e conseguiram se abrigar antes do confronto começar.
Rute	ACS	A polícia estava fazendo uma incursão e tinha “bandidos armados” no caminho, “eu tive que correr junto com os bandidos”. Rute entrou na casa de uma paciente e eles entraram na casa ao lado para se esconder. A polícia tentou entrar onde Rute estava, mas por algum motivo não conseguiu.
Alice	ACS	Em visita com a fisioterapeuta, deparou-se com muitos homens da comunidade armados: “cada arma... eu acho que era maior do que eles aquelas armas, e eles dando bom dia, bom dia, bom dia, está tranquilo lá na frente? Como é que a gente sabe se está tranquilo lá na frente se a gente não sabia que atrás estava assim?”, ficou muito nervosa e a fisioterapeuta a acalmou.
Julieta	ACS	Conta que vivenciou diversas visitas, em uma delas, levava a enfermeira Mirela, que estava em seu primeiro dia de VD. Durante o atendimento a dois usuários, chegou um homem correndo, informando a estes que estava tendo uma invasão de facção rival à deles. A ACS e a enfermeira cruzaram os olhares, e a enfermeira entendeu que deveria encerrar rapidamente o atendimento e as duas saíram correndo pelo caminho, com medo do confronto.
Carmen	ACS	Estava descendo na sua microárea e iam à sua frente sua filha e o filho, quando, de repente, começou o tiroteio e ficaram no meio, “eu só gritei: corre! saí pulando a escada e entrando no bar, me jogando no chão, só

		via o garoto correndo e atirando”. Quando terminou, um cliente do bar e um policial tinham sido feridos. Carmen e outros moradores socorreram o morador ferido.
Daniel	ACS	Perdeu duas pessoas próximas em confronto com a polícia e tem dificuldades de falar sobre o assunto e não respondeu diretamente a esta pergunta. Mas narra que um dia estava almoçando quando a polícia estava em incursão, atirando, e “os meninos” entraram em sua casa para se abrigar.
Carolina	Médica	Diz que nunca presenciou tiros ou confronto, enquanto estava na unidade ou na área.
Marilsa	Enfermeira	Fala sobre a semana que chegou, que foi muita tensa, em que a unidade ficou fechada alguns dias, em decorrência da violência armada.
Mirela	Enfermeira	Verbaliza sobre o episódio que Julieta trouxe. No entanto, o que mais a impactou foi um dia em que estava indo para uma visita e encontrou seu paciente em um bar; quando começaram a conversar, dois meninos com arma em punho passaram correndo. A ACS a alertou que deveriam ir embora, e a VD ficou combinada para outro dia com o usuário. No retorno para unidade, passaram por diversos meninos armados, com armas expostas. A ACS os advertiu, pedindo que abaixassem para que elas passassem e a resposta foi: “se ficar na frente, vocês vão tomar também, é melhor vocês saírem”.
Ariel	Aux. Administrativa	Estava subindo a comunidade e a polícia descendo a ladeira para entrar no Sabiá Laranja, quando a troca de tiros começou e não tinha onde se abrigar.
Raquel e Solange	Técnicas de Enfermagem	Não passaram por nenhuma situação dentro do território, já aconteceu de não poderem subir a comunidade, porque estava tendo operação policial com tiros, sendo remanejadas para outra unidade.
Celso	Gerente	Não presenciou nenhuma situação de violência ou confronto no território.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Além das consequências para organização do trabalho e manutenção do acompanhamento dos usuários, como vemos a seguir, as/os participantes apontam ainda implicações desta violência para o seu convívio social, como diz Alessandra, que é moradora do território:

fora o trabalho, a gente também deixava, às vezes, de ir à praia, de ir à rua, porque era tiroteio demais aqui, era quase todo dia, então, assim, você saía, não tinha hora, você saía e não sabia se, na hora em que você saísse, ia ter tiro, se, na hora em que você voltasse, ia ter tiro; muitas vezes, deixava de ir a certos lugares à noite ou até mesmo em outros horários, assim, praia, às vezes ir à rua comprar alguma coisa, porque eu ficava com medo de ter tiroteio no momento em que eu saísse (Alessandra, ACS).

Crescer, morar e trabalhar nesse território exigem observações de sinais e uma aprendizagem diante das dificuldades impostas pelo cotidiano de trabalho, que muitos

podem achar natural, mas que necessita ser aprendido e compartilhado entre os demais. E, assim, as/os ACS que conhecem o território acabam ensinando as/os trabalhadoras/es que não moram neste território. Joana relata:

[...] parece que o ar fica pesado, entendeu? Por exemplo, o morro fica muito calmo, muito calmo, então fica todo mundo já esperando, porque vai acontecer, a gente só não sabe o dia nem o momento, mas vai acontecer (Joana, ACS).

Essa é uma situação difícil de explicar, mas que é muito recorrente nos depoimentos de pessoas que moram ou trabalham em territórios com a presença da violência armada. Nos momentos que antecedem, ou logo após os confrontos, podem estar associada as tensões individuais/coletivas aos outros sinais apontados pelas/os nossas/os participantes, tais como: comentários na comunidade sobre invasões/operações policiais, ruas desertas, cachorros latindo muito, movimentação de policiais ou pessoas não conhecidas na comunidade associadas ao narcotráfico, dentre outros. Todos esses fatores acabam por alterar a rotina da comunidade, causando estranheza e, em alguns momentos, ansiedade e medo às/aos trabalhadoras/es e moradoras/es.

Observamos, pelos relatos das/os moradoras/es, que a violência e a presença de indivíduos fortemente armados foram piorando ao longo do tempo. Motta e Dutra (2010) apontam isso como uma tendência na América Latina e Caribe, como resultado de um processo de afastamento do Estado da sua responsabilidade de promover a segurança das pessoas, da desigualdade social e de renda. Ademais, existem locais onde o Estado tem alguns serviços implantados, normalmente de saúde e educação, mas não implementa Políticas Públicas que favoreçam e realmente mudem a vida dos/as moradores/as. São nestes espaços, em que o Estado não se faz presente, que estes grupos armados dominam os territórios, normalmente por questões financeiras, associadas ao narcotráfico (MOTTA; DUTRA, 2010).

Os relatos da violência armada por parte dos depoentes concentram-se entre os anos de 2017 e 2018, momento em que ocorreu o confronto entre facções rivais, com tiroteios constantes e intervenção da polícia na região estudada. Uma dessas intervenções foi citada como o momento de maior tensão, descrito a seguir.

### **O caso do Helicóptero: o vivido que não saiu das memórias.**

o helicóptero saiu distribuindo tiro assim, tum, tum, tum, tum (simulando barulho de arma/tiros e fazendo sinal de arma com a mão); foi Deus que nos protegeu, que não acertou um tiro na gente, as cápsulas todinha assim, sabe, eles não pensam não, sabe, é ser humano que está ali, como é que eles vão sair atirando assim, isso não é certo não, aí eles vão falar que tinha sido sem querer (Alice, ACS).

A comunidade há algum tempo já estava sofrendo pelos confrontos constantes entre facções rivais e entre as facções e a polícia. Nesse dia do relato de Alice, o clima já estava tenso, pois acontecia uma operação policial e, por isso, já havia sido decidido que a unidade fecharia mais cedo, para que as/os ACS pudessem retornar para suas casas e as profissionais pudessem sair da comunidade. Porém, o confronto intensificou-se e as/os profissionais não puderam sair da unidade, ou seja, ficaram aguardando que o conflito cessasse para tentar sair. Mas as/os profissionais foram surpreendidas/os pela ação do helicóptero da polícia, como Alice inicia sua narrativa: “ficamos dentro da unidade, aí nós só fomos pegar um ar eu e (outra ACS amiga)... A gente saiu num segundo, um segundo, botamos o pé para o lado de fora...” e ouviram os disparos que, segundo Alice, vinham do helicóptero. Rute segue: “o helicóptero veio muito baixo e deu tiro aqui e ficamos desesperados aqui dentro, ficamos presos, não conseguíamos sair, e foi muito ruim”. Joana conta que estavam dentro da unidade, “mas nós escutamos as cápsulas tudo caindo, nós entramos em pânico, a gerente ficou doidinha aqui com a gente”. Joaquim complementa:

passou na TV, nós estávamos aqui e o helicóptero atirando nos meliantes aqui, e as cápsulas caindo aqui, tanto que os colegas aqui, eu não, porque eu já passei cinco anos no exército, então estou acostumado, mas alguns colegas entraram em pânico e eu, junto com a enfermeira, conseguimos dar uma acalmada no pessoal (Joaquim, ACS).

Ariel lembra que, naquele dia, quando o helicóptero passou atirando e as cápsulas caíram no entorno da unidade, o caos se instalou, eram aproximadamente 20 a 25 pessoas, dentro de uma unidade pequena, nos fundos, deitados no chão. Marilsa,

enfermeira, também fala sobre esse dia: “todo mundo se jogando no chão, chorando, gritando, até porque eles não tinham essa vivência de violência dentro da comunidade, então, para eles, eu acho que foi muito mais choque”.

Alice continua:

A gente fica lá quietinho, chorando muito, muito, muito, a gente chora porque a gente está preso, não pode sair, a gente não sabe o que vai acontecer. Eu acho, assim, não é, assim, a gente está aqui, sim, mas, tipo assim, no dia do helicóptero, ficou uma pessoa batendo na porta que nem um desesperado, e aquilo deixou a gente desesperado demais, porque a gente não sabia quem estava batendo na porta. Como a gente ia lá na frente perguntar quem estava batendo na porta, e se essa pessoa entrasse e du, du, du, du (simulando barulho de tiro), entendeu? É isso que ficou na mente, eu sei que não ia entrar, mas, sei lá, na hora, o helicóptero que atirava, aqui ficou cheio de bala, um desespero (Alice, ACS).

Além do medo que sentiam pela situação, as/os ACS com filhos/as, mãe e parentes, no território, estavam preocupados com os seus entes e tentavam contato telefônico para saber como estavam. Duas ou três pessoas que estavam mais calmas tentavam acalmar as demais. Além disso, diversas pessoas precisaram fazer uso de medicação controlada, para tentar se acalmar de alguma forma, pois não estavam conseguindo lidar com a situação.

Depois de tudo isso, a unidade ficou fechada por quase uma semana, mas como retornar ao trabalho?

A gente não queria vir por quê? Porque a gente estava com medo de acontecer de novo, estava com medo de... as crianças não estavam nem mais indo para a escola de medo, porque a gente não sabia, quantas vezes as crianças, sete horas, descendo, e o tiroteio comendo, não tem respeito. (...) a gente queria que demitissem a gente, não queria pedir demissão, se a gente pede demissão, perde tudo, tem que falar, por favor, pede para eles demitir, mas ela fala: “não tenho como demitir vocês, quem a gente vai botar no lugar de vocês? Aguenta mais um pouco, aguenta firme, vamos ficar fazendo as coisas aqui, fazendo sala de espera aqui, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo...” A gente teve que tomar medicação controlada, vivia assim, se tremendo, é difícil (Alice, ACS).

Em todos esses relatos, pudemos observar que as/os moradoras/es sofrem com os confrontos entre as facções e com as intervenções policiais, seja em repressão ao

narcotráfico ou para cessação do confronto entre as próprias facções. Um grande problema é que a polícia entra com sua força bélica, e o confronto se intensifica. Em alguns momentos, a polícia utiliza estrategicamente o carro blindado (“caveirão”) e/ou o helicóptero também blindado, como vimos nos relatos. E, ao invés do sentimento de proteção, as pessoas sentem medo pelos tiros disparados e pelas abordagens policiais, às vezes, desrespeitosas e/ou violentas.

Isso se dá pela escolha do Estado da Política de Segurança Pública aplicada a estas localidades, de forma seletiva, pois o combate ao narcotráfico não se dá nas áreas mais afortunadas da cidade como se dá nas favelas. Uma tentativa de mudança foi a instalação das UPPs, caracterizada como um polícia de proximidade, que tinha como pretensão mudar a relação do serviço de segurança, especialmente da polícia, com as comunidades, incluindo um aparato de serviços sociais, possibilitando a instalação de outros serviços públicos. Mas, com o passar do tempo, casos de corrupção foram evidenciados, assim como ações que violavam os direitos humanos e a própria permanência das facções dominando a comunidade, levando à falência das UPPs e retornando à estratégia ostensiva (MUSUMECI, 2017). Ramos (2017), em entrevista, destaca a necessidade de mudança na estratégia adotada: “precisamos rever nossa relação com as drogas. Há mais de 20 anos fazemos isso, policial entra na favela, dá tiro em criminoso, morre morador, morre policial. Precisamos tentar outros caminhos” (RAMOS, 2017). É o que também aponta outro estudo, no qual 66% dos moradores dizem que o projeto da UPP faliu e 70% concordam integralmente com a frase: “hoje a gente vive inseguro porque nunca sabe quando vai ter tiroteio na comunidade” (MUSUMECI, 2017, p. 20).

Como é possível realizar o trabalho diante dessas situações descritas pelas/os trabalhadoras/es? Abordamos, em seguida, as influências da violência armada na organização do trabalho.

### 7.1.2 O Medo.

Senti muito **medo**, senti que ia morrer naquele dia, uma situação que eu nunca tinha sentido, uma coisa é você estar dentro de casa e você... e os tiros estão acontecendo, mas você (está) um pouco protegida onde você está, outra coisa é você estar no caminho, ouvir tiros próximos a

você e não ter para onde correr, aí é uma sensação horrível (Alessandra, ACS).

O sentimento de medo é um elemento importante a ser destacado, aparece em treze das quinze narrativas coletadas. O medo pessoal em relação a violência apareceu 33 vezes nos relatos: 31 vezes como um sentimento negativo, relacionado ao medo de acontecer algo consigo mesma/o devido à violência; e duas vezes (no relato da mesma pessoa) como uma negação do medo ao ver indivíduos envolvidos com narcotráficos armados. A palavra medo ainda apareceu, nos relatos, referindo-se: ao medo de outras/os trabalhadoras/es em relação à violência (8), medo relatado pelos usuários às/aos profissionais pela situação de violência (4), medo em relação à exposição dos filhos (3), medo coletivo da comunidade com relação a violência (4), entre outros. Das 57 vezes em que essa palavra foi citada pelas/os entrevistadas/os, apenas duas foram de negação ao medo (como apresentado) e outras três que não apresentavam ligação à violência armada. Celso e Solange trazem as experiências e medos em relação a conflitos armados no outro território em que atuaram. Raquel fala sobre o medo vivenciado tanto em sua experiência anterior, como nas comunidades Sabiá Laranja e Curió. Em seu discurso, Joaquim não fala a palavra medo, mas fala sobre o receio de ficar no meio de um confronto. Carolina não faz nenhuma menção.

Estudos de Almeida (2015), Palma (2009), Ferreira *et al.* (2015) e Gonçalves *et al.* (2017) corroboram o medo apresentado por trabalhadoras/es da atenção primária no âmbito individual, familiar e comunitário. Machado (2015) também encontrou relatos de medo como efeitos da violência nos/as profissionais.

Assumir seus medos individuais e coletivos é colocar em evidência os riscos que a violência armada traz as/aos trabalhadoras/es, seus familiares e à comunidade. Desse modo, Molinier (2008, p. 221) destaca o medo como “perigo psíquico” habitual, que pode dificultar e inviabilizar, por exemplo, trabalhos considerados perigosos pela essência da sua atividade e/ou pela organização do trabalho, porque o medo se reflete no corpo de quem o sente, podendo provocar alterações que favoreçam o acontecimento de acidentes. Podemos exemplificar essa situação com a fala da Joana (ACS), apesar de sua atividade não ser considerada perigosa, a violência armada no território a expõe ao risco: “eu estava no meio do caminho e começou o tiroteio, (...) eu me paraliso, eu só sei

gritar”; a paralisação pelo medo dificulta Joana a se proteger nessa situação. Outros ACS verbalizam a vontade de não trabalhar mais após o episódio do helicóptero.

Outro ponto abordado por Almeida (2016), Barros (2016), Broch (2017) e Palma (2009), mas que não apareceu como resultado desta pesquisa, é o medo descrito pelas/os profissionais, ACS ou de equipe técnica, de realizar notificação de situações de violência intradomiciliar, devido ao risco de retaliações pelos integrantes do narcotráfico.

## **7.2 A influência da violência armada na organização do trabalho na atenção básica.**

A atividade que mais sofreu alterações em decorrência das situações de violência no território foi a visita domiciliar, assim como as outras atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças que seriam realizadas no território. Alessandra confirma: “se o território não estiver bom, aí a gente faz, fica fazendo serviços internos”. Rute acrescenta a diferença entre os territórios: “para eles (Sabiá Laranja), é bem mais difícil fazer a visita domiciliar, que é uma coisa que é nossa função, estar na rua, estar andando, mas, como é muito beco e do nada acontece alguma coisa, fica mais perigoso sair, fazer visita assim”. Carolina, que é médica, também fala sobre impossibilidade de realizar atividade fora da unidade:

dificuldade de realizar trabalhos extramuro, visita, promoção por conta de violência do território; na época, quando eu vim trabalhar aqui inicialmente, não tinha isso, hoje em dia, passou por um período longo, inclusive, sem fazer visitas, fazendo trabalho somente interno, então isso influencia o trabalho nesse sentido.

Julietta fala sobre as dificuldades de manutenção dos cuidados aos usuários, devido à impossibilidade de manutenção do calendário de VD:

Mudou a visita domiciliar, que era frequente de todas as categorias, a gente não consegue mais fazer com essa frequência, inclusive procedimentos, vacinação nos nossos acamados, tudo isso é feito com muita dificuldade; a gente tem que fazer a classificação do território antes de sair para saber se o território está em condições de a gente sair, muitas vezes, a gente chega na metade do caminho, a gente tem que voltar, já voltamos com vacina, coleta de sangue, do meio do caminho, porque não podia entrar, e aí, assim, os usuários,



principalmente os que precisam da visita domiciliar, eles ficam mesmo com o tratamento interrompido porque a gente não consegue fazer essa continuidade (Julieta, ACS).

Mirela, enfermeira, informa que a equipe técnica ficou quase um ano sem realizar visita domiciliar e que havia retornado relativamente há pouco tempo, mas ACS retornaram para atividade no território antes. No dia de sua entrevista para esta pesquisa, realizaria VD em uma área, mas precisou readequar o plano, pois a ACS orientou que não era adequado ir para a área dos becos, devido à presença de “muito bandidos novos e armados”.

Esses resultados corroboram os achados da revisão de literatura sobre a influência da violência na organização do processo de trabalho e na realização ou não de ações no território, como descrito por Machado (2015), que constatou que, na percepção das/os entrevistadas/os, a violência limita as ações de cuidado no território e que 27% destas/es trocariam de unidade devido à violência; os outros 73%, apesar de reconhecer a violência como dificultador, ficariam no cargo pelo vínculo já construído com a população, entre a própria equipe, pela proximidade de casa e pelo prazer que têm no trabalho que desenvolve. Frota (2008) também aponta a dificuldade de organização do serviço e tem a mesma peculiaridade da comunidade deste estudo, que é a presença de duas facções rivais no território, fazendo com que os confrontos sejam mais frequentes.

Outra influência dessa violência no trabalho é a necessidade de observar os sinais do próprio território para avaliar se é possível realizar as atividades externas. Esse aprendizado adquirido ao longo da vida das/os moradoras/es, que é compartilhado com os demais integrantes da equipe, passa a fazer parte do trabalho, em maior parte, ficando sob a responsabilidade dos ACS, que, no trajeto para o trabalho, já iniciam a atividade, como diz Daniel:

eu vou vir trabalhar, estou subindo, eu vejo alguma coisa, diversas vezes, já aconteceu com diversos agentes de saúde, aqui, de nós termos que subir, ou até a equipe técnica mesmo, já vê pessoas, policiais, entrarem armado e falar: “cuidado ao subir, que estava de uma tal forma, parecendo que ia disparar, então é melhor...” a gente vai, como se diz, se calçar com informação, é melhor não sair naquele momento, nós avaliamos (Daniel, ACS).

Ainda é apontado como influência da violência armada e da recorrência dos confrontos: o fechamento da unidade por alguns dias, o que gera desassistência à população, diminuição da credibilidade no serviço e preocupação das/os trabalhadoras/es sobre a saúde da população. Rute verbaliza que encontrou uma usuária do seu território pegando uma moto para ir para outra unidade de saúde para atendimento, pois achou que a unidade havia fechado devido à violência, porém esta já havia voltado a funcionar. Solange diz:

a preocupação que causa é a seguinte: os pacientes, porque, imagine, uma unidade de saúde não abre por causa da violência, aí os pacientes estão todos agitados aqui em cima, porque a gente está lá embaixo (fora da comunidade, por não ter aberto), eles estão aqui em cima também, como é que faz? Ficam sem o cuidado eles, e a gente ansioso porque não pode oferecer esse cuidado também, e ansioso com a violência (Solange, Técnica de Enfermagem)

Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017) abordam esse aspecto quando falam da violência como barreira de acesso à população, e isso pode se dar de diferentes formas, como: pelo próprio fechamento da unidade, que já faz com que a população não possa ser atendida; com a falta de assistência aos/às usuários/as acamados/as, que não podem ir à unidade, cuja equipe não consegue chegar ao domicílio; a própria restrição da população no território, ainda que a unidade de saúde esteja aberta; e a dificuldade de acesso de ambulâncias, que, em situação de confronto, não pode subir. Todas essas formas de restrição de acesso foram abordadas pelas/os entrevistadas/os, acrescentando-se a dificuldade de acesso do ACS, em determinadas casas, devido a instalação de portões e trocas por portões altos, assim como muros, que dificultam o usuário de ouvir o profissional chamando. Muitas vezes, o ACS precisa ligar antes para avisar que está indo à casa daquele paciente, para que ele o atenda.

Apesar de não aparecer nas entrevistas realizadas, é possível supor que, quando as atividades externas são canceladas ou a unidade é fechada, as atividades daquele dia ou período não são realizadas, gerando acúmulo de trabalho para os dias subsequentes, exigindo das/os trabalhadoras/es reavaliação da programação de trabalho e priorização de atividades.

Somado a isso, Mirela (enfermeira) traz uma informação sobre o aumento de atendimentos que ela acredita estar relacionado à situação de violência e confrontos intensos:

São muitos casos de pacientes com ansiedade, medo, insônia, eu acho que, assim, sempre quando a gente tem uma fala dessas, acaba voltando para a violência, eles não estavam tão de cara com a violência como estão hoje, e eu acho muitos casos, aumentaram muito essa questão de ansiedade, depressão, medo, angústia, medo de sair de casa, invasão em casa. Então, assim, aumentou o nosso número de atendimentos em relação a isso.

Mirela salienta que havia um médico na unidade que fazia um grupo para conversar com a população sobre questões de sofrimento e violência, mas, com a saída do profissional, o grupo deixou de existir. A psicóloga do NASF também acompanha alguns casos mais complexos.

Houve apenas um relato de saída de profissional após episódio de confronto no território. Julieta narra que acompanhou um médico em visita domiciliar e ficaram no meio do tiroteio, pois estavam na frente da casa da paciente, e esta era portadora de deficiência física, dificultando caminhar até o portão e abri-lo. Julieta diz que o médico ficou muito nervoso e, uma semana depois, foi embora. Julieta não sabe se tem causa direta com o episódio.

Apesar de, nesta unidade, a rotatividade não ser um grande problema, aparecendo apenas na categoria médica de uma das equipes e na de gerente, estudos apontam que a violência armada tem uma influência importante na dificuldade de fixação de profissionais em algumas áreas (BENICIO; BARROS, 2017; CAMPOS; PIERANTONI, 2010; LANCMAN *et al.*, 2009). Frota (2008) mostra que a Prefeitura de Fortaleza instituiu o pagamento de uma gratificação para atuação em território classificado como de risco, a fim de incentivar a permanência dos profissionais. A Lei 9.070 de 27 de dezembro de 2005 de Fortaleza regulamenta esse incentivo, porém apenas para profissionais de nível superior e com pagamento diferenciado entre médicos e outras categoriais de nível superior. Na cidade do Rio de Janeiro, não há esse incentivo.

### **7.3 As estratégias institucionais de enfrentamento da violência armada.**

#### **O Acesso Mais Seguro (AMS).**

A situação da violência e de mortes por causas violentas no Brasil chamava atenção do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), que iniciou diálogo com o Governo Federal em 2009. Após o desenvolvimento de algumas ações em comunidades cariocas assoladas pela violência armada, observando as graves consequências dela aos indivíduos dos territórios, causando, algumas vezes, o fechamento de unidades de saúde e unidades escolares, a metodologia do Acesso Mais Seguro foi adaptada para utilização na cidade do Rio de Janeiro em área em que houvesse conflito armado de forma mais intensa. (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2018).

Após a experiência na Cidade do Rio de Janeiro, o programa já foi estendido às cidades de Duque de Caxias (RJ), Florianópolis (SC), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS); recentemente, iniciou-se a sua implantação em Vila Velha (ES). No Rio de Janeiro, beneficiam-se do AMS a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Educação e, mais recentemente, iniciou-se a sua implantação na Secretaria Municipal de Assistência Social (BRASIL, 2019).

A cartilha do AMS aborda diversas questões sobre a violência e sobre a implantação dessa metodologia. A CICV, após sensibilizar os chefes de Estado e tomadores de decisão sobre a importância do uso desta metodologia, em cooperação com as secretarias, faz o treinamento para multiplicadores. Estes devem disseminar as informações sobre o AMS e auxiliar na sua implantação. É necessário que exista um grupo de suporte no nível central e na coordenação de área, além disso, todos os profissionais da unidade precisam ser sensibilizados e treinados.

Na unidade pesquisada, segundo as/os participantes, o plano de AMS foi construído em 2017, quando o território ficou mais tenso, e os confrontos se intensificaram.

Existem quatro eixos que norteiam o trabalho no AMS:

- a) a identificação de risco e do contexto, no qual serão avaliados a quais riscos as/os trabalhadoras/es, usuárias/os e, estruturalmente, a unidade estão expostas/os;
- b) tratamento dos riscos: identificação e tratamento de problemas evidenciados na própria unidade, que podem ser alterados de forma a aumentar a segurança;

c) gestão de crise:

O que fazer em uma situação de tiroteio?

Para que consigamos responder a essa pergunta de forma objetiva e de acordo com a realidade de cada local, é necessário a criação do Plano de AMS (em alguns lugares, utilizam o termo Protocolo), que detalhamos mais à frente;

d) Gestão do Estresse:

a cartilha aponta que tais situações podem causar ao trabalhador e usuários estresse e diminuição do bem-estar, podendo ser agravado se, na visão destes, o gestor não valorizar os riscos aos quais estão expostos. Além disso, sugere apoio em relação à saúde mental desses profissionais, porém não descreve como poderia ser implementado (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2018).

Após a sensibilização dos profissionais da unidade, é formada uma comissão de tomada de decisão, de forma voluntária, porém o ideal é que tenha representantes de diferentes categorias, equipes de saúde, moradores de diversas áreas dentro da comunidade, além do gestor da unidade. Essa comissão, com apoio do grupo de suporte da CAP, fica responsável por escrever o Plano de AMS, que precisa estar de acordo com as características e especificidades daquela unidade e território. Esse plano deve conter informações sobre o comportamento seguro, a fim de sensibilizar as/os trabalhadoras/es e minimizar a exposição a riscos; informações sobre o modo de comunicação interno e externo, assim como os responsáveis por tal comunicação; e a classificação dos sinais do território e a conduta pertinente.

A Classificação do território é feita por cores: verde, em que os sinais apontam para um movimento habitual, de risco mais baixo e as atividades internas e externas acontecem livremente (exemplo: trânsito de pessoas habitual, comércios abertos, escolas funcionando, entre outros). Na classificação amarela, os sinais indicam risco médio no território, e as atividades externas são suspensas, permanecendo a equipe em trabalho interno (trânsito de pessoas diminuído, diminuição no número de motos, fogos de artifício, etc.). Os sinais podem evidenciar um risco para as pessoas que estão na unidade de saúde (classificação vermelha), sendo necessário interromper as atividades e deslocar-se ao local mais seguro da unidade junto com os usuários e aguardar a reavaliação do território para a possibilidade de retorno às atividades internas ou se a unidade fechará definitivamente e a equipe aguardará o momento mais oportuno e mais seguro para a evacuação do local (exemplo: tiros próximo a unidade, ordem de

fechamento pela polícia ou indivíduos relacionados ao narcotráfico, entre outros) (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2018).

Após a descrição do plano, a comissão deve apresentá-lo em reunião geral e colocá-lo em votação para aprovação; sendo aprovado pela maioria da equipe, segue para a validação da coordenação. Caso a maioria não o aprove, as sugestões são anotadas e o grupo volta a discuti-lo para apresentação posterior. Somente após validação da CAP, a equipe tem respaldo para sua utilização (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2018).

Rute verbaliza sobre o início da construção do plano:

Assim, foi uma novidade porque não tinha isso, até a gente ficava preocupado mesmo, porque já morreu um morador atingido por causa disso, em confronto, agora uns anos atrás, o ano passado, o ano retrasado. Então, assim, ficava pensando muito, a gente já passou por muitas coisas no meio do caminho, né? No meio da rua, a gente tendo que fazer visita, tendo que se esconder, correr e, às vezes, não tem onde a gente ficar, a gente se esconder. E, quando começou o protocolo, foi legal até, porque foi discutido com todo mundo, e a gente decidiu como é que seria, como é que funcionaria, então não foi uma coisa de fora para dentro, foi a gente que organizou tudo. Lógico que tem uma cartilha para a gente seguir, só que é do nosso jeito, da nossa realidade, não é realidade de outras comunidades, é da nossa; eu gostei, porque deixa a gente mais seguro, né, apesar de a unidade ser no meio da comunidade (Rute, ACS).

É importante destacar, na fala de Rute, a importância de o plano ser construído com base no modelo da CICV, mas de acordo com as características do território, a partir do conhecimento destas/es trabalhadoras/es que também são moradoras/es, assim será um plano que refletirá a realidade local e de construção coletiva. E, portanto, com maior chance de utilização na prática, com adoção de comportamentos mais seguros e com minimização dos riscos aos que estarão expostos, tanto as/os trabalhadoras/es como usuárias/os, e tem menor risco de se tornar meramente um instrumento impositivo.

Hoje a comissão da unidade é formada pela médica RT (é a responsável pela condução na ausência do gerente), duas/dois ACS de cada equipe, a farmacêutica, uma enfermeira e o gerente da unidade.

Conforme preconizado, todas/os as/os entrevistadas/os informam que a avaliação acontece a cada dia pela manhã, como corrobora Carolina:

A gente sempre faz uma classificação do território de manhã cedo, vai nortear o trabalho dos ACSs na comunidade, se pode sair, para áreas que eles podem ir, que áreas que não (...), a gente pega e coleta informação deles principalmente, perguntamos como é que foi a noite, como é que ocorreu a noite, principalmente a noite e a manhã do dia, e aí a gente classifica, dependendo se teve algum evento, algum movimento diferente (Carolina, médica).

É importante salientar que a decisão não é do gerente da unidade e sim do coletivo de trabalhadores/as, baseado no plano descrito e aprovado. Porém, na unidade pesquisada, não foi possível verificar se a decisão é tomada coletivamente ou pela pessoa que está à frente do processo, em detrimento do grupo.

O gerente da unidade, apesar de relatar não ter passado por situações de violência no território Sabiá e Curió, entende, a partir de suas experiências prévias, que deve assumir a responsabilidade e ser a referência para equipe, tentando controlar a situação, devido à necessidade de ter que lidar com as emoções. Além disso, pede às pessoas para evitar compartilhar mensagens que acabam gerando mais pânico, pois, às vezes, são mensagens antigas ou de outra comunidade, além das funções administrativas de notificação e comunicação à CAP.

Quando ocorrem eventos com classificação amarela ou vermelha, é necessário fazer a notificação na plataforma da prefeitura. A partir dessa plataforma, é possível visualizar as notificações da unidade de saúde em determinado tempo. Até setembro de 2019, foram notificados 1089 eventos, sendo 267 eventos classificados como vermelho, nos quais as unidades precisaram fechar naquele dia (CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Atualmente, foi inserida nova terminologia na classificação, ou seja, a laranja. Ela é usada quando a unidade fica fechada por determinado período, mas depois pode retomar, pelo menos, as atividades internas.

Quintão *et al.* (2015) descrevem a experiência da implantação do AMS em Niterói, nas unidades de Saúde da Família. Apesar de não aparecerem na lista CICV, descrevem a parceria e treinamento pelo próprio Comitê. O grupo avalia que, mesmo ainda em processo de implantação do AMS, a utilização da metodologia com as especificidades do local de atuação, construída coletivamente pelos próprios trabalhadores, além de permitir a tomada de decisão de forma padronizada,

minimização dos riscos, ainda tem potencial de diminuição do estresse dos trabalhadores.

Todas/os as entrevistadas, de alguma forma, falam no plano de AMS, nenhum deles parece discordar ou negar a necessidade do seu uso. O plano nesta unidade parece estar consolidado. Marilsa teve uma experiência de trabalho na qual não era utilizado o plano de AMS e conta que sem ele era muito difícil; em relação à unidade Sabiá Laranja Curió, conta que o plano:

tem funcionado muito bem, porque, de vez em quando, de dois em dois meses, às vezes tem alguma operação, então hoje a gente já tem um plano para essas situações, (...) deu tiro, não subimos, aguardamos trinta minutos, então, assim, já tem o que fazer, já está bem estruturado e que todos nós já conhecemos (...) passa uma segurança (Marilsa, enfermeira).

Rute reforça a importância do protocolo, inclusive legitimando a decisão de fechamento da unidade para instâncias superiores, quando necessário: “o protocolo já é uma coisa que ajudou bastante e, assim, se a gente ver que tem alguma coisa muito estranha e tiver que fechar a unidade, a gente consegue, a gente tem apoio”.

Poucas ações foram identificadas nos relatos das/os participantes, sobre a gestão do estresse, que trataremos adiante; talvez nenhuma delas tenha partido da iniciativa da gestão regional. E vale ressaltar que os eventos descritos aconteceram entre 2017 e 2018, e os relatos ainda são trazidos com muito sofrimento e angústias.

Ao fazer uma busca em uma rede social pelo termo “Acesso Mais Seguro”, foram encontrados quatro resultados. Um era referente ao “I Seminário de Acesso Mais Seguro”, três eram referentes ao Protocolo de Acesso Mais Seguro, mostrando treinamentos, reuniões do grupo de tomada de decisão para atualização do protocolo, reuniões com representantes da CAP, etc. Em uma das páginas, a primeira publicação foi em maio de 2016 e permite visualizar o processo desde o treinamento de multiplicadores até o I Seminário de Acesso Mais Seguro, que aconteceu em 2019. Essa página mostra também uma rotina de reuniões com o nível central e os profissionais das CAPs para a discussão dos processos, conduções e situações mais crítica; a reunião é denominada “sala de situação”, isso pode instrumentalizar e favorecer a discussão desses apoiadores com as unidades de saúde.



No “I Seminário de Acesso Mais Seguro”<sup>6</sup>, que aconteceu em setembro de 2019, foi divulgado que 53% das unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro enfrentam algum problema relacionado à violência. E 140 unidades têm plano de AMS inscritos na prefeitura.

Poucos estudos mostram a implantação do AMS e como tem evoluído esse trabalho nas unidades. O principal motivo, possivelmente, seja a orientação inicial de que esse plano fosse secreto, nem os usuários do serviço podiam saber que ele existia; acreditava-se que isso iria conferir mais segurança aos trabalhadores, porém, depois de episódios recorrentes de violência com fechamentos de unidades, a SMS comunicou a imprensa sobre o Plano de AMS e, a partir de então, tornou-se público.

Entendemos que o plano de AMS é um aparato institucional para mitigar os riscos aos quais as/os trabalhadoras/es e usuárias/os estão expostas/os, mas sabemos que estas/es trabalhadoras/es também utilizam outras estratégias para suportarem as dificuldades no cotidiano.

#### **7.4 Vivências dos/as profissionais diante da violência armada.**

Diante deste cenário que apresentamos, apenas o plano de AMS não daria conta de prevenir os riscos diretos da violência armada e proteger as/os trabalhadoras/es do sofrimento patológico e/ou adoecimento. Dejours (1992) descreve que o sofrimento não é positivo nem negativo, mas ele afeta os/as trabalhadores/as que podem, através da “inteligência astuciosa”, transformar esse sofrimento de forma criativa em aprendizado e experiência.

Nesta pesquisa, encontramos estratégias de enfrentamento que podemos dividir em três grupos: organizações para realização de VDs (entre as/os ACS), comunicação (que envolve toda a equipe, mas tem a/o ACS como fator central) e apoio.

A organização das/os ACS para realização de VD tem início a partir de dois pontos de sofrimento, o primeiro pela própria violência e o segundo, pela não realização da sua atividade primordial, que é o acompanhamento domiciliar, como podemos ver no depoimento de Joana (ACS): “a gente anda com medo, eu ando com medo, quando eu vejo que não consigo ir, eu não vou”; e no de Julieta: “nossa, eu me sinto muito insegura, porque a gente não sabe o que pode acontecer, está muito calmo, de repente,

---

<sup>6</sup> <http://prefeitura.rio/saude/saude-promove-seminario-sobre-acesso-mais-seguro/>

acontece essas coisas, dá tiro, polícia entra, o bandido atira na polícia, e é uma incerteza muito grande”. Daniel mostra sua insatisfação, quando fala da mudança no território: “não poder fazer VD, (...) ficar restrito dentro da unidade, porque eu gosto de andar, gosto de conversar com as pessoas, gosto de ver o que está acontecendo”; assim como causa preocupação à Julieta:

de uns tempos para cá, a gente não consegue mais fazer isso com tanta frequência, e aí a gente escuta dos pacientes: “ah, você me abandonou, não sei o quê”; e a maior dificuldade é essa, mas a minha relação é boa, independente disso, mas, muitas vezes, a gente faz o contato pelo telefone, que não é a mesma coisa de você ir à casa do paciente, olhar para a cara dele e saber; ele não vai te falar as coisas por telefone que ele te falaria pessoalmente, você não vai entrar na casa dele, você não vai saber se está tudo bem (Julieta, ACS).

Lancman *et al.* (2009) apontam que o sofrimento patogênico pode se dar quando os/as ACS não conseguem cumprir com sua função e, para evitar isso, desenvolvem estratégias para conseguirem estar no território. Para conseguir realizar suas visitas, as/os ACS descrevem algumas estratégias utilizadas: a) estar acompanhada nas visitas domiciliares; b) sofrer alteração dos horários de VD; e c) ter adaptações para contato com o usuário no território.

Ao fazer as visitas acompanhadas, Carmen (ACS) verbaliza: “a gente tinha feito uma estratégia de nunca andar sozinhos, andar sempre acompanhado um com o outro”; e Rute, por sua vez, diz:

à tarde eu já faço visita de outra forma ou sozinha ou com outros colegas, porque a gente, depois dessa mudança toda na comunidade, não gosta de andar sozinho, porque, se acontecer alguma coisa, a gente está junto com alguém, é mais tranquilo, a gente se sente mais seguro (Rute, ACS).

Joana recorre também a familiares que trabalham próximos e que se colocam à disposição para acompanhá-la:

eu vou com alguém, eu peço a alguém para ir comigo, minha irmã, que trabalha aqui ao lado, que ela também é negócio de dengue, às vezes, sempre eu chamo: “vamos comigo? Porque hoje eu não estou bem não”. Tem meu primo também, que ele trabalha aqui na associação: “Joana, quando você vir que você não está em condição,

você vai comigo”; ou senão eu vou com as meninas (outras ACS), mas não deixo de fazer meu trabalho não (Joana, ACS).

Com relação às alterações de horários de visitas, as/os ACS perceberam, através da observação do território, que o turno da manhã parecia ter menos risco comparado ao da tarde, assim, passaram a concentrar as visitas no horário da manhã e à tarde faziam atividades internas, como diz Julieta: “a gente tem priorizado fazer visita de manhã, que é quando fica aparentemente mais calmo”; e Carmen: “a gente começou a ver algumas estratégias de horário, que a gente poderia estar indo à área na parte da manhã, que a gente vê que é mais tranquilo”.

Sobre as adaptações para contato com o usuário no território, na impossibilidade de realizar a visita domiciliar, encontrando o indivíduo em seu lar, a ACS para na entrada da comunidade, aguardando o usuário da sua microárea passar para poder conversar com ele, entregar alguma solicitação e/ou agendamento de consulta, como diz Carmen:

(...) geralmente, quando eu vejo que tem alguma coisa diferente, eu não entro, porque eu estou fora da comunidade aonde dá para ficar, tipo ali na frente, por ali pela frente da comunidade, e onde os moradores passam; então, geralmente, você consegue encontrar o seu morador, e eu fico ali já para observar os meus moradores que vão passar e, se eu tiver que ter alguma coisa para eles, ou conversar, saber como é que tá, eu já pergunto logo ali (Carmen, ACS).

É importante destacar que, após a interrupção das visitas domiciliares, as/os ACS retornaram às atividades, porém a equipe técnica não as retomou no mesmo momento. Isso pode ter associação com a responsabilidade que foi depositada às/aos ACS pela vigilância e identificação dos sinais no território, e estes se sentem responsáveis pela segurança das outras profissionais, a ponto de retomarem as atividades no território, mas não se sentirem confortáveis de levar a equipe técnica a campo. Outro ponto pode estar relacionado com o fato de as/os ACS já circularem pelo território em suas atividades privadas, e isso lhes conferir maior segurança para andar a trabalho pelo território, e a equipe técnica não sentir a mesma segurança, optando pelo trabalho interno.

Ariel destaca essa função das/os ACS, possivelmente, sem saber o peso que carregam por isso:

Muitos lugares que antes a gente conseguia acessar para fazer visita e tudo mais, a gente teve que restringir, e questão de território mesmo, porque os agentes são os nossos olhos, então, quando as coisas não estão boas, eles avisam, então isso impacta um pouco do nosso trabalho, né? Ou da gente não conseguir subir oito horas da manhã, ter que aguardar mais um pouco, porque está acontecendo alguma coisa; ou da gente não abrir a unidade naquele dia e trabalhar em outro local (Ariel, auxiliar administrativa).

O outro grupo de estratégias para lidar com a violência armada é o de comunicação. Esta se dá após a constatação de sinais do território tanto pelas/os ACS, quanto pelas/os profissionais da equipe técnica e próprios/as usuários/as. Entrevistadas/os apontam que, para que a comunicação aconteça em tempo oportuno, o meio mais utilizado é de *WhatsApp*<sup>7</sup>, seja por mensagens destinadas aos grupos ou individuais a pessoas que compõem o grupo de tomada de decisão:

Mas, quando vê alguma coisa de diferente, bota no grupo, um fala para o outro, demora sair; essa semana mesmo, teve isso, teve uma operação, sete horas da manhã já tinha muita polícia, então o pessoal do Sabiá chegou mais tarde do agente do Curió, então eles não têm como sair, eles ficam em casa aguardando e vem na hora que dá para sair, é assim que funciona (Rute, ACS).

Pelo *WhatsApp*, para a gente, o pessoal não subir, colocar a equipe técnica em risco, né? Porque a gente ainda está dentro de casa, então eles vão subir sem saber o que está acontecendo, a gente sempre dá informação para eles (Julieta, ACS).

todo mundo fica de olho nos sinais, a gente também tem um grupo no *WhatsApp* que a gente vai descrevendo o que cada um percebe de diferença, mas isso mesmo que a unidade toda tenta fazer para proteger os funcionários (Mirela, enfermeira).

Julieta destaca, entretanto, que é importante ter cautela, porque, apesar do grupo ser privado, pessoas da família, por exemplo, podem ter acesso ao celular e causar problemas na comunidade:

---

<sup>7</sup> Aplicativo para *smartphones*, que possibilita a troca de mensagens instantaneamente, sendo necessário conexão com a internet.

eu acho que é você ter cuidado mesmo, você manter o cuidado e atenção, você não falar demais o que você escutou, eu posso falar no meu grupo aqui, ah, tem atenção em tal lugar, mas eu não preciso ficar falando por que, talvez eu informe para o gerente no privado o que está acontecendo para ele ter ciência disso, mas eu não preciso me expor, eu sou muito cautelosa quanto a isso, eu tenho muito medo, e eu acho que é isso, e você se cercar mesmo desses cuidados (Julieta, ACS).

A comunicação, em alguns momentos, é feita pelas/os próprias/os usuárias/os que, de forma velada, orienta a ACS não ir naquele momento para visita ou, quando as/os ACS já estão na área, orientam não permanecer, como relata Alice:

hoje em dia, eu tenho que ligar e perguntar assim: oi, tudo bem com a senhora? está tudo bem aí? Olha, eu vou dar um pulinho aí que eu preciso levar sua medicação... (e a senhora responde) “Ah, filha, não vem aqui não, tá, deixa que depois eu mando alguém ir aí”. Então ela está dizendo para mim que eu não posso ir lá porque tem gente lá (Alice, ACS).

Broch (2017) e Lancman *et al.* (2009) também apontam a comunicação como um fator utilizado para a proteção dos profissionais, adotada principalmente entre as/os ACS, e discorrem sobre como a violência nos territórios influenciam trabalho e saúde das/os trabalhadoras/es.

Nos depoimentos das/os participantes, pudemos observar que a comunicação é utilizada como forma de prevenir os riscos (quando a equipe evita visitar determinada área pela informação obtida previamente); como forma de sinalizar a exposição ao risco no momento (quando alguém fica na área em situação de confronto e comunica à unidade, ou a unidade entra em contato para saber onde a pessoa está); e, posteriormente, com a comunicação à coordenação e à PMRJ sobre o ocorrido.

Vale sinalizar que, como a maior parte da comunicação é feita por meio de aplicativo de celular, com necessidade de internet, pode ocorrer de alguém da equipe não ser comunicado em tempo hábil, mas as/os trabalhadoras/es entendem que todos/as precisam estar atentos e responsabilizar-se pela própria segurança, mantendo o contato telefônico atualizado e o telefone conectado para recebimento dos alertas.

As outras estratégias de enfrentamento encontradas referem-se ao apoio em situações críticas relacionadas à violência, tanto da equipe técnica para com as/os ACS,

entre as/os ACS, entre as/os outras/os trabalhadoras/es e à gestão da unidade, esta última tendo muito mais a referência da gerente antiga (que esteve nos momentos mais graves), do que o gerente que chegou recentemente na unidade. Outra figura que aparece em algumas falas é da apoiadora institucional<sup>8</sup>, como profissional que se preocupa e apoia as/os trabalhadoras/es.

Rute fala sobre o grupo de apoio e é importante atentar que ele estava condicionado a realização por profissionais específicos (também inseridos nesse ambiente) e, com a saída destes, o grupo se desfez:

A gente quando fazia bastante reunião com todos para conversar como estavam se sentindo, roda de conversa, (...) falando sobre o que estava acontecendo, até para as pessoas que guardam mais as coisas falarem sobre alguma situação que incomoda (...). Sentar e conversar com todo mundo, como teve muita troca de gerente e de médico em algumas equipes, ficou mais difícil agora, esse ano, da gente fazer isso, ainda bem que está melhor esse ano de fazer isso (Rute, ACS)

Embora tenha havido a realização desse grupo de apoio, Rute aponta que somente os grupos não eram suficientes e que alguns colegas precisaram de apoio individual e consultas.

Daniel fala sobre a disponibilidade do NASF para atender profissionais que vivenciam a violência:

Assim, tem aqui um NASF, em que toda segunda e terça tem uma psicóloga, dependendo da situação, conversando com o médico da equipe ou com quem for que estiver no momento ali, eles podem passar, mas, assim, especificamente, o apoio em si, mesmo assim, não tem (Daniel, ACS).

A inserção do NASF como profissionais responsáveis pelo cuidado dessas/es trabalhadoras/e não seria o mais adequado, pois as/os profissionais do NASF também são trabalhadoras/es em potencial sofrimento, que podem e devem se apoiar mutuamente, mas não como responsáveis pelo cuidado.

---

<sup>8</sup> A apoiadora institucional é uma profissional técnica da Divisão de ações e Programas de Saúde, setor da Coordenadoria de Atenção Primária, que tem como função apoiar as unidades e gerentes (previamente determinados) em diversas demandas, como avaliação de processo de trabalho, indicadores e situações de violência.

Carolina corrobora que não percebe apoio de forma institucionalizada com uma ação contínua pensando na saúde do/a trabalhador/a nessas situações, mas conta que a apoiadora institucional é muito presente, apoia, mas não são percebidas outras ações:

já teve caso de uma ACS passar por uma situação enquanto estava em visita, eu não me lembro, a não ser um apoio nosso aqui interno, enquanto unidade, de ela ser apoiada pelos médicos, pela psicóloga, mas assim, institucionalmente, alguma preocupação maior em termos de alguma sequela, em termos de trauma mesmo, de estresse pós-traumático, coisa desse tipo, nunca vi preocupação pelo menos explícita não, pode ser até que haja (Carolina, médica).

Alice também aponta que não percebeu uma ação de apoio vinda de instâncias superiores, mas também descreve com afetividade a participação da apoiadora institucional:

Não. Eles falaram assim, para quem precisasse, eles dariam apoio, mas, assim, porque tem a (apoiadora institucional), que sempre ajuda a gente, sabe, ela vem, ela conversa com a gente, ela fala que, pôxa... ela fica muito triste, vinha, conversava com a gente, ele fez um trabalho com a gente, veio sim um rapaz... ia nesses cursinhos, que a gente estava indo para poder sair um pouco da nossa mente (Alice, ACS)

Na descrição do Protocolo de AMS, vimos que um dos eixos é a gestão do estresse, no qual é descrita a importância do cuidado destinado a estas/es trabalhadoras/es que vivenciam, na sua rotina de trabalho, a violência. Isso deve ser feito pela própria saúde e para que os profissionais sintam vontade de permanecer em seus locais de trabalho, visto que há relatos de profissionais da falta de cuidado da gestão (CICV, 2018). Mas, apesar do apoio da profissional da CAP, a equipe não tem percepção de ações permanentes para promoção da saúde e cuidado, realizados pela Coordenação ou SMS.

É notório, ao longo das falas, que a maior preocupação da equipe técnica e das/os próprias/os profissionais é com as/os ACS. Eles/as aparecem como pessoas centrais nas estratégias descritas, seja pela ação ou pela destinação, por exemplo, dos grupos. Isso certamente se dá porque, como vimos nas vivências em relação à violência, eles são os/as profissionais que estão mais tempo no território, pois tem como função principal a realização de ações na comunidade, por isso são mais afetados neste trajeto,

ficando mais em situação iminente de risco. Além disso, são moradoras/es deste território, vivendo constantemente as consequências da violência e dos confrontos. Podemos adicionar, ainda, a preocupação com a família e, principalmente, filhos nestas situações. Desvelando as vivências e as estratégias adotadas, observamos a importância do cuidado para esses/as trabalhadores/as e com usuário/a, na tentativa de manutenção das visitas e do próprio serviço. Do mesmo modo, acreditamos no cuidado, sobretudo para as/os trabalhadoras/es que moram no território.

Com relação à dinâmica do enfrentamento da violência armada e das relações de gênero, pudemos observar, na entrevista com os três homens, que Celso não está frequentemente no território e informa não ter vivência de situações de violência nos quatro meses em que está na unidade. Daniel tem dificuldades em falar sobre suas experiências, possivelmente por ter perdido dois primos em confronto com a polícia. Ele acabou se atendo mais às situações de violência que ocorreram em sua casa, com exposição da sua família, em que sempre assumia a posição de defensor da família, confrontando quem estava fazendo a abordagem (integrantes do narcotráfico). E Joaquim apresenta discurso associado à masculinidade diante da violência armada, quando diz: “eu, não, porque eu já passei cinco anos no exército, então estou acostumado, mas alguns colegas entraram em pânico”. Chamamos à atenção também que Joaquim não fala sobre a família quando presencia episódios de violência, já nos discursos das mulheres, muitas falam na preocupação com filhos, filhas, familiares e até com crianças que estão jogando bola na quadra.

A partir disso, segundo Molinier (2004), nas vivências no campo do trabalho, assim como nas estratégias para lidar com os problemas e dificuldades vindos das adversidades e constrangimentos nas atividades, existe uma diferenciação nas relações de gênero, que se dá na verdade no campo social. Molinier (1999) destaca que, na sociedade, é reservado aos homens (ou, em maior parte, a eles) as atividades com alta periculosidade, e suas estratégias coletivas de defesa estão relacionadas à manutenção da virilidade. Segundo Dorna e Muniz (2018, p. 156), a “virilidade designa um conjunto de condutas, estereótipos e valores a partir dos quais um indivíduo é reconhecido como pertencente ao grupo dos homens”, que foi construído socialmente e inclui a negação da dor, do sofrimento e/ou do medo. Podemos observar, na fala de Joaquim, que este tenta minimizar seu sofrimento, relatando a experiência no exército e ressaltando que outras pessoas ficaram em pânico, assim como Daniel que, nos episódios relatados, sempre



tinha uma postura ativa em relação a indivíduos que poderiam agir com violência contra ele e sua família.

Já às mulheres são reservadas atividades de acordo com sua “fragilidade”, socialmente construída, inclusive reforçando a estratégia masculina associada à virilidade. As mulheres estão envolvidas nas atividades domésticas e de cuidado à família, e tais atividades extrapolam o ambiente do trabalho remunerado, onde atuam principalmente com atividades de baixo risco, que tenham envolvimento com cuidado e que associam suas características pessoais ao desenvolvimento da função designada (LIMA, 2012). Portanto, as estratégias femininas estarão relacionadas às suas atividades, ao que é considerado o papel feminino no campo social e no trabalho. Um exemplo é o uso da mulheridade<sup>9</sup> em ambientes de trabalho tipicamente masculinos, como estratégia para aceitação, ou até mesmo no ambiente domiciliar para lidar com o sofrimento da sobrecarga (MOLINIER, 2004). Molinier (1999) também aponta para as dificuldades e constrangimentos no desenvolvimento de trabalho das cuidadoras, atividade tipicamente feminina, além do sofrimento provocado pelo árduo trabalho de cuidar. Essas mulheres ainda precisam se mobilizar psíquica e coletivamente para elaborarem estratégias de defesa para proteção do seu corpo, envolvido no cuidado com o outro contra a violência.

A questão da idade não apresentou relevância em relação às mobilizações subjetivas diante de situações de violência. O tempo de trabalho só é significativo para quem está há menos de um ano e meio na unidade, pois o período mais crítico foi entre 2017 e 2018, sendo assim, os que chegaram depois não tiveram tal vivência, apesar do território ainda apresentar situações de violência armada. O aspecto que mostrou maior relevância, como já descrito, foi a categoria profissional, tendo as/os ACS como as/os trabalhadoras/es que mais foram afetadas/os, pelo fato de terem como ação central da profissão a visita e morarem no mesmo território que trabalham. Em uma situação de confronto, por exemplo, em que a unidade fecha, a equipe é liberada e, assim que houver momento oportuno, saem a equipe técnica para fora do território e as/os ACS para “dentro” da comunidade, continuando exposto ao risco e ao sofrimento, porém em outro lugar.

---

<sup>9</sup> Denominada por Molinier (2004) como uso da submissão e empenho em manter as características socialmente denominadas como femininas.

Ao longo das entrevistas, foi possível perceber diversas estratégias utilizadas pelas/os trabalhadoras/es, mas a observação participante, que não foi possível realizar, talvez trouxesse outras estratégias de enfrentamento e, principalmente, defensivas, que nem sempre são ditas.

Nos relatos de diversas/os trabalhadoras/res, observamos que, quando falamos na violência armada, a maioria a associa aos confrontos, pois a presença do narcotráfico talvez não fosse vista como uma demonstração ativa de violência, como podemos ver nos relatos a seguir da fala de Mirela:

infelizmente ou felizmente, o ser humano se adapta com essas situações, mesmo que sejam muito ruins, e isso se reflete também, infelizmente, na comunidade, na pobreza em que vive, no que se adapta à questão do tráfico, na violência (Mirela, enfermeira).

Alessandra fala sobre a mudança no território e na organização do narcotráfico:

Antes era tranquilo, tinha, assim, tráfico no caminho, mas eles não ficavam armados, entendeu? Eles ficavam lá, vendendo a droga deles, mas eles não ficavam armados, então a gente podia trabalhar tranquilo (Alessandra, ACS).

Barros (2016), assim como outros autores, também encontrou um resultado parecido, para surpresa dos pesquisadores, a venda de drogas e a presença de homens armados eram vistos de forma “natural”, como pertencentes do território e algumas pessoas, inclusive, achavam ter certa segurança (SILVA *et al.*, 2014; ALMEIDA, 2015; MACHADO, 2015).

Outro ponto que, em alguns estudos, era visto como fator de proteção é o conhecimento do território, da população, inclusive dos indivíduos envolvidos com o narcotráfico (GONÇALVES *et al.*, 2017; KEBIAN; ACIOLI, 2014), e nossas/os participantes também apontam que, quando eram os “meninos” da própria comunidade, ficavam mais tranquilas/os, mas que, agora, como são pessoas de fora, sem vínculo com as/os moradoras/es e com o próprio território, elas/es têm mais medo, como diz Alice (ACS): “eram só pessoas daqui que vendiam drogas, depois que começou esse negócio de facção, mudou tudo (...) e agora está pior ainda, porque a gente nem conhece, é todo o mundo de fora”. Carmen também vê a situação como um dificultador:

Para mim, o mais difícil (no trabalho) é essa questão da violência que aumentou muito, e aí essa é a minha dificuldade, porque antes as pessoas que estavam na área eram conhecidas te conheciam e hoje não, hoje são totalmente diferentes, não te conhecem (...) eram jovens da própria comunidade que, se acontecesse alguma coisa, não ia dar um tiro de qualquer jeito ali. Hoje não, hoje eles são diferentes, não têm vínculo nenhum contigo, você não conhece aquela pessoa, então isso é... a dificuldade maior é isso, é o medo de ter um confronto e aquela pessoa te dar um tiro para poder escapar (Carmem, ACS).

As/os participantes deste estudo, entretanto, ainda utilizam outro recurso para lidar com essa situação, a fé. Das 15 pessoas entrevistadas, apenas duas não falaram em Deus, e um parece ter utilizado apenas como força de expressão. Então, 80% das/os entrevistadas/os depositam na fé a esperança de melhora da situação do território (ou agradecem por ter saído do período de confrontos diários); ou associam a fé como propósito para continuar trabalhando no mesmo lugar; ou, ainda, por não ter ficado doente e/ou feito uso de medicação por tempo mais prolongado. Machado (2015) também encontrou a fé como um dos elementos que fazem as pessoas continuarem trabalhando no mesmo lugar.

Apenas uma ACS faz menção a uma estratégia movida pela população, com envolvimento de alguns trabalhadoras/es ACS, na qual solicitaram uma reunião com o comandante da UPP, em que expuseram todas as dificuldades, sofrimentos e riscos que as/os moradoras/es, assim como as crianças, passavam durante as operações policiais, que, muitas vezes, aconteciam no horário da manhã, na hora em que as pessoas estavam saindo para trabalhar e as crianças indo para escola. Alice acha que a situação melhorou, mas já se encontra temerosa pela troca do comando recente da UPP.

### **7.5 A saúde – O corpo e a subjetividade sob a influência da violência armada.**

Observamos, nesses depoimentos, tanto os relacionados às dificuldades de organização do trabalho, no episódio do helicóptero e nas vivências apresentadas no Quadro 5, o que é sentir e viver a violência armada e as influências e/ou consequências. Estas podem se apresentar tanto na subjetividade quanto no corpo, refletindo na saúde destas/es trabalhadoras/es, é o que veremos na sequência. Almeida, Torres e Santos (2012) apontam que a violência expõe o trabalhador ao “risco psicossocial” e mostra que a exposição ao risco pode ter associação com o adoecimento.

Entre as/os ACS, seis informaram ter apresentado adoecimento ou repercussões em sua saúde em decorrência da violência, que acabam com manifestações no corpo. Alice compartilha conosco sua vivência:

(...) meu irmão morreu com tiros, tudo no peito, então todas as vezes que eu escuto tiro, eu tenho a sensação de que os tiros estão vindo tudo no meu peito, é uma sensação horrível, eu começo a sentir falta de ar, aí elas aqui já sabem, a doutora. Ela fala: “você não tem nada, isso é ansiedade”. Eu falo: doutora, acho que eu estou morrendo, acho que eu vou morrer, estou com falta de ar, estou tremendo. (...) não está dando tiro, estou tranquila, começou a dar tiro, eu piro, piro mesmo, fico trêmula, fico suando frio (Alice, ACS).

Rute, à priori, nega o problema, dizendo que não teve nenhum adoecimento ou repercussão em sua saúde e que suas/seus colegas ficaram hipertensos. Mas, durante o discurso, apresenta questões importantes que podem afetar sua qualidade de vida:

(...) Não, por incrível que pareça, não, eu fiquei mais ansiosa, eu fiquei mais agitada, assim, sem conseguir dormir, fiquei com o coração muito acelerado, fiquei com dor de cabeça, eu acho que todo mundo ficou muito ruim aquelas semanas, foi muito horrível, foi ruim (Rute, ACS).

Apesar de Julieta (ACS) e Mirela (enfermeira) não falarem sobre os sinais e os sintomas, que podem tornar visíveis, sob as influências dessa violência nas pessoas, trazem em suas falas a sensação de medo e o quanto isso afeta suas atividades. Como vimos anteriormente, o medo requer uma ativação importante da subjetividade do/a trabalhador/a para enfrentá-lo e/ou amenizá-lo, e, caso estes mecanismos não funcionem, eles/as podem desenvolver estratégias defensivas e, a longo prazo, podem apresentar acometimento da saúde (DEJOURS, 1992; MOLINIER, 2013).

Descreveremos, a seguir, outros sentimentos, sinais, sintomas e doenças que foram citados nas entrevistas, a maioria autodeclarados. Outros foram coletivos, com a inclusão da/o entrevistada/o (“a gente fica logo nervoso”, como descreveu Carmen - ACS). Poucos com referência a terceiros, como na fala de Joaquim (ACS): “colegas entraram em pânico”. Consideramos apenas os que guardavam relação com a exposição dessas/desses trabalhadoras/os aos episódios de violência armada no território pesquisado, são eles: insônia (n=5), nervoso (n=5), desespero (n=4), pânico (n=4),

agitação (n=3), ansiedade (n=3), choro intenso (n=3), efeitos psicológicos (n=3), loucura/ surto (n=3), tremores (n=3), aumento da pressão arterial (n=2), sensação de morte (n=2), trauma (n=2). Os demais foram falados uma vez: asma, coração acelerado, dermatite, dor de cabeça, dor no peito, dormência no corpo, falta de ar, paralisação, suor frio. Ressaltamos que o relato de surto/loucura, verbalizado por três trabalhadores/as, pareceu mais uma forma de expressão relacionado ao estresse elevado, ansiedade e dificuldade em lidar com a situação, do que efetivamente um surto psiquiátrico.

Esses achados da pesquisa apresentada se aproximam com os de Araújo (2015), que descreve que as entrevistadas, enfermeiras e uma assistente social passaram por situação de tiroteio ou roubo de veículo (com uso de arma de fogo) durante a visita domiciliar. Elas apresentaram sentimento de medo, além de relatarem pânico e ansiedade. Santos *et al.* (2016) também discorrem sobre sentimentos de aflição, ansiedade e desespero vivenciados pelas/os profissionais que atuam em territórios com presença da violência armada.

Muitos desses sentimentos, sintomas e, até mesmo, sinais podem estar associado ao sentimento de medo, que pode atingir diferentes graus, como descreve Delumeau (1989):

o medo pode provocar efeitos contrastados segundo os indivíduos e as circunstâncias, ou até reações alternadas em uma mesma pessoa: a aceleração dos movimentos do coração ou sua diminuição, uma respiração demasiadamente rápida ou lenta, uma contração ou uma dilatação dos vasos sanguíneos, uma hiper ou uma hiposecreção das glândulas, constipação ou diarreia, poliúria ou anúria, um comportamento de imobilização ou uma exteriorização violenta. Nos casos-limite, a inibição irá até uma pseudoparalisia diante do perigo (estados catalépticos), e a exteriorização resultará numa tempestade de movimentos desatinados e inadaptados, característicos do pânico (DELPIERRE, 1974 apud DELUMEAU, 1989, p. 23).

O sofrimento psicológico também é percebido em pesquisa realizada por Bellas *et al.* (2019) com 766 ACS, quando apontam que 28% das/os entrevistadas/os entendem que a violência vivenciada no território interfere excessivamente em sua saúde mental e que 17% dizem que interfere fortemente, assim 45% das/os ACS entrevistadas/os admitem o sofrimento mental em decorrência da violência.

Segundo Dejours, “a somatização é um processo pelo qual o conflito que não pode encontrar saída mental vai desencadear no corpo desordens endócrino-

metabólicas, ponto de partida de uma doença orgânica” (DEJOURS, 1992, p. 127). E, assim sendo, percebemos que esses/as trabalhadores/as, diante do medo e das vivências da violência armada, sofreram influências na subjetividade e no corpo.

Com dificuldade em lidar com tais situações e na impossibilidade de se proteger psiquicamente do adoecimento, cinco das/os oito ACS entrevistadas/os (62%) julgarem ser necessário utilizar medicação controlada. Foi mencionada e descrita a necessidade de uso dessa medicação, pois as/os trabalhadoras/es estavam “desesperadas/os”. Como disse Rute (ACS), “todo mundo tomou remédio controlado”, fala corroborada por Alice, Ariel e Marilsa. Essas duas últimas se referiram à medicação controlada como “gotinhas mágicas” que foram utilizadas para acalmar as pessoas.

Além do uso da medicação controlada, as/os entrevistadas/os falam sobre o apoio mútuo, da equipe para com elas/es e consultas individuais e em grupo com psicólogo, psiquiatra e/ou médica da equipe para superar os medos e receios do ambiente no qual trabalham.

## **7.6 – Do Sofrimento ao prazer no trabalho.**

Trazemos a seguir, brevemente, os depoimentos das/os participantes sobre o que as/os entristecem e o que as/os fazem felizes no ambiente de trabalho, tendo como objetivo conhecer o que causa o sofrimento associado ao trabalho e se este tem relação com a violência, assim como os motivos de felicidade, que dão prazer ao/à trabalhador/a para continuar os mobilizando a exercer a atividade profissional.

Respondendo às questões realizadas sobre o que causa tristeza no trabalho, quatro trabalhadoras falaram sobre a organização do sistema de saúde relacionado à dificuldade, em alguns momentos, em que são necessários encaminhar o paciente (Carmen, ACS), que alguns ACS não desenvolvem o trabalho que deveriam (Julieta, ACS) e a não realização de atividades pressupostas ao serviço da equipe de saúde da família (Raquel e Solange, técnicas de enfermagem).

Três ACS falam da não valorização e reconhecimento do trabalho tanto da equipe, quanto da/o ACS, um refere-se às instâncias superiores e os outros dois, aos usuários da unidade.

As duas enfermeiras (Marilsa e Mirela), assim como Celso (gerente), entristecem-se com questões pertinentes ao atraso salarial, redução de salário e insegurança em relação ao processo de troca de empresa contratante.

Celso e Daniel (ACS) também destacam as dificuldades em trabalhar com o sistema eletrônico. Para Celso, as informações referentes ao trabalho desenvolvido na unidade não podem ser vistas pelo sistema adotado. Para Daniel, o sistema não valoriza o tempo empenhado pelo ACS no acompanhamento das famílias, pois não tem um campo livre para anotação das questões observadas por esse profissional, cabendo ao ACS apenas marcar com um “x” na atividade realizada (visita à gestante, paciente com hipertensão/diabetes, paciente presente, etc.).

Quando perguntados, informam não utilizarem estratégias para diminuir a tristeza e/ou sofrimento pelas situações descritas, mas é possível que, em campo, pudéssemos encontrar outra realidade, caso as observações tivessem sido possíveis.

Julieta (ACS) traz outra questão importante, que é o sentimento de impotência relacionada com a morte de algum/a usuário/a, que seja acompanhado por ela. Nos momentos de reunião de equipe, são, às vezes, utilizados para conversar sobre os casos e mortes, a fim de levar conforto às/aos ACS:

quando morre alguém da minha área, eu fico muito triste. (...) geralmente, a gente conversa muito na reunião de equipe, quando acontece essas coisas para a gente, meio que... até para o médico explicar para a gente (Julieta, ACS).

Mirela (enfermeira), Rute (ACS) e Daniel (ACS) descrevem a violência urbana como uma tristeza relacionada ao campo do trabalho, pois é capaz de alterar a rotina, impossibilitando as ações, além do risco ao que estão expostos. Como já discutimos, a não realização das atividades é um dos fatores que podem causar o sofrimento nesses/as trabalhadores/as. Neste momento da entrevista, apenas Daniel reforça que usa diversas estratégias para tentar manter o contato com seus usuários e usuárias cadastrados, mantendo assim o sentimento de que continua fazendo seu trabalho.

As sensações de prazer e felicidade relacionadas ao trabalho, elencadas pelas/os entrevistadas/os, estão associadas ao reconhecimento, tanto por parte da população, quanto por parte dos superiores. Quando as/os usuárias/os demonstram gratidão,

satisfação e cuidado com a equipe, verbalizam sentir contentamento e percebem importância de seus trabalhos para o cuidado da população.

Dejours (1992) destaca a relação entre contribuição e retribuição. As questões de pagamento financeiro e de ganho material, assim como o reconhecimento do trabalho executado, estão associadas à retribuição que o/a trabalhador/a recebe pelo serviço desenvolvido. E o que observamos nas respostas das/os entrevistadas/os é que o não reconhecimento pelo trabalho exercido é tão central que aparece nos depoimentos relativos às tristezas. No entanto, o reconhecimento é reforçado quando apresentado como o que traz prazer e felicidade no trabalho. O mesmo autor aponta que, quando a relação entre a retribuição e a contribuição (o que resulta do trabalho e/ou é oferecido pelo/a trabalhador/a) não estão em consonância, pode resultar em desmotivação, sentimento como vimos, de tristeza, favorecendo o sofrimento patogênico e/ou adoecimento em decorrência do trabalho. Quando, ao contrário, o/a trabalhador/a entende que a retribuição é adequada, transforma o seu sofrimento, entendendo a importância do trabalho para a sociedade, ou seja, como se o seu sofrimento valesse a pena. Percebemos, nas entrevistas, certa ambiguidade, há momentos em que as/os trabalhadoras/es não se percebem valorizadas/os, mas, em outros, sim.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, foi possível conhecer as vivências de trabalhadoras/es que atuam em território sob influência da violência armada, discutindo a repercussão destas em suas vidas, no trabalho e na saúde, assim como as mobilizações e estratégias envolvidas para lidarem com tal situação. Percebemos, na pesquisa apresentada, que as/os trabalhadoras/es sofrem com a precarização do trabalho, dificultando a construção e o desenvolvimento do cuidado em saúde. São problemas relacionados ao espaço físico da unidade, que dificultam a realização de consultas; atrasos salariais; vínculos de trabalho instáveis que culminaram em demissão de trabalhadoras/es, seja pela por uma reestruturação implantada pela PMRJ, diminuindo o número de profissionais ou pelo término do contrato com a OSS, causando demissão de toda equipe, com recontração parcial das/os trabalhadoras/es, causando tristeza à equipe e preocupações pelo excesso de trabalho posterior. Pelo menos duas das nossas entrevistadas (técnicas de enfermagem) ficaram desempregadas.

Outro achado desta pesquisa é a “contaminação do tempo fora do trabalho”, as/os ACS descrevem que sua vida pessoal é constantemente “invadida” por atividades de trabalho, pois, como moradoras/es de perto do local onde trabalham, as/os usuárias/os continuam as/os solicitando informações, ainda que não estejam trabalhando. Isso faz com que a/o ACS não consiga se desconectar do trabalho, dificultando seu descanso e lazer.

As vivências de trabalho, muitas vezes, são atravessadas pelos episódios de violência armada, com consequências na organização do trabalho: quando a unidade precisa ser fechada ou não é aberta, quando as atividades externas precisam ser suspensas, com o aumento de atendimentos não agendados previamente por solicitação dos/as usuários/as que sofrem pela violência a que estão expostos/as, quando é necessário aprender os sinais do território para proteção da equipe e dos próprios usuários, o que demanda tempo e disponibilidade, principalmente das/os ACS, que começam a verificar sinais no trajeto para a unidade, em um tempo que ainda não é de trabalho, entre outros. Além, é evidente, dos efeitos na subjetividade e no próprio corpo das/os trabalhadoras/es, podendo provocar adoecimento e necessidade de medicações, sejam de uso controlado ou para tratamento da hipertensão arterial, por exemplo. Os eventos de maior violência aconteceram há dois anos, mas ainda trazem muito

sofrimento às/aos entrevistadas/os, mostrando a importância de acompanhamento psicológico e de apoio, para se pensar na saúde mental dessas/es trabalhadoras/es, a fim de que consigam ressignificar esses sofrimentos.

Com os depoimentos, observamos que as vivências em relação à violência armada, assim como o sofrimento provocado, foram mais intensas entre as/os ACS, que são as/os únicas/os profissionais que trabalham e moram no território, fazendo-os ocupar papel central nas estratégias de enfrentamento.

Em relação ao gênero, identificamos que mulheres abriram mão, em alguns momentos, das suas qualificações profissionais e de atividades laborais, devido ao medo de deixar, principalmente, os filhos “soltos” no território, com risco de captação pelo tráfico. Houve, ainda, relatos de sobrecarga de atividade domiciliar e de preocupação com os cuidados da família.

Dentre as formas de lidar com a violência armada, destacamos o protocolo de AMS, como estratégia coletiva institucional, que visa a mitigação dos riscos que estas/es trabalhadoras/es estão expostas/os, construído coletivamente na unidade pesquisada e valorizado pela equipe de maneira geral. A negação do medo, em alguns momentos, e a própria fé observada nos discursos podem sugerir que são estratégias defensivas e, conseqüentemente, estratégia coletiva de defesa. Nesse ponto, seria importante a observação participante para acompanhar e identificar outras estratégias defensivas, além do aprofundamento teórico e metodológico da temática que não se esgotou ainda.

A escolha pela abordagem da história oral como metodologia foi primordial para nos aproximarmos da realidade e das vivências das/os trabalhadoras/es. Ao conhecer suas histórias, pudemos compreender como se deu a construção da relação com o trabalho, com o território, com os usuários/famílias e entre as/os trabalhadoras/es, possibilitando perceber, um pouco melhor, como a violência armada repercute em sua vida e trabalho.

As unidades de APS devem estar nos locais em que a população mais precisa e, por isso, estão expostas às mesmas dificuldades que as pessoas que moram no local, usuárias do serviço. Para garantir que esses serviços permaneçam funcionando e que as/os trabalhadoras/es permaneçam nesses locais é importante pensar na saúde destas/es trabalhadoras/es.

Em âmbito geral, observamos poucos estudos sobre essa temática. As/os entrevistadas/os relataram sobre a importância de que o tema fosse fomentado. Sendo assim, sugerimos ampliação de estudos sobre o tema, possibilitando a compreensão das repercussões, consequências, mobilizações subjetivas, assim como das estratégias utilizadas, a partir de outras realidades.

Como sugestão à SMSRJ, seria importante a implantação ou ampliação (caso já tenha) de estratégias institucionais contínuas para gestão do estresse, valorizando e cuidando dos/as profissionais que atuam em território sob influência da violência armada, de forma que não sejam os/as profissionais que atuam no território os principais responsáveis.

Sobretudo, é necessária uma revisão nas estratégias, ações e política de segurança pública, para que efetivamente haja garantia de segurança à população e a trabalhadores/as.

## REFERÊNCIAS

- AITA, E. B; FACCI, M. G. D. Subjetividade: uma análise pautada na Psicologia histórico-cultural. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 32-47, abr. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682011000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01/12/2018.
- ALMEIDA, J. F. DE. **Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo.** text— [s.l.] Universidade de São Paulo, 13 nov. 2015.
- ALMEIDA, L. G. N.; TORRES, S. C.; SANTOS, C. M. F. DOS. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 1, 3 dez. 2012.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, I. Trabajadores limpieza hospitalaria Brasil.pdf. Desvelando o trabalho e a saúde de trabalhadores (as) de limpeza hospitalar, 34. 2020.
- ARAÚJO, C. M. **Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana.** Dissertação—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.
- ARAÚJO, T. M.; ROTEMBERG, L. **Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores.** In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Eds.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego.* Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011. p. 131–150.
- BARRETO, S.S. et al. A experiência do acesso seguro à saúde na CF Herbert de Souza. In: CONGRESSO BRASILEIRO MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12, Belém, 2013. Anais eletrônico..., Belém, 2013. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1000>. Acesso em: 27 de dezembro de 2018.
- BARROS, L. S. DE [UNIFESP]. **O cotidiano de trabalho do ACS: trilhando caminhos entre prescrições e invenções.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2016.
- BARROS, S. C. DA V.; MOURÃO, L. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, 2018.
- BELLAS, H. C. et al. Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. **Journal of Community Health**, v. 44, n. 3, p. 569–576, jun. 2019.

BENICIO, L. F. DE S.; BARROS, J. P. P. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 0, 6 out. 2017.

BRASIL; CASA CIVIL. 11.350. Lei nº 11.350. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. 5 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em: 27/11/2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. 28 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. M. D. S. Ministério da Saúde participa de encontro da Rede do Acesso Mais Seguro. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/sgtes/45731-ministerio-da-saude-participa-de-encontro-da-rede-do-acesso-mais-seguro>>. Acesso em: 28 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Leis etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 Brasília. 211. Acesso em: 28/11/2018 Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, p.11. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 18/11/2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 28/11/2018.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf> Acesso em: 28/11/2018.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. DE L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo (SP): Saraiva, 2002.

BOROWSKI, S. V. et al. Mobilização subjetiva e estratégias defensivas de trabalhadores metalúrgicos à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Psicologia Argumento**, v. 35, n. 88, 21 dez. 2017.

BROCH, D. **Desafios na atuação dos agentes comunitários: compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

CAMPOS, A. DE S.; PIERANTONI, C. R. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **RECIIS**, v. 4, n. 1, 31 mar. 2010.

CAMPOS, A. S. Violência no trabalho em saúde: um tema para cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 86-92, 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/709/1354> Acesso em: 25/11/2018.

CANO, I. (org.). Os donos do morro: uma avaliação exploratória do impacto das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) no Rio de Janeiro. São Paulo, Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Rio de Janeiro: LAV/UERJ, 2012.

COMITE INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais. Brasília - DF, Brasil. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Legislação profissional. Sindicato dos técnicos e auxiliares de enfermagem – DF. Questionamento acerca das atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-n-072014cofenctln\\_50330.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-n-072014cofenctln_50330.html)

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Tradução Maria Irene Stocco Betiol, Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

\_\_\_\_\_, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. Production, v. 14, n. 3, p. 27–34, dez. 2004.

DORNA, L. B. H.; MUNIZ, H. P. Relações Sociais de Sexo e Psicodinâmica do Trabalho: a sexuação das defesas no trabalho de care. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 54–160, 19 jul. 2018

DRUCK, G. A terceirização na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 15–43, nov. 2016.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (Org.). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 43-67.

FERREIRA, J. T.; ENGSTROM, E. M. Fear, danger, stigma: social representations of drug users and/or dealers affected by tuberculosis and healthcare professionals in primary care. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 1015–1025, dez. 2017.

FERREIRA, L. S. T. Tutorial completo para o Zotero 5.0. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1BrPBYe\\_-iHfBtdecVbzk8J\\_DWn-pw2uH/view](https://drive.google.com/file/d/1BrPBYe_-iHfBtdecVbzk8J_DWn-pw2uH/view). Acessado em: 20/09/2018.

FERREIRA, M. M.; AMADO, J; (org). “Apresentação” in *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FORTALEZA. Lei 9.070 de 27 de dezembro de 2005. Institui a gratificação de incentivo para os servidores em exercício profissional junto à Saúde da Família e dá outras providências. Diário Oficial do Município. Fortaleza, ano LIII, n.13.236, 30 dez. 2005.

FROTA, A. C. O processo de trabalho da estratégia saúde da família: o caso Fortaleza. 2008.

GONÇALVES H. C. B; QUEIROZ, M. R; DELGADO, P. P. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda. **Fractal: Revista de Psicologia**. 2017; 29(1).

HIRATA, H. Entrevista concedida à revista **Trabalho, Educação e Saúde. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e0021138.

\_\_\_\_\_. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cad. Pagu**. 2002, n.17-18, pp.139-156. ISSN 1809-4449.

IBGE, 2010. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoas-vivendo-em-favelas> Acesso em: 16/11/2018.

KEBIAN, L. V. A; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2014.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307–2316, ago. 2010.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682–688, ago. 2009.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LIMA, S. C. C. O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** [online]. 2012, vol.12, n.2, pp. 203-215. ISSN 1984-6657.

MACHADO, C. B. **A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da saúde da família**. Rio de Janeiro, Brazil: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, 2015.

MACHADO, C. B; DAHER, D. V. Violência Urbana: Repercussões E Consequências Na Assistência À Saúde Em Uma Unidade De Saúde Da Família. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2016 Out/Dez.

MACHADO, F. K. S.; GIONGO, C. R.; MENDES, J. M. R. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. **Revista Psicologia Política**, v. 16, n. 36, p. 227–240, ago. 2016.

MADUREIRA, M. D. O. Atenção Primária em Saúde e seus atributos: uma pesquisa bibliográfica. p. 74, 2015.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 15, n. 1–3, p. 34–38, 1995.

MENDES, E.V. *As redes de Atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos, 2018.

MINAYO, M. C. DE S. et al. **Pesquisa social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.



\_\_\_\_\_, M. C. DE S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, jun. 2018.

\_\_\_\_\_, M. C. DE S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, nov. 1997-fev. 1998.

MISSE, M. Sobre a acumulação social da violência no Rio de Janeiro. Civitas - **Revista de Ciências Sociais**, v. 8, n. 3, 20 jan. 2009.

MOLINIER, P. **O trabalho e a psique. Uma introdução à Psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2013.

\_\_\_\_\_, P. **Prévenir la violence: l'invisibilité du travail des femmes**. *Travailler*, [S. l.], p. 73–86, 1999.

\_\_\_\_\_, P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo: um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. *Production*, v. 14, n. 3, p. 14–26, dez. 2004.

MOROSINI, M. V. G. C. ; FONSECA A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf> Acesso em: 28/11/2018

MOTTA, B. L.; DUTRA, G. DE C. Violência Armada Organizada: um fenômeno que ameaça fronteiras estatais. v. 9, n. nº 1, p. 85–105, 2010.

MUSUMECI, L. UPP: ÚLTIMA CHAMADA - Visões e expectativas dos moradores de favelas ocupadas pela Polícia Militar na cidade do Rio de Janeiro. p. 66, 2017.

NASCIMENTO, B. M. F. **Mobilização subjetiva: do sofrimento ao viver criativo no trabalho**. [s.l.] Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(3):e2017170, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n3/2237-9622-ress-27-03-e2017170.pdf> Acessado em: 28/11/2018.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309–323, set. 2019.

ONDE TEM TIRO – OTT. Plataforma digital. Disponível em: <https://www.ondetemtiroteio.com.br/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

PALMA, A. M. **Representações de comunidade para o trabalho em saúde: demandas e necessidades médico-sociais no cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

PERES, M. F. T; RUOTTI, C. Violência urbana e saúde. **Revista USP**. São Paulo. n. 107 p. 65-78. 2015.

PINTO, L. F., *et al.* Sistemas Comparados de Saúde: Atenção Primária à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2017, v. 22, no. 3, p. 676-677, Disponível em: <http://ref.scielo.org/jhdxrj> Acessado em: 30/05/2018

PORCIUNCULA, A. M.; VENÂNCIO, S. A.; SILVA, C. M. F. P. **Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sindrome-de-burnout-em-gerentes-da-estrategia-de-saude-da-familia/16945>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Diário Oficial [do] Município do Rio de Janeiro, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 31 de outubro de 2018. Ano XXXII. Nº 155. p. 56. Disponível em: <http://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/3958/#/p:56/e:3958> Acesso em: 29/11/2018.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Saúde promove seminário sobre Acesso Mais Seguro Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - prefeitura.rio, 1 out. 2019. Disponível em: <<http://prefeitura.rio/saude/saude-promove-seminario-sobre-acesso-mais-seguro/>>. Acesso em: 29 dez. 2019

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal De Saúde E Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária – Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016. 180p.

Quintão FC, Carvalho FM, Molina L, Rodrigues GS. Plano de Acesso Mais Seguro - Estratégia de Prevenção e Redução das consequências de incidentes relacionados à violência armada para os profissionais do Programa Médico de Família do Município de Niterói, RJ, Brasil. In: Convención Salud 2015 [Internet]. Cuba; 2015. Disponível em: <http://www.convencionalud2015.sld.cu/index.php/convencionalud/2015/paper/view/1547>

RAMOS, S. Trajetórias no tráfico: jovens e violência armada em favelas cariocas, 2011.

RAMOS, S. Meninos do Rio: Jovens, violência armada e polícia nas favelas cariocas. p. 28, [2009].

RAMOS, S. Entrevista sobre a Falência das UPPs e mais sete pontos. G1, Rio de Janeiro: 21 set. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/falencia-das-upps-e-mais-sete-pontos-como-o-rio-chegou-ao-novo-capitulo-da-guerra-do-trafico-na-rocinha.ghtml> Acesso em: 24 fev. 2020.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. DE O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde, n. UNASUS, p. 18, [s.d.].

RIGOTTO, R. M. As Técnicas de Relatos Oraís e o Estudo das Representações Sociais em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 116–130, jun. 1998.

RIZZINI, I.; LIMONGI, N. S. Percepções sobre violência no cotidiano dos jovens. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2016.

RETRATO DA VIOLÊNCIA ARMADA. Disponível em: <<http://www.soudapaz.org/retratovienciaarmada>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

SALA, A; PARREIRA, S. M. C. P. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamentos por motivos de saúde. In: Assunção, Ada Ávila; Brito, Jussara. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. p.151-170.

SANTOS, L. F.B; DAVID, H. M. S. L. Percepções do Estresse no Trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar.

SANTOS, M. S; SILVA, J. G; BRANCO, J. G. O. O Enfrentamento À Violência No Âmbito Da Estratégia Saúde Da Família: Desafios Para A Atenção Em Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 2016.

SILVA, A. T. C. DA. **Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo**. text—São Paulo: Universidade de São Paulo, 13 ago. 2015.

SILVA, C. R. DE C. E et al. Extensão universitária e prática dos agentes comunitários de saúde: acolhimento e aprendizado cidadão. **Saúde Soc**, v. 23, n. 2, p. 677–688, 2014.

SILVA, C. R. C. E et al. Social participation and the potency of community health agent. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. SPE2, p. 113–123, 2014.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

SORATTO, V. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 14 fev. 2020.

SOUZA, F. B. A. DE et al. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 3, p. 318–322, jun. 2007.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf) Acesso em: 25/11/2018.

STURBELLE, I. C. S. **Violência no trabalho em unidades de saúde da família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

SUBPAV, S. DE P. DA S. A. P. E V. DE S. Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2020

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social**, v. 23, n. 1, p. 11–30, 1 jan. 2011.

VERDE, F. F.; BERNARDO, M. H.; BÜLL, S. Trabalho e precarização na saúde pública. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, p. 18–31, 24 jun. 2013.

VILARINO, M. T. B. Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce entre 1942 e 1960. p. 193, 2008.

## ANEXO I - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a Participante,

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "**Enfrentamento das situações de violências armada e urbana: reflexões sobre as vivências de profissionais da Estratégia Saúde da Família em uma favela do Rio de Janeiro**". Esse trabalho está sendo realizado pela Mestranda Jéssyca Felix da Silva Sampaio, aluna do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde da ENSP/FIOCRUZ, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Batista Andrade. A pesquisa tem como objetivo compreender como os/as trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família lidam no seu cotidiano de trabalho com as possíveis situações de violência urbana e armada. Portanto, estamos fazendo a você um convite para participar de uma entrevista com duração aproximada de 40 minutos sobre a sua trajetória de trabalho, as atividades que desenvolvem na atenção básica em saúde, as suas dificuldades e os seus desafios nas situações em que ocorrem a violência armada e urbana próximo do seu local de trabalho. A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento desse processo. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da pesquisa. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Caso você concorde em participar, vamos conversar com você, com auxílio de um roteiro para realizarmos uma entrevista. Mas, você poderá ficar à vontade para falar sobre sua vivência. Para facilitar o registro, com sua autorização, iremos gravar a conversa. Este áudio não será divulgado. O risco associado a esta pesquisa é considerado imaterial, porque trata-se de um possível abalo psicológico que você possa ter em decorrência de lembrar dos sofrimentos vividos nas situações de violência no seu local de trabalho. Mas, para diminuir a chance de isso acontecer, iremos respeitar seus momentos de reflexão, silêncio, tristeza, sendo acolhedores e gratos pela partilha da sua história conosco. Caso seja necessário, interrompemos a conversa. Caso você necessite, a pesquisadora que é enfermeira, poderá encaminhá-lo a uma avaliação/acompanhamento durante ou posterior ao momento da entrevista, no âmbito do SUS, conforme pactuado com a CAP. Esclarecemos que para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você aceite participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. Durante a entrevista, você pode se recusar a falar sobre determinado tema ou pode censurar algo que já tenha sido falado, mas que tenha se arrependido. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade em relação ao seu trabalho. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado/a em nenhuma publicação que possa resultar. Esclarecemos novamente que serão tomados todos os cuidados para manter o anonimato dos entrevistados em todos os documentos da pesquisa que forem divulgados, além da garantida a voluntariedade da sua participação. Este termo de

consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Todas as folhas estão numeradas e precisarão ser rubricadas pela pesquisadora e participante. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do ou da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora/Mestranda

Pesquisadoras responsáveis

Jessyca Felix da Silva Sampaio  
Mestranda Profissional em Atenção Primária em  
Saúde/ ENSP/Fiocruz  
Tel: (21) 96986-0693  
Email: [jessycafelix28@gmail.com](mailto:jessycafelix28@gmail.com)

Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade  
Orientadora da Pesquisa  
Claves/ENSP/Fiocruz  
Av. Brasil, 4036 Sala 700, Manguinhos  
CEP 21040-361  
Tel 21 3882-9058.  
Email: [cristianeandrade@fiocruz.br](mailto:cristianeandrade@fiocruz.br)

## ANEXO II - ROTEIRO

### Roteiro de Entrevistas

#### Dados Gerais

- Por favor, começando a nossa entrevista queira dizer seu nome, idade e local de nascimento.
- Qual o seu local de moradia?
- Você é casada (o)? Tem filhos? Qual a idade deles? O que eles fazem ou estudam?
- E você, estudou o que? Fez qual curso?
- Como e porque decidiu fazer esse curso/essa profissão?
- Você tem outro emprego?

#### Trajetória Profissional

- Como foi a sua entrada aqui?
- Como foi o começo de seu trabalho? Quais os problemas que enfrentava? Como os resolvia?
- Quando achou que já sabia lidar com essas dificuldades? Como foi essa descoberta?
- Quais as diferenças entre este seu começo e agora? Por quê?
- Qual seu tipo de vínculo empregatício atual?

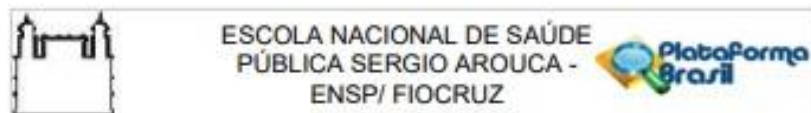
#### O trabalho, a saúde e a violência armada.

- Gostaria que me descrevesse um dia de trabalho, como por exemplo, o dia de ontem. O que você fez?
- Quais os problemas mais difíceis de seu trabalho?
- No seu trabalho, como é a relação com as pessoas que você cuida? E com as famílias? E com a sua equipe e chefia?
- Quais os desafios de trabalhar nessa unidade de saúde?
- No seu trabalho, você se recorda de ter vivenciado situações de violência no território? O que fez?
- O que sentiu quando vivenciou a violência no território? Sentiu alguma coisa no corpo?
- E os seus colegas de trabalho, o que fizeram?
- Houve alguma mudança na forma de trabalhar que tenha sido alterado diante dessas situações de violência no território?
- Quando há situações de violência no território quais as medidas que são tomadas na unidade de saúde?
- Já aconteceu situações de violência no território em momentos que você não estava na unidade? Se sim, como foi?<sup>10</sup>
- Você tem tido algum contratempo de saúde no último ano? Que tipo?
- Você acha que esse problema de saúde está relacionado de alguma forma com o seu trabalho? Por quê?
- O que a deixa mais triste? O que lhe traz sofrimento? O que faz nestes momentos?
- No seu trabalho, o que a deixa mais feliz? O que dá mais prazer?

---

<sup>10</sup> Questão específica para a coleta de dados para a gerente da unidade.

## ANEXO III – PARECER ENSP



Continuação do Parecer: 3.377.149

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/03/2019 17:01:24	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
----------------	------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
Jennifer Braathen Salgueiro  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis  
Bairro: Marquês CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



## ANEXO IV – PARECER SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.619.485

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1374646.pdf	10/09/2019 23:56:46		Aceito
Outros	JFSSmodificado_setembro.doc	10/09/2019 23:56:06	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_3_562_402.doc	10/09/2019 23:52:16	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
Outros	TCUDJFSS.pdf	12/08/2019 11:56:20	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
Outros	TCLEjFSSfinal.pdf	07/06/2019 09:20:56	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	FolhadeRostoJessycaFelixdaSilva.pdf	07/06/2019 09:19:37	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadoJFSS.pdf	20/05/2019 15:16:16	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	JFSSmodificado.pdf	20/05/2019 15:13:40	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
Outros	FormularioDeEncaminhamento.pdf	04/04/2019 21:02:24	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito
Outros	roteiro.pdf	26/03/2019 18:56:26	JESSYCA FELIX DA SILVA SAMPAIO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Outubro de 2019

Assinado por:  
Salesia Felipe de Oliveira  
(Coordenador(a))