



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Verônica Simões Silveira Busch

Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família:
estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais Seguro

Rio de Janeiro

2020

Verônica Simões Silveira Busch

Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família:
estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais Seguro

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: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes

Rio de Janeiro

2020

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

B977v Busch, Verônica Simões Silveira.
Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da
Família: estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais
Seguro / Verônica Simões Silveira Busch. -- 2020.
95 f. : il. ; mapas

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

1. Trabalho. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Violência.
4. População Urbana. 5. Saúde. 6. Equipe de Assistência ao
Paciente. 7. Gestão de Riscos. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Verônica Simões Silveira Busch

Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família:
estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais Seguro

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

Aprovada em: 31 de março de 2020

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Instituto de Estudos de Saúde Coletiva/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Cristiane Batista Andrade

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes (Orientadora)

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

A todos os profissionais de saúde, em especial os que atuam na ESF que resistem mesmo em tempo de retrocessos e desmontes por garantir o SUS a quem mais precisa os moradores da favela.

AGRADECIMENTOS

A todos que me apoiaram direta e indiretamente nessa jornada acadêmica, em especial a minha orientadora Suely Ferreira Deslandes que com toda generosidade me apoiou e compartilhou seus conhecimentos;

A professora Cristiane Batista Andrade (CLAVES/ENSP) que durante o curso de mestrado se tornou minha madrinha, sempre se lembrando de mim, enviando artigos, textos que subsidiaram esse estudo;

A banca examinadora pela disponibilidade e contribuições;

Aos meus colegas de trabalho, em especial Michelle Nadai e a Professora Dra Maria Teresa Costa que incentivaram para que esse sonho de ser mestre se tornar-se realidade;

A minha amiga Carolina Cruz que mesmo a distância sempre me incentivou e apoiou;

Aos meus pais Sueli e José Carlos que sempre me encorajaram e me apoiaram;

Aos meus filhos Pedro e João Vitor e meu esposo Rogério pelo apoio incondicional, pela compreensão, amor e incentivo;

A minha irmã Margareth que participa intensamente da minha vida e a quem compartilho todos os meus sonhos;

A minha família e amigos pela compreensão das minhas ausências;

Aos colegas de mestrado da turma 2018 que dividiram angustias e alegrias;

Ao corpo docente e funcionários da ENSP/CLAVES pela atenção e disponibilidade prestada durante o curso;

A Deus por ter me sustentado e guiado até aqui.

"O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários."

MARILDA IAMAMOTO

RESUMO

A proposta desse estudo se relaciona aos desafios que a violência urbana impõe ao processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Para compreender como o fenômeno da violência urbana tem afetado o trabalho desses profissionais buscou-se identificar as concepções dos profissionais sobre as repercussões da violência urbana no processo de trabalho e analisar as iniciativas adotadas pelas distintas categorias profissionais para lidar com os riscos advindos desses eventos no território e como tais medidas minimizam os riscos no contexto do trabalho das Equipes de Estratégia de Saúde da Família, destacando suas experiências com o ‘Programa de Acesso Mais Seguro’ sobre a identificação, classificação e gerenciamento dos riscos. Para realização desse estudo foram realizadas entrevistas narrativas com os profissionais que compõem as Equipes de Estratégia de Saúde da Família de uma unidade de saúde da Área de Planejamento (AP) em saúde da 1.0 . Para os procedimentos de análise narrativa foram adotadas as orientações dos autores RIESSMAN, GOOD e LABOV. O estudo evidenciou que as vivências dos profissionais possibilitaram acumular um saber individual e coletivo para lidarem com os riscos, apreenderam apesar da imprevisibilidade do fenômeno a diferenciar os graus de risco à que estão expostos, estabeleceram vínculos e redes de solidariedade com as pessoas do território e entre os profissionais e construíram através da vigilância e monitoramento do território estratégias e medidas de proteção de forma autônoma e coletiva, que os permitem continuar exercendo seu trabalho.

Palavras-chave: Processo de trabalho, Saúde e Violência Urbana

ABSTRACT

The proposal of this study is related to the challenges that urban violence imposes on the work process of health professionals who work in the family health strategy in the city of Rio de Janeiro. To understand how the phenomenon of urban violence has affected the work of these professionals, we sought to identify the professionals' conceptions about the repercussions of urban violence in the work process and analyze the initiatives adopted by the different professional categories to deal with the risks arising from these events in the territory and how such measures minimize risks in the context of the work of the family health strategy teams, highlighting their experiences with the 'safer access program' on risk identification, classification and management. To carry out this study, narrative interviews were conducted with the professionals who make up the family health strategy teams of a health unit in the planning area (AP) in health of 1.0. For the narrative analysis procedures, the guidelines of the authors RIESSMAN, GOOD and LABOV were adopted. The study showed that the professionals' experiences enabled them to accumulate individual and collective knowledge to deal with risks, learned despite the unpredictability of the phenomenon to differentiate the degrees of risk to which they are exposed, established bonds and networks of solidarity with the people of the territory and among professionals and built through surveillance and monitoring of the territory strategies and protective measures in an autonomous and collective way, which allow them to continue exercising their work.

Keyword: Work Process, Health and Urban Violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1	Mapa índice das áreas de planejamento do Município do Rio de Janeiro	44
Quadro 1	Relação de unidades básicas de saúde ativa da AP 1.0 – 2020	44
Quadro 2	Caracterização dos profissionais entrevistados	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário em Saúde
AMS	Acesso Mais Seguro
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
EN	Entrevista Narrativa
EQESF	Equipes de Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OSS	Organizações Sociais de Saúde
OSCIP	Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público
PSF	Programa de Saúde da Família
RJU	Regime Jurídico Único
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2.OBJETIVOS	14
2.1.Objetivo Geral.....	14
2.2.Objetivos Específicos	14
3.JUSTIFICATIVA	15
4.MARCO TEÓRICO	16
4.1.O processo de trabalho na era da globalização e da reestruturação produtiva.....	16
4.2.O processo de trabalho em saúde.....	19
4.3.A precarização do trabalho em Saúde.....	22
4.4.O processo de trabalho da Equipe de Estratégia de Saúde da Família	24
4.5.O impacto da violência no processo de trabalho e nos territórios de atuação da ESF ..	30
4.6. Violência urbana e conflito armado.....	34
4.7. Manejo-administração de riscos	36
5.METODOLOGIA	40
6.RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA	89
ANEXO II -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	90

1. INTRODUÇÃO

A violência urbana tem sido uma das principais questões de saúde pública e se expressa nos dados epidemiológicos através dos indicadores de morbimortalidade e nas altas taxas de homicídios. Estudos apontam que a morte violenta¹ tem sido a primeira causa de morte no país entre adolescentes e adultos jovens. Dados do Atlas da violência (2019) referem que nos últimos dez anos, 618 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional no Brasil, e que no ano de 2017, o Brasil alcançou a marca histórica de 65.602 homicídios, segundo informações do Ministério da Saúde (MS). Isso equivale a uma taxa de 31,6 mortes para cada 100 mil habitantes, o que representa o maior nível de letalidade intencional no país.

Os altos índices de mortalidades expressam a magnitude das desigualdades, bem como a naturalização e banalização da morte por agressão e, por conseguinte, traz implicações no setor saúde, na dinâmica demográfica e no processo de desenvolvimento econômico e social do país (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018).

Segundo Minayo, Assis e Souza (2017, p. 58) “a violência precisa ser tratada como um fenômeno global que afeta a saúde e como um problema local que deve ser conhecido em sua peculiaridade”.

Revisando a literatura percebemos que a violência tem um padrão estrutural, ao longo da história tem apresentado altas taxas de morte violenta, diferenciações internas com dispersões espaciais com grande concentração nas grandes e médias cidades (embora cresça a interiorização dos homicídios), sendo o sexo masculino, os jovens, negros, moradores de favelas e periferias os grupos que mais morrem. As principais causas de mortes são por armas de fogo.

Os dados do Atlas da violência (2019) demonstram que as mortes também aumentaram em outros grupos específicos, incluindo as mulheres, nos casos de feminicídio e a população LGBTQI+. Alguns fatores têm impulsionado a violência nas capitais brasileiras, entre eles podemos citar o aumento da venda de drogas no varejo e o seu consumo, disputas de poder entre narcotráfico, a falência do sistema de segurança pública e o aumento do desemprego, sobretudo entre os jovens (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

¹São óbitos por causas externas e estão divididas em: acidentes fatais, inclusive mortes no trânsito; lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios); agressões (homicídios, acrescidos de latrocínios e lesão corporal dolosa seguida de morte); mortes decorrentes de intervenções legais e operações de guerra; e eventos cuja intenção é indeterminada (Atlas da Violência, 2018).

Embora não exista uma conceituação precisa sobre o que se entende por violência urbana, no campo das ciências sociais tem sido qualificada como violência social, e é considerado um fenômeno complexo, multifacetado, histórico, com diferentes manifestações e correntes explicativas, e é fruto das desigualdades que expressam nas estruturas sociais as formas de violência (BAIERL, 2008).

Adorno (2002) aponta que o cenário da violência urbana em nossa sociedade tem se apresentado sob a forma de quatro tendências: o aumento da delinquência urbana, através dos roubos, extorsões, mediante sequestro e dos homicídios dolosos; o crescente crime organizado; as graves violações de direitos humanos e os conflitos nas relações interpessoais com desfechos fatais.

Inúmeros estudos rechaçam a associação entre criminalidade e pobreza e segundo Adorno (2002) a questão que se impõe não tem a ver com a pobreza, mas na criminalização dos pobres. A situação de pobreza e exclusão social, agravada pelas políticas econômicas de cunho neoliberal, dá o contexto e as condições para o acirramento da violência.

Ainda que esses apontamentos se façam necessários para contextualização de nosso objeto, não se pretende aqui buscar as causas da violência urbana, mas relacionar os desafios que o fenômeno da violência armada no território ligada ao tráfico impõe a saúde da população que vive nas favelas, e, especialmente à prestação dos serviços em saúde e o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam nesses territórios.

Vários estudos (Hirata; Grillo, 2017; Polaro, Gonçalves; Alvarez, 2013; Almeida; Peres; Fonseca, 2019; Benício; Barros, 2017; Soratto et al., 2017) apontam que o cotidiano das pessoas que moram nas favelas é afetado pelos constantes confrontos entre os grupos armados (tráfico-milícia x polícia/ tráfico x tráfico), prejudica a liberdade e cerceia o direito de ir e vir da população, além de impor códigos de acesso ao território, também cria obstáculos e barreiras de acesso à saúde da população, assim como constrangimentos no acesso ao território pelos profissionais de saúde, impondo limites à prática profissional das equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF) e gera angústias, sentimentos de medo e insegurança.

A localização geográfica das unidades de saúde nessas áreas da cidade mais vulneráveis e de risco social e a própria especificidade do trabalho das EqESF no território com as constantes ameaças a continuidade das rotinas cotidianas, expõem os profissionais a riscos (diretos e indiretos). O manejo desses riscos demanda o acionar saberes diversos e

adotar estratégias individuais (pessoais) e institucionais. E dessas estratégias institucionais a que é oficialmente adotada pela ESF no município do Rio de Janeiro é o Programa de Acesso Mais Seguro.

O Acesso Mais Seguro (AMS) é uma estratégia utilizada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) que vem sendo desenvolvida desde 2009 em parceria com a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) visando garantir o acesso à saúde em contextos de violência. Essa estratégia busca identificar os riscos a que as equipes de Saúde da Família (ESF) estão expostas nos territórios onde atuam, em decorrência da violência armada, utilizando a Oficina de Acesso Mais Seguro como ferramenta para construção do Plano Local de Acesso Mais Seguro (AMS) para prevenir e mitigar os riscos de incidentes de segurança, proteger as equipes da ESF e limitar as consequências da violência no curso do desenvolvimento do trabalho (CICV, 2013).

Diante desse cenário e pensando sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família que atuam em territórios extremamente vulneráveis e de risco social, marcado pela presença do crime organizado, tráfico de drogas, com constantes tiroteios, por disputas de territórios ou pela ação policial no combate e repressão às drogas, surgiram às perguntas que conduziram a presente pesquisa: *Como a violência urbana tem afetado o processo de trabalho dos profissionais da ESF? Quais as iniciativas adotadas para lidar com os riscos advindos desses eventos no território no contexto do Programa Acesso Mais Seguro?*

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Compreender como o fenômeno da violência urbana tem afetado o trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município do Rio de Janeiro e analisar as iniciativas adotadas por esses profissionais para lidar com os riscos dessa violência no contexto do trabalho.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as repercussões da violência urbana no processo de trabalho percebidas pelos profissionais que atuam na ESF;
- Analisar as iniciativas adotadas pelas distintas categorias profissionais e como tais medidas minimizam os riscos no contexto do trabalho das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF);
- Identificar as percepções dos profissionais da ESF sobre as estratégias adotadas no “Programa de Acesso Mais Seguro” para manejos de riscos e autoproteção;

3. JUSTIFICATIVA

O interesse por esse tema decorreu da minha atuação, na Coordenadoria Geral de Atenção Primária em Saúde da Área Programática da AP 1.0 da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro no Grupo de Suporte do Acesso Mais Seguro monitorando² e acompanhando os eventos de violência no território ocorridos nas unidades de atenção primária em saúde da área.

Outros aspectos que instigaram a reflexão do presente estudo referem-se à magnitude e atualidade do fenômeno da violência urbana nos grandes centros urbanos, a veiculação diária de notícias nos jornais de grande circulação, as constantes interrupções das atividades de trabalho dos profissionais da ESF e o sentimento de medo coletivo e insegurança.

Após levantamento bibliográfico, realizado em janeiro de 2019, no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BRASIL), utilizando os descritores “violência” e “Estratégia Saúde da Família” encontramos 168 estudos (e 141 textos completos), todavia, após a leitura dos resumos desse acervo, identificamos somente 10 estudos (textos completos) que apontavam as repercussões da violência urbana no trabalho dos profissionais da ESF.

Os demais estudos eram voltados aos diferentes tipos de violência, especialmente doméstica/ intrafamiliar. Os que abordavam a violência no trabalho à ênfase recaía na saúde do trabalhador, evidenciando a pouca produção acadêmica acerca do impacto da violência urbana no processo de trabalho das Equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Deste modo, a opção por esse tema justificou-se pela atualidade do fenômeno, dar visibilidade aos dilemas cotidianos no processo de trabalho dos profissionais da ESF e apresentar as estratégias adotadas (e seus limites) pelos profissionais no manejo dos riscos que permitem a continuidade na prestação do cuidado em saúde à população que reside nessas áreas conflagradas.

Buscamos nesse estudo através das entrevistas narrativas com os profissionais da ESF ressaltar os saberes e as práticas empregadas por eles para lidarem com os riscos a que estão expostos cotidianamente no processo de trabalho, apontando elementos que subsidiem a gestão para pensar em ações integradas de práticas protetivas no exercício do trabalho das equipes.

²Esse monitoramento ocorre diariamente através da comunicação no grupo de whatsapp com os gestores locais que informam a ocorrência de violência armada no território e a classificação de risco, conforme as orientações preconizadas pelo AMS. Adotando assim as condutas que serão tomadas naquele dia pela UBS.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. O processo de trabalho na era da globalização e da reestruturação produtiva

Compreender como a violência urbana afeta o processo de trabalho em saúde requereu inicialmente refletir sobre o significado do trabalho em nossa sociedade capitalista e em que contexto se opera em ato a realização deste trabalho, em termos de organização de trabalho, de relações de trabalho, de condições de trabalho e dos meios ou dos instrumentos para sua realização.

Na perspectiva clássica de Marx (1986) o trabalho é uma atividade fundamental do homem cuja interação com a natureza dá origem a sua vida material, e é pelo trabalho que o ser humano se afirma como um ser social, distinto da natureza. Homens e mulheres ao realizarem um trabalho são capazes de projetar, antecipadamente, através da elaboração mental o resultado que se pretendia fruto desse trabalho, modificando a natureza assim como a si próprios.

As estratégias de produção e de reprodução capitalistas sempre passaram por diferentes estágios de desenvolvimento na busca por garantir o ciclo de acumulação do capital. Esses estágios de desenvolvimento do capitalismo não ocorrem de forma regular e tampouco linear, apresentando crises estruturais, e como respostas à própria crise do capital, substituições gradativas de modelos são realizadas. Dessa forma, é possível entender a substituição do padrão produtivo taylorista-fordista por formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas (ANTUNES, 2001).

Essas transformações ocorridas no sistema capitalista se intensificaram com a globalização, com a política neoliberal adotada e a reestruturação produtiva³ por ela implementada, impactando profundamente nas relações de produção, flexibilizando as relações de trabalho e produzindo a sua precarização.

A globalização é um fenômeno multifacetado que pode ser entendido como um processo de mundialização, em busca de integração e ampliação dos mercados, resultando

³Entender os elementos constitutivos que deram subsídios para os ideários da política neoliberal é de grande complexidade e ocorreram de formas distintas em cada país, porém é importante contextualizar alguns marcos: um deles inicia-se com a crise mundial do petróleo nos anos de 1970, quando todo o mundo capitalista avançado sofreu uma longa crise econômica e uma profunda recessão, apresentando baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação e para responder a esse contexto de crise estrutural do capital, nos anos 1980, um conjunto de medidas foram adotadas para garantir a acumulação do capital, houve uma transição do capital produtivo para o capital financeiro, o que impactou sobretudo na “*classe-que-vive-do trabalho*” através da reestruturação produtiva, o que gerou além do desemprego estrutural, novas relações de trabalho, tendo como consequências a flexibilização, trabalhos informais, sem direitos trabalhistas e assim a precarização das condições de trabalho (SANTOS, 2002; ANTUNES, 2001).

em interdependência dos mercados financeiros, livre comércio e desenvolvimento tecnológicos.

Para Santos (2002) os processos de globalização são complexos, sendo um fenômeno de diversas faces, com dimensões econômicas, políticas, sociais, culturais, religiosas e jurídicas que estão interligadas.

O consenso de Washington⁴ de meados dos anos de 1980, conhecido como “consenso neoliberal”, constitui uma das bases ideológicas e programáticas desses processos de globalização e determinou não só as políticas de desenvolvimento econômico mundial, mas incidiu nas relações políticas e sociais, apresentando pacotes e medidas nessas diferentes esferas como única solução para os problemas fundamentais da modernidade e, sobretudo sobre o papel do Estado na economia (SANTOS, 2002).

Nessa lógica o Estado tem uma atuação que chamamos de um modelo de Estado mínimo, privatizante, e uma de suas repercussões incidem no desmonte dos sindicatos, ou seja, desmobilizando os movimentos de lutas dos trabalhadores, gerando perdas de direitos sociais e trabalhistas e do ponto de vista social, acirrando as desigualdades sociais, a exclusão e a segmentação social (SADER; GENTILI, 1995).

No caso específico do Brasil, podemos sinalizar que o projeto neoliberal se apresenta de forma mais consolidada na década de 1990. A nova divisão internacional do trabalho redesenhou a composição da classe trabalhadora, visando atender ao processo de acumulação capitalista e sob essas circunstâncias, criou novas formas de exploração da classe trabalhadora e desencadeou o processo de reestruturação produtiva (ANTUNES, 2015).

Para Antunes (2001, p. 43), criou-se, de um lado, em escala minoritária, o trabalhador polivalente e multifuncional da era informacional, capaz de operar com máquinas com controle numérico e de, por vezes, exercitar com mais intensidade sua dimensão mais intelectual. E, de outro lado, há uma massa de trabalhadores precarizados, sem qualificação, que hoje está presenciando as formas de part-time, emprego temporário,

⁴As propostas do Consenso de Washington, segundo Santos (2002) pautavam-se nas restrições drásticas à regulação do Estado na economia; novos direitos da propriedade internacional para investidores estrangeiros; subordinação dos Estados nacionais às agências multilaterais, tais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio; Controle da Dívida Externa; modelo de desenvolvimento orientado para o mercado, produzindo o enfraquecimento do papel do Estado, privatização; desregulação do mercado de trabalho e a flexibilização da relação salarial. Ocasionalmente o que o autor chama de retraimento do Estado tanto no âmbito econômico quanto no âmbito social, produzindo o encolhimento do Estado através dos mecanismos de desregulação, das privatizações e da redução dos serviços públicos. Para o autor este consenso está relativamente frágil em virtude de crescentes conflitos de interesses por parte do grupo hegemônico e de resistência do grupo contra-hegemônico.

parcial, ou então vivenciando o desemprego estrutural.

Neste sentido, Antunes (2001) pondera que essa lógica do capital fez com que diminuísse o *trabalho vivo*⁵, mas não o eliminou, e ao contrário de por fim ao valor trabalho, pode notar uma interligação das formas de *mais-valia*⁶, aumentando os níveis de exploração do trabalho.

Todo esse processo de reestruturação produtiva, aqui entendida como o processo de flexibilização nas relações de trabalho, afeta na estabilidade no emprego, muitas vezes, sem vinculação formal.

A questão central que se coloca nos efeitos da flexibilidade do trabalho na vida dos trabalhadores atualmente tem ultrapassado as mudanças na organização do trabalho, mas atinge sobremaneira a proteção social dos trabalhadores (RODRIGUES, 2014).

Segundo Rodrigues apud Bauman (2014, p.773),

a flexibilidade solicita mudanças constantes que atingem o estilo de vida dos sujeitos, porque envolve instabilidade nas relações de trabalho, insegurança pessoal e profissional, e a necessidade contínua de reinvenção das qualificações, fatores que atingem sobremaneira as vidas pública e privada.

As maiores consequências desse processo de flexibilização do trabalho são o desemprego estrutural, redução do operário industrial e fabril, aumento do subproletariado, o trabalho precarizado (terceirizado), aumento da *mais-valia* e o assalariamento no setor de serviços. Exclusão dos jovens e dos idosos do mercado de trabalho e incorporação da mão de obra feminina, que tem sido preferencialmente absorvida pelo capital nesse universo do trabalho precarizado e desregulamentado (ANTUNES, 2001).

Com essas novas formas flexíveis e precárias do trabalho os riscos de desemprego e os sentimentos de insegurança passaram a ser aspectos cotidianos na vida dos trabalhadores (SÁ, 2012).

Historicamente em decorrência dos apelos econômicos e sociais novas formas contratuais de trabalho se configuraram e gradualmente estão sendo transformadas (RODRIGUES, 2014) e como consequência formas precarizadas de trabalho e regressão das conquistas trabalhistas (DRUK, 2011).

Antunes (2018) sinaliza que em pleno século XXI temos vivenciado uma nova

⁵O *trabalho vivo* sinalizado por Antunes (2001) é um conceito utilizado por Marx (1986) para explicar que a força de trabalho em ação é o elemento vivo e subjetivo do processo de trabalho e que o *trabalho morto*, se expressa na matéria-prima e nos instrumentos (ferramentas) do trabalho.

⁶Outro conceito citado por Antunes (2001) é o da produção da *mais-valia*, que segundo Marx (1986) no processo de produção, o trabalhador não só produz seu próprio valor, ou seja, o valor que será remunerado pela atividade produzida, mas também cria um valor excedente, não pago.

classe de trabalhadores que denomina de um novo proletariado de serviços, com novas formas de trabalho informal, descontínuo, precarizado, flexíveis e empobrecendo ainda mais os graus de remunerações dos trabalhadores que ainda estão inseridos no mercado de trabalho.

O trabalho que é exigido pelos capitais é cada vez mais flexibilizado nas jornadas de trabalho, na ausência de espaço laboral definido, na ausência de remuneração fixa, na falta de direitos trabalhistas, e na ausência de organização sindical; cuja lógica empresarial busca a cada dia inovar no setor serviços, apresentando a “*pejotização*” (pessoa jurídica), para todas as profissões, inclusive de médicos (ANTUNES, 2018).

Os reflexos da intensificação da terceirização dentro da atividade estatal, nos mais diversos setores atingem tanto as atividades administrativas, inclusive na área da saúde, com a terceirização de profissionais de saúde que atuam na rede pública, nas palavras do autor, “começa a corroer por dentro a *res publica*, uma vez que as empresas de terceirização passam a extrair *mais-valor* de seus trabalhadores terceirizados que substituem os assalariados públicos” (ANTUNES, 2018, p. 53).

Todas essas mudanças abordadas no mundo do trabalho repercutem também no setor de serviços (público e privado), no caso específico da área saúde e no seu processo de trabalho.

4.2. O processo de trabalho em saúde

O trabalho em saúde é coletivo, envolve várias categorias profissionais e tem suas particularidades e especificidades. É considerado um *trabalho vivo* em ato, que se dá no encontro entre o profissional e o usuário, mediado pelas relações subjetivas, que vão para além dos saberes tecnológicos estruturados, tendo o profissional certo grau de autonomia e liberdade no modo de produzir esse cuidado (MERHY, 2002).

O processo de trabalho em saúde tem como princípio fundamental o ato de cuidar, que é fundamental na prática dos serviços de saúde, envolve encontros com os usuários para a produção desse cuidado e tem como finalidade a promoção e prevenção da saúde. Nesse encontro se estabelece relações de interação entre quem cuida e é cuidado.

Em todo esse processo de trabalho são envolvidos saberes comuns e específicos, práticas, protocolos, normas e tecnologias para sua realização.

Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em tecnologias leves, leves-duras e duras, considerando leves as tecnologias que ocorrem na

interação entre o profissional com o usuário, o que permite estabelecer o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, a troca de saberes, leves-duras, os saberes específicos e próprios de cada profissão que estruturam e operam no processo de trabalho e duras, decorrem das normas, estruturas organizacionais já consolidadas, como nos casos dos usos de máquinas e equipamentos tecnológicos.

O profissional de saúde, como qualquer trabalhador, atua com situações dinâmicas, complexas e imprevisíveis e nesse processo de trabalho se confronta entre o trabalho real e o prescrito.

Dejours em seus estudos sobre a psicodinâmica do trabalho se ancora na noção-chave da Ergonomia entre a distinção do trabalho prescrito e real e afirma que,

as descrições produzidas pelos ergonomistas permitem diferenciar a tarefa que corresponde aos objetivos a serem atingidos, e a atividade que corresponde àquilo que é feito concretamente pelo trabalhador na tentativa de atingi-los. Independentemente da precisão das instruções e das prescrições dadas pela organização do trabalho, sempre ocorrem imprevistos (DEJOURS; GERNET, 2011).

Essa distinção ocorre, pois no cotidiano do trabalho existem situações imprevisíveis, nem sempre é possível seguir as normas e protocolos pré-estabelecidos e também pela subjetividade e compreensão que cada profissional incorpora na realização do seu trabalho, bem como pela troca dos saberes que ocorrem nesse encontro com os usuários. Essas normas protocoladas são regras técnicas, estabelecendo os modos de fazer e, sobretudo advém de um conhecimento teórico e prático. Todavia, na organização real do trabalho, o profissional se depara com situações que não estavam previstas e para se ajustar a essas situações novas esses profissionais lidam com conflitos técnicos, sociais e psicoafetivos. Essa dinâmica do trabalho exige desse profissional criatividade e a capacidade de múltiplas formas de atuação.

Trabalhar é lidar com o revés, o inesperado, o que exige respostas imediatas, entretanto quando as condições sociais e técnicas de trabalho são muito desfavoráveis, as respostas às demandas no confronto entre o trabalho real e o prescrito podem gerar angústia muitas vezes sofrimento psíquico e adoecimento.

Além da imprevisibilidade que é própria da dinâmica do trabalho em saúde, o campo é marcado por disputas de interesses, atravessado por saberes hegemônicos, numa lógica médica centrada, pautada em multidisciplinaridades de agir, atuando em questões de saúde e problemas específicos.

Em todos os processos de produção de saúde existem tensões que são inerentes aos atos produtivos em saúde, Mehry (2002) destaca duas tensões que estão presentes em

qualquer modelo predominante: uma na lógica de atos de saúde como procedimento e outra na produção dos procedimentos como cuidado. Nesse tensionamento percebemos que nem sempre o trabalho em saúde age numa lógica de *atos cuidadores*, focados nas necessidades e anseios dos usuários e que as lógicas centradas em procedimentos se sobrepõem a essas necessidades reais e sentidas pelos usuários.

Resumindo, Merhy (2002) considera que os processos que definem a organização dos modos tecnológicos de atuar na saúde estão implicados tanto socialmente quanto politicamente, por meio de interesses e forças em disputas, o que impõe e determina seus objetivos nos processos de produção.

Nesse contexto, o modo de organização da saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 foi atravessada por projetos societários e de grupos de interesses antagônicos em disputas, mesmo com a vitória da reforma sanitária, temos vivenciado lutas para a preservação dos direitos à saúde universal, equânime e integral, conforme previstos na Constituição Federal de 1988.

Enquanto campo de política pública, o setor saúde na atualidade tem sido questionado sob alegação de uma crise, sobretudo financeira, na qual o Estado submetido aos acordos neoliberais reduz os gastos com as políticas sociais públicas, prejudicando assim o seu financiamento e sua assistência sob a argumentação da falta de recursos⁷.

E para lidar com essa crise, tem sido implantada uma política de austeridade fiscal, pautado no projeto neoliberal e reestruturação produtiva, onde o campo da saúde na prestação dos serviços públicos vai cedendo aos interesses do capital ao terceirizar/privatizar os serviços que seriam de sua responsabilidade, sob a alegação de buscar melhorar a eficiência e agilidade do sistema.

Embora tenha essas polarizações, na busca contínua de garantir um sistema de saúde pautado nos princípios preconizados pela reforma sanitária é necessário buscar alternativas para a efetivação desses princípios de universalidade, de equidade, de qualidade com a adoção de diferentes práticas (fazer) que rompam com os modelos e

⁷Segundo a autora Lígia Bahia (2018) apesar da política neoliberal e da convivência antagônica de disputas de interesses é inegável os avanços na implementação do SUS mesmo que esses avanços não tenham sido lineares. A evolução do orçamento da saúde, apesar do aumento ao longo dos anos, tem sido insuficiente, como aponta a autora. Atualmente a infraestrutura da saúde é praticamente toda de origem privada e também há um privilégio do investimento na esfera hospitalar. A crise política e econômica tem sido considerada por empresários e por outros segmentos sociais como exclusivamente de natureza fiscal e com o argumento de sanar esse desequilíbrio fiscal no âmbito da Saúde foi feito um ajuste que congelou as despesas primárias da saúde por vinte anos através da aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Embora ao longo dos 30 anos do SUS tenha sido consolidada a ideia de que a resposta para os problemas de saúde no Brasil seja o SUS, a autora sinaliza que nesse mesmo período, foram disseminadas visões negativas sobre a ineficiência, descaso e má gestão dos recursos públicos.

processos instituídos (MALTA; MEHRY, 2003).

4.3. A precarização do trabalho em Saúde

Tradicionalmente, no setor saúde, o Estado tem sido o principal empregador dos profissionais que ali atuam. Vários estudos apontam, ao longo dos anos, diferentes formas de contratações de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), todavia desde a Constituição Cidadã, o Estado passou a empregar mais através de concursos públicos, regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) que normatizava assim as contratações no setor público e submetiam esses servidores a um regime próprio (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Com a introdução da política neoliberal, as pressões econômicas e políticas induziram uma política de Estado Mínimo e introduziram no setor público a chamada flexibilização nas contratações do trabalho, com a alteração da Constituição e o desmonte do RJU (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Como já foi abordado, a globalização econômica, a política neoliberal e a reestruturação produtiva impactaram na flexibilização do trabalho e acima de tudo interferiram e interferem sobre as conquistas dos direitos dos trabalhadores, o que ocasiona instabilidade no emprego e formas precárias de trabalho.

Para Lopes (2009) a marca do mercado de trabalho contemporâneo é a precarização e desproteção no sistema de trabalho. Essa conjuntura global tem se propagado e refletido nos dias atuais no contexto da nossa sociedade, onde vivenciamos uma conjuntura econômica desfavorável, com um aumento crescente do desemprego e de trabalhadores desocupados, o que tem gerado um crescimento da informalidade nas relações de trabalho.

Somado a isso, vigora a Lei nº 13.467/2017 de reforma trabalhista que justifica que para combater o desemprego é necessário alterar os direitos trabalhistas, utilizando uma narrativa para os trabalhadores de que “é melhor ter um emprego do que ter os seus direitos”. A reforma trabalhista afeta os direitos dos trabalhadores, com a chamada flexibilização dos contratos de trabalho, as diferentes formas de jornadas de trabalho e remuneração e também cria barreira de acesso à justiça pela cobrança de custas processuais aos trabalhadores em determinados casos. (FILGUEIRAS, LIMA; SOUZA, 2019)

O cenário de desemprego tem favorecido a que trabalhadores se submetam a trabalhar sob adversas condições de trabalho, em termos de carga horária, tipos de vínculos, remuneração e condições ambientais para realização do trabalho (BARALDI et

al., 2008).

Conforme assinala Baraldi et al. (2008, p. 6), “no setor saúde, a flexibilização das relações de trabalho também tem proporcionado condições variáveis de trabalho, multiplicidade de vínculos e leque variável do gozo dos direitos trabalhistas”.

Desta forma, temos um número crescente de trabalhadores da saúde que trabalham de formas precárias, muitos sem garantias trabalhistas, com contratos de trabalhos temporários, vínculos sem estabilidade, sem concurso público e por contratação por organizações sociais de saúde (OSS).

Embora as OSS se denominem de modelo “sem fins lucrativos” ou de cunho filantrópico, cujo fundamento está alicerçado na administração gerencialista pautada nas técnicas de eficiências, há estudos que apontam que esse modelo acaba fortalecendo a privatização do sistema público de saúde, na medida em que o Estado transfere ou se abstém de executar suas atividades, em termos de contratação, gerenciamento de serviços sob a alegação da Lei de Responsabilidade Fiscal⁸ para um ente privado (SOARES, et al., 2016).

Segundo Martins e Molinaro (2013), o setor público da saúde mais afetado pela desregulação do trabalho foi o Programa de Saúde da Família (PSF), apontando que diversos estudos demonstram que a expansão do PSF nos grandes centros urbanos, utilizou diversas estratégias de emprego e de diferentes vínculos empregatícios.

Dentre os diversos vínculos, cita os contratos temporários de serviço, as cooperativas, as prestações de serviço, os contratos com as instituições filantrópicas, além das bolsas de pesquisas através das fundações de apoio e através das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público⁹ (OSCIP); e em algumas cidades, como o Rio de Janeiro, o processo de terceirização tem ocorrido através de contratos de gestão com Organizações Sociais e fundações estatais de direito privado.

Além desses frágeis vínculos trabalhistas e com a introdução de novas tecnologias no setor saúde, os trabalhadores têm sido convocados a permanente formação e qualificação. No entanto, para manter-se empregado, essa qualificação fica a cargo e responsabilidade do próprio trabalhador, transferindo-se a responsabilidade da instituição para o próprio trabalhador (MARTINS; MOLINARO, 2013).

⁸A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, que estabelece limites máximos de gastos públicos em recursos humanos e cria limites à gestão pública.

⁹OSCIP não pertencem ao aparelho do Estado, mas são entidades prestadoras de serviços públicos, atuando em um tipo de contrato específico.

A flexibilização das relações de trabalho também tem proporcionado uma “liberdade” de negociações entre empregado-empregador, com respeito a salário, carga horária e direito a férias, e em algumas situações os prestadores de serviço recebem o pagamento por produção, tem uma divisão fragmentada do trabalho, os critérios de seleção e remuneração salarial são variáveis, exigências de profissionais cada vez mais qualificados e polivalentes e em decorrência dos baixos salários, os profissionais têm vários vínculos profissionais, para complementar a renda (BARALDI, et al., 2008).

4.4. O processo de trabalho da Equipe de Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde¹⁰ (APS) são termos que na literatura trazem imprecisões e um debate conceitual. O Ministério da Saúde adota o termo “atenção básica à saúde” (ABS), em oposição à “atenção primária à Saúde” (APS), com o intuito de demarcar uma distinção ideológica em relação à ideia reducionista de atenção primária e visando à formação de um sistema público e universal de saúde (GIOVANELLA, 2018).

Apesar dos embates conceituais, a autora GIOVANELLA (2018) indica que ambos os termos ABS e APS podem nivelar-se a uma proposta de sistema de saúde público universal de qualidade. Assim sendo, os termos foram utilizados aqui de forma similar, tendo a Saúde da Família no Brasil como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) admita outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, desde que seguindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS (BRASIL, 2017).

A formação de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente médico de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses profissionais podem ser incorporados a essa equipe mínima, o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Na PNAB de 2017, o quantitativo de ACS por equipe tem por base critérios populacionais, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos e por definição

¹⁰ Atenção Primária em Saúde (APS) é um termo internacionalmente utilizado para designar uma estratégia de organização de atenção básica de saúde, regionalizada, contínua e sistematizada para atender maior parte das necessidades de saúde de uma população, de forma preventiva e curativa (PEREIRA, 2008).

da gestão local, o que torna flexível o número de ACS por equipe em cada território. Somente é apontado no texto da Política o quantitativo de ACS em áreas consideradas de grande dispersão territorial ou de risco e vulnerabilidade, recomendando a cobertura de 100% da população, com no máximo 750 pessoas por ACS.

A base populacional adscrita da ABS e EqESF é de 2.000 a 3.500 pessoas dentro do território e há uma flexibilidade de arranjos para essa adscrição, podendo ser maior ou menor ao parâmetro recomendado, ficando a critério da gestão local.

O Objetivo da ESF é atuar de forma integral, contínua e sistemática nas ações de proteção a saúde da população, prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças e a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Na sua implantação em 1994, a ESF (inicialmente denominado como Programa) foi pensada como um modelo de novas práticas de saúde centradas na família e na comunidade e buscava romper com o modelo tradicional de saúde, em que as práticas eram baseadas nas especialidades, o que muitas vezes favorecia a fragmentação dos problemas de saúde da população.

Segundo a PNAB de 2017, para desenvolvimento do processo de trabalho das equipes são preconizadas as seguintes atribuições: participação do mapeamento e territorialização da área de atuação das equipes, identificação dos grupos de riscos e vulneráveis; cadastramento das famílias; prestação do cuidado em saúde à população na unidade de saúde, prioritariamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) e quando se fizer necessário, no domicílio ou nos espaços da comunidade; participação do acolhimento de forma humanizada e realizando a classificação de risco; garantir o atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; realização de busca ativa e notificação das doenças e dos agravos de notificação compulsórias e busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas suscetíveis à AB; coordenação do cuidado em saúde de forma longitudinal (acompanhamento ao longo do tempo, em todos os ciclos de vida); cuidado da população adscrita, mesmo que haja necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção da rede de saúde; realização de visitas domiciliares e atendimentos às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos- de acordo com o planejamento das equipes e prioridades e necessidades; realização de trabalho interdisciplinar para planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento e clínica ampliada; realização de ações de atenção à saúde, conforme a necessidade local, previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes do que é ofertado ao nível nacional de

ações e serviços essenciais e ampliados da AB; participação das reuniões de equipe; articulação e participação das atividades de educação permanente e de educação continuada; educação em saúde para população; utilização do Sistema de Informação da ABS vigentes; contribuição para o processo de regulação do acesso a partir da AB e realização de gestão das filas de espera, evitando o encaminhamento desnecessário; participação de atividades de educação permanente; identificação e mobilização dos parceiros, dos recursos da comunidade para efetivação do controle social e ações intersetoriais (BRASIL, 2017).

De todas essas atribuições dos profissionais, o que nos chama mais a atenção é que a prestação do cuidado em saúde se dê prioritariamente dentro da UBS, o que demonstra um retrocesso e o retorno ao modelo tradicional de cuidado em saúde.

Em suma, o processo de trabalho da ESF foi desenvolvido com base territorial e de responsabilidade sanitária à determinada população.

Embora essas sejam algumas características em comum dos processos de trabalhos pelas equipes, cada categoria profissional exerce suas atividades seguindo as regulamentações dos seus respectivos conselhos de categorias profissionais.

A proposta do trabalho em equipe interdisciplinar possibilita a troca dos diferentes saberes, compartilhando e dividindo responsabilidades no cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, a inserção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família¹¹ (NASF) na composição das Equipes de Estratégia de Saúde da Família permite o matriciamento¹², integração, apoio e qualificação das equipes. Porém, com o novo modelo de financiamento da APS iniciado em janeiro de 2020 e com a publicação da nota técnica pelo Ministério da Saúde extinguindo o incentivo financeiro ao NASF e a criação de novas equipes torna-se um cenário duvidoso para a manutenção desse modelo e das equipes já credenciadas.

Apesar da ESF se pautar na lógica de integralidade como princípio de reorganização das práticas de saúde e da longitudinalidade do cuidado em saúde, prevista na sua atuação, o processo de trabalho destes profissionais, segundo Santos e

¹¹O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 com a configuração de equipes multiprofissionais para atuar de forma integrada as Equipes de Saúde da Família e à rede de serviços, com o objetivo de apoiar as Equipes e dar suporte a consolidação da Atenção Básica, embora não se constituam porta de entrada para o sistema de saúde. A composição das categorias profissionais que irão compor o NASF é definida pela gestão municipal. (MS, 2008).

¹²Matriciamento ou apoio matricial é uma nova forma de produzir saúde, que teve origem na Saúde Mental, com o objetivo de construção compartilhada entre as ESF e o NASF na prestação do cuidado em saúde, atuando em duas dimensões: assistencial e técnico pedagógico - ação de apoio educativo para as equipes. (MS, 2010).

colaboradores (2008), tem tido um forte cunho burocrático, numa lógica de produção por procedimentos e atendimentos orientados para uma população predefinida pelos programas nacionais, limitando a capacidade criativa desse trabalhador.

Dentre os diferentes modelos de gestão no processo de trabalho da APS, há estudos que apontam que a ESF, assim como o setor saúde em geral, continua atuando a partir de um modelo taylorista, pautado na normatização e procedimento, divisão entre os que executam e planejam as ações de saúde (SHIMIZU; JUNIOR, 2012). Algumas categorias profissionais realizam o seu trabalho de forma compartimentalizada, ou seja, através da divisão parcelar do trabalho, o que denota a permanência da fragmentação das tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior (RIBEIRO, et al., 2004).

Esse modelo gerencial tem sido adotado pelos serviços de saúde e sob esta lógica os profissionais de saúde são cobrados por meta de produção e qualidade, engessamento da utilização dos protocolos, perdendo a capacidade criativa na dimensão do cuidado e se distanciando da complexidade das necessidades de saúde.

No cotidiano do trabalho esses profissionais ainda enfrentam dificuldades com o excesso de demanda, sobrecarga de trabalho e práticas limitadas de promoção da saúde.

Outras características das condições de trabalho das ESF são a coexistência de salários muito dispares entre os profissionais médicos comparados aos demais profissionais, a intensa divisão do trabalho (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006) e a falta de preparo dos profissionais para atender as diversas demandas e atividades previstas no cotidiano do trabalho, no âmbito da assistência, das ações educativas, preventivas e intersetoriais (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Apesar dos avanços no trabalho da ESF, alguns estudos evidenciam que as práticas em saúde ainda permanecem o modelo médico hegemônico, com práticas hierarquizadas e desiguais entre as categorias profissionais, o que se contrapõe ao trabalho multiprofissional que Segundo Fertoni, et al. (2015), deveria atuar numa perspectiva interdisciplinar, que integrasse os diferentes olhares e saberes de forma a contribuir numa perspectiva integral de saúde, outro desafio que se põe é que a atenção à saúde tem sido voltada a grupos focalizados, prioritários, em uma lógica que se contrapõe ao direito à saúde universal.

Além disso, também tem sido posto como desafio as dificuldades de implantar os princípios da integralidade, não apenas pelos aspectos do olhar dos sujeitos em sua integralidade e de suas necessidades, mas também na integração e relação com os diferentes níveis de atenção à saúde na rede. Cabe mencionar aqui como desafios que precisam ser enfrentados, a relação desigual entre profissional e usuário; a falta de

envolvimento dos profissionais com a comunidade onde atuam e da falta de entendimento dos profissionais acerca da intersectorialidade, numa perspectiva de entendimento ampliado de saúde (FERTONANI, 2015).

O município do Rio de Janeiro passou por diferentes estágios na construção e organização da sua rede de saúde, atravessados por contextos políticos, técnicos e administrativos e até 2008 havia pouco investimento na atenção básica e uma predominante cultura hospitalocêntrica de cuidado em saúde. É inegável que a partir do ano de 2009 a atenção básica, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família fez com que a cidade saísse de uma cobertura populacional de ESF de 6,94%, até então restrita as áreas de bolsões de extrema pobreza, em áreas de altos índices de violência e em áreas de vazios sanitários (sem assistência à saúde), para um patamar de cobertura de 45%, no ano de 2014 e com a perspectiva de 70% de cobertura da população no ano de 2016 (CAMPOS et al., 2016).

Uma estratégia para a efetivação dessa expansão foi a incorporação das OSS como cogestoras, prestando suporte administrativo com o argumento de daria maior agilidade burocrática e financeira. (CAMPOS et al., 2016).

Ao nos depararmos com o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF) do município do Rio de Janeiro, percebemos que a atuação se pauta na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS/SUBPAV, 2016) que é um documento norteador das ações de saúde a população carioca, destinados aos profissionais de saúde, gestores e a população. Neste guia de serviço consta a organização do serviço de saúde da APS, os serviços oferecidos a saúde da população adulta e idosa; a saúde da criança e adolescente; a saúde mental; a saúde da população em situação de rua, com as equipes de Consultório na Rua; a Saúde Bucal; as ações de vigilância em saúde; as ações e práticas educativas oferecidos para a Promoção da saúde; os procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico; o manejo de situações de urgência e emergência a serem prestadas pelas equipes de APS e o resumo da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Nessa lógica, a “carteira de serviço” atua numa perspectiva gerencialista, que é a mesma lógica da PNAB que não leva em consideração o acesso universal e a necessidade do território ao se delimitar um rol mínimo de procedimentos a serem ofertados, definindo os padrões *essenciais*, que são as ações e procedimentos básicos, mas não definem o que poderia ser padrões *ampliados* nesse cuidado em saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Além desse escopo do trabalho, o modelo de gestão por OSS adotado preconizava a

cobrança de indicadores de desempenho e metas pactuadas entre a Secretaria Municipal de Saúde e as OSS. Esses sistemas de desempenho atuavam como incentivos já que estava vinculado aos sistemas de pagamento tanto para as OSS, através de indicadores gerenciais que deveriam ser cumpridos, quanto para os profissionais de saúde através de indicadores assistenciais (COSTA; SILVA, et al., 2016).

Percebemos que a prescrição do trabalho ocorre de forma acentuada, e em decorrência da ESF ter a sua organização baseada na polivalência dos conhecimentos e práticas por profissionais generalistas, que segundo Shimizu e Junior (2012, p. 2406) “aumentam as incertezas de seus membros, que por sua vez, aumentam a tensão no trabalho, tornando mais complexo o processo de coordenação do processo de trabalho”.

A falta de infraestrutura, como a falta de insumos, instrumentos, equipamentos, espaço físico para realização dos atendimentos e ações, o que ocasiona desgastes tanto cognitivos quanto afetivo e pode aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população aos serviços que estão sendo prestados.

Atrelado a tudo isso, o cenário atual da atenção básica no município tem sido de desmonte e retrocessos, a gestão respaldada pela nova Política Nacional de atenção Básica¹³ aprovada no ano de 2017 e sob a alegação de ajustes nos contratos de gestão estão cortando drasticamente o orçamento da pasta da Saúde, onde estão sendo demitidas 200 equipes de ESF, o que repercutirá na assistência prestada à população e em demissões em massa dos profissionais (JORNAL EXTRA, 26/10/2018).

O estudo de O'Dwyer et al. (2019) aponta que o cenário de crise financeira sobretudo na saúde pela ausência e retração de investimentos em especial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro já tem ocasionado efeitos negativos na gestão, na organização e no acesso aos serviços de saúde por conta do denominado redesenho da cobertura da atenção primária, ou seja, diminuição de equipes de Saúde da Família acompanhando a tendência federal e a orientação da PNAB de 2017.

Somado a esse cenário, além da redução das EqESF e da própria complexidade do processo de trabalho, os profissionais da ESF ainda atuam em territórios urbanos, conflagrados pela violência armada e pela extrema vulnerabilidade.

¹³Com a aprovação da Nova PNAB em agosto de 2017 revoga a prioridade dada a ESF na organização do SUS, promove a relativização da cobertura universal (com a flexibilização da cobertura populacional), a indefinição do número de Agente Comunitário de Saúde (ACS) por equipes, o que possibilita a sua redução, além de novas configurações no processo de trabalho e admite outras formas de organização da atenção básica, nos diferentes territórios, o que pode possibilitar o retorno da atenção básica tradicional ((MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

4.5. O impacto da violência no processo de trabalho e nos territórios de atuação da ESF.

A violência é um fenômeno humano, social, histórico. Seu conceito é complexo e multicausal, não é o mesmo de um período para o outro, é fruto de diferentes expressões e especificidades de poder e iniquidades sociais que necessitam ser contextualizadas, e é atravessado por percepções e representações que se renovam, apresentando novas roupagens dentro de um contexto global de uma dada sociedade (WIEVIORKA, 1997; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

Para Minayo, Assis e Souza (2017) a violência que ocorre no Brasil é estrutural e histórica e se alicerça em um cenário de grandes desigualdades sociais, de exclusão de uma parte significativa da população que não tem seus direitos básicos garantidos, cuja constituição urbana não veio acompanhada de políticas sociais protetivas e tem apresentado altas taxas de homicídios das camadas mais pobres da população. As violências se dão num contexto racista, extremamente machista e discriminador com os diferentes e com os menos favorecidos economicamente, o que faz que determinados grupos sociais estejam mais vulneráveis e expostos. Atrelado a isso há um forte sentimento de impunidade, na qual a vida nem sempre é valorizada e em muitos casos há uma banalização da morte por violência.

As autoras sinalizam que temos vivenciado o aumento das mortes violentas, associada à criminalidade e ao tráfico de drogas, sendo as principais vítimas dessas mortes os homens negros e pobres que residem em áreas urbanas. As mortes violentas ocorridas em nosso país têm sido mais expressivas do que em muitos países que estão em conflitos por guerras (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

Refletir sobre esse fenômeno da violência e o processo de trabalho foi uma tarefa complexa, uma vez que tem implicações diretas e indiretas sobre o trabalhador, sobre a forma de organização do trabalho e sobre os usuários e esses aspectos são mais intensificados nas unidades de saúde onde foram implantadas a Estratégia de Saúde da Família, que tem privilegiado sua atuação em áreas adscritas de maior vulnerabilidade e risco social e que preconizam o cuidado em saúde nos domicílios, cujos territórios são conflagrados pela violência do narcotráfico.

A violência urbana ou social não pode ser reduzida à criminalidade, nem tampouco associada exclusivamente à pobreza e desigualdade. A situação de pobreza e exclusão social, agravada pelas políticas econômicas de cunho neoliberal, dá o contexto e as

condições para o acirramento da violência. Em nossa sociedade este acirramento é marcado pelas profundas desigualdades sociais e pelos vulneráveis valores de cidadania e justiça (DESLANDES, 2002).

Com o crescimento da violência nas cidades, principalmente em áreas de periferias, há uma tendência em considerar que a violência está atrelada apenas a determinantes sociais (pobreza, exclusão social, omissão do Estado e poucos serviços públicos nos territórios), embora esses aspectos sejam importantes para pensar o fenômeno da violência, é fundamental também contextualizar que o território é um espaço ocupado por um grupo social, que tem suas raízes e identidades socioculturais e reconhecer historicamente o que fez com que esses espaços urbanos fossem conformados em territórios violentos pela apropriação do poder do crime organizado, na venda de droga e contravenção (FERREIRA; PENNA, 2005).

Segundo Ferreira e Penna (2005) a perspectiva territorial tem sido esquecida nos estudos sobre a violência urbana e nas medidas para seu enfrentamento, ignorando suas especificidades e as territorialidades produzidas pela violência.

Os territórios onde atuam as Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF) são marcados pela carência, pela pobreza, pela exclusão social e pela forte presença do tráfico de drogas, onde há constantes conflitos por disputas de poder e pelo domínio desses territórios. Muitas dessas famílias (a maioria da população negra) vivem em condições muito precárias de vida com acentuadas diferenças socioeconômicas, grandes diversidades culturais (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

Além disso, essas áreas também sofrem confrontos com a Segurança Pública¹⁴ que atua no combate ao crime organizado e narcotráfico, cuja atuação está centrada na repressão, no combate à venda das drogas no varejo e enfrentamento bélico como tática prioritária (SOUZA E SILVA, 2013). Na busca por resposta inovadora no combate a violência criminal, foi implantada em dezembro de 2008, na Cidade do Rio de Janeiro, a primeira Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) na favela de Santa Marta, em Botafogo, que é uma experiência de origem americana de policiamento comunitário, que se expandiu para outras favelas, na Zona Sul, Grande Tijuca e Leopoldina, com experiências isoladas na Zona Oeste – Batan, Cidade de Deus e Vila Kennedy (WILLADINO; NASCIMENTO; SILVA, 2018).

¹⁴ A Segurança Pública tem como uma das funções o emprego de formas legitimadas do uso da violência para administrar os conflitos e vem sendo invocada para impedir a instalação estrutural da violência (Kant de Lima, 1996).

A implantação das UPPs nas favelas ocorreu com a ocupação do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) e depois de cumprida essa etapa se instalava uma unidade especial sob o comando de um capitão da polícia militar e sua equipe composta por policiais recém-chegados na corporação. Essa composição se deu visando evitar vícios e corrupções previamente existentes na instituição. Atrelado a isso, a proposta também tinha como meta a ofertas de serviços e equipamentos básicos nessas áreas com a participação de outros órgãos públicos (WILLADINO; NASCIMENTO; SILVA, 2018).

A perspectiva adotada seria uma reposta para a superação da crise de segurança no Rio de Janeiro.

Na sua operacionalidade não ocorreu como previsto e desde fevereiro de 2018, em virtude de uma crise econômica, política e ética do Estado, o Rio de Janeiro sofreu a intervenção militar na área de Segurança Pública, e como respostas ao fracasso e descredibilidade por conta dos escândalos que envolveram alguns policiais foram extintas as UPPs de algumas comunidades da região, todavia essa saída foi justificada sob a alegação da necessidade desses policiais realizarem patrulhamento ostensivo nas ruas e intensificação das estratégias de “guerra às drogas” (WILLADINO; NASCIMENTO; SILVA, 2018).

Essa perda de legitimidade das UPPs, segundo Willadino, Nascimento e Silva (2018) foi oportuna para os grupos criminosos de diferentes facções entrarem em disputas acirradas por territórios e potencializou os constantes episódios de tiroteios.

Por mais que pareça dicotômico não é de hoje que as favelas são áreas de intervenção estatal e foco de políticas públicas, embora deficitárias. As intervenções realizadas nesses espaços de pobreza têm um caráter disciplinador e evidencia as construções subjetivas em torno da pobreza e criminalidade, demarcando a concepção denominada de uma “classe perigosa” associada à pobreza (COIMBRA, 2001).

Essa subjetividade também é vista na dualidade presente na fala cotidiana sobre a oposição entre favela e asfalto. A representação relacionada à favela e criminalidade, Segundo Rodriguez et al. (2013) perpetua práticas e formas de pensar a favela e gera o distanciamento e medo desses territórios. Além disso, não exprimem a multiplicidade social e cultural dos grupos que vivem nesses territórios.

No que se refere aos impactos da violência urbana para os profissionais de saúde, alguns estudos apontam que a violência urbana tem efeitos diretos e indiretos sobre o trabalhador e seu trabalho, além de prejudicar sua própria saúde, gerando adoecimentos, medos, insatisfação (BATISTA et al., 2011) e tem sido um fator de risco para os

profissionais atuarem nos territórios (DELGADO, 2012). Além do temor ao risco de exposição, na integridade ameaçada e no temor de represálias (LANCMAN et al., 2009), a violência também provoca uma maior rotatividade dos profissionais e enfraquecimento do vínculo entre usuário e profissional (BENÍCIO; BARROS, 2017). Outro aspecto sinalizado é a ausência de segurança para exercer o trabalho, tanto dentro ou fora da unidade de saúde (SORATTO et al., 2017).

Minayo-Gomes (2017) sinaliza que foram feitos vários estudos sobre violência e trabalho com os profissionais da ESF, e um deles aponta que das categorias profissionais que mais sofreram com a violência são os agentes comunitários de saúde (ACS). Isso não quer dizer que as outras categorias profissionais não sejam afetadas. Esse fato pode ser explicado em decorrência dos ACS residirem na própria comunidade onde exercem suas atividades laborais, estão mais expostos e suscetíveis à violência, pois presenciam e conhecem as pessoas envolvidas em situações de transgressões, e em envolvimento com o tráfico de drogas.

Analisando a literatura pautada na realidade brasileira, percebemos maior investimento dos estudos voltados para a violência no trabalho¹⁵, com ênfases em aspectos relacionados à violência contra o profissional de saúde e também sobre os impactos dessa violência na saúde desses trabalhadores.

Em relação aos estudos sobre os impactos da violência urbana no processo de trabalho das Equipes de Estratégia de Saúde da Família foram identificados poucos trabalhos. Embora o artigo de revisão de Kebian e Cechetto (2017) aborde o tema da violência urbana, o enfoque está voltado para a saúde dos profissionais da ESF e ainda assim, as autoras sinalizam que foram poucos os textos encontrados. No que se refere, às estratégias adotadas pelos profissionais para lidarem com os riscos advindos da violência nos territórios, apenas identifiquei, até o presente momento, um trabalho que faz menção à iniciativa institucional e poucas iniciativas individuais e coletivas.

Apesar dos profissionais da ESF lidarem com várias expressões das violências no cotidiano do seu trabalho, sejam elas, violência interpessoal, violência autoinfligida,

¹⁵Segundo a OMS (2002, p. 18-19) “a violência no trabalho envolve não somente o comportamento físico, mas também o psicológico [...] muitos trabalhadores são sujeitos a comportamentos prepotentes agressivos [bullying], assédio sexual, ameaças, intimidações e outras formas de violência psicológica. A violência no trabalho não é simplesmente um problema individual, que acontece de tempos em tempos, mas sim um problema estrutural com causas socioeconômicas, culturais e organizacionais muito mais amplas”.

violência institucional e violência estrutural¹⁶, dentre outras, aqui nos detivemos às repercussões da violência urbana na organização do trabalho, no usuário e no trabalhador.

Na organização do trabalho, alguns autores referem que a violência gera descontinuidades no trabalho (BENÍCIO; BARROS, 2017), prejudica no planejamento das ações das equipes (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013), dentro e fora da unidade de saúde.

Para os usuários, a violência urbana tem sido uma barreira de acesso aos cuidados em saúde, prejudicando o atendimento (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013), também pode gerar insatisfação com a qualidade do atendimento que está sendo prestado (BATISTA et al., 2011), afeta o vínculo com os profissionais de saúde (BENÍCIO; BARROS, 2017), interfere no cuidado em saúde domiciliar e acaba cerceando o direito de ir e vir no território.

Sendo assim a violência urbana torna-se um limitador para efetivação do trabalho preconizado pela ESF (DELGADO, 2012), fazendo que os atributos e princípios preconizados na atuação dos profissionais não se realizem na sua completude, restringindo os atendimentos dos profissionais dentro da unidade de saúde, ficando a espera da população que consegue chegar à unidade, atuando numa lógica tradicional de atendimento à saúde.

4.6. Violência urbana e conflito armado

A nossa sociedade vive uma crescente tendência à urbanização e segundo dados do último censo do IBGE (2011) quase 85% da população reside em área urbana. Essa tendência ao longo dos anos favoreceu uma ocupação desordenada e sem planejamento urbano e propiciaram o surgimento das favelas, cujas habitações são conceituadas pelo IBGE (2011) de aglomerados subnormais, que é um conceito abrangente para designar os diferentes tipos de ocupações, favelas, comunidade, invasão, dentre outros, e que são locais de extrema vulnerabilidade e de grandes disparidades sociais.

¹⁶Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) a violência interpessoal se refere tanto a violência cometida em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, não necessariamente ocorre dentro de casa, quanto à violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco e que podem ter sido praticados por conhecidos ou não, geralmente fora de casa. A violência autoinfligida ou autoprovocada diz respeito a comportamento suicida e auto-abuso. Já a violência institucional é aquela que ocorre no âmbito das instituições, que pode ocorrer desde a forma como é prestado o serviço, negado e negligenciado essa oferta. Considera-se violência estrutural aquela que é oriunda das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas.

O surgimento das favelas na cidade do Rio de Janeiro no contexto histórico de urbanização da cidade sempre esteve associado à ilegalidade de “ocupações” ou “invasões” de áreas que feriam as normas urbanísticas, bem como também tornavam os seus moradores ilegais e a partir dessa concepção, o poder público limitava os serviços coletivos prestados a essa população. Assim as favelas na sua formação foram espaços onde seus habitantes não usufruíam os mesmos direitos sociais e civis dos demais cidadãos, reflexo de uma sociedade extremamente desigual, patrimonialista e imensamente hierarquizada (GONÇALVES, 2015).

Os espaços das favelas vêm apresentando um aumento exponencial, embora o poder público, ao longo dos anos, sucedesse movimentos de remoções, a permanência nesses espaços foi atravessada por movimentos de resistências e reivindicações da população.

É nesse cenário de significativo aumento populacional nessas áreas urbanas e cujas expressões das desigualdades são mais acentuadas, que a violência urbana vem se apresentando de forma crescente em nossa sociedade, como um problema social (PERES; RUOTTI, 2015).

Para Adorno (2002) o cenário da violência urbana em nossa sociedade tem se apresentado sob a forma de quatro tendências: o aumento da delinquência urbana, através dos roubos, extorsões, mediante sequestro e dos homicídios dolosos; o crescente crime organizado; as graves violações de direitos humanos e os conflitos nas relações interpessoais com desfechos fatais.

A violência urbana, no campo das ciências sociais, tem sido qualificada como violência social, o que é fundamental para pensar o contexto dessa violência na realidade brasileira.

Estudos apontam que as altas taxas de violência nos espaços urbanos têm ocorrido especialmente pelo aumento do narcotráfico que tem provocado uma desorganização das formas de convivência entre as populações que residem na favela e no “asfalto”, o que tem gerado medo e atrelado a isso a baixa resolutividade do poder público em garantir a segurança pública, faz com que seja construído um quadro coletivo de insegurança (ADORNO, 2002).

Segundo Ramos (2016) o contexto em que ocorre a violência urbana na cidade do Rio de Janeiro tem demonstrado ser um caso singular dentro da realidade brasileira, por duas características apresentadas: um aumento e manutenção das taxas de homicídios alavancados pelas taxas da capital e região Metropolitana e a queda das mortes

intencionais, no período de 2005 a 2015 (período que marca a ação da UPP), lideradas pela redução das mortes provocadas pela polícia, o que denota que a dinâmica de mortes por risco da força policial, esteve atrelada às orientações das políticas de segurança.

Para a autora, há uma geografia da morte, segundo a região, sexo, raça e ciclo de vida e que se concentram as mortes intencionais pela polícia em áreas de favela em nossa cidade. Isso demonstra que no Rio de Janeiro o fenômeno da criminalidade tem que ser pensado em sua especificidade e particularidade (RAMOS, 2016).

Adorno (2002) aponta que em virtude dos impactos decorrentes da violência urbana o campo das ciências sociais tem sido estimulado a se debruçar sobre esse fenômeno, porém esses estudos apontam para três direções explicativas: mudanças na sociedade e nos padrões convencionais de delinquência e violência (transformações societais com novas formas de acumulação do capital, o que repercute na natureza dos conflitos e também na organização do crime e da violência); crise do sistema de justiça criminal (descrédibilidade do poder público de segurança e justiça) e violência, desigualdade social e segregação urbana (refutamento das relações de causalidade entre violência, delinquência e pobreza, mas a questão que se coloca é a criminalização dos pobres).

Para pensar a violência urbana tem sido necessário compreender o contexto desses territórios, pois se trata de locais com pouca infraestrutura urbana, uma ocupação desordenada do solo, muitas dessas áreas apresentam também altas taxas de mortalidade infantil, ausência ou parques órgãos públicos (ADORNO, 2002).

Outro elemento importante para essa compreensão decorre da forma de organização dos grupos criminosos na expansão do comércio varejista de drogas com a invasão de territórios, da utilização cada vez maior de armamentos pesados para legitimar sua autoridade e da corrupção da polícia através das propinas, denominadas “arregos” recebidos pelos grupos ligados ao tráfico (Ramos: 2016).

Diante desse contexto intensificaram os conflitos nos territórios entre os diferentes grupos armados (traficantes x milícias x traficantes rivais x polícia) o que tem reverberado para todos que ali convivem direta ou indiretamente.

4.7. Manejo-administração de riscos

Em virtude da propagação da percepção que a situação da segurança pública “perdeu o controle”, se instaura um sentimento de insegurança e medo. O medo é um sentimento subjetivo, afeta a todos e cada pessoa é impactada de forma particular, inclusive

aquelas que vivem diariamente em áreas conflagradas pela violência armada e narcotráfico. Nas relações de trabalho, o medo também se faz presente em todas as ocupações e algumas categorias profissionais são expostas a riscos (Dejours, 2015), dentre elas, destacamos os profissionais da ESF que atuam em cenários de contextos de violência.

Embora o objeto do estudo não tenha sido identificar o entendimento de risco pelos profissionais da ESF, mas analisar as iniciativas adotadas no manejo dos riscos para enfrentamento das situações de violência no território no processo de trabalho, não poderíamos deixar de refletir sobre esse conceito.

Há uma vasta literatura e diferentes concepções. Vale ressaltar, que não pretendemos esgotá-los.

No campo de estudos epidemiológicos o risco é definido como uma probabilidade de que algo possa ocorrer e com os avanços dos estudos sobre HIV/AIDS esteve atrelada a noção de comportamento de risco. Segundo Ayres (2014) essa identificação trouxe uma atribuição de responsabilização e culpabilização do indivíduo.

O conceito ganhou novos sentidos sociais com a introdução da noção de vulnerabilidade¹⁷ para entender os riscos, incorporando o contexto socioeconômico e cultural.

A noção de vulnerabilidade se refere a diversos fatores, sejam biológicos, políticos, sociais, culturais e econômicos que atuam de forma isolada ou simultaneamente e diminuem a capacidade dos indivíduos darem respostas às situações que os fragilizam. Por mais que o risco esteja frequentemente associado à possibilidade de que algo possa ocorrer, não podemos afirmar necessariamente a sua vivência. O risco não se constitui um somatório de um conjunto de vulnerabilidades, mas a vivência das situações de risco institui novas vulnerabilidades, num processo que fragiliza os afetados (RUOTTI et al., 2014).

Segundo Castiel, Guilam e Ferreira (2010) nas avaliações de risco para as ciências sociais não podem deixar de serem considerados os fatores subjetivos, éticos, morais, culturais, que interferem nas opções dos indivíduos.

Para Jeolás (2010) a noção de risco para os profissionais de saúde tem uma característica diferenciada, pois o trabalho em saúde requer intervenções imediatas para enfrentar os riscos individuais e coletivos e respostas aos problemas de saúde. A autora

¹⁷As análises de vulnerabilidade buscam resgatar a complexidade dos processos saúde-doença sob o olhar da dinâmica dos processos sociais, culturais e individuais que conformam a suscetibilidade dos indivíduos a um determinado evento, numa perspectiva de abordagem interdisciplinar (RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

adota o conceito de risco da antropóloga Mary Douglas e sinaliza a importância dessa compreensão ao afirmar que não pode ser reduzido à “probabilidade de um evento negativo ocorrer, mas diz respeito, muito mais, a valores e significados atribuídos aos resultados deste evento no contexto de vida das pessoas e dos grupos pessoais” (JEOLÁS apud DOUGLAS, 2010, p. 12).

A autora Jeolás (2010) sinaliza com base na análise dos estudos de risco realizados pelas autoras Menegon e Spinker três tradições discursivas e distintas para compreensão do conceito de risco, que pode ser: risco-perigo (próprio do senso comum, com sentido negativo); risco probabilidade (numa perspectiva de controle que remete a estratégia de governamentalidade) e risco aventura (se aproxima do campo da economia e dos esportes, trazendo um sentido positivo da aventura, da competição). Ressalta ainda que a noção de risco tenha vários sentidos, é uma noção complexa e também podem ser incorporada como algo positivo, a depender das formas de risco que são vivenciadas.

No campo da saúde pública as autoras Ruotti, Massa e Peres (2011) sinalizam que a violência tem sido estudada de acordo a abordagem clássica de risco, buscando identificar os fatores de risco para as diferentes expressões da violência, bem como conhecendo as causas e os grupos mais suscetíveis à exposição da violência, com o objetivo de pensar ações para prevenção.

Visando enfrentar o problema da violência e da criminalidade nos territórios urbanos têm sido adotados modelos de ação voltados para comportamentos de risco e estratégias de educação e informação que preconizam a adoção de comportamentos seguros (RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

Nessa perspectiva pensando na organização do trabalho, mesmo que tenham adotadas estratégias para lidarem com os riscos a que os trabalhadores estão expostos, há uma prevenção que Dejours (2015) denomina de incompleta pela limitação e imprevisibilidade de suas manifestações e esse risco considerado residual acaba sendo assumido individualmente por cada profissional, que pode ser considerado um risco real ou um risco suposto em virtude das subjetividades, o que gera o medo no local de trabalho.

Para lidar com o medo da violência os profissionais de saúde criam mecanismos de defesas sejam institucionais, coletivas e individuais. Afirma Dejours (2015), o medo responde por um aspecto concreto da realidade e exige sistemas defensivos. Diante do medo, as relações passam a ser de autopreservação, havendo uma mudança de postura (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011).

Essa forma de resistir a essas situações e pressões nocivas no trabalho é um

mecanismo de preservação da saúde mental no trabalho (DEJOURS, 2015).

A incerteza do que pode acontecer é algo que tem sido vivenciado no cotidiano do trabalho. Nesse sentido o controle dos riscos passa muito mais por estratégias individuais, através dos saberes que são construídos pelas vivências e experiências dos profissionais que acabam adotando mecanismos de defesas para lidarem com os riscos à que estão expostos.

Os desafios aos quais os trabalhadores da ESF são impostos, frutos da precarização do emprego e pela necessidade de manutenção do emprego fazem com que esses trabalhadores se coloquem em risco diário.

Nessa perspectiva, foi fundamental compreender os saberes individuais e coletivos e as estratégias de gestão de riscos que foram adotadas por esses trabalhadores (as) no cotidiano do trabalho.

David Le Breton (2007) traz um enfoque diferente ao apresentar que o risco é uma noção socialmente construída, varia de um lugar para o outro, sendo inerente à condição humana e que nada é garantido, assim como as escolhas feitas pelas pessoas, quer seja profissionalmente ou não e que essa escolha pode levar a um caminho perigoso ou favorável.

Embora Joelás (2010) em seu artigo não discuta a gestão de risco à que se impõem os profissionais da ESF em relação à violência urbana, sua reflexão sobre a possibilidade de gerir os riscos, traz uma conotação de possibilidade de controle ou de minimizar o risco, o que não significa para a autora que o risco será eliminado, mas vem a ser um ponto sugestivo e importante para se pensar sobre essa gestão dos riscos.

As narrativas das vivências e dos manejos dos riscos pelos profissionais da ESF foram elementos que permitiram a compreensão das formas como lidam e enfrentam a violência urbana e conflito armado no processo de trabalho.

5. METODOLOGIA

Em virtude do objeto de estudo ter priorizado os sentidos e as concepções dos profissionais da ESF sobre a violência urbana e social no cotidiano do trabalho foi adotado o estudo qualitativo (MINAYO, org., 1994).

O campo para desenvolvimento da pesquisa ocorreu em uma unidade básica de Saúde do território da Área de Planejamento (AP) em saúde da 1.0, do município do Rio de Janeiro, que apresentou nos períodos de 2017 a 2018 o maior número de notificações no Sistema de Notificação do Acesso Mais Seguro da plataforma da SUBPAV/SMS/RJ.

Nesse período supracitado foram notificados pelas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro em torno de 5.860 eventos de violência no território, destes a AP 1.0 foi a quinta Área de Planejamento em Saúde que mais notificou na plataforma SUBPAV/SMS/RJ apresentando 541 eventos notificados que ocasionaram a suspensão integral ou parcial das visitas domiciliares por parte das EqESF e/ou interrupção das atividades.

A escolha da AP 1.0 foi por conveniência e facilidade de acesso às UBS e por conhecer bem o território, por já atuar profissionalmente nesta área. Das unidades da AP 1.0, 89 eventos foram notificados pela unidade que apresentou o maior número de eventos (FORMSUS, 2017-2018) e por esse motivo foi escolhida para nosso estudo.

Dos 89 eventos notificados pela unidade de saúde selecionada, 60 eventos ocasionaram a suspensão integral ou parcial das visitas domiciliares por parte das EqESF no território, dois eventos de fechamento temporário da unidade e 27 eventos de interrupção das atividades com o fechamento da UBS (FORMSUS: 2017-2018).

O fato de atuar profissionalmente nesse território trouxe vantagens para desenvolver a pesquisa, por ser conhecida e conhecer os profissionais que atuam na UBS. Ao entrar no campo tive uma boa receptividade por parte do gestor local e dos profissionais. Por sugestão do gestor a pesquisa foi apresentada no turno de reunião das EqESF, o que otimizou a divulgação da pesquisa para um maior número de profissionais e foi esclarecido sobre a forma de participação livre e consentida.

Todavia um dos limites que se impôs nesse estudo foi estranhar o que parece a princípio, no senso comum, familiar, por fazer parte do meu universo de trabalho. Para DaMatta (1987) o pesquisador que está inserido no campo da pesquisa precisa exercitar e produzir um estranhamento desses contextos familiares, embora haja familiaridade com o tema de estudo, não implica dizer que o objeto é necessariamente conhecido. Foi preciso

questionar esse familiar através da lente teórica do objeto de estudo, rompendo com a atitude do senso comum.

A reflexão do lugar que ocupo, enquanto parte da equipe técnica da coordenação de Saúde da SMS/RJ e a possível repercussão na relação com os entrevistados se fez necessária, uma vez que a afetação foi mútua, essa proximidade embora tenha possibilitado uma abertura dos profissionais para credibilidade e confiança na exposição das histórias vivenciadas, também em alguns momentos fui demandada a ser a porta voz dos anseios e das condições de trabalho. Para lidar com essas questões foi necessária uma reflexividade contínua (MINAYO; GUERREIRO, 2014), um necessário estranhamento e deslocamento. Embora eu não faça parte do grupo que foi pesquisado e ocupemos papéis distintos, reconheço que exista a identificação com o objeto (ZALUAR, 2004).

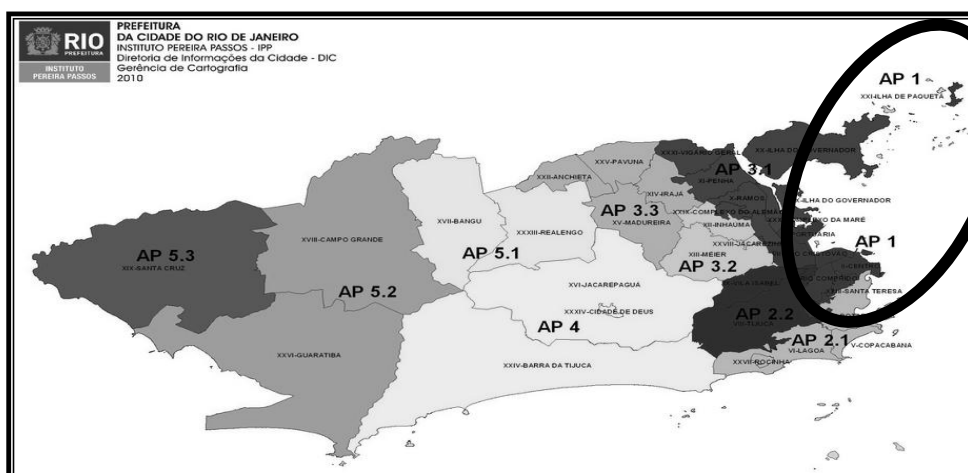
Em razão do objeto ter sido fruto de indagação pela inserção profissional no campo a ser pesquisado, buscou-se uma aproximação com essa realidade, mesmo reconhecendo que para a realização da pesquisa haveria uma identificação, reconhecimento por ser conhecida pelos entrevistados e aflorariam elementos subjetivos, todavia não impediram o olhar de estranhamento na compreensão desse fenômeno.

Como afirma Cardoso (2004, p. 12) ao citar o artigo de Mintz que aborda a relação do pesquisador com o pesquisado, exemplifica que “ser conhecido não se interpõe entre o pesquisado como véu que impede a visão da (...) “verdade”. Pelo contrário foi a convivência e a afetividade que permitiu chegar mais perto e mais fundo dos significados desconhecidos para ambos”.

5.1. Contextualizando o território

A Área de Planejamento (AP) da Saúde 1.0 fica localizada na região central do MRJ, e está situada geograficamente entre a Bahia de Guanabara, Manguinhos e o Bairro de Laranjeiras, abrangendo uma área continental e uma ilha, que é a Ilha de Paquetá, fazendo divisão geográfica com quatro áreas programáticas, sendo: AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1 e AP 3.2. A AP 1.0 abrange seis Regiões Administrativas (RA) da divisão político-administrativa do município, e compreende 15 bairros: Lapa, Centro, Saúde, Gamboa, Ilha de Paquetá, Caju, Santa Teresa, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Santo Cristo e São Cristóvão.

Na figura 1 abaixo, temos o mapa do MRJ, com a divisão das áreas de planejamento em saúde (APS) e regiões administrativas (RA) e a AP 1.0 está identificada através do círculo (área em destaque no mapa).



Fonte: Mapa 2905 – Mapa Índice das áreas de Planejamento, disponível no endereço eletrônico : http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2905_aps_%C3%ADndice.JPG, 2010.

A AP 1.0 possui 17 unidades de saúde ativas de APS, e 81 EqESF. Atualmente esse quadro foi reduzido para 67 EqESF, sob a alegação de orientação da PNAB (2017) em vigência. A área também conta com duas Equipes de Consultório na Rua e com o apoio de duas Equipes de NASF (Cidade do Samba e Carioca da Gema), uma Policlínica, um hospital de grande emergência (HM Souza Aguiar), uma Coordenação de Emergência Regional (CER) e duas maternidades. A área não dispõe de Centros de Atenção Psicossocial, embora haja a necessidade deste serviço no território.

Quadro 1. Relação de unidades básicas de saúde ativa AP 1.0, em fevereiro de 2020.

	AP	Nome da UB	Total ESF
1	10	SMS CMS SALLES NETTO	6
2	10	SMS CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR	7
3	10	SMS CMS FERNANDO A BRAGA LOPES CAJU	7
4	10	SMS CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM	2
5	10	SMS CMS OSWALDO CRUZ	5
6	10	SMS CMS MARCOLINO CANDAU	2
7	10	SMS CMS JOSE MESSIAS DO CARMO	5
8	10	SMS CMS ERNANI AGRICOLA	4
9	10	SMS CSE LAPA	2
10	10	SMS CF DONA ZICA	5
11	10	SMS CSE SAO FRANCISCO DE ASSIS	2
12	10	SMS CF ESTACIO DE SA	6
13	10	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO	6
14	10	SMS CF NELIO DE OLIVEIRA	4
15	10	SMS CF ESTIVADORES	2
16	10	SMS CF M. O. MAURICIO SILVA	8
17	10	SMS CF M. O. RICARDO LUCARELLI SOUZA	8

Fonte: S/SUBPAV, fevereiro, 2020

Em virtude do sistema de notificações do Acesso Mais Seguro ser de acesso restrito, a escolha da unidade de saúde foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FIOCRUZ e da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

O estudo respeitou os princípios, as diretrizes e critérios estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. As transcrições das entrevistas foram feitas pela própria autora resguardando a privacidade dos dados.

Para garantir o anonimato e a preservação da identidade dos entrevistados foram utilizadas siglas para nomeação de cada categoria profissional: médico (MED.), enfermeiro (ENF.), técnico de enfermagem (T.ENF.), agente comunitário de saúde (ACS) e administrativo (ADM.), acrescida de uma sequência numeral para cada categoria profissional entrevistada.

A entrada no campo e as entrevistas foram realizadas com os profissionais da ESF da UBS, no período de julho a setembro de 2019, com a participação de cada categoria profissional acima descrita. Por sugestão do gestor local para não identificação do próprio, ao invés de fazer menção ao gestor na entrevista, incluímos a categoria administrativa identificada como ADM.

Quadro 2. Caracterização dos profissionais entrevistados

Categoria profissional	Idade	Sexo	Tempo de atuação na UBS	Tempo na SF	Residente no território da UBS
ACS 1	37	M	12 anos	12 anos	Sim
ACS 2	38	F	9 anos	9 anos	Não
ACS 3	30	F	11 anos	11 anos	Sim
ACS 4	34	F	5 anos	5 anos	Sim
ACS 5	28	F	10 anos	10 anos	Sim
ACS 6	46	F	4 anos e 7 meses	4 anos e 7 meses	Sim
ENF 1	30	F	2 anos	7 anos	Não
ENF 2	29	F	1 ano 11 meses	1 ano 11 meses	Não
ENF 3	34	F	5 anos	10 anos	Não
T. ENF 1	50	F	12 anos	12 anos	Não
T. ENF 2	27	F	2 anos e 6 meses	2 anos e 6 meses	Não
T. ENF 3	53	F	5 anos	5 anos	Não
MED 1	27	F	5 meses	2 anos	Não
MED 2	27	M	6 meses	2 anos	Não
MED 3	29	F	5 meses	2 anos	Não
NASF	30	F	1 ano e 4 meses	5 anos	Não
ADM 1	62	F	2 anos	2 anos	Não
ADM 2	35	M	1 ano	6 anos	Não

Fonte: Extraído das transcrições das entrevistas no período de julho a setembro 2019.

Inicialmente os critérios de seleção dos participantes foram: atuar na UBS por mais de um ano, compor a equipe de profissionais da ESF e aceitar livremente participar da

pesquisa com a autorização expressa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Optamos por mudar o critério de tempo de atuação na UBS, pois toda a equipe médica encontrava-se há menos de um ano na unidade, mas apresentavam experiências profissionais prévias na ESF na Cidade do Rio de Janeiro.

Foram realizadas 18 entrevistas, seis ACS, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três médicos, um profissional do NASF e dois administrativos.

Embora a UBS tivesse sete EqESF não foi possível ter a representação por equipe de cada categoria profissional, como já sinalizado, pela ausência de equipes completas e pela recusa de todos os ACS de uma determinada equipe para participar da pesquisa. Isso foi algo que chamou muito a atenção e evidenciou o quanto é penoso vivenciar e ter que lidar com a questão da violência no processo de trabalho. Tanto que para justificar a recusa, um dos ACS manifestou que “já vivi muitas coisas em relação ao AMS e não quero mais me envolver”.

5.2. Métodos de abordagem e de análise

Entendendo que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações foi utilizada a entrevista narrativa com os profissionais que compõem a EqESF, pautando-se nos critérios acima, já que para produção das narrativas foi fundamental estar implicado e envolvido nos eventos a serem estudados.

A escolha pela entrevista narrativa (EN) se deu pela possibilidade da experiência ser representada e contada, os eventos apresentarem uma ordem significativa e coerente e a descrição desses eventos estarem associadas ao significado que lhes foi dado a partir de pertencimento a uma cultura (BYRON-GOOD, 2003).

Narrar significa contar, relatar uma história, transmitir as vivências, experiências sobre determinados fenômenos e possibilitou encontrar explicações para a construção dessas vivências individualmente e socialmente (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

Para Muylaert et al. (2014, p.198)

as narrativas permitem ir além da transmissão de informações ou conteúdo, fazendo com que a experiência seja revelada, o que envolve aspectos fundamentais para compreensão tanto do sujeito entrevistado individualmente, como do contexto em que está inserido.

Não existe experiência humana que não possa ser transmitida na forma de uma narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). As narrativas expressam as relações sociais, familiares, culturais e condensam uma rede de significados (BYRON-GOOD,

2003).

A narrativa proporcionou a compreensão das percepções que os profissionais da ESF têm sobre o fenômeno da violência urbana e social no seu cotidiano do trabalho, pois através dessa técnica os entrevistados lembraram o que aconteceu, colocaram a experiência/vivências em uma sequência, deram explicações para determinados acontecimentos e nesse exercício de atribuição de sentidos, trouxeram à tona como esses acontecimentos foram avaliados e categorizados. Além disso, a EN buscou encorajar e estimular o relato sobre algum acontecimento importante para a vida de quem está sendo entrevistado e do contexto social (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

A entrevista narrativa é considerada uma entrevista não estruturada, sendo um modelo de entrevista que foi pensado em virtude da crítica feita às entrevistas que se estruturam apenas no formato de perguntas e respostas (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

Os instrumentos de coleta utilizados foram o roteiro de narrativa com tópicos centrais e notas de campo. O contato inicial com os participantes da pesquisa ocorreu por intermédio do gestor da UBS selecionada e posteriormente através de contato direto individual com cada participante que optou por realizar a entrevista com agendamento prévio e na própria UBS, em uma sala de atendimento individual, garantindo assim a privacidade e evitando constrangimento. O roteiro da entrevista foi disponibilizado aos profissionais através da leitura prévia.

Adotamos para os procedimentos de análise as orientações de Riessman (1993). Na análise das entrevistas narrativas foram utilizados, os seguintes passos:

- Transcrição das entrevistas gravadas. Riessman (1993) recomenda que no processo de transcrição dos relatos seja feita uma transcrição geral de toda a entrevista, tudo o que foi dito, assim como outras características marcantes da conversa (ex. choro, riso, pausas longas, etc..)

- Leitura flutuante (marcando e mapeando teoricamente os elementos narrados);

- Identificação da narrativa central da história;

- Análise da estrutura (envolvendo uma seleção de aspectos chaves da narrativa).

Em todos esses passos o mais importante são as estruturas narrativas que os entrevistados empregam para construir suas experiências (RIESSMAN, 1993).

Na análise da estrutura da narrativa foi fundamental identificar o enredo da narrativa, pois a função do enredo organiza os episódios (nos espaços do tempo que marca o começo e término da história) de forma a tornar a história coerente e significativa, ou

seja, focalizada como o conteúdo é organizado pelo narrador (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

As entrevistas tiveram uma duração de trinta minutos. Para análise inicial das estruturas dos relatos seguimos as orientações de Labov (1967):

1. Sumário (o resumo inicial que exemplifica a proposição da história);
2. Orientação (identifica o tempo, lugar, os personagens e a situação relatada);
3. Ação Complicadora (sequência dos acontecimentos);
4. Avaliação (indica o sentido da ação e a atitude do narrador);
5. Resultado (revelação do desfecho da ação complicadora);
6. Coda (indica o término da narrativa e retorna o pensamento até o presente);

Segundo Labov (1967) a avaliação é o aspecto mais importante das histórias, pois é o ponto da narrativa. Essa dimensão possibilitou a identificação da moral expressa pelo narrador.

Embora muitas das EN transcritas não tenham apresentado todas as estruturas narrativas preconizadas por Labov, seu conteúdo foi revelador e importante para o presente estudo.

Tendo em vista que os dados obtidos pelas entrevistas não falaram por si só, as análises das narrativas permitiram compreender e desvendar os modos como as concepções dos profissionais foram expressas e resignificadas no momento em que foram narradas.

Após o processo de transcrição das entrevistas o acervo foi organizado a partir de três grandes categorias que emergiram das narrativas: manejo dos riscos (os saberes por parte dos ACS e os saberes dos demais profissionais), estratégias de adoção de proteção e repercussão no processo de trabalho.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estratégias no manejo dos riscos da violência no território

A entrevista narrativa permitiu que as vivências e percepções sobre a violência urbana no cotidiano do trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família viessem à tona e evidenciou as distintas iniciativas adotadas para lidarem com os riscos que estão expostos por atuarem em áreas conflagradas.

Percebe-se que o manejo dos riscos se dá em várias situações que vão desde a circulação no território, em decorrência das incursões policiais, tiroteios, invasão por facções rivais e pela iminência do confronto armado, o atendimento a pessoas armadas, e a coação a prestar atendimento prioritário a parentes e amigos dos traficantes e “bandidos”. As narrativas revelam que estes são contextos que impactam diretamente o processo de trabalho das equipes de ESF.

Acumula-se um saber individual e coletivo no manejo desses riscos que permite aos profissionais identificarem os sinais de alerta do território, as pessoas com quem podem contar como informantes-chaves e as medidas/ações adotadas para minimizar esses riscos.

O ACS por residir e trabalhar diretamente no território tem um papel privilegiado na identificação dos sinais de alerta e risco. Esse conhecimento foi sendo acumulado por toda uma vida como moradores e como pertencentes dos extratos mais pobres da população e, portanto, submetidos historicamente a políticas de Segurança Pública sectárias. Lidam cotidianamente e há muito anos, com situações de conflito armado e de considerável risco, permitindo-lhes desenvolver uma rara expertise na decodificação de sinais e na identificação geopolítica das áreas onde eclodem os conflitos.

O ACS aciona e domina um saber indiciário. Como Ginzburg (1989) denomina, esse saber se caracteriza por uma capacidade interpretativa centrada nos sinais-indícios que se fundamentam através de dados sutis e marginais que muitas vezes são ignorados, mas que podem ser considerados reveladores de uma realidade complexa. Assim, essa decodificação de sinais e pistas se baseia em dois movimentos indutivos. O primeiro é o de coleção de indícios, observações, percepções de alteração da dinâmica do território, de mudança de comportamento dos atores. O segundo é o de tradução desses signos a partir de um referente de vivências anteriores. Tal conjunto de sinais será reunido de forma a dar sentido, como num quebra-cabeça traduzido por noções intuitivas que só é possível acionar por ser conhecedor dessa comunidade.

Nessa primeira parte da análise apresentaremos como os ACS construíram o saber

indiciário na identificação dos sinais de alerta, as estratégias utilizadas e as ações adotadas para lidarem com os riscos.

A escolha da narrativa abaixo ilustra de forma exemplara maior exposição e vivência do ACS às situações de violência social no território por morar e trabalhar na localidade.

Hist. 1

“Tem várias, que dez anos de história, dez anos trabalhando aqui a gente tem muita história pra contar (Orientação)

mas, assim por causa da violência é um fator mesmo que implica muito no processo de trabalho, principalmente do agente comunitário que vive no território, a nossa vivência do trabalho é no território (Avaliação)

então, eu já passei por diversas situações em que tive que me esconder em casas de moradores (Resolução)

como a gente conhece o território, então a gente já sabe os pontos que pode explodir algum ataque, alguma guerra entre facções, então a gente já sabe mais ou menos os locais possíveis (Ação compiladora), então quanto mais longe desses lugares melhor pra gente”.(Coda/Avaliação).

ACS 5

A temporalidade nessa narrativa é marcada pelo tempo de atuação do ACS na Estratégia de Saúde da Família (“dez anos”). Avalia que o processo de trabalho do ACS é intensamente atravessado pela violência no território, na medida em que é esperado que o ACS seja o elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Assim, além do tempo de “dez anos”, se incorpora a intensidade do tempo transcorrido num território em particular (“dez anos trabalhando aqui a gente tem muita história pra contar”).

Há uma autoapresentação de “ACS” e também são citados outros personagens: “moradores” e “facções”. Os moradores são considerados pessoas protetoras, que podem abrigá-los na iminência do risco no território e facções designam grupos armados rivais, associadas à noção de confronto e “guerra”.

O ACS denota ser um profundo conhecedor do território. A expressão mais usada para afirmar esse lugar de referência é “a gente já sabe” (onde e quando vai acontecer uma situação de conflito armado). Os verbos são usados no presente, de forma assertiva (mora, sabe, conhece), revelando que não há dúvida em sua afirmação.

O narrador demarca o fim da narrativa com um desejo de distanciamento dos pontos considerados de maior risco de ser conflagrada a violência, o que evidencia a percepção de limites e fronteiras no território onde é arriscado e onde é seguro.

A comunidade não é vista como perigosa indiscriminadamente, mas somente em áreas específicas.

Na narrativa a seguir, embora o tempo narrado não seja contextualizado na história, revela que mesmo o ACS possuindo tamanho acúmulo de exercício indiciário, ressalva que a observação do território precisa se dar de forma constante. Uma permanente vigília que convoca o exercício intuitivo e subjetivo de interpretação desses sinais.

Hist. 2

“Assim, eu tenho primeiro (orientação)

quando eu ando, por eu conhecer muito as pessoas, eu já ando observando, como está a situação, às vezes, dependendo de quem esteja eu pergunto, como é que está? (Ação compiladora)

se tem problema ficar circulando, eles falam se não tiver problema, vou à vontade, ou quando também estou percebendo que o clima “tá” tenso, “tá” esquisito, eu vou sentindo, percebendo como está a comunidade, e se vejo que está ruim, eu pego e volto para a unidade, (Avaliação) assim, então, eles mesmos pegam e falam para não ficar circulando porque não está legal e a gente volta para a unidade.” (Resolução/Coda)

ACS 1

Os personagens são apresentados na forma discursiva em primeira pessoa “eu”, designando o próprio ACS e na terceira pessoa “eles”. Há certa indeterminação sobre esse interlocutor, pois “dependendo de quem esteja eu pergunto” não sendo claro quem são os informantes chaves.

Nessa narrativa os verbos utilizados, não por acaso, evidenciam o gerúndio, numa ação do presente, mas que não se conclui (observando, percebendo, sentindo). Revelam o exercício do olhar atento que, embora conhecedor deve ter a humildade de consultar, de perguntar aos informantes chaves. A imodéstia do “já saber” é completada pela ação humilde de constante aprendizado, expressa pelo continuar “observando” e checar as informações com os que sabem mais.

Há uma demarcação de repetição do narrador ao se referir a “eles” como pessoas chaves na identificação dos sinais do território. Além disso, o narrador considera a unidade de saúde um lugar seguro independente de sua localização geográfica.

A percepção dos sinais de alerta é expressa através de expressões adjetivadas, como “tá tenso”, “tá esquisito”, “não tá legal”, indicam também indícios que precisam ser decifrados.

A narrativa que a seguir foi selecionada apresenta outros componentes observados

pelo narrador a respeito da dinâmica do território que o permite decifrar a iminência de riscos, como o comportamento dos atores armados, a diminuição da circulação e movimentação dos moradores nas ruas, o próprio esvaziamento da unidade de saúde pelos usuários e o aumento de circulação de motos.

Hist. 3

“Um dos sinais, (Sumário) no caso, é a própria unidade, quando geralmente está acontecendo alguma coisa na comunidade, a unidade fica basicamente vazia, a gente não encontra muitos pacientes aqui na unidade, principalmente das comunidades mais distantes (Ação compiladora)

(...) geralmente vem muitos pacientes para ser atendido, quando tem pouquíssimos pacientes, a gente já começa a estranhar, (Avaliação)

(...) a gente já começa a estranhar, porque percebe-se que não está legal, (Avaliação) a agitação deles também, eles ficam circulando com maior frequência, até mesmo com armamento mais pesado, geralmente a gente não vê a circulação de motos constantes entre as comunidades, que eles andam bastante quando o clima não está legal, porque até mesmo para eles observarem como é que está a rua em si, (Ação compiladora)

são essas coisas assim, do próprio funcionamento em si da comunidade, apesar que quando tem confronto, mesmo assim alguns moradores circulando normalmente, mesmo com confronto, (Avaliação)

mas a gente vê uma redução de circulação, de bares e comércios assim até então vazios ou fechados”. (Coda)

ACS1

Os personagens nessa narrativa são os “pacientes” e “eles” referindo-se às pessoas envolvidas com os grupos armados. O comportamento desses personagens, as alterações na dinâmica da comunidade, assim como o olhar atento e de estranhamento do narrador possibilita perceber os sinais de risco e adotar ações que atenuem a exposição aos riscos.

Da mesma forma que os profissionais adotam estratégias para lidar com os riscos, o narrador evidencia que também a “observação da rua” por parte dos grupos armados é uma estratégia defensiva adotada por eles.

Chama a atenção na fala que mesmo nos momentos de confronto no território alguns moradores continuam circulando, não sendo possível que a equipe utilize apenas esse critério da circulação da população no território como ausência de riscos.

Como se depreende em todas as narrativas, o entendimento do território aqui não se reduz a limites e as áreas geográficas, ele é vivo, um lugar que tem uma historicidade e identidades, cuja territorialidade é marcada pelo sentimento de pertencimento, local de vivência e reprodução, o que revela as ações passadas e presentes que deram origem a essa

localidade. A favela, fruto da herança das desigualdades sociais como assinala Santos (1999), possui um saber local que produz saberes e discursos nutridos pelo cotidiano.

A favela é um espaço de vulnerabilidades e popularmente reconhecido como um local de falta de infraestruturas básicas. Há uma intrínseca relação do espaço social e geográfico da favela representado pela noção de ausência, sendo a mesma definida pelo que não tem e atrelado a representações estereotipadas da população que ali habita. (SOUZA e SANTOS, 2007).

Além das vivências em relação à violência no território, a história selecionada abaixo narra outras situações apreendidas pelos profissionais da ESF no cotidiano do trabalho que fala das relações de conhecimento, confiança e solidariedade entre os moradores, independentes de serem ligados diretamente ou não com o tráfico, todos sofrem as consequências das políticas vigentes de combate ao tráfico.

Hist. 4

“Sim aconteceram alguns fatos, se não me engano foi em 2013 quando nós trabalhávamos ainda (...) no galpão e onde teve confronto entre policiais e traficantes, um traficante foi baleado (Sumário/Orientação)

e um deles entrou armado na unidade, nervoso e pedindo socorro e pedindo material para curativo pra fazer curativo em um dos baleados, que depois chegou até a falecer. (Ação compiladora/Resultado).

Entrou armado, nervoso e todo mundo ficou sem saber o que fazer com a reação (Avaliação)

e aí uma antiga ACS, que era técnica de enfermagem, ela se colocou, como conhecia também se propôs a ir, aí no caso como o pessoal ficou com medo e também como eu conhecia o rapaz que estava nervoso e armado, aí eu peguei e me propus a ir junto, só porque ele falou que não precisava se preocupar era só pra poder levar medicamento pra ver se tinha que fazer alguma coisa, porque o restante do procedimento eles mesmo fariam. (Ação compiladora/Avaliação)

Ai foi essa situação, fomos de Kombi, pois íamos entrar em outra comunidade, daqui mesmo (...) para poder socorrer essa pessoa (Resultado),

ai chegando lá, também nem precisou, a gente não teve contato com essa pessoa, ele só pediu pra deixar o material para curativo lá, que iriam arrumar uma outra pessoa que ia fazer e trouxe a gente de volta, deixou a arma lá e trouxe a gente de volta e ali eles voltaram”. (Coda)

ACS 1

Nessa narrativa há uma temporalidade confusa (“se não me engano 2013”), algo ocorrido aproximadamente há seis anos, mas marcante para o narrador. Apresenta os personagens envolvidos como os “policiais e traficantes”, “traficante baleado”, os

profissionais de saúde “antiga ACS, que era técnica de enfermagem”, “outra pessoa que ia fazer o atendimento”, referindo-se aos profissionais de saúde contratados pelo grupo armado.

A ação do traficante é descrita como dotada de certa gentileza, pois a fala expressa um pedido (“pede socorro”, “pede curativo”) e não uma ordem ou ameaça. Assim como há uma deferência de igual gentileza do narrador ao expressar a morte do traficante, pois o termo usado foi “faleceu” e essa empatia ocorre, pois se trata de pessoas da sua convivência. Afinal, são vizinhos (ACS e “traficantes”) que vivem todos sob os mesmos escombros das políticas públicas.

Conhecer e ser conhecido pelas pessoas na localidade permite ao ACS uma relação de outra natureza com a vizinhança. Naquele momento, o pedido vinha de alguém conhecido, independente de serem “bandidos” ou não. A fala do narrador é uma fala humanizada na medida em que chama uma das pessoas que entraram armada na unidade de “rapaz”.

Embora os profissionais sejam convocados a atender os atores armados, o narrador expressa a contrapartida de ação zelosa e respeitosa do grupo armado aos profissionais ao relatar que “deixou a arma lá e trouxe a gente de volta”.

Na avaliação, o narrador evidencia o sentimento de medo para lidar com essas situações mais complexas expressando a importância da negociação (saída da unidade de Kombi), da solidariedade e do apoio mútuo entre os profissionais (saída da unidade a técnica e ACS juntos) e da rede de solidariedade entre os moradores, independente do envolvimento com os grupos armados na comunidade, no manejo dos riscos.

Saberes dos demais profissionais para manejo dos riscos

Nessa parte retrataremos como os demais profissionais de saúde construíram seus conhecimentos para identificar os riscos e como manejam essas situações.

A narrativa selecionada exemplifica claramente como foi construído o conhecimento dos demais profissionais para lidarem com os riscos e que existem atitudes diferenciadas de comportamento entre os ACS, uns banalizam, naturalizando a ocorrência da violência no território e outros que adotam comportamentos mais prudentes ao perceberem as situações de riscos no território. As atitudes distintas dos ACS tende a gerar conflitos entre as equipes.

Hist. 6

“A comunicação mesmo é saber como está à comunidade, essa é a principal estratégia, como está a comunidade (Sumário),

eles são o termômetro, os ACS. (Orientação)

Eu levo muito a sério o que eles falam, quando uma ACS minha fala assim, enfermeira eu não tenho como sair de casa, eu sei, pode ficar tranquila em casa, e aí eu já me ligo, se fulano não está conseguindo sair, o que está acontecendo gente, porque a gente já está aqui? Entendeu? (Avaliação)

Porque tem uns que saem com tiro comendo, não estão nem aí, estão achando que são de peito de aço e tem uma galera que não, que tem filhos sabe da dificuldade (...) (Avaliação)

A questão como as pessoas se comportam há uma insegurança, eu vejo aqui dois grupos, a equipe técnica são sempre a mesma coisa, a gente busca se proteger e a insegurança é geral. Agora dos ACS parecem que tem dois grupos, aqueles que parecem que tudo é muito normal (...) e tem outro grupo que vai falar que não está tudo bem (...) (Avaliação)

entre os próprios ACS dá uma divisão, do que eles acham normal do que eles não acham normal”. (Coda)

ENF. 2

Nessa narrativa diferentemente dos ACS, os demais profissionais por não terem a vivência e conhecimento prévio do território construíram suas estratégias para lidarem com os riscos pautados na experiência dos ACS e dependem da troca de informações sobre o território através da “comunicação” entre membros da equipe.

Os personagens citados foram o ACS e sucedeu-se uma autoapresentação do enfermeiro. O ACS é considerado informante chave, pois existe uma relação de confiança entre o narrador e o personagem, mas não é a informação advinda de qualquer ACS, pois a fala é de apropriação e vínculo ao se referir ao ACS como “minha ACS”.

As avaliações feitas pelo narrador nesse relato além de apontarem a importância do papel do ACS na informação do território expõe condutas e comportamentos divergentes entre os próprios ACS na iminência do risco (tiroteio).

O termo utilizado “os peito de aço” é dito aos ACS que se acham imunes a serem atingidos pela violência no território, denotando um comportamento de naturalização do fenômeno da violência ao utilizar a expressão “acham normal.” No entanto, essa postura não é apontada como unânime entre os ACS, considerando “os que têm filhos” para designar como pessoas zelosas, cuidadosas, responsáveis e maternais e que não banalizam esse cenário de violência ao utilizar a expressão “não acham normal”.

Esses comportamentos divergentes entre os ACS reverberam para os demais

profissionais um sentimento de muita incerteza, incredibilidade na identificação dos sinais de alerta e riscos, o que pode gerar insegurança e adoções de condutas individualizantes com a probabilidade de maior exposição aos riscos.

Embora na história subsequente não tenha todas as estruturas narrativas preconizadas por Labov (1967) foi destacada por expor um conflito no processo de trabalho que pode virar uma situação de risco para os profissionais quando da intimidação para atendimento prioritário de saúde na unidade por pessoas que declaram serem conhecidas ou terem parentesco com os integrantes dos grupos armados.

O que exige do profissional saber se comportar, mesmo em situações consideradas críticas, como a de ser coagido a prestar atendimento “prioritário”.

Hist. 5

“(…) a gente chega aqui e tem outros pacientes que chegam aqui e dizem que são enviados pelos atores e que tem prioridade no atendimento (Sumário/Orientação) e a gente tem que fazer isso, e a gente é coagido, né, por essas pessoas que se dizem familiares ou conhecidos (Ação compiladora/Avaliação) e a gente tem que ter um diálogo bem claro e tentar resolver da melhor forma possível, porque a gente também fica exposto”. (Avaliação/Coda)

ENF. 1.

Nesse depoimento os personagens retratados são os próprios profissionais de saúde, os “atores” (pessoas ligadas ao tráfico) e “familiares ou conhecidos” dos “atores”. Esses personagens são apresentados como pessoas ameaçadoras, “enviadas pelos atores” em busca de prioridade no atendimento de saúde.

Todos os profissionais de saúde quando se referem aos grupos armados envolvidos pelo tráfico os designam como “atores”, tal designação embora não seja esclarecida na narrativa, nos remete a diferentes performances (interpretações e papéis) que essas pessoas exercem nesse território, não apenas como “bandidos”, mas também como “pais”, “filhos” e “vizinhos”.

Ao atuar sob “coação”, o profissional se vê em um dilema que pode o expor ao risco, atrelados aos dilemas diários pela falta de infraestrutura, falta de insumos, falta de profissionais, sobrecarga no trabalho, excesso de demandas e não obstante enfrentam a interferência e extensão do poder do grupo armado local aos serviços públicos do território, no intuito de afirmar sua autoridade e capital social.

Na avaliação, o narrador aponta para a importância do diálogo que visa o resgate de uma racionalidade, um entendimento civilizatório que pressupõe um acordo entre as partes e que essa atitude cuidadosa e paciente do profissional favorece a gestão do risco.

O depoimento que será apresentado foi destacado por demonstrar que existe um saber coletivo que foi construído institucionalmente com a implantação do Plano Local do Acesso Mais Seguro (AMS).

Hist.7

“Eu acho que a única ferramenta que a gente tem é o Acesso Seguro, (Sumário) que antes da gente vir pra cá de manhã costumam avisar como está o território, geralmente assim quando não diz nada é porque está tudo bem, quando fala é porque tem um problema ou então quando teve no dia interior só vem depois que eles sinalizam como está. (Ação compiladora)

O Acesso Seguro é uma ferramenta, e eu não acho que dá para se acostumar com o que é ruim, mas você aprende, quando eu mudei para o Rio eu senti muito mais, porque eu nunca tinha vivenciado isso, eu nunca tinha ouvido tiro na minha vida, no início era muito pior pra mim, porque era uma realidade que eu não conhecia, pra mim a qualquer momento iam chegar à clínica, iam entrar com tudo. (Avaliação)

Hoje eu sei que não acontece assim, porque eu entendo mais ou menos o que está acontecendo se é intervenção da polícia, se é uma briga de facções. (Ação compiladora)

Eu acho que entender um pouquinho como essas coisas funcionam traz uma certa tranquilidade, mas não tem nada que faça cessar a ansiedade, o que proteja, né. (Avaliação)

Acho que o Acesso Seguro tenta dar uma noção que a gente vai trabalhar mais tranquilo, mas faltam instrumentos para lidar não sei quais, mas falta”. (Coda)

MED. 3

O narrador sinaliza que o AMS é a única estratégia que utiliza para lidar com a violência no território e aponta que a comunicação entre os profissionais sobre o território não se dá de forma frequente (“costumam avisar”). Por não ter a rotina diária sobre a informação do território o “não dito” para o profissional leva a crer que naquele momento não existe risco iminente (“não diz nada é porque está tudo bem”).

O destaque do narrador sobre o Acesso Mais Seguro (AMS) decorre por ser a única estratégia institucional adotada oficialmente pela SMS para lidar com os riscos a que as equipes de Saúde da Família (ESF) estão expostas no cotidiano do seu trabalho. A adoção dessa ferramenta é pautada na larga experiência e atuação do CICV em áreas conflagradas pela violência armada em decorrência de guerras que busca auxiliar os operadores das políticas públicas no acesso mais seguro aos serviços essenciais (CICV, 2013).

Chama a atenção que o narrador refere uma temporalidade em lidar e atuar em territórios conflagrados pela violência. Antes de mudar para o Rio “nunca tinha ouvido

tiro”. Percebe-se que isso é um elemento de estresse por ser algo desconhecido, fora de seu controle, além de não conhecer o comportamento dos grupos armados na comunidade. A experiência do narrador sobre a vivência direta ou indireta da violência ocorreu quando começou a atuar na ESF e refere que a partir desta proximidade foi possível apreender os mecanismos para diferenciar os graus do risco ao referir “eu entendo mais ou menos o que está acontecendo”, trazendo a noção de um certo controle sobre os riscos, embora compreenda que o risco não será eliminado.

Conhecer a dinâmica do território e os modos operantes dos grupos armados tem sido uma orientação do AMS para que os profissionais de forma coletiva estabeleçam estratégias e ações para lidarem com as situações de risco e adotem medidas protetivas de segurança. Um dos pilares é a classificação dos riscos utilizando parâmetros de probabilidade, frequência e gravidade do evento. Algo que em virtude da imprevisibilidade da ocorrência do fenômeno da violência no território não é facilmente mensurável.

No relato, o narrador avalia o AMS como uma ferramenta que dá noção de como os profissionais deve lidar com as situações concretas de violência, favorecendo um sentimento de “uma certa tranquilidade”, mas finaliza apontando que é um instrumento insuficiente dada a imprevisibilidade do fenômeno, o que gera “ansiedade” e sentimento de falta de proteção.

As diretrizes fomentadas pelo AMS são subsídios para os profissionais adaptarem as suas necessidades e realidades locais, de forma que a segurança acaba ficando a cargo do próprio trabalhador.

Nos compilados das entrevistas narrativas notamos que a veiculação da comunicação/ informação sobre o território ocorre principalmente pela rede social através do WhatsApp pelos distintos grupos de profissionais existentes na unidade, com o intuito que a comunicação ocorra através das mensagens em tempo real.

Todavia, por se tratar de um território vivo, em constante mudança e nem sempre os sinais-índícios se apresentam de forma evidente e concreta (tiroteios), essas percepções se dão inevitavelmente no campo da interpretação subjetiva fazendo com que alguns profissionais se queixem que a informação não chega à mesma velocidade que está ocorrendo os eventos de violência no território.

As situações de violência urbana em nossa cidade são veiculadas diariamente em todos os meios de comunicação (jornais, TVs, mídias sociais, etc..) e o fomento de aplicativos de acesso público para disseminação em tempo real das áreas onde possam estar ocorrendo tiroteio com a participação da própria população em alimentar as

informações dessas mídias gera uma narrativa “de perigo iminente”. Tal reflexo é percebido em uma das narrativas em que um dos profissionais fala do uso de tecnologia de controle utilizado pelo aplicativo OTT¹⁸, sendo outro mecanismo para identificação dos sinais de riscos.

As mídias e as tecnologias têm sido utilizadas como um grupo de “alerta” disseminando discursos de um perigo iminente, como se estivéssemos vivendo em um “estado de guerra”.

Segundo Coimbra (2001) a produção do discurso pela mídia impressa e a afirmação de que vivemos uma “guerra” em nossa cidade serve para justificar e reiterar uma determinada concepção de segurança pública através da militarização pela necessidade de impor a lei e a ordem.

Diante do cenário de violência no território os ACS e os demais profissionais acabam contando com informantes-chaves: usuários, vizinhos, amigos, parentes, comerciantes e mototaxis para auxiliar na identificação e decodificação dos sinais-indícios dos riscos, formando assim uma rede solidária de informação sobre o território e também buscam as parcerias intersetoriais (equipamentos da Assistência Social, Educação, Esporte e Lazer, ONGS...) para auxiliar na tomada de decisão, uma vez que essas instituições também enfrentam adversidades por atuarem concomitantemente nesse território conflagrado pela violência.

Classificações do protocolo do Acesso Mais Seguro

No conjunto das entrevistas os eventos de violência nesse território foram retratados como um acontecimento eventual, que ocorrem com maior frequência e intensidade apenas em determinados períodos. Isso nos chama a atenção e nos parece soar contraditório ao registro de ocorrência de violência no território no período estudado, sendo 89 eventos notificados e destes, 27 ocorrências de fechamento da unidade de saúde, o que pode demonstrar certa banalização das ocorrências de violência urbana no território (FORMSUS/SUBPAV/RJ: 2017-2018).

Na narrativa subsequente é retratado que na iminência do risco e diante dos sinais de alerta do território os profissionais adotam os critérios do protocolo do Programa Acesso Mais Seguro (AMS), colocando em prática as orientações da classificação de risco, as tomadas de decisão e a adoção de comportamentos seguros para funcionamento e a

¹⁸Fundado em 2016, o OTT (Onde Tem Tiroteio) é um aplicativo de divulgação de alertas pelos usuários do App sobre falsas blitz, tiroteios e arrastões em tempo real.

organização do processo de trabalho.

Hist. 8

“Por isso que tem o acesso mais seguro pra gente (Sumário) alguém “tá” sempre, que é morador que faz parte do grupo, que está sempre colocando como a comunidade está assim (...) (Orientação)

a gente (...) no grupo classifica, “ta” amarelo, então vamos ficar ciente, pois quando está amarelo é porque não dá para entrar e não dá pra sair da unidade, né, quando está verde não, verde é livre, a gente pode entrar acesso tranquilo, mas amarelo é quando o acesso “ta” meio esquisito não entra e quem está não sai, mas às vezes está amarelo uma parte da comunidade (...), é que pode acontecer alguma coisa, ter mais dificuldade pra poder entrar, mas ainda assim acesso amarelo, espera mais um pouco, pois às vezes pode estar ruim (...) e quando estar o vermelho, sabe que tem que fechar tudo mesmo, pois a situação está bem perigosa, o vermelho é fechar a unidade. (Ação compiladora/Avaliação)

Nós já tivemos aqui, bem aqui atrás, muito tiroteio ficou gente presa aqui dentro da unidade de saúde até nove horas da noite, porque não podia sair era policia aqui na frente e eles aqui atrás (Orientação)

então, troca de tiro e o pessoal aqui no meio, nessa hora eu não estava, mas tinha um grupo de pessoas aqui dentro que ficou preso aqui e só saíram daqui depois das nove horas da noite, (Ação compiladora)

então, acontece isso é ao redor da unidade, em torno da unidade que é o maior risco”. (Coda/Avaliação)

T. ENF. 1

O narrador aponta a adoção dos critérios do AMS em que a classificação de risco deve observar os fatores principais para a tomada de decisão que é a probabilidade de que algo aconteça, a frequência e a gravidade do evento.

Reforça o papel do ACS como informante chave, mas o nomeia como “morador”, alguém que por conhecer esse território será capaz de decifrá-lo.

Na fala expõe que o grupo utiliza dos critérios de classificação de risco adotados pelo AMS. O Programa AMS utiliza a mesma semelhança das cores do semáforo para a identificação e classificação do risco, como relatado pelo narrador, verde é considerado baixo risco (“verde é livre”, “acesso tranquilo”) os profissionais podem circular e realizar suas atividades no território, o amarelo o risco é médio, os profissionais tem que ter atenção (“tá meio esquisito”), pois existe a probabilidade de que algo aconteça ou já tenha acontecido e como medida de segurança suspende-se a visita domiciliar. Já o vermelho existe uma alta probabilidade de que ocorra algum evento ou esteja acontecendo na mediação da unidade de saúde (“está perigoso”), como por exemplo, um tiroteio.

Os personagens narrados na história foram o “morador” para designar o ACS, a “polícia”, agente público e “eles” para mencionar os grupos armados envolvidos no tráfico. Há uma contextualização da vivência da violência concreta através da fala de escuta de “muitos tiros” e da proximidade do evento a unidade de saúde ao se referir “bem aqui atrás” e a consequência dessa violência para os profissionais e usuários ao relatar que “ficou gente presa aqui dentro da unidade de saúde até nove horas da noite” e “o pessoal aqui no meio”. Esse evento foi enfaticamente repetido na história o que denota que foi algo marcante e dramático para o narrador. O termo utilizado (“presa”) demonstra que o narrador se encontrava naquele momento cerceado de seu direito de ir e vir, ou seja, privado de liberdade.

O desfecho da história se dá com a sinalização de maior exposição do risco quando da ocorrência dos eventos (tiroteio) nas proximidades da unidade de saúde referindo “em torno da unidade que é o maior risco”.

Por mais que adotem os protocolos preestabelecidos com definições de estratégias, percebemos nas falas dos narradores que em determinadas situações por conta da gravidade dos episódios e pelo atraso ou demora na circulação da informação a tomada de decisão se dá de forma autônoma.

Os narradores sinalizaram diversas ações de condutas no manejo dos riscos que perpassam desde a comunicação, a negociação, a tranquilidade, a paciência, o aprendizado de espera prudente, frutos de um saber individual e coletivo e a utilização dos protocolos do AMS, saber esse apreendido institucionalmente. Na medida em que esses sinais são apreendidos, decodificados e na iminência do risco pressupõe por parte dos profissionais a adoção de condutas e comportamentos seguros para autoproteção. O que percebemos é que adoção de estratégias de proteção ocorre concomitante a identificação dos sinais de riscos.

Entendendo que o território é vivo e que as dinâmicas que levam à violência no território sofrem constantes mudanças por ser um campo de disputas, todos os manejos dos riscos e adoções de medidas de proteção estão em constante construção e estão sendo adequadas em consonância a essas realidades em movimento.

A tarefa de manejar os riscos tem sido de extrema importância para preservação da vida nesses territórios conflagrados pela violência em nossa cidade. Conforme assinala Menezes (2018) todos (moradores, trabalhadores, pessoas que circulam o território) necessitam calcular os riscos, ter comportamentos de proteção e cuidado para que não se envolvam em situações de maior risco a sofrerem à violência direta e com isso aponta que de uma certa maneira há que se preocupar com as dinâmicas de monitoramento e vigilância

desse território.

Estratégias adotadas de proteção

Como visto os profissionais da ESF para lidarem com os riscos cotidianos no processo de trabalho têm criado mecanismos de reconhecimento dos sinais do território que os permitem adotar estratégias de proteção.

As medidas adotadas de proteção narradas pelos profissionais incidem sobre várias situações como a necessidade de abrigo na própria unidade de saúde, nas casas dos moradores/usuários e comércios locais, o estabelecimento de rotas de fugas no território, a adoção de comportamento seguro e, sobretudo, na organização do processo de trabalho.

Conforme serão apresentadas no decorrer das narrativas as medidas de proteção se dão concomitantemente de forma individual e coletiva.

O fragmento da narrativa escolhido exemplifica algumas medidas adotadas de proteção pelos profissionais considerando que os profissionais precisam estar alerta para qualquer alteração na dinâmica do território.

Hist. 1

“Para se proteger (Sumário),

bem, o primeiro é esperar quando tem confronto, a gente espera passar um tempinho, a gente não sai assim de cara pra rua e também, mesmo quando não tem confronto, só tem polícia e a gente vê alguma coisa diferente, porque aqui, ultimamente, aqui assim, vem bandido de outro lugar, a gente vê aquela movimentação estranha, ou a gente fica aqui dentro da unidade, eu prefiro ficar aqui dentro ou então, quando a gente coloca no grupo e a gente fica aonde a gente está (Orientação/Ação compiladora)

eu sinceramente se estiver na rua e mandarem ficar na rua, eu não fico, eu prefiro vir para o posto, porque eu fico com medo, não sei, eu tenho já isso comigo. Porque a minha área (...) não tem nada de crime, nada disso, só que no percorrer da minha área pra cá, é a parte da invasão do hospital, se eu vier por baixo, eu vou pegar e se eu vier pela linha do trem (...) então quando eu vejo que está estranho eu nem pra área eu vou, eu fico no posto, eu fico no posto, usando o computador, colocando alguma coisa no sistema.” (Avaliação/Coda)

ACS 3.

O narrador relata que o exercício de “espera” é uma medida protetiva para não exposição ao risco. Ao expressar que “a gente não sai assim para rua” denota uma necessidade de elucidação dos sinais do território para compreender o que está

acontecendo (“confronto” ou não), os personagens envolvidos (“polícia”, “bandido de outro lugar”) e só após essa identificação e cálculo dos riscos são adotadas medidas de proteção como “ficar dentro da unidade” ou “ficar aonde a gente está”. A comunicação por WhatsApp entre os profissionais da equipe (“a gente coloca no grupo”) é também um elemento de alerta e proteção.

Além disso, chama atenção a fala do narrador sobre as alterações da dinâmica do território no contexto atual “ultimamente” com a presença/invasão de outros grupos armados rivais ligados ao tráfico “vem bandido de outro lugar”. Isso impõe aos profissionais e moradores da localidade um aprendizado sobre o comportamento desses grupos no território, algo que os deixam mais expostos aos riscos, na medida em que desconhecem como agem na localidade, não sendo mais algo notório/conhecido.

A presença de outros grupos armados rivais evidencia o que os autores Hirata e Grillo (2017) referem-se que na perspectiva dos coletivos criminais há uma competição de grupos opostos em disputas territoriais para a venda varejista de drogas na cidade do Rio de Janeiro.

Percebe-se no depoimento que o narrador avalia a unidade de saúde como um local seguro (“se estiver na rua e me mandarem ficar na rua, eu não fico, eu prefiro vir para o posto”, “eu nem para área eu vou”), independente da sua localização geográfica e da circunstância do evento de violência. Há um sentimento de proteção nesse espaço (“fico no posto”).

Nesse caso específico, a opção por retornar à unidade acaba sendo uma tomada de decisão individual, independente da orientação da equipe, como se justifica pela fala (“porque eu fico com medo”). Para lidar com o medo da violência os profissionais criam mecanismos de defesas, pois conforme afirma Dejours (2015), o medo responde por um aspecto concreto da realidade e exige sistemas defensivos.

Nessa circunstância de iminência de risco nota-se na fala do ACS que há uma alteração na organização do processo de trabalho do profissional ACS restrito ao trabalho interno na unidade (“usando o computador, colocando alguma coisa no sistema”), o que demonstra uma certa autonomia em definir certas alterações na jornada de trabalho.

A violência urbana torna-se um limitador para efetivação do trabalho preconizado pela ESF (Delgado, 2012), fazendo que os atributos e princípios preconizados na atuação dos profissionais não se realizem na sua completude, restringindo os atendimentos dos profissionais dentro da unidade de saúde, ficando à espera da população que consegue chegar à unidade, atuando numa lógica tradicional de atendimento à saúde.

A narrativa subsequente demonstra as várias situações que envolvem as estratégias adotadas de proteção pelo ACS e que necessitam da colaboração e solidariedade dos moradores/usuários e da própria equipe. Além disso, apresenta o sentimento do profissional diante desse cenário de violência.

Hist. 2

“A proteção é isso que eu te falei (Sumário) que é ficar dentro da casa do usuário, não ficar lá fora, a gente tenta ao máximo, o usuário se pedir pra entrar, a gente entra, porque ficar dentro já é uma segurança nossa, do que ficar na rua, já uma segurança nossa, pelo menos minha e tipo assim andar em dupla, nunca sozinho, sempre com alguém com um ACS (...) volta para o posto ou então fica na casa do usuário. (Ação compiladora)

Como a gente fala a gente tenta se acostumar, mas acostumar a gente não acostuma. A gente tenta se acostumar é muito triste vê isso e conviver com isso, é muito fácil o médico, o enfermeiro, porque, assim ele pega o carrinho dele e vai embora, a gente fica, permanece na comunidade, depois começa o tiroteio, a madrugada à noite”. (Avaliação/Coda)

ACS 2

O narrador relata que o usuário é um dos personagens importantes para a adoção de ações de proteção pelos profissionais. Permanecer na casa do usuário é apresentado como “uma segurança nossa”. O ACS traz o sentido de ficar na rua como de maior exposição, o que tem implicação com o seu trabalho no território. Também refere que a unidade de saúde é um local de proteção dos profissionais.

Nesse sentido a narrativa evidencia o que o autor DaMatta (1997) sinaliza no seu livro “A casa & A rua”, onde esses espaços “casa” e “rua” são demarcados quando alguém estabelece suas fronteiras. A “rua” é considerada um local perigoso, já o local de trabalho e a casa do morador simbolizam espaço de proteção, marcado pela familiaridade e pela hospitalidade. Assim esses espaços só podem ser interpretados e concebidos compreendendo suas redes de relações sociais e valores. Para o autor “casa” e “rua” não são simplesmente espaços geográficos, mas, sobretudo espaços sociais, morais e de domínios culturais institucionalizados.

Arelado a isso, o narrador menciona que outra medida de proteção adotada no processo de trabalho é a visita domiciliar em dupla (“andar em dupla, nunca sozinho”).

Outra questão avaliada pelo narrador é o sentimento de resiliência em relação ao fenômeno da violência (“a gente tenta se acostumar”), mas não a naturalização (“a gente

não acostuma”), além da tristeza e afetação dupla por ser morador e trabalhador dessa localidade conflagrada pela violência, diferentemente dos demais profissionais.

O narrador faz também uma fala sarcástica ao sinalizar que (“o médico, o enfermeiro, porque, assim ele pega o carrinho dele e vai embora”) evidenciando a diferença de exposição e de sofrimento entre os membros da equipe a partir de uma inserção de classe social. Se sentem mais desprotegidos do que os demais profissionais, pois a violência ocupa todo o seu cotidiano e não só a porção que cabe ao trabalho ao relatar que o ACS permanece nesse cenário de violência (“começa o tiroteio, a madrugada à noite”).

A narrativa abaixo exemplifica as diferentes inserções e especificidades do trabalho da equipe técnica no território e a importância de outras redes de solidariedade na comunidade para se protegerem.

Hist. 3

“Então, como eu sou técnica, antes eu era ACS, agente de saúde vivia na rua, mas depois de técnica eu não estou sempre na rua, eu tenho um turno apenas na rua, então um turno de visita domiciliar, mas já aconteceu da gente está na área e começar o tiroteio do nada, a gente fica nervoso, a gente como que é isso? Por onde a gente vai?(Sumário)

Então como a gente trabalha na área e a gente conhece todo mundo na área e todo mundo conhece a gente, então é procurar dentro de uma casa para poder se esconder em algum lugar. (Ação compiladora)

Por todo mundo já conhecer a gente fica fácil, mas que dá um susto muito grande dá, você está na área trabalhando e ter um tiroteio, né, você pode encontrar uma porta aberta e às vezes você pode não encontrar (Avaliação)

e aí começou o tiroteio, as portas se fecham, e a gente procura um lugar mais seguro, uma parede pra gente se proteger, né, mas na maioria das vezes a gente consegue entrar numa casa, numa loja, num comércio, dentro de uma casa” (Ação compiladora/ Coda).

T. ENF. 1

O narrador relata que, diferentemente do ACS, a equipe técnica realiza o processo de trabalho da ESF em um turno de visita domiciliar por semana (“eu tenho um turno apenas na rua”), o que corrobora para uma “menor” exposição à violência no território, além de retratar a imprevisibilidade do fenômeno da violência (“começar o tiroteio do nada”) e que nem sempre o risco pode ser identificado.

Apresenta o fato de ser conhecido e reconhecido no território como um elemento de proteção, pois consegue guarida na casa dos moradores (“procurar dentro de uma casa para

poder se esconder”). O termo usado (“esconder”) nos remete a algo que vai para além da proteção, pois remete que todos que estão no território estão submetidos às intervenções dos distintos grupos armados.

No depoimento avalia que nem sempre é fácil encontrar um local para se abrigar (“as portas se fecham”) e procuram lugares seguros, inclusive uma estrutura física (“uma parede”), assim como conta também com uma rede de solidariedade na comunidade para se proteger (“casa”, “loja”, “comércio”).

Optamos por apresentar o fragmento do depoimento abaixo, já que no conjunto das entrevistas o AMS foi considerado por todas as categorias profissionais uma ferramenta de proteção para a equipe.

Hist. 4

“O que a gente usa para se proteger, o que a gente tem aqui na unidade é o grupo de acesso (Sumário)

que a gente faz contato pra saber como a área estar, pra saber se a gente vai poder entrar, que é classificado por cores, e aí isso foi pactuado em reuniões e a equipe tem um conhecimento como esse acesso funciona, que é o acesso mais seguro, é isso que a gente utiliza pra poder se proteger.” (Ação compiladora/Coda)

ENF. 3

De forma sucinta o depoimento narrado contextualiza que a unidade de saúde adotou uma ferramenta institucional orientada pela SMS (“o grupo de acesso”) e que existe uma orientação e protocolos para classificação de risco (“classificação de cores”), mas percebemos nessa fala que a medida de proteção acaba sendo uma atitude individualizante ao se referir que “faz contato para saber como está à área”, uma conduta adotada pelo próprio narrador.

Embora nesse fragmento não fique claro se o narrador participou da Oficina do AMS, que é um dos critérios preconizados para a implementação nos serviços de saúde e a elaboração de um Plano Local de Acesso Mais Seguro pelos próprios profissionais de saúde com o apoio da equipe técnica de suporte do AMS da CAP para estabelecerem os protocolos, os fluxos de comunicação, as funções e atribuições de cada membro da equipe. Todavia, leva a crer que esse conhecimento sobre o programa foi transmitido ao se referir que foi “pactuado em reunião”.

A narrativa destacada abaixo, embora seja breve no relato das medidas de proteção, acrescenta outros elementos que compõem as orientações na adoção do comportamento seguro.

Hist. 5

“Nós temos as orientações do acesso mais seguro (Sumário)

e aí a gente tenta seguir, está uniformizado, identificado, quando eu venho de carro, quando a gente entra de carro a gente segue as normas de estar com os vidros abertos, não utilizar o celular, essas técnicas a gente já é orientado quando a gente chega a utilizar, né.(Ação compiladora)

Hoje eu não tenho muito medo de ir para a área”. (Avaliação/coda)

ENF. 1

O narrador relata que há uma orientação acerca de comportamentos seguros apreendidos institucionalmente como (“estar uniformizado”, “identificado”, “não utilizar celular”), assim como seguir os códigos na localidade ao utilizar o carro com os “vidros abertos”. Todavia no relato evidencia que nem sempre as orientações coletivas são seguidas, pois existem medidas que são adotadas individualmente independentes do coletivo (“a gente tenta seguir”), denotando uma contraposição entre o que é prescrito e o real.

Nessa perspectiva há uma prevenção que Dejours (2015) denomina de incompleta, pela limitação e imprevisibilidade de suas manifestações e o manejo desses riscos acabam sendo assumidos individualmente.

Destacamos a narrativa a seguir, pois apresenta atitudes que são tomadas individualmente e coletivamente pelo profissional médico entrevistado.

Hist. 6

“Você diz proteção pessoal e da equipe? (Sumário)

Algumas coisas, por exemplo, hoje pela manhã estava vindo pra cá, como eu sabia que tinha ocorrido uma operação (Orientação) eu vim com a janela aberta, vim de carro com a janela aberta, porque eu sei que é esse o procedimento (risos), eu geralmente não ando com as janelas abertas, por exemplo, na hora de evacuar a unidade, as pessoas que estão de carro vão esperando os carros lotarem para que todo mundo consiga sair o mais rápido possível, os pontos de ônibus tem uma certa distância,(Ação compiladora)

Então, é importante que todo mundo tente sair junto, que um esteja preocupado se o outro já tem carona, se tem para onde ir, se o ACS, por exemplo, não pode voltar pra casa, né, porque o território onde eles moram pode estar sendo afetado, então essa preocupação a gente sempre tem, né, (Avaliação)

a gente tem no protocolo de segurança uma área protegida, protegida entre aspas, uma área de menor probabilidade de ser atingida por um tiro eventualmente, hum, acho que são essas algumas das estratégias que a gente adota”. (Coda)

MED.. 2

O narrador expressa que existem adoções de proteção individual e coletiva quando pergunta se é para falar sobre a proteção (“pessoal” e da “equipe”). Apresenta assim a adoção de comportamento seguro ao referir que ao entrar na comunidade de carro manteve a janela aberta e reafirma essa fala no relato porque é algo que habitualmente não faz, mas como medida de proteção pela iminência do risco por ter conhecimento de ação concreta na comunidade (“operação”, cuja temporalidade é recente (“sabia que tinha ocorrido uma operação”)) seguiu os códigos da área (“janela aberta”).

Nessa fala fica evidente que cada localidade tem seus códigos e normas preestabelecidas pelos grupos envolvidos no tráfico para sua entrada e a importância do conhecimento desses códigos para evitar obstáculos e constrangimentos no acesso ao território.

Além disso, outra medida de proteção narrada é a forma da saída da unidade nos momentos que eclodem maior risco, designando a expressão “evacuar a unidade” e prestando carona solidária (“esperando os carros lotarem”). Chama a atenção para o termo “evacuar” palavra utilizada no contexto militar, semelhantemente a uma saída num contexto de operação de guerra.

Na avaliação o narrador fala da importância da solidariedade, preocupação e cuidado mútuo, principalmente com os ACS (“se tem para onde ir”), já que permanecerão por viverem nessas áreas onde eclode a violência.

Além disso, o narrador destaca que embora tenha o protocolo e as áreas definidas de segurança na unidade (“áreas protegidas”) são áreas que verbaliza entre aspas para evidenciar que não existe uma garantia de segurança completa.

O depoimento selecionado apresenta elementos subjetivos que o narrador utiliza para conseguir atuar nessas áreas conflagradas e evidencia que existe uma orientação prescrita, mas que na prática a sua operacionalidade não é tão simples de ser manejada.

Hist. 7

“(…) eu confesso que de certa forma, não sei, a gente começa a naturalizar de certa forma essa violência para conseguir trabalhar, para conseguir até lidar com toda essa dificuldade e sofrimento, porque assim eu já não acho aqui tão vulnerável se a gente pensar em questão de violência quanto Manguinhos.
(Avaliação)

(…) Todos usam jalecos quando saem, andam identificados com o crachá, isso é muito forte aqui, não sai sem a presença do agente, (...) nas áreas evitar pegar celular em visita e na rua, também eles orientam. A gente está sempre juntos, se precisar se dividir no território está sempre em duplas, mais o que?

(...) A gente construiu o plano de Acesso, conseguiu fechar, acredito que seja necessário fazer esse treinamento principalmente de evacuação da unidade com os profissionais para estar claro pra todo mundo. (Ação compiladora)

Ficou todo mundo perdido ontem, (Avaliação/ Orientação)

é ai gente, primeiro esperando uma sinalização do acesso, no caso de uma sinalização positiva, tipo ontem a gente tinha a presença da responsável técnica de enfermagem, então ela coordenou essa ação, mas os outros profissionais ele sai ou fica né, recebendo a mensagem, o pessoal da farmácia que fica do outro lado, não está aqui, é pra sair ou pra ficar, o vermelho é encerrar os atendimentos e vê a condição segura pra sair”.(Ação compiladora/Coda)

NASF

O narrador avalia que a naturalização do fenômeno da violência é um elemento de proteção psicológica ao referir do “sofrimento” por atuar nesse contexto de violência armada e acaba referindo que não acha o território tão violento comparado a outras áreas da cidade ao mencionar outras comunidades e cita o exemplo da comunidade de Manguinhos.

A vivência do medo se dá em todas as tarefas profissionais, todavia acaba sendo neutralizado pelo trabalhador como um mecanismo de defesa, pois do contrário os trabalhadores teriam que tomar tantas precauções que os impediriam de continuar realizando suas atividades e seriam considerados improdutivos para realização do trabalho. (DEJOURS, 2015)

Refere também que os profissionais seguem as orientações preconizadas no AMS ao citar o uso do (“jaleco”, “crachá”, “evitar pegar o celular”). Essas condutas evidenciam a importância da identificação e reconhecimento do profissional de saúde e a orientação de não utilização do celular no território para evitar abordagem dos grupos armados. Assim como adotam a saída no território da equipe técnica sempre acompanhada do profissional ACS (“não andar sem o ACS”) e (“em duplas”), por ser o ACS o profissional conhecido e facilmente reconhecido no território.

Embora a unidade tenha o plano local de acesso mais seguro o narrador sinaliza que as orientações prescritas no plano não são eficazes em sua totalidade, na medida em que a equipe fica “perdida” quando da ocorrência de um evento concreto e a necessidade de saída da unidade e reforça a necessidade de um “treinamento” dos profissionais.

Além disso, o narrador ilustra a necessidade local de ter uma liderança na condução desses eventos na unidade ao relatar que tinham a presença de um profissional que (“coordenou essa ação”).

Essa narrativa evidencia que somada a todas as exigências preconizadas no trabalho da ESF, os profissionais precisam se instrumentalizar para lidarem com os riscos a que estão expostos e criarem mecanismos de proteção à violência que afeta cotidianamente o seu processo de trabalho.

Percepções das repercussões da violência no Processo de trabalho

As narrativas também evidenciaram as percepções que os profissionais de saúde têm sobre as repercussões da violência urbana na organização do trabalho, na prestação dos serviços de saúde a população e na própria saúde do trabalhador.

Em todas as entrevistas percebemos uma unanimidade na fala a respeito dos impactos da violência no processo de trabalho.

Os estudos apontam que a violência atravessa direta e indiretamente a rotina do trabalho dos profissionais, impõe constrangimentos, barreiras e obstáculos de acesso ao território, prejudica a organização do trabalho e o cotidiano do trabalho tem sido alterado, causando constante apreensão e medo. (KEBIAN; CECCHETTO, 2017; ALMEIDA; PERES; FONSECA, 2019; SORATTO et al., 2017; BAIERL, 2008)

A narrativa a seguir foi escolhida, pois exemplifica o trabalho dos profissionais da ESF no território e a interferência da violência na organização do trabalho e no cuidado em saúde da população.

Hist.1

“Assim nós fazemos às visitas domiciliares, que faz parte do programa são geralmente as pessoas que são acamadas ou que tenham uma incapacidade de chegar à unidade e a gente tenta levar a eles o acesso à saúde (Sumário)

e essas visitas muitas vezes não ocorrem por causa do conflito na área, né!.
(Avaliação)

(...) eu já trabalhei numa equipe que era muito mais difícil fazer essas visitas por causa dos conflitos, né, não que houvesse o conflito no território, mas o acesso era mais difícil porque eles não viam com bons olhos, não sei, eles tinham essa movimentação toda e toda hora o profissional passando por ali não agradava tanto, então a gente evitava fazer naquelas localidades, só que eram pessoas que tinham a necessidade do cuidado, da gente estar próximo, então, atrapalhava bastante com isso (...) até o ACS mesmo, não conseguia ir, não conseguiam entregar um SISREG, um encaminhamento e falavam eu não fui, pois não consegui chegar até o território e agora? (Orientação/Ação compiladora)

E agora a gente vai ter que remarcar; muitas vezes a gente tinha que ligar para o paciente, para o paciente vir aqui e buscar os encaminhamentos, quando eles

podiam eles vinham, mas muitas vezes perdiam porque a gente não conseguiu o acesso até lá, (Ação compiladora/Resultado)

não só da gente como profissional do corpo técnico, mas os agentes que moram no território também tinham receio de chegar lá ou de ir, aí eles sinalizavam, olha eu não consegui, eu não fui, porque não deu, tinha um movimento estranho, hoje não dava para eu passar e aí a gente acabava perdendo o agendamento que demora meses para ser feito, né a aí o paciente não conseguia, tinha o prejuízo de perder”. (Avaliação/Coda)

ENF. 1

Os personagens apresentados nessa narrativa são os usuários do serviço de saúde “pessoas acamadas ou com alguma incapacidade” e os “pacientes” de um modo geral, assim como faz menção a “eles” se referindo as pessoas envolvidas em atividades ligadas ao tráfico de drogas e os profissionais de saúde “corpo técnico e ACS”.

O narrador por fazer parte da equipe técnica esclarece que uma das atribuições do seu trabalho na ESF é o atendimento domiciliar a determinados grupos prioritários e que enfrenta alguns obstáculos na realização do trabalho por conta da área ser conflagrada pela violência armada, ocasionando a suspensão das visitas domiciliares “visitas muitas vezes não ocorre”.

Outra questão sinalizada é o constrangimento no acesso ao território “o acesso era mais difícil”, “eles não viam com bons olhos” e “toda hora o profissional passando por ali não agradava tanto”, sendo um limite para o seu exercício profissional ao se referir que “a gente evitava fazer naquelas localidades”. Isso denota que o comportamento ameaçador dos grupos armados ligados ao tráfico impede os profissionais de saúde realizar efetivamente o seu trabalho (SAWAYA; ALBUQUERQUE; DOMENE, 2018).

Esclarece ainda que esse limite na prática profissional não se dá apenas para os profissionais técnicos e embora o ACS, sendo conhecido, morador do território enfrenta também barreiras de acesso no território (“até o ACS mesmo, não conseguia ir”) por não conseguir acessar determinadas localidades no território.

Nesse contexto apresenta as implicações na prestação do serviço de saúde à população e o comprometimento no cuidado em saúde quando da necessidade de comunicação e entrega de formulários de encaminhamentos para os outros pontos de atenção da rede de saúde “não conseguiam entregar um SISREG, um encaminhamento”. Tal fato acarreta um retrabalho para o profissional de saúde “a gente vai ter que remarcar”, além de um tempo maior de espera da população na prestação do serviço de saúde “a população acabava perdendo o agendamento que demora meses para ser feito”,

configurando numa barreira de acesso aos serviços de saúde.

As autoras Almeida, Tavares e Fonseca (2019) no artigo acerca das implicações da violência urbana no processo de trabalho dos ACS já apontam que em virtude da presença de grupos armados no território, os obstáculos e constrangimentos no acesso ao território e os limites no trabalho foram um dos elementos centrais que surgiram em seus estudos.

O narrador na narrativa subsequente descreve o impacto da violência na dinâmica do processo de trabalho, refere sobre a naturalização da população e aponta sobre o temor do profissional de saúde diante desse contexto.

Hist.2

“Teve um ano que o posto ficou fechado vários dias por conta da violência, (Sumário/Orientação)

teve outra vez que a gente teve que interromper a coleta de sangue no meio, porque a gente teve que sair as pressas, porque começou um tiroteio e quando a gente saiu tacaram pedra no nosso carro, tinha uns meninos, acho que tinha morrido alguém importante porque eles estavam muito agitados, e a gente teve que interromper a vacina, mandar paciente embora, (Ação Compiladora)

porque, às vezes os pacientes não entendem, porque pra gente é muito assustador quem não é daqui, quem não mora aqui e eles acham normal, e eles falam pra gente nossa qualquer coisinha vocês fecham o posto, é só um tirinho, quando a gente saiu viu que não era isso, era bem mais grave e a gente precisava realmente sair, interromper o serviço, (Avaliação)

uma vez ficou quase uma semana fechado e a gente não consegue subir para atender aqueles pacientes que precisam de atendimento domiciliar porque a área não está boa, e aí pessoas perdem cirurgia, porque aquele sangue era para fazer o risco cirúrgico, então influencia diretamente .” (Resultado/Coda)

T. ENF. 2

Embora o narrador não informe precisamente o tempo narrado “teve um ano”, fica evidente que foi algo marcante para ele, pois retrata que a violência no território se deu recorrentemente e que por conta da gravidade do evento houve a necessidade de interrupção das atividades de saúde “o posto ficou fechado vários dias”.

Os personagens retratados foram os “meninos” para se referir as crianças ou jovens que atuam exercendo alguma atividade para o tráfico de drogas, os moradores do território “moram aqui” e os usuários do serviço de saúde ao se referir aos “pacientes”. Ao mencionar um dos personagens os “meninos” nos advertem para um problema social atual de que cada vez mais cedo tem tido a participação/cooptação das crianças/jovens em atividades ilícitas ligadas ao tráfico.

O narrador discorre sobre as alterações na dinâmica do seu processo de trabalho em decorrência da violência ao se referir sobre a suspensão de suas atividades “interrompe a coleta no meio”, “interrompe a vacina”, “manda paciente embora” e “sair às pressas”.

Atrelado a isso, a não compreensão da população das medidas adotadas pelos profissionais de saúde nesse contexto de violência, sob a alegação da população que “qualquer coisinha vocês fecham o posto” o evento ocorrido “foi apenas um tirinho” e que para a população os profissionais de saúde supervalorizam a ocorrência desses eventos, o que é declarado pelo narrador como uma banalização/naturalização dos eventos de violência por parte da população “acham normal”.

O narrador declara seu sentimento diante desse fenômeno de violência ao expor que é “assustador quem não é daqui, quem não mora aqui”, tendo uma fala generalista sobre a população que ali vivem e são submetidas a presenciarem esses eventos.

Além disso, o narrador faz inferência sobre a prestação e cuidado em saúde da população ao relatar que “não consegue subir”, ou seja, realizar as visitas domiciliares aos grupos prioritários, assim como pela falta de realização de algum procedimento necessário no cuidado de saúde “risco cirúrgico”, o que tem implicação direta sobre a saúde da população.

O aumento da violência armada no território tem sido uma das principais barreiras para a efetivação da prestação dos serviços de saúde nesses territórios, impedindo a realização efetiva do trabalho das equipes de saúde e sendo um dos maiores desafios para efetivação de uma saúde universal, preconizada pelo SUS (SAWAYA; ALBUQUERQUE; DOMENE, 2018).

A narrativa abaixo o narrador traz de forma modelar as repercussões da violência em todo o contexto do processo de trabalho dos profissionais da ESF, apresentando implicações sobre a perspectiva geográfica do território, a forma de abordagem dos grupos armados (tráfico ou polícia) aos profissionais de saúde. Assim como retrata a necessária vigilância dos profissionais acerca do território, o desafio da contratação e permanência dos profissionais nesse contexto e a sua visão sobre esse fenômeno e modos de enfrentamento.

Hist.3

“Então afeta nesse ponto. (Sumário)

Então assim um exemplo simples seria a gente tem áreas que não foram organizadas (...) você tem construções em diferentes formas (...) não tem uma padronização (...) desses espaços (...) e essa desorganização atrapalha muito a

gente referenciar. O georeferenciamento fica muito atrapalhado (...), mas não se sabe qual foi o padrão que foi utilizado pra aquilo, com isso o que acontece a gente tenta criar uma padronização, a gente não pode propor junto com a comunidade uma numeração daquelas casas, no caso uma reorganização da numeração, por quê? (Orientação/Ação Compiladora)

Porque a questão da violência é uma questão que predomina ali, vai parecer que a gente quer identificar para facilitar a captura de pessoas, então assim esse processo já é um dificultador pra gente. (Avaliação)

(...) A forma agressiva e a forma que chega as forças policiais pra fazer uma ação é uma coisa que amedronta também, os ACS estão em constantes estado de alerta, os médicos estão em constante estado de alerta, os enfermeiros em constante estado de alerta, então toda ação que a gente vai fazer é uma ação que a gente tem que estar sempre antenado (...) esse processo é um processo cansativo, você passa por momentos de constrangimento. (Ação Compiladora/Avaliação)

(...) então isso atrapalha muito, atrapalha a contratação de profissional, atrapalha a construção de fluxos, atrapalha quando você faz um planejamento e devido à questão da violência, você ter que parar a sua unidade (...) você ontem deixou de atender X pessoas e hoje eu vou atender X e mais o que sobrou de ontem, então, esse processo é um processo que adocece que não traz vontade das pessoas chegarem até determinados pontos. (...) Muita gente se aproveita da questão da violência pra forçar um atendimento (...) vem aqui com uma carteirada pra atender de qualquer jeito (...) (Avaliação)

Fora que um local violento, miserável é fruto para politicagem, então uma coisa que eu tenho clareza, a violência não é a toa, não há violência porque não tem capacidade de organização de sociedade, na verdade há violência porque querem que a sociedade se organize desse jeito e a violência é lucrativa, é muito lucrativa (...) não é porque o Estado não tem força para se organizar, (...) mas não fazem porque tem uma organização para que a coisa aconteça, é uma bagunça organizada para dar lucro, então esse é meu ponto de vista”. (Avaliação/Resultado/Coda)

ADM. 2

Nessa narrativa o narrador sinaliza a importância do “georeferenciamento” do território, uma vez que dentro das atividades preconizadas no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de ESF está o mapeamento e territorialização das áreas de atuação das equipes, por isso aponta que a falta de uniformização e padronização numérica dos domicílios no território pode trazer implicações no cuidado em saúde da população adscrita pela equipe e avalia que essa “desorganização” tem uma intencionalidade e julga ser favorável para os grupos armados não serem localizados e acaba sendo “uma forma de

proteção” desses grupos.

Outra questão relatada diz respeito à abordagem e atuação “agressiva” da Secretaria de Segurança Pública no território, revelando a política de repressão vigente às classes menos favorecidas e mais vulneráveis, o que gera para o narrador um sentimento de medo (“amedronta”) e uma vigília constante (“alerta”) por parte de todos os profissionais sobre a dinâmica do território.

O narrador evidencia que a violência acaba reverberando na organização do trabalho na “contratação dos profissionais”, na “organização dos fluxos”, na suspensão das atividades e no fechamento da unidade e avalia como sendo um processo adocedor e desestimulante para os profissionais (“não traz vontade das pessoas chegarem até determinados pontos”), o que pode gerar um desgaste físico e mental para os profissionais de saúde.

Para o narrador o não enfrentamento e a manutenção desse status quo da violência têm rendimentos políticos e avalia como um mercado “lucrativo”.

Essa avaliação nos remete ao que os autores Hirata e Grillo (2017) afirmam em seu artigo que é necessário para o funcionamento e permissão da venda de substâncias ilícitas em nossa cidade a relação e arranjos entre o tráfico, o território e as forças da ordem legal. Na regulação desse mercado extremamente lucrativo de vendas de drogas a polícia é um elemento chave, pois é através dos “arregos” (nome intitulado popularmente ao pagamento de propina) entre os agentes de controle (polícia) e os participantes dessa forma de economia popular (tráfico).

A narrativa abaixo foi selecionada por ter sido extremamente marcante para o profissional de saúde ao apresentar a história das implicações diretas da violência no território com o usuário do serviço de saúde e por revelar que o processo de trabalho em saúde é norteado pelo seu princípio fundamental traduzido em atos de cuidar e, sobretudo pela relação que é estabelecida através do vínculo.

Hist. 4

“Assim afeta porque de certa maneira a gente acaba se envolvendo com as pessoas, né, porque a gente que trabalha com saúde da família se envolve muito, a gente está aqui 40 horas por semana, mas a cabeça está aqui muito mais, pois a gente tem paciente que conversa com a gente no final de semana, a gente se envolve muito com os problemas das pessoas. Posso falar um caso? (Sumário)

Uma paciente minha, eu fiz o pré-natal dela e do nada ela sumiu, e nunca mais ninguém ouviu falar dela e nem pode nem citar o nome dela, tiraram ela de dentro de casa e sumiram com ela, vê uma mãe não ter a possibilidade nem de

enterrar uma filha, porque ela nunca mais apareceu. Assim, a mãe é bastante traumatizada com relação a isso, a gente conversa muito sobre isso até hoje, então isso marcou bastante, tanto até quando ela teve bebê ela mandou a foto pra mim, a gente tinha o contato bem assim, mas infelizmente a gente não pode buscar mais informações porque é proibido de tocar no assunto, ninguém gosta muito de falar. (Ação compiladora)

Você pergunta as pessoas e as pessoas mudam de assunto, então marca uma coisa que toca (...)" (Coda)

ENF. 3

O narrador expressa em seu depoimento que o trabalho da ESF é pautado na relação de vínculo entre o profissional e o usuário ao afirmar que (“a gente que trabalha com saúde da família se envolve muito”). O desenvolvimento do trabalho da APS possibilita o fortalecimento do vínculo, na medida em que está previsto como um dos atributos a coordenação do cuidado em saúde da população de forma longitudinal, ou seja, o acompanhamento ao longo do tempo e em todos os ciclos de vida.

Em todo o processo de trabalho em saúde são envolvidas tecnologias para sua realização e segundo Mehry (2002) são consideradas leves as tecnologias que ocorrem na interação entre o profissional com o usuário, o que permite estabelecer o vínculo, o acolhimento, a responsabilização e a troca de saberes.

Santos et al. (2018) reforçam que embora as tecnologias duras e leves-duras sejam consideradas pelos trabalhadores da saúde como instrumentos potentes, o afeto, a amizade é o que constrói o vínculo entre os profissionais e os usuários, o que torna as relações mais simétricas e produzindo sentidos.

A história relatada demonstra como as pessoas que residem nesses territórios são afetadas pela violência e são regidos por normas e códigos locais. Embora, não fique claro no depoimento as circunstâncias em que ocorreu o sumiço da usuária, estabeleceu-se um muro de silêncio, algo que não pode ser falado ao se referir (“porque é proibido de tocar no assunto”).

O que retrata que essa população tem seus direitos violados quando perdem o direito de liberdade de ir e vir, quando presenciam a violência no território, quando tem que obedecer às normas e regras estabelecidas pelos grupos armados ligados ao tráfico, quando sofrem a censura não podendo se manifestar, quando sofrem constrangimentos no território por parte dos grupos armados (polícia e tráfico) e quando sofrem estigmas por serem moradores da favela.

A narrativa abaixo retrata os reflexos da violência no processo de trabalho, na saúde

física e emocional dos profissionais de saúde e da população.

Hist. 5

“Completamente. Afeta desde o momento que acontece (Sumário), porque a gente fica nervoso, fica ansioso e aí você não consegue ter um pensamento mais tranquilo, não consegue estar disposto para atender, mesmo que depois fique tudo bem, aquele momento já é o suficiente para acabar com o seu dia, (Avaliação)

Então, nas relações do trabalho atrapalha na consulta, atrapalha para sair do território, é quase impossível nesse contexto, então visita fica comprometida, grupos que a gente faz fora e eu acho que o que mais pega é principalmente com os agentes de saúde, porque eles moram aqui e trabalham, então às vezes tem tiroteio à noite inteira, como teve na segunda para terça e aí terça estava tudo bem e eles tiveram que vir trabalhar, sendo que passaram a noite talvez ouvindo tiro, sem saber o que estava acontecendo, isso influencia também no nosso trabalho em equipe e os pacientes a gente vê muito reflexo de adoecimento dos pacientes por causa da violência, ansiedade, depressão, gente que perdeu familiares.(Ação compiladora/Avaliação)

Então, é sempre assim quando tem tiroteio você recebe no outro dia ou na mesma semana muita gente que está vivendo a consequência daquilo, então gente que começa a sentir coisas que não sentia ficar assustado por aí vai”.

(Coda)

MED. 3

O narrador expressa como se sente após ser diretamente afetado pela violência no território ao se referir “nervoso”, “ansioso” e por consequência sem condições emocionais para a realização da rotina de trabalho (“mesmo que depois fique tudo bem, aquele momento já é o suficiente para acabar com o seu dia”).

O depoimento relatado nos faz refletir sobre as condições que os trabalhadores são submetidos no processo de trabalho, seja pelas exigências por metas de produção, pela cobrança do ponto biométrico, pelo excesso de demandas na prestação dos serviços de saúde à população e concomitantemente por ter sua saúde mental abalada, tendo que exercer suas atividades de forma mais adversa e repleta de incerteza pela falta de segurança de atuar nesse contexto.

Segundo Lancan et al (2009) as vivências diárias no contexto do trabalho dos profissionais de saúde, independentes das categorias profissionais geram solidão, medo do risco de exposição e um sentimento de estarem vulneráveis a sofrerem ameaças a integridade física e represálias.

O narrador apresenta os impactos da violência na organização do trabalho (“na

consulta atrapalha para sair do território”), no planejamento das ações educativas (“grupos que faz fora”) e sinaliza a situação diferenciada dos ACS nesse contexto, pois são duplamente afetados enquanto trabalhador e morador desse território.

Associado a isso no depoimento o narrador também percebe que a saúde da população através dos sintomas físicos e emocionais (“adoecimento”, “ansiedade”, “depressão”) é afetada pela vivência nesse cenário de violência.

De modo geral, a violência no território tem se apresentado como um elemento de precarização no processo de trabalho dos profissionais da ESF o que afeta a organização do trabalho, a efetivação da prestação dos serviços de saúde à população, torna-se um limitador da prática profissional e gera um sentimento de impotência e de sofrimento diante desse contexto.

Apesar desse contexto tão adverso, o estudo evidenciou que as vivências desses profissionais possibilitaram acumular um saber individual e coletivo para lidarem com os riscos, apreenderam apesar da imprevisibilidade do fenômeno a diferenciar os graus de risco à que estão expostos, estabeleceram vínculos e redes de solidariedade com as pessoas do território e entre os profissionais e construíram através da vigilância e monitoramento do território estratégias e medidas de proteção de forma autônoma e coletiva, que os permite continuar exercendo seu trabalho e dentro de certo limite levando à saúde a essa população.

Assim como também revelou as relações que são construídas na prática profissional nesse cotidiano de violência e as pactuações/soluções criativas encontradas pelos profissionais para desenvolver o trabalho e prestar o cuidado em saúde à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando essas reflexões sem a pretensão de esgotá-las, admitimos ter sido desafiador olhar esse fenômeno da violência urbana no âmbito do processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF, ainda mais a partir de um contexto globalizado, de reestruturação produtiva e de flexibilização nas relações de trabalho, onde as formas de precarização do trabalho em saúde estão cada vez mais presentes e acirradas. Refletir sobre essas transformações ocorridas no mundo do trabalho através das categorias analíticas marxistas foram cruciais para pensar o objeto estudado, mostrando sua atualidade.

Nesse cenário a violência urbana acaba sendo mais um elemento de precarização do trabalho, na medida que impõe barreiras e obstáculos de acesso ao território, limita a prática profissional da ESF, afeta a organização do trabalho do trabalho e gera medo, angústias e insegurança. Além do profissional de saúde ter que lidar com toda essa precarização do trabalho em saúde em um contexto onde o território é conflagrado pela violência, as ações preconizadas pelo Acesso Mais Seguro, se impõe ao profissional se tornar, de certa forma, responsável por sua segurança no trabalho.

Em termos conceituais reconhecemos como limitação a imprecisão da definição do que seja a violência urbana, já que o termo pode ser utilizado para expressar diferentes problemas sociais decorrente da violência armada no âmbito da cidade em seus múltiplos e diversos territórios.

A conjuntura atual do setor saúde, em especial o trabalho dos profissionais que atuam na ESF, tem sido marcada por um desmonte e retrocessos de antemão orquestrada pela Política Nacional de Atenção Básica vigente, com a redução das equipes de ESF, com a flexibilização do quantitativo de ACS por equipe, com a flexibilização da cobertura populacional da ABS por equipe, com a ameaça de extinção do trabalho do NASF, com o retorno ao modelo tradicional de saúde na prestação do cuidado em saúde prioritariamente dentro da UBSe admitindo outras formas de organização da atenção básica nos diferentes territórios.

A atuação dos profissionais da ESF nessa circunstância de trabalho tão adversa e em territórios marcados pela pobreza, pela exclusão social e ainda pela forte presença de atores armados (tráfico x milícia x polícia), cujos territórios são conflagrados pela violência das complexas relações ligadas ao narcotráfico, tornam-se um dos obstáculos para a efetivação de um sistema de saúde integral e de qualidade.

Além desses atravessamentos, as narrativas revelaram que esse cenário da violência urbana impacta direta e indiretamente no processo de trabalho das EqESF, na medida em que cerceia desde o mais básico direito de ir e vir no território, em decorrência das incursões policiais, tiroteios, invasão de facções rivais, como também fere a autonomia e integridade do exercício profissional através da coação a prestação de atendimento a pessoas armadas e a prestação de atendimentos prioritários a pessoas que se dizem parentes e amigos de traficantes.

Apesar desses percalços e enfrentamentos no cotidiano do trabalho, percebemos que os profissionais da ESF desenvolveram habilidades e distintos saberes individuais (pessoais) e institucionais para lidar com os riscos a que estão expostos e criaram modos operantes de enfrentamento desses riscos através de estratégias de manejo de proteção e segurança.

Esse saber manejar os riscos decorre de um referente de vivências anteriores nesse território, tendo o ACS um papel privilegiado na identificação e decodificação dos sinais, o que permite um saber indiciário, que aciona através das observações, das percepções da alteração da dinâmica do território, da mudança de comportamento e da possibilidade de interpretação desses sinais que reunidos dão sentidos para a tomada de decisão diante dos riscos à que os profissionais estão expostos.

Diferentemente dos ACS, os demais profissionais de saúde por não terem a vivência e conhecimento prévio do território construíram suas estratégias para lidarem com os riscos pautados nas experiências dos ACS e necessitam das informações sobre o território através da comunicação entre os membros da equipe.

Para lidarem com os riscos os profissionais contam com informantes-chaves, os próprios ACS, moradores, usuários do serviço de saúde, mototaxis, as outras instituições e equipamentos do território, dentre outros.

As entrevistas evidenciaram que são elementos fundamentais para manejarem os riscos e para adoção de medidas de proteção: a comunicação, a negociação, a tranquilidade, a paciência, a espera prudente e também a utilização dos protocolos orientados pelo Programa AMS e a adoção de comportamentos seguros.

Em todas as narrativas os entrevistados consideraram o AMS uma estratégia de proteção para atuação das EqESF nos territórios, embora limitada, já que as orientações prescritas não são eficazes na sua totalidade.

Essa limitação se dá pela falta de rotina diária de comunicação sobre o território, pela comunicação só ocorrer quando o território apresenta a iminência de algum evento

que possa conflagrar a violência no território, pela forma de comunicação pelo whatsApp entre os profissionais não serem transmitidas à mesma velocidade que está ocorrendo os eventos de violência, pelas divergências dos ACS na identificação e decodificação dos sinais do território, uns banalizando e outros não o fenômeno da violência, pela falta de uniformização de como proceder quando da ocorrência de um evento concreto e em decorrência da própria imprevisibilidade do fenômeno.

Esses descompassos entre o que é prescrito e o que acontece na realidade torna-se um desafio para a gestão local pela necessidade permanente de capacitação e treinamento das equipes, pela identificação das lideranças na UBS que emocionalmente sejam capazes de conduzir os demais profissionais a se manterem seguros e pela criação de instrumentais pautados na experiência do CICV para a organização da saída dos profissionais e fechamento da unidade na iminência da gravidade do evento de violência no território.

Além disso, percebemos que o medo, a insegurança e a própria imprevisibilidade do fenômeno provocam tomadas de decisões individualizadas e que embora todos sejam afetados por essa violência, a categoria ainda mais exposta e desprotegida é a dos ACS que permanecem nesse cenário.

A naturalização e a banalização do fenômeno da violência no território por parte dos profissionais foi algo que nos chamou bastante atenção na medida em que a retrataram como um evento esporádico, com maior frequência e intensidade apenas em determinados períodos, mas também pode ser interpretada como um elemento de proteção psicológica e como mecanismo de defesa para continuar exercendo seu trabalho nesse contexto.

O estudo revelou que a possibilidade e autonomia dos profissionais da ESF na tomada de decisão sobre o funcionamento da UBS têm gerado um sentido de preservação e segurança, o que se traduz na possibilidade do ir e vir (casa e trabalho/ trabalho e casa) dos profissionais na ocorrência do evento de violência e assim poder continuar exercendo seu trabalho no território e, dentro de certo limite, prestando atendimento à saúde a essa população.

O estudo evidenciou que apesar da imprevisibilidade do fenômeno da violência armada no território os profissionais apreenderam dentro do possível a diferenciar os graus de risco à que estão expostos e a tarefa de manejar os riscos tem sido de extrema importância para preservação da vida.

A construção do vínculo e redes de solidariedade com as pessoas e as instituições no território contribuiu para vigilância e monitoramento desses eventos no território, assim como auxiliam na adoção de estratégias de proteção. As narrativas indicam ainda uma

visão complexa do fenômeno, com falas que reconhecem as ambiguidades dos lugares ocupados pelos distintos atores na (re) produção da violência, ora como perpetradores, ora como vítimas, sem maniqueísmos e com muitas falas que revelam a solidariedade entre profissionais e moradores.

Enfim, todos os profissionais, os usuários, os que circulam no território, os operadores das políticas públicas atuantes na localidade são afetados direta ou indiretamente por essa violência e que se impõe um diálogo com os órgãos de Segurança Pública, a mobilização popular, o apoio social, a visibilidade dos grupos de ativismo social e ações intersetoriais no enfrentamento desse fenômeno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, S. **Exclusão socioeconômica e violência Urbana**. Dossiê. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 8, p. 84-135, 2002.

ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. **Território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica**. Saúde e Sociedade. V. 28. N. 1. p. 207-221. 2019.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4ª edição. São Paulo. Editora Cortez, 1997.

ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo e FRIGOTTO, Gaudêncio (orgs.). **A Cidadania Negada: Políticas de Exclusão na Educação e no Trabalho**. São Paulo: Cortez, p. 35-48, 2001.

ANTUNES, R. A explosão do novo proletariado de serviços. In: ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, p. 25-64, 2018.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº 123, p. 407-427, 2015.

AYRES, J. R. C. M. et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde** (online), 2014.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/riscovulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf

BAIERL, L. F. Medo Social: dilemas cotidianos. Ponto-e-vírgula: **Revista de Ciências Sociais PUC-S.P.** nº 3: 138-151, (online), 2008.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Caderno de Saúde Pública**. p. 1-16, 2018.

BARALDI, S. et. al. **Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde**. Trab. educ. saúde, vol.6, nº3, p.539-548, 2008.

BATISTA, C. B. et al. **Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais**. Trab. educ. saúde (Online), vol.9, nº 2, p.295-317, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 27- Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 13.467 de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF, 2017.

BYRON-GOOD, J. La representación narrativa de La enfermedad. In: **Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica**. Edicions Bellaterra, S. L, p. 247-297, 2003.

CAMPOS, C. E. A; COHN, A; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(5). p . 1351-1364, 2016.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**. V.22, n.9, p.1881 -1892, 2006.

CARDOSO, R. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. IN: CARDOSO, R. (org.). **A Aventura antropológica- teoria e pesquisa**. Ed. Paz e Terra. 4ª ed., p.95-105, 2004.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018.

CICV. Para construir um Acesso Mais Seguro. **Guia para profissionais de Saúde**. 1ª edição, Rio de Janeiro, 2013.

COIMBRA, C. Em análise: mídia impressa e produção das classes perigosas. In: **Operação Rio: o mito das classes perigosas; um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Rio de Janeiro. Intertexto, 2001.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública.

Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup.), 1163-1178, 2007.

DAMATTA, R. Trabalho de Campo. In: **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro, 1987.

DAMATTA, R. Espaço, casa, rua e outro mundo: o caso do Brasil. In: **A casa & A Rua-Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil**. 5 ed. R.J, p. 19-45, 1997.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira. 6ªed. São Paulo: Cortez, 2015.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **Revista O Social em Questão** - Ano XV - nº 28 – p. 187-188, 2012.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. <http://books.scielo.org/id/r7pjf/epub/deslandes-9788575415283.epub>.

DOMENACH, J. M. La violência. In: **La violencia y SUS causas**. La Editorial de La UNESCO, 1981. pdf

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, p.37-57, 2011.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde soc.**, vol.19, nº.2, p.429-439, 2010.

FERREIRA, I. C. B; PENNA, N. A. **Território da violência: um olhar geográfico sobre a violência urbana**. GEOUSP- Espaço e Tempo. São Paulo, nº 18. p. 155-168, 2005.

FERTONANI, et. al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, 20(6), p. 1869-1878, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>

FILGUEIRAS, V. A; LIMA, U. M.; SOUZA, I. F. Os impactos jurídicos, econômicos e sociais das reformas trabalhistas. **Cad. CRH**, vol. 32, nº 86, 2019. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30731>

FRIEDRICH, D. B. de C.; PIERANTON, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(1):83-97, 2006.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, Emblemas, Sinais – Morfologia e história**. Tradução: Federico Carotti. Companhia das Letras. São Paulo. p.143-180, 1989.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Caderno Saúde Pública**, 2018.

GOMEZ-MINAYO, C. Violência no trabalho. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G. (org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira no campo da saúde.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2017.

GONÇALVES, H. C. B, QUEIROZ, M. R; DELGADO, G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17-23, 2017. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>

GONÇALVES, R. S. Favelas cariocas, acesso a direitos e políticas urbanas: práticas e discursos. In: BIRMAN, P. (org.). **Dispositivos urbanos e a trama dos viventes: ordens e resistências.** Rio de Janeiro. Editora FGV, p. 141-161, 2015.

HIRATA, D. V.; GRILLO, C. C. Sintonia e amizade entre patrões e donos do morro. Perspectivas comparativas entre o comércio varejista de drogas em São Paulo e no Rio de Janeiro. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*. V. 29. N. 2. P.75-98. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010.** Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro. IBGE. 2011.

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf . Acesso em 02 de dezembro de 2018.

JEOLÁS, L. S. O diálogo interdisciplinar na abordagem dos riscos: limites e possibilidades. **Saúde e Soc.** São Paulo, V.19, n.1, p.9-21, 2010.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Bauer, M. We Gaskell, G. (editores); tradução de Pedrinho A. Guareschi.- Petrópolis, RJ : Vozes, 2002.

KANT DE LIMA, R. A administração dos conflitos no Brasil: a lógica da punição. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (org.). **Cidadania e violência.** Rio de Janeiro. Editora UFRJ/FGV, 1996.

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

LABOV, W. **Alguns passos iniciais na análise da narrativa.** Tradução Waldemar Ferreira Netto, 1997.

https://www.academia.edu/4598767/LABOV_William._Alguns_passos_iniciais_na_an%C3%A1lise_da_narrativa .Acesso em 24/01/2019.

LABOV, W. **Oral narratives of personal experience.** To appear in the Cambridge Encyclopedia of the Language Sciences, 1967.

https://pt.scribd.com/search?content_type=tops&page=1&query=Labov%2C%20william%20Oral%20narratives%20of%20personal%20experience&language=0.

Acessado em 24/01/2019.

LACAZ, F. A. de C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. saúde coletiva,**

vol.5, nº.1, p.151-161, 2000.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência no trabalho na saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, 43(4): p. 682-688, 2009.

LE BETRON, D. Aqueles que vão para o mar. O risco e o mar. Tradução: Patricia Chittoni Ramos Reuillard. **Revista Bras. de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 28. Nº 3, p.9-19, 2007.

LOPES, M. C. R. **Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea**. Trab. educ. saúde, vol.7, nº.1, p.91-113, 2009.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.** 7(1):61-66,2003.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.18, nº 6, p.1667-1676, 2013.

MARX, K. O Capital: crítica da economia política. Livro 1: **O processo de produção do capital**. Volume 1. 10ª ed. DIFEL, 1986.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã (I- Feuerbach)**. 6ª edição. São Paulo. Editora HUCITEC. p.16-77, 1987.

MARX, K.; ENGELS, F. **O Manifesto Comunista**. Tradução Maria Lucia Como. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1996 (coleção Leitura).

MENEZES, P. V. Monitorar, negociar e confrontar. As (re) definições na gestão dos ilegalismos em favelas “pacificadas”. Tempo Social. **Revista de Sociologia da USP**. V. 30. N. 3. p.191-216. 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª edição. São Paulo. HUCITEC. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC. 14ª ed. 2014.

MINAYO, M. C. S.(org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, R.J: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos de investigação na atualidade. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento epistemológico e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira no campo da saúde**. Rio de Janeiro.

Editora Fiocruz, 2017.

MINAYO, M. C. S.; GUERREIRO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, 19 (4), p. 1103-1112, 2014.

MOLINOS, B. G et al. **Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia brasileira**. *Cogitare Enfermagem*, 17(2): p. 239-247, 2012.

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, 2018.

MUYLAERT et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. p.193-199. 2014. www.scielo.br/eeusp

O'Dwyer, G et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24 (12): 4555- 4567, 2019.

OLIVEIRA, M. G.M.; QUINTANEIRO, T. Capítulo 1. Karl, Marx. In: QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; OLIVEIRA, Márcia Gardênia de. Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e weber. 2ª ed. **Rev. e ampl. Belo Horizonte**, M.G: Ed. UFMG, p. 27-65, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Geneva: OMS, 2002.

PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima - 2. ed. **Rev. ampl.** - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERES, M. F. T.; RUOTTI, C. Violência urbana e Saúde. **Revista USP**. São Paulo. Nº 107. p. 65-78, 2015.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. **Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família**. *Texto Contexto-Enfermagem*, 22(4): p. 935-942, 2013.

RAMOS, S. **Violência e polícia: três décadas de políticas de segurança no Rio de Janeiro**. *Boletim Segurança e Cidadania*. Março, 2016.

RODRIGUES, M. B. Trajetórias de vida e de trabalho flexíveis: o processo de trabalho pós-Braverman. **Cad. EBAPE**. BR, vol.12, no.4, p.770-788, 2014.

RODRIGUEZ, A et. al. Olhares sobre a favela: intervenção junto à Escola de Fotógrafos Populares da Maré. **Revista Psicologia: Teoria e Prática** (online), 15(3), 107-117. São Paulo, 2013.

RIBEIRO et. al. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446 mar- abr, 2004.

RIESSMAN, C. K. Analysis of personal narratives. In: GUBRIUM, F. J and HOSTEIN, J. A (edited). **Hand book of Interviewing**, Sage Publications, 2001.

RIESSMAN, C. K. **Narrative analysis**. Qualitative research volume 30. SAGE Publications, 1993.

RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens 2011. **Interface Comunic. Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.377-389, 2011.

SÁ, T. “**Precariedade**” e “**trabalho precário**”: consequências sociais da precarização laboral. *Configurações*, 7, 2012.

SADER, E.; GENTILI, P. (org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.23, n.3, pp.861-870, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. In: **Cadernos IPPUR**. R. J. Ano XIII. N. 02. p.15-26.1999.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M.; BECKER, B. K. **Território, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. Lamparina. 3 ed., R. J. p. 13 a 21, 2007.

SAWAYA, A. L.; ALBUQUERQUE, M. P.; DOMENE, S. M. A. **Violência em favelas e Saúde**. Estudos Avançados. 32(93). 2018. DOI: 10.5935/0103-4014.20180041

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.

SHIMIZU, H. E.; JUNIOR, D. A. de C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(9): p. 2405-2114, 2012.

SOARES, G. B et. al. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS?. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.07, Nº.02, p. 828-50, 2016. <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22057>

SORATTO, J.; PIRES, D. E .P. P.; TRINDADE, L. L.: OLIVEIRA, J. J. A.; FORTE, E. C. N.; MELO, T. P. **Insatisfação no trabalho de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família**. *Texto Contexto Enferm*, 26, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>

SOUZA, B (org.). **Globalização nas ciências sociais**. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

SOUZA e SILVA, J. Um espaço em busca de seu lugar: as favelas para além dos esteriótipos. In: SANTOS, M. BECKER, B. K. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Lamparina. 3 ed.. R. J. p. 209-230, 2007.

SOUZA e SILVA, J. Adeus “Cidade partida”. In: **Observatório de Favelas**, 2013.
http://observatoriodefavelas.org.br/wp-content/uploads/2013/06/Adeus-Cidade-Partida_Por-Jailson-de-Souza-e-Silva.pdf

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2007.

TEIXEIRA, F.; JUNQUEIRA, F. Casa Civil confirma corte de 200 equipes de médicos da Família no Rio. Rio de Janeiro, **Jornal Extra**, 26/10/2018.

VELLOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. **Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência**. Acta Paulista de Enfermagem, 24(4): p. 466-471, 2011.

WACQUANT, L. Do Estado Previdência ao estado Penitência: realidade norte-americanas, possibilidades européias. In: **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro, Zahar, p.77-152, 1999.

WIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (Sup.): p. 1147-1153, 2007.

WILLADINO, R.; NASCIMENTO, R .C.; SOUZA e SILVA, J. **Novas configurações das redes criminosas após a implantação das UPPs**. Rio de Janeiro. Observatório de Favelas, 2018.

ZALUAR, A. Teoria e prática do trabalho de campo: alguns problemas. IN: CARDOSO, R. (org.). **A Aventura antropológica- teoria e pesquisa**. Ed. Paz e Terra. 4ª ed., p. 107-125,2004.

ANEXO 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº _____

Data: ____/____/____

1. Dados de Identificação

Idade:

Escolaridade:

Profissão/ocupação:

Tempo de formação:

Tempo de atuação na UBS:

Se residente no território, tempo de moradia:

2. Sobre a violência do território no processo de trabalho

- 2.1. Você pode contar alguma história de uma situação de violência vivida por você ou por algum colega nos territórios atendidos por sua ESF?
- 2.2. A violência que ocorre no território atendido afeta o seu trabalho nessa UBS? Você pode contar alguma história que exemplifique?
- 2.3. Você usa alguma estratégia para lidar com a violência que ocorre no território em que trabalha?
- 2.4. Você pode contar alguma história de algo acontecido com você ou com algum colega que exemplifique a maneira como você e seus colegas lidam com essas situações? (explorar manejo de risco e estratégias de proteção)
- 2.5. E quais são as estratégias para lidar com a violência urbana e social no território adotadas pela UBS? (explorar as concepções e experiências do Programa Acesso Mais Seguro)
- 2.6. O que você acha dessas estratégias? Como pensa que os profissionais e a gestão deveriam atuar nessas questões?
- 2.7. A violência afeta o usuário no seu cuidado à saúde? Você pode contar alguma história que exemplifique?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISA: Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “**Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos**”, desenvolvida por Verônica Simões Silveira Busch, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação de Suely Ferreira Deslandes, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ.

Este estudo tem o objetivo principal compreender como o fenômeno da violência urbana tem afetado o trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município do Rio de Janeiro e analisar as iniciativas adotadas para lidar com os riscos da violência no contexto do trabalho.

O convite para a sua participação se dá pelo fato de atuar na Estratégia de Saúde da Família e lidar no cotidiano do trabalho em contexto de violência no território.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista individual, em que você responderá perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do estudo. As questões que serão abordadas se referem aos desafios que a violência urbana impõe ao seu processo de trabalho. As entrevistas serão agendadas em local de melhor conveniência para você, de forma que seja um ambiente reservado que ofereça privacidade e sigilo. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

A gravação da entrevista ocorrerá somente se houver autorização da participante. Após, as suas informações gravadas serão transcritas por mim, de maneira a resguardar a privacidade dos dados. Posteriormente, essas informações oriundas de transcrições e/ou anotações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

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 do estudo. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir de participar do estudo. Você não será

remunerado e nem não pagará por participar da pesquisa, tendo em vista que a sua colaboração no estudo não acarretará em custos para você.

Ressalta-se que você não terá nenhuma despesa ao participar desta pesquisa, não sendo necessário o seu deslocamento para a realização da entrevista. Caberá a pesquisadora se locomover e ir ao seu encontro para proceder com a entrevista, independentemente do município do Estado do Rio de Janeiro em que você se localize.

As despesas com a pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora principal. Você também não terá gastos com alimentação, pois o tempo de entrevista não será extenso, será de por volta 60 minutos.

Os assuntos discutidos na entrevista podem causar desconforto e podem aflorar emoções em decorrência do relato da violência vivida no processo de trabalho. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e se você achar necessário poderei fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental.

É importante, nesse sentido, afirmar que a Resolução nº 510/2016 do CNS assegura a todos participantes o direito a assistência e a indenização de quaisquer danos decorrente da pesquisa, sejam aqueles previstos ou não neste termo. Assim, caso você vier a sofrer qualquer forma de dano consequente de sua participação nesta pesquisa, você será indenizada nos termos da Lei, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução 510/2016.

Apesar de todos os esforços, conforme Resolução nº 466/12 do CNS toda a pesquisa pode ocorrer o risco de quebra de confidencialidade, ainda que involuntária e não intencional, comunico ainda que serão tomadas as seguintes medidas e procedimentos para resguardar a sua confidencialidade e a privacidade das informações prestadas na entrevista:

- 1) Apenas a pesquisadora do projeto e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados;
- 2) Os dados da entrevista individual (transcrição da gravação e/ou anotações) também serão mantidos em sigilo sob responsabilidade da pesquisadora e da orientadora;
- 3) Havendo permissão para gravação do áudio da entrevista, nas transcrições você será identificada através de uma sigla e código numérico;
- 4) Caso você não autorize a gravação da entrevista, nos registros e anotações você também será identificada por meio de sigla para nomeação da sua categoria profissional acrescida de um código numérico;
- 5) A pesquisadora não fará uso destas informações para outras finalidades;
- 6) Quaisquer dados que possam identificar você mesmo, que indiretamente, serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

Após a realização das entrevistas o material coletado será armazenado em arquivo

digital, em que somente a pesquisadora e orientadora terão acesso, comprometendo-se a salvar e respeitar o seu anonimato.

Após a finalização desta pesquisa, todo o material coletado será mantido em arquivo digital, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os benefícios da sua colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a geração de subsídios a gestão para pensar em ações integradas de práticas protetivas no exercício do trabalho das equipes da ESF, de modo a que todos os profissionais da ESF sejam beneficiados.

Os resultados serão apresentados aos participantes e demais interessados em reunião convocadas para discussão sobre o trabalho final, bem como em relatórios individuais para os entrevistados e artigos científicos.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.

Este termo será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deste Termo deverão ser rubricadas por você, participante da entrevista individual, e pela pesquisadora, com ambas as assinaturas apostas na última página.

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. Seguem os contatos do Comitê:

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863;

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.enso.fiocruz.br/etica>;

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Contato da pesquisadora responsável:

Sinta-se à vontade para entrar em contato comigo a qualquer momento, pelos meios descritos abaixo:

Verônica Simões Silveira Busch (mestranda em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 998999435 /E-mail: yssbusch04@gmail.com

Local: _____

Data: _____

Verônica Simões Silveira Busch

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada:

“Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista
 Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome completo do participante: _____