



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Andrea Nazaré Rezende Lemos

Dimensões da violência armada no cotidiano do cuidado da Atenção Primária à Saúde

Rio de Janeiro

2021

Andrea Nazaré Rezende Lemos

Dimensões da violência armada no cotidiano do cuidado da Atenção Primária à Saúde

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 a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cláudia de Brito.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Dimensions of armed violence in the daily life of Primary Health Care.

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

L557d Lemos, Andrea Nazaré Rezende.
Dimensões da violência armada no cotidiano do cuidado da
Atenção Primária à Saúde / Andrea Nazaré Rezende Lemos. -- 2021.
101 f.

Orientadora: Cláudia de Brito.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Violência. 2. Violência com Arma de Fogo. 3. Violência no
Trabalho. 4. Pessoal de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 303.6

Andrea Nazaré Rezende Lemos

Dimensões da violência armada no cotidiano do cuidado da Atenção Primária à Saúde

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

Aprovada em: 22 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Márcia Silveira Ney

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social

Prof.^a Dr.^a Dra. Cristiane Andrade Batista

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Dra. Cláudia de Brito (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

*Dedico esse trabalho aos meus pais José Antônio e Iraneti,
ao meu marido Mauro Jorge e a todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde,
especialmente os do serviço de Atenção Primária à Saúde.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ouvir minhas orações a pedir por força e coragem para prosseguir e vencer as adversidades.

Agradeço a minha mãe Iraneti e meu pai José Antônio pelo apoio e incentivo de sempre e pela compreensão da ausência necessária durante o mestrado.

Agradeço ao meu melhor amigo, aquele que sempre acreditou em mim e que esteve ao meu lado em todas as dificuldades nesse percurso, meu marido Mauro Jorge.

Agradeço a minha orientadora Cláudia de Brito que com sua experiência me conduziu durante o mestrado e me abriu novos horizontes para a vida.

Agradeço a todas as professoras e professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca onde muito aprendi, em especial à Cristiane Batista Andrade e Maria Helena Mendonça.

Agradeço a Professora Márcia Silveira Ney por participar e contribuir com as bancas de qualificação e defesa desta pesquisa.

Agradeço a Subsecretária de Saúde de Duque de Caxias e amiga Flávia Alves da Costa pelo incentivo e a todos os meus amigos e colegas de trabalho que colaboraram para que tudo isso fosse possível.

Agradeço aos profissionais de saúde pela generosidade em compartilhar comigo tantas experiências! Posso dizer que fui transformada pelas reflexões que me trouxeram e, por onde for, levo esse aprendizado.

Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser modificadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença.

NELSON MANDELA, 2002.

RESUMO

A violência se converteu em um problema de Saúde Pública devido à sua condição endêmica com alto número de vítimas e suas consequências físicas e emocionais nos indivíduos. O serviço de Atenção Primária, porta de entrada do sistema de saúde, está disponível em locais mais próximos da população, inclusive naqueles territórios com maior risco social. Esse estudo objetivou analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência relacionada ao trabalho, em especial a violência armada, e suas consequências para o cuidado em saúde. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e entrevista com 13 profissionais de saúde de uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família do município de Duque de Caxias/Rio de Janeiro. A análise foi baseada na narrativa fenomenológica e as categorias foram: violência armada no trabalho; outras violências no trabalho; violência armada no cuidado; apoio para lidar com violência armada no trabalho; estratégias para mitigar o risco de violência armada; banalização da violência armada. A pesquisa concluiu que os trabalhadores se sentem muito vulneráveis em atuar no território de violência armada por sua forma imprevisível, não sabendo como agir em situações de confronto e roubos. Foi observada uma diferença no reconhecimento dos sinais de violência armada e nas formas de lidar com ela entre quem mora e trabalha em área de tráfico de drogas e aqueles que apenas trabalham em área de violência. Adicionalmente, percebem como violência a precariedade do emprego e a falta de condições de trabalho que promove ausência de reconhecimento, desassistência e aumento de risco de agressões e represálias pela população. Os trabalhadores relatam sentimento de medo, impotência e desesperança e falta de apoio por parte da gestão municipal. Esses profissionais não banalizam a violência armada, mas usam o autoengano - ou não refletir sobre a realidade - como estratégias para continuar trabalhando e vivendo, diferentemente do que acreditam os profissionais não moradores e a sociedade em geral. Um cotidiano de trabalho precário, mediante ameaças, medo de perder o emprego, falta de reconhecimento do superior, aliado ao risco de morte pela violência armada traz sofrimento intenso para o profissional de saúde e afeta sua vida e o cuidado prestado por ele.

Palavras-chave: Violência; Violência com Arma de Fogo; Violência no Trabalho; Profissional de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Violence has become a public health problem due to its endemic condition with a high number of victims and its physical and emotional consequences on individuals. The Primary Care service the gateway to the health system is available in places closer to the population, including those territories with higher social risk. This study aimed to analyze the perception of health professionals about work-related violence, especially armed violence, and its consequences for health care. This was a qualitative research and interview with 13 health professionals from a Family Health Strategy Unit in the municipality of Duque de Caxias/Rio de Janeiro. The analysis was based on the phenomenological narrative and the categories were: armed violence at work; other violence at work; armed violence in care; support to deal with armed violence at work; strategies to mitigate the risk of armed violence; trivialization of armed violence. The research concluded that workers feel very vulnerable to act in the territory of armed violence because of their unpredictable form, not knowing how to act in situations of confrontation and theft. A difference was observed in the recognition of signs of armed violence and in the ways of dealing with it between those who live and work in the area of drug trafficking and those who only work in the area of violence. Additionally, they perceive as violence the precariousness of employment and the lack of working conditions that promotes lack of recognition, lack of assistance and increased risk of aggression and reprisals by the population. The workers report a feeling of fear, impotence and hopelessness and lack of support from municipal management. These professionals do not trivialize armed violence, but use self-deception - or not reflect about the reality - as strategies to continue working and living, differently from what non-residents professionals believe and society in general. A precarious daily work, through threats, fear of losing his job, lack of recognition of the superior, allied to the risk of death by armed violence brings intense suffering to the health professional and affects his life and the care provided by him.

Keywords: Violence; Firearm Violence; Workplace Violence; Health Professional; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Acesso Mais Seguro
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ISP	Instituto de Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
NM	Nível médio
NS	Nível superior
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVOS	18
2.1.	OBJETIVO GERAL	18
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3.	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA DA VIOLÊNCIA	19
3.1.	VIOLÊNCIA.....	19
3.1.1.	Concepções da Violência	19
3.1.2.	Tipologia e natureza da violência	21
3.1.3.	As diferentes terminologias da violência por arma de fogo	22
3.1.4.	Violência armada	23
3.2.	CUIDADO EM SAÚDE	24
3.3.	CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA ARMADA NA VIDA E NO TRABALHO	26
4.	MÉTODO	29
4.1.	TIPO DE ESTUDO	29
4.2.	LOCAL DO ESTUDO	29
4.3.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
4.4.	PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	31
4.5.	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
4.6.	ANÁLISE	33

4.6.1.	Violência armada no trabalho	33
4.6.2.	Outras violências no trabalho	33
4.6.3.	Violência armada no cuidado	34
4.6.4.	Violência armada na vida pessoal	34
4.6.5.	Apoio para lidar com violência armada no trabalho	34
4.6.6.	Estratégias para mitigar o risco de violência armada	34
4.6.7.	Banalização da violência armada	34
4.7.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
5.	RESULTADOS	36
5.1.	CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS	36
5.2.	VIOLÊNCIA ARMADA NO TRABALHO	37
5.2.1.	Expressões da violência armada	37
5.2.2.	Imprevisibilidade da violência armada gerando sentimento de vulnerabilidade	40
5.2.3.	Dificuldade de saber como lidar com a violência armada	40
5.2.4.	Como os profissionais de saúde se sentem mais protegidos em território de violência armada	43
5.2.5.	Diferenças de violência armada em função da unidade de Saúde da Família estar dentro ou fora do tráfico	46
5.2.6.	Pacientes que ameaçam, pacientes que protegem	47
5.2.6.1	Pacientes que ameaçam	48
5.2.6.2	Pacientes que protegem	52
5.2.7.	Quando a história de vida do profissional de saúde aumenta a dificuldade de trabalhar em local de violência armada	53

5.2.8.	Profissionais de saúde com contexto de violência armada na vida particular	54
5.3.	OUTRAS VIOLÊNCIAS NO TRABALHO	56
5.3.1.	Agressões físicas e verbais	56
5.3.2.	Assédio sexual	59
5.3.3.	Assédio moral	59
5.3.4.	Falta de estrutura, recursos materiais e humanos como mais uma violência para os profissionais de saúde	62
5.3.5.	Vandalismo	65
5.3.6.	Precariedade do vínculo empregatício e violação dos direitos trabalhistas	66
5.4.	VIOLÊNCIA ARMADA NO CUIDADO	70
5.5.	VIOLÊNCIA ARMADA NA VIDA PESSOAL	75
5.6.	APOIO PARA LIDAR COM VIOLÊNCIA ARMADA NO TRABALHO	77
5.7.	ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O RISCO DE VIOLÊNCIA ARMADA	80
5.8.	BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA ARMADA	80
6.	DISCUSSÃO	83
6.1.	VIOLÊNCIA ARMADA	83
6.2.	VIOLÊNCIA ARMADA NO CUIDADO	87
6.3.	OUTRAS VIOLÊNCIAS NO TRABALHO	88
6.4.	APOIO PARA LIDAR COM A VIOLÊNCIA ARMADA NO TRABALHO	89
6.5.	BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA ARMADA	90
6.6.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	90

7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	100

1. INTRODUÇÃO

A violência ocupa a quarta causa de morte no mundo e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passou a considerá-la como um problema de Saúde Pública em muitos países, dada à condição endêmica que assumiu, quantidade de vítimas e impacto de suas consequências nos aspectos físico e emocional dos indivíduos (OPAS, 1994).

Em documento publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no ano de 2007, a violência não é considerada como um fenômeno natural, mas decorrente da desigualdade gerada pelo capitalismo na civilização ocidental e que se difunde globalmente. Nessa perspectiva, naturalizar a violência seria regredir às teses de biotipologia para o crime, aceitando estratégias e adquirindo bens e serviços de proteção inadequados e que podem gerar mais violência, embrutecendo as pessoas e recrudescendo os ânimos (CONASS, 2007). Portanto, a violência é um dos fenômenos que acompanham as relações societárias no decurso de seu desenvolvimento e apresenta distintas nuances e interpretações e suas características na sociedade dependerão do contexto histórico e das circunstâncias econômicas, culturais, sociais e políticas (MINAYO, 2009).

A violência enquanto processo de interação social, também está presente nos ambientes de trabalho, sendo entendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como efeito de numerosos elementos, como: a condição em que é exercida, sua organização e a interrelação existente, e todos podendo contribuir para produzir violência (KRUG *et al.*, 2002). Sendo assim, a violência é uma questão sociopolítica que impacta também os serviços de saúde, tanto materialmente em sua organização e seus custos, quanto em relação aos profissionais que ora são vítimas da violência que adentra os espaços de serviços, ora são atores que cooperam para agravar ou superar suas manifestações (MINAYO, 2009).

A OPAS afirma que o resultado da violência repercute no setor Saúde que recebe as vítimas nos serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social, fazendo com que os profissionais de saúde sejam testemunhas importantes das consequências da violência na saúde das pessoas, bem como seja afetada por ela (OPAS, 1994). Portanto, a violência no trabalho pode ser considerada como um problema de saúde pública com o potencial de provocar adoecimento do profissional que reprime seus efeitos (CORDENUZZI, 2011).

Phebo & Moura (2005) corroboram o ponto de vista da OPAS, declarando que os profissionais de saúde necessitam de atenção e habilidade para lidar com o fenômeno da violência, além de recursos e suporte para seu enfrentamento.

Minayo *et al.* (2016) afirma que a violência não apenas causa mortes, lesões e traumas, mas impacta na saúde individual e coletiva reduzindo a qualidade de vida. Para a autora, a violência se tornou um desafio posto aos serviços de saúde sendo fundamental uma atuação interdisciplinar e intersetorial com o comprometimento da sociedade (MINAYO *et al.*, 2016).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como a Estratégia Saúde da Família (ESF), têm como premissa básica o cuidado das pessoas, das famílias e dos territórios, exigindo contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida, incluindo atendimentos em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários. Por ser a porta de entrada preferencial do sistema, existem em maior quantidade no território e estão disponíveis em locais mais próximos da população, inclusive aqueles com maior risco social, quando comparado aos serviços da atenção secundária e terciária (OLIVEIRA & PEREIRA, 2013). Essas características provocam o aumento da vulnerabilidade do trabalhador (JÚNIOR & DIAS, 2004), sobretudo em locais de alta incidência de violência armada.

Essa dissertação se propôs a estudar as violências presentes no cotidiano dos profissionais de saúde da ESF, em especial a violência armada, que é o termo adotado nesse estudo por ter sido estabelecido recentemente pela Organização Mundial da Saúde e se caracterizar como violência que envolve o uso de armas, com o intuito de causar lesões, morte ou mesmo dano psicológico. (OMS, 2015)

Assim, esse conceito de violência armada não considera apenas o fator morte, mas toda uma gama de consequências que impactam diretamente no desenvolvimento de uma sociedade, como, por exemplo, as lesões físicas e os agravos psicológicos que provocam incapacidade para a vida produtiva e social. Ainda que não haja concepção singular de violência armada, ela é classificada no tipo de violência estrutural, pois diz respeito a qualquer esfera da estrutura social que perpetua a desigualdade, promovendo impacto negativo em determinados grupos e comunidades (MINAYO, 2009).

O intuito do presente estudo foi identificar mudanças no cuidado prestado e interferências na vida e saúde dos profissionais de saúde que atuam em territórios com presença de grupos armados e mais predispostos à exposição de situações de violência armada.

A violência armada no cotidiano dos serviços de saúde pode favorecer a “banalização” da violência e o embotamento da capacidade de reflexão sobre as repercussões na vida

laborativa, emocional e social. O termo banalização da violência nesta dissertação não é entendido como sinônimo de algo “natural”, “trivial” ou como se as pessoas que sofrem seus efeitos não a reconhecessem como um grave problema. Ao invés disso, está posto como algo danoso sobre o qual aqueles que a sofrem têm o sentimento de impotência sobre sua resolução só lhe restando, então, como um mecanismo de autodefesa, “dar-lhe menos importância”. O conceito de cotidiano é estudado por diversos autores, e em destaque por Lefebvre (1991), como um espaço essencial para a reprodução do capitalismo, visto que a alienação atinge os aspectos mais concretos da vida. E nesse sentido, o termo não está apresentado de forma displicente, mas para enunciar a concordância com aqueles que se recusam a ver a vida cotidiana como algo trivial ou inconsequente. Contudo, ele não será uma categoria de análise no presente trabalho, pois envolveria outros aprofundamentos teóricos inviáveis no período do mestrado.

Esta pesquisa foi realizada em uma localidade do município de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro, que, além de ser o meu local de trabalho, possui uma disparidade de índices com alto percentual de pobreza (IBGE, 2010) e de vulnerabilidade social (CONASEMS, 2019), mesmo que seja economicamente produtivo. Além disso, a existência de serviços de ESF em localidades com atividade de tráfico de drogas e constantes incidentes de tiroteio, furtos e roubos, torna imprescindível estudar as consequências da violência armada para o cuidado de saúde e para os profissionais que atuam nos locais de maior vulnerabilidade. É importante trazer à tona os efeitos provocados na rotina dessa prática e no cotidiano dos profissionais que acessam e atuam diariamente o território com presença de atores armados e confrontos súbitos.

Minha inquietação com o tema – violência armada - surgiu quando iniciei o trabalho em uma equipe de Saúde da Família (eSF) de Duque de Caxias, município do Rio de Janeiro. Durante seis anos pude testemunhar as implicações da violência armada para os moradores e duas eSF que atuavam no território. A violência afetava o pleno funcionamento do serviço com o cumprimento das atividades planejadas para o processo de trabalho e o cotidiano dos profissionais e moradores. Percebi as repercussões da violência armada quando adentrava as casas e as vidas das pessoas, enquanto vivenciava a insegurança e o medo de me movimentar em um território com presença massiva de atores armados e onde qualquer incidente era passível de acontecer a qualquer momento. Havia várias questões que me consumiam: por que o governo não faz nada de efetivo para proteger essa população em vulnerabilidade? Como ir para casa e se pacificar sabendo que colegas e pacientes viviam nessa situação de intranquilidade? Como “fazer saúde” em um ambiente de insegurança, risco de morte e

sofrimento emocional por conta da violência armada? Como gerenciar sua própria saúde nessa situação? Por que não há uma preocupação em criar serviços de saúde do trabalhador que acolham esses profissionais?

Mesmo após ter deixado a Unidade de Saúde da Família para integrar uma equipe em outro local com realidade diversa, essa experiência continuou gravada em minha memória. Em 2017, quando fui trabalhar na gestão do Departamento de Atenção Primária, pude aprofundar angústias e realidade de trabalho nos seus territórios de colegas das eSF e percebi a necessidade de compreender todas aquelas questões e a maneira como cada um vivencia e percebe a violência armada e como isso afeta a vida cotidiana. Como o “bicho” contido na garganta de Lia, que representava tudo aquilo que a mobilizava e a angustiava desde sua fase como estudante de medicina e pôde ser externado através da escrita (FROTA, 2015), o sentimento latente dentro de mim emergiu com todas as forças. Era impossível continuar alheia ao barulho que os “meus grilos” faziam em minha cabeça e, como a Lia, senti que precisava colocar para fora tudo aquilo que me incomodava.

Outro elemento a ser considerado é o cenário sociopolítico mais recente e as orientações governamentais do Estado do Rio de Janeiro e do Governo Federal que defendem o modelo de segurança pública baseado no combate ostensivo com operações policiais, além do incentivo ao armamento individual, repercutindo na insegurança da população, enquanto a escalada da violência é alarmante. A segurança pública vem sendo tratada de forma beligerante e como “prioridade circunstancial” (MUNIZ & ALMEIDA, 2018). O incentivo governamental das incursões policiais e tiroteios no curso das operações aumentam os episódios de violência e a sua banalização, aumentando o risco tanto para população assistida quanto para trabalhadores de saúde atuantes nesse cenário.

De acordo com Muniz e Almeida (2018), a inércia do estado perante a segurança pública com negligência às ações de investigação e planejamento promove a instabilidade da população exposta às sucessivas ameaças. Esse fato pode provocar uma percepção de vulnerabilidade diante do perigo iminente e fazer acreditar que a solução para sua proteção é o porte de armas de fogo para defesa própria e de outrem ou no engodo da proteção que “erige a violência como contrapartida e o terror como horizonte” (MUNIZ & ALMEIDA, 2018). A consequência é ficar em posição desfavorável em relação àquele que realiza uma abordagem com a disposição de matar ou morrer ou tornar-se refém daquele que elegeu seu protetor que engendra ameaças incessantes para vender proteção (MUNIZ & ALMEIDA, 2018).

O fato é que tanto no âmbito federal como estadual, a política de segurança pública atual é o incentivo da violência, por meio da dupla estratégia: aumento ostensivo do confronto armado, sobretudo em locais de maior vulnerabilidade social, como os territórios de APS, e estímulo à autodefesa com o municiação por armas pela população em geral, como medida protetiva. Ainda que essas propostas estejam na contramão do conhecimento vigente sobre o controle da violência e de propostas eficazes na área de segurança pública (CERQUEIRA *et al.*, 2019), a política adotada tende a agravar o tema objeto dessa dissertação.

A relevância desse projeto também se revela pela ESF ser uma modalidade do cuidado que tem como pilar o vínculo estreito com a comunidade, reconhecendo a realidade e as necessidades que se consolidam no território e a violência armada se expressa nesses locais de formas diversas, tais como: na luta pelo controle do território, em confrontos com forças policiais, pelo uso ostensível de armas de fogo, por sinais no território como barricadas e postos de vigilância, dentre outras.

Assim, novos estudos sobre as consequências da violência armada para o cuidado em saúde podem promover uma maior compreensão do fenômeno e reconhecimento do sofrimento que ela gera na vida dos trabalhadores e na desassistência dos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a violência relacionada ao trabalho, em especial a violência armada, e suas consequências para o cuidado em saúde.

2.2. ESPECÍFICOS

- Descrever como o profissional de saúde percebe a violência armada;
- Descrever os tipos de violência vivenciados pelos profissionais de saúde;
- Analisar como a violência armada interfere na vida dos profissionais de saúde e no cuidado em saúde.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA DA VIOLÊNCIA

3.1. VIOLÊNCIA

3.1.1. Concepções da Violência

A violência apresenta interface com uma pluralidade temática podendo ser considerado um conceito multifacetado, complexo e que atinge desta forma diversificadas áreas. É um fenômeno arraigado e assentado nas estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas e cuja complexidade provoca impacto nos campos filosófico, antropológico e psicológico (PINO, 2007). Além disso, tem associação com o modo de organização da sociedade, como ela constrói seus valores e normas de conduta e a distribuição dos seus bens e serviços, com sua conjuntura sociodemográfica e os indicadores de desigualdade social (WACQUANT, 2001).

Em relação às consequências do mundo capitalista, Lukács (2012) e Young (2002) trazem reflexões sobre o consumismo exagerado que “coisifica” o homem e o transforma em escravo do capital proporcionando sofrimento. O ser humano apresenta mais valor pelo que tem do que pelo que representa na sociedade, promovendo exclusão e violência. Sendo assim, o desenvolvimento da sociedade, a partir das atividades econômicas ou “modo de produção” como o entendimento materialista do marxismo, produz uma influência direta nos fenômenos sociais.

Existem correntes formadas por figuras de direita e de esquerda como Wright Mills, Weber, Mao Tse Tung e Bertrand de Jouvenel, que consideram a associação do poder com a violência acreditando que o detentor do poder tem o controle de atuar no impulso da violência, provocando sua mobilização na sociedade. De outra forma, para Hannah Arendt a violência é divergente do poder e sua desagregação é que conceberá a violência (ARENDR, 1970).

Foucault (1988), em sua metáfora dos “vasos capilares”, esclarece que o sujeito pode transitar entre os vasos, seja sendo submetido ao poder, seja exercitando seus poderes, passando da posição de oprimido (objeto do poder) à situação de opressor. Nesse aspecto, esse movimento do indivíduo pode determinar sua interação com sociedade e as instituições de acordo com sua submissão ou reação de resistência ao poder instituído.

No tocante à posição de poder do sujeito, Bourdieu (1997) apresenta a concepção de ordem simbólica que compreende a imposição arbitrária dos grupos dominantes e aqueles que não se associam com sua manutenção são reprimidos ou excluídos. Para ele, há uma violência simbólica exercida nas relações sociais que é uma forma de violência dissimulada que consiste na utilização de meios invisíveis como pensamentos, sentimentos e imagens e que promovem a manutenção ou defesa do *status quo* para a continuidade da ordem simbólica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, declara que violência pode ser referida de diversas maneiras, métodos e meios de aniquilamento ou de coação direta ou indireta de alguém, causando-lhes danos físicos, mentais e morais, sendo empregados por “relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições”.

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), a OMS conceitua a violência como:

“uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”(KRUG *et al*, 2002, p.5).

Essa definição considera a intencionalidade da ação independente de qual seja o resultado, podendo ser injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário. A título de exemplo, a violência contra mulher, criança e idoso podem ter como resultado disfunção física, problemas psicológicos e sociais.

As consequências da violência podem ser imediatas ou ficarem reprimidas por longo tempo após o ato abusivo que deu origem. Portanto, caracterizar as consequências da violência em ferimento e morte restringe seu entendimento sendo forçoso reconhecer que a violência provoca influência na vida dos indivíduos, famílias, no cotidiano das comunidades e nos sistemas de saúde (DAHLBERG & KRUG, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) e apresenta a violência como sendo decorrente das ações humanas que afetam a integridade e a saúde física, moral, mental ou espiritual. A Política foi elaborada pelo reconhecimento, por parte do MS, de sua relação com os fenômenos sociais que correspondem ao desemprego, às desigualdades, à

pobreza, ao desrespeito aos direitos humanos e à impunidade e de considerá-la uma questão de saúde pública.

Ainda que encontremos várias concepções de violência na literatura, existe um consenso quanto à sua tipologia e natureza, questões que serão explanadas no próximo subitem.

3.1.2. Tipologia e natureza da violência

A Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 1996, declarou que a violência é um problema de saúde pública relevante e fez a convocação à OMS para desenvolver uma tipologia que caracterizasse os diferentes aspectos da violência e os elementos que fazem sua conexão, pois havia poucas tipologias e nenhuma com enfoque abrangente (FOEGE *et al.*, 1995).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, publicou o modelo ecológico da violência em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde de 2002, considerando as variadas facetas do fenômeno e buscando analisar as estruturas que o explicam. A tipologia apresentada propõe três categorias de acordo com a particularidade daquele que comete o ato violento. Em um primeiro plano considera o indivíduo caracterizando a violência autodirigida. As relações sociais são apresentadas como o segundo plano tendo em conta as relações familiares, mais íntimas ou mesmo de dependência através da violência interpessoal. O terceiro plano é o comunitário em que se incluem as instituições, excluindo a família. Por último, temos a violência coletiva no plano social onde serão feitas as normas de convivência e buscará responder ao problema da violência (KRUG *et al.*, 2002).

No que tange à violência autoinfligida consideram-se os comportamentos suicidas abrangendo suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio e os autoabusos, relacionados às automutilações e agressões contra si mesmo (KRUG *et al.*, 2002).

As violências interpessoais são classificadas como: intrafamiliar e comunitária. A intrafamiliar é aquela que ocorre entre membros da família ou pessoas próximas e pode contemplar vários tipos de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. Já a comunitária expressa-se na esfera social entre pessoas sem vínculo de parentesco, incluindo a violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais, abarcando também a violência institucional que acontece em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG *et al.*, 2002).

O tipo de violência que ocorre no contexto político, econômico e macrossocial e representa o domínio de grupos e do Estado é conhecida por violência coletiva. Entre os exemplos podemos enumerar os crimes cometidos por grupos organizados (social), guerras e extermínio de povos e nações (político) e investida econômica com a finalidade de dominação (KRUG *et al.*, 2002).

Segundo Minayo (2009), há ainda um tipo de violência que se classifica como estrutural e que se relaciona “aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes”. Essa pode ser considerada origem da maior parte das violências mencionadas, pois se propaga ao longo do tempo e se naturaliza na cultura resultando em privilégios e atributos de dominação.

Em relação à natureza dos atos violentos, esta pode ser categorizada de quatro formas: física; sexual; psicológica; envolvendo privação ou negligência (KRUG *et al.*, 2002). Os atos violentos de natureza física se correlacionam ao uso abusivo da força para provocar dor, injúrias, feridas ou incapacidade em outrem. O abuso psicológico deriva de ações agressivas verbais ou gestuais “com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social” e o assédio moral é um de seus exemplos. A classificação abuso sexual é utilizada para prática de caráter sexual em que não há consentimento da outra parte, podendo ser erótica, pornográfica ou sexual de fato. Por fim, a categoria abandono, negligência ou privação de cuidados que compreende a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (MINAYO, 2009).

A temática desse estudo diz respeito ao tipo de violência comunitária e estrutural que acontece na sociedade e suas consequências para os profissionais de saúde e podem abarcar tanto a natureza física e quanto a psicológica.

3.1.3. As diferentes terminologias da violência por arma de fogo

Existem diversas nomenclaturas e definições para a violência derivada de arma de fogo, tais como: violência urbana, confronto armado, conflito armado e violência armada, usadas por diferentes instituições e/ou pesquisadores que se debruçam sobre o tema.

A violência urbana pode ser definida como aquela realizada na dinâmica das relações da vida urbana tendo como manifestações os assaltos à mão armada, ameaças, agressões, espancamentos, raptos e assassinatos (CRUZ, 1999). A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) amplia a concepção de violência urbana acrescentando as chamadas “causas externas” que provocam o trauma, incluindo os homicídios, os acidentes de trânsito, os acidentes de trabalho e domésticos, os suicídios e outras lesões e envenenamentos.

Os confrontos armados têm relação com ação de se opor violentamente a alguém. Podem acontecer devido a várias motivações como, por exemplo, disputas territoriais pelas facções criminosas; durante incursões policiais em locais com comércio ilegal de drogas e/ou armas; tentativa de roubo com resistência da vítima. Para Sandes (2013), o termo confronto armado e “troca de tiros” são utilizados pelos policiais para designar as ocorrências em que há resistência armada de oponente. No tocante ao conflito armado, houve uma evolução de seu termo que até o fim da Guerra Fria era alusivo às lutas entre os Estados, passando para a percepção de sua forma contemporânea. No conflito armado contemporâneo não existe um objetivo militar específico, mas algum elemento intraestatal que não se circunscreve somente às áreas urbanas (KALDOR, 1999).

Apesar de ainda não haver um consenso em relação à sua definição, esse estudo adotará o termo “violência armada”, apresentado no próximo subitem, por considerá-lo o de maior coerência com o objeto e objetivos do estudo e a realidade em que estão inseridos os serviços da ESF.

3.1.4. Violência armada

Na década passada, as várias organizações mundiais perceberam a necessidade de conceituar a violência armada, pois um dado divulgado tanto pelo Human Security Report, quanto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) tornava-se cada vez mais evidente: o número de mortes por violência armada em países não afetados por conflitos de guerra era exorbitante (SDG, 2011).

Em 2005, na cúpula mundial em Genebra, as autoridades mundiais reunidas admitiram a relação entre segurança, paz, direitos humanos e desenvolvimento. No ano seguinte, em um

movimento efetivado na tentativa de superar o entrave do desenvolvimento econômico e social que a violência armada produz, o governo suíço e o PNUD organizaram a Cúpula Ministerial em Genebra com participação de representantes de ministérios de relações exteriores e agências de desenvolvimento de vários países. Seu intuito era discutir a violência armada de um âmbito global para formular medidas para sua redução e fomentar o desenvolvimento sustentável a nível global, regional e nacional, entretanto, a definição do conceito não foi priorizada.

O conceito de violência armada proposto pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em 2009 é “uso intencional e ilegítimo de força, por ameaça ou real, com armas e explosivos, contra uma pessoa, grupo, comunidade ou Estado, que prejudica a segurança humana ou o desenvolvimento sustentável”. Essa definição não é aceita mundialmente, porém assinala os atributos da violência armada, os instrumentos utilizados, a proporção do fenômeno e seus efeitos. Seus principais indicadores são os homicídios, confrontos entre grupos armados que podem ser estatais ou não, como, por exemplo, traficantes de drogas, milícia ou afins, morte e feridos por balas perdidas, entre outros (OECD, 2011).

A OMS (2015), no seu Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência em 2014, amplia o conceito proposto pela OCDE, e declara a violência armada como “o uso ou a ameaça de uso de armas com o intuito de causar lesões, morte ou dano psicológico, que prejudica o desenvolvimento”. Além dos efeitos imediatos da violência armada sobre a perda de vidas humanas e injúrias físicas provocadas, ela também considera suas consequências declarando seu malefício do ponto de vista psicológico do ser humano. Esse fator traz reverberações no plano social e produz obstáculo para o desenvolvimento dos estados e sociedades, assim como para o bem-estar das comunidades e indivíduos (OMS, 2015).

Esse estudo apresentará sua própria concepção de violência armada como aquela violência expressada através do uso de armas com o propósito de ter domínio ou controle sobre o território e seus habitantes, apresentando sinais e manifestações para ameaçar e/ou demonstrar poder como: a exposição e ostentação de armas; as regras de acesso ao território; a presença de barricadas e vigias; a movimentação dos indivíduos envolvidos com o tráfico de drogas; a venda de drogas nas ruas e calçadas; os vestígios deixados nos imóveis das trocas de tiros; a exibição de tortura ou cadáveres. Essa noção utiliza uma perspectiva que ultrapassa o

resultado morte considerando outros fatores derivados da violência armada que provocam impacto na população e nos serviços a ela destinados, como: lesões por balas perdidas; desestruturação familiar; fechamento e paralisação de atividades nos serviços públicos essenciais, como escolas e serviços de saúde em áreas violentas; sofrimentos psicossociais pelo contato permanente com a violência ou perda de pessoas próximas; migração forçada de moradores; limitação do direito de ir e vir; obstáculo ao desenvolvimento econômico da região; prejuízo de bens materiais (HAMANN-NIELEBOCK & CARVALHO, 2008).

Em vista de todos os exemplos citados, a violência armada ostensivamente presente no território tem o potencial de tornar ainda mais complexo o cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

3.2. CUIDADO EM SAÚDE

Ainda que o entendimento comum de cuidar da saúde esteja relacionado à ideia de realizar atendimento ou intervenções individuais ou coletivas por meio de procedimentos para o sucesso de um tratamento (BALLARIN, 2009), o trabalho em saúde, onde o ato do cuidado é precípuo, é de grande complexidade. Nele, há uma rede de conexões entre o trabalhador de saúde “com a equipe, o cliente, as famílias, a comunidade e o ambiente dinâmico e mutável” (BACKES *et al.*, 2012).

De forma ontológica, o cuidado configura-se como uma característica da natureza humana (BALLARIN, 2009) envolvendo a relação entre o eu e o outro onde estão inseridos os elementos afetivo, tecnológico e estrutural (MAIA & VAGUETTI, 2008).

Assim, a relação que ocorre nos serviços de saúde é permeada por aspectos intersubjetivos que recebem influência do contexto cultural, afetivo e social de cada um dos sujeitos envolvidos e trazem repercussão na maneira de se promover e receber o cuidado (MANDÚ, 2004).

Em uma relação de extrema complexidade, a violência armada no cotidiano de certos territórios da ESF, mesmo sem confronto armado, aumenta sobremaneira a delicadeza dessa relação profissional-paciente, seja quando indivíduos procuram o cuidado portando suas armas, seja pela ostentação de armas nos territórios ou domicílios ou pelas barricadas

impedindo o livre fluir nas ruas. Assim, tanto o profissional pode se constranger e se abalar por essas questões singulares como o cuidado pode ser afetado em sua potencialidade. Isto significa que a violência armada em suas várias apresentações é capaz de trazer consequências para o trabalho e a vida desses profissionais.

3.3. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA ARMADA NA VIDA E NO TRABALHO

A literatura revisada mostrou estudos sobre violência armada e consequências para o profissional de saúde exposto, mesmo que o termo utilizado não tenha sido exatamente esse, porém as descrições dos atos de violência são condizentes com a definição utilizada neste estudo.

Machado (2015) demonstra que os profissionais da ESF são vulneráveis ao cotidiano do trabalho que exercem, pois são limitados pelas condições do território principalmente nas atividades extramuros. Situações de violência extrema como tiroteios promovem a suspensão de atividades comprometendo a assistência dos usuários em prol da segurança e sobrevivência do profissional (MACHADO, 2015). Almeida (2019) reforça que a violência armada produz a redução das visitas domiciliares e circulação dos profissionais em algumas ruas e vielas com o intuito de se proteger desses eventos e de evitar serem identificados erroneamente como “caguetas”, denominação utilizada para pessoas que fazem denúncias de fatos do local ou de pessoas.

Em relação aos efeitos da violência armada na saúde, Machado (2015) alega que a violência enfrentada diariamente provoca efeito com sintomas psíquicos como medo, ansiedade e nervosismo em mais da metade dos entrevistados. O que é corroborado por D’Ávila (2018) que relata que, devido à violência, os profissionais se distanciam do território e da comunidade, priorizam seu trabalho na unidade de saúde e narram medo, impotência e revolta. Esses sentimentos podem comprometer sua saúde pela somatização de sintomas físicos como tremores, sudorese, tensões musculares, arritmias cardíacas e por meio de alterações psicoemocionais, como depressão, nervosismo, ansiedade e transtornos alimentares (VIEIRA *et al.*, 2009).

Em sua tese sobre esgotamento profissional e depressão, Silva (2015) identificou a violência testemunhada como a segunda causa de exposição mais relatada. Esse termo

utilizado pela autora indica a violência que é presenciada como, por exemplo, agressão física, roubo, briga com arma branca, com arma de fogo ou outro tipo de arma, tiroteio e/ou alguém ferido por tiro. Destaca que quanto mais frequente é a exposição à violência, maior é a probabilidade de ter sintomas depressivos, principalmente entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A autora ainda recomenda a inclusão desse tipo de violência como violência ocupacional.

A banalização da violência no trabalho dos profissionais de saúde, até mesmo na visão dos próprios, é um assunto discutido em alguns trabalhos. O tema é colocado como algo trivial e que faz parte do trabalho, sendo inerente a ele (FISEKOVIC *et al.*, 2015). A violência armada presente no contexto da ESF pode ser vista como habitual e, portanto, fazer parte das dificuldades do trabalho impostas a esses profissionais com o risco potencial da banalização do cotidiano de violência especialmente pelo ACS (MACHADO, 2015). No entanto, enfrentar a adversidade de atuar em território com presença de atores armados e risco constante, pode ser um fator que interfere no processo de trabalho e na saúde do trabalhador.

Gonçalves (2017) considera que as características da comunidade auxiliam na compreensão das repercussões psicossociais da violência e as barreiras associadas a ela. Para a autora é essencial o entendimento do contexto sociocultural do território, os hábitos e costumes dos moradores e sua relação com os serviços de saúde presentes. Locais com presença do tráfico de drogas onde há disputa pelo território por facções rivais ou ocorrem constantes incursões policiais apresentam aspectos diferenciados. A existência de “soldados do tráfico” que vigiam o território ostentando seus fuzis; pontos de venda e uso de drogas nas calçadas dos moradores; circulação das pessoas dentro da comunidade com a devida permissão do tráfico; execuções sumárias; ostentação, principalmente nos finais de tarde ou nos fins de semana, de armas, “carros de luxo, cordões de ouro e motos importadas” são peculiaridades de uma dinâmica social com determinação de leis próprias que promovem um ambiente de medo (GONÇALVES, 2017).

Os estudos epidemiológicos, no tocante à saúde mental, sinalizam uma incidência alta de transtornos mentais como transtornos depressivos, quadros de ansiedade, incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em realidade de exposição à violência armada. Apesar de os homens serem mais expostos aos incidentes de violência, as mulheres estão mais propensas a desenvolver problemas de saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Outra dimensão relevante do aspecto territorial da violência se traduz no acesso aos serviços de saúde, uma vez que tanto usuários-moradores de áreas fora do território sobre violência, quanto pacientes de dentro dessas áreas têm dificuldades de transitar nessas regiões por imposição do tráfico, impactando no acesso à rede de serviços de referência. Outra implicação da violência é expressa pelas faltas aos atendimentos devido aos confrontos na comunidade prejudicando o cuidado prestado por esses profissionais. O mesmo acontece com as ambulâncias (GONÇALVES, 2017) e com os serviços de remoção de pacientes psiquiátricos em crise que se recusam a entrar no território sendo necessário que estes sejam levados por meios próprios (CORREA & SOUZA, 2011).

Ademais, a violência armada pode provocar rotatividade de profissionais afetando o vínculo no processo de trabalho da Atenção Primária de Saúde e sua implementação nos territórios acometidos por ela (GONÇALVES, 2017). Para os gestores, também implica em aumento de custos e dificuldade de contratação e manutenção de profissionais, além de despendere recursos com patrimônio e saúde dos trabalhadores (MOLINOS *et al.*, 2012).

Diante de todo o exposto, e da potencialidade do aumento de situações de violência armada, faz-se necessário investigar com maior profundidade as consequências advindas da violência armada para o exercício do cuidado e para a vida dos profissionais que atuam nos territórios nesse contexto.

Pretendemos que os resultados encontrados possam trazer reflexões mais aprofundadas da violência armada presente nos territórios da ESF e sua intersecção com a subjetividade, as relações e a vida dos profissionais de saúde. O propósito é argumentar a relação da violência armada com o cotidiano desses profissionais, ainda que esta possa ser encarada como algo ordinário e trivial.

4. MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de perspectiva compreensiva e fenomenológica, por meio da técnica de entrevistas com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família.

A perspectiva de análise foi realizada através da narrativa fenomenológica, que segue três momentos consecutivos: descrição, redução e compreensão. A Fenomenologia expõe as estruturas do fenômeno que direcionam as experiências a uma objetividade descritiva mostrando sua essência. Seu método investigativo é norteado pela interpretação do que foi encontrado em relação aos sujeitos individualmente para uma forma mais geral, na busca de convergências, divergências e idiosincrasias que se apresentam nas narrativas individuais (GOMES, 2008).

Dessa forma, a proposta fenomenológica tem o propósito de evidenciar o elemento essencial do fenômeno recorrendo à Redução Fenomenológica ou "Epoché" com o objetivo precípuo de identificar significados ou ideias fundamentais englobadas nos relatos narrados espontaneamente pelos sujeitos que compartilham a percepção dos eventos vivenciados (GRAÇAS, 2000). Sendo, no caso dessa pesquisa, a interferência da violência armada no trabalho de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em território com grande incidência de violência.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

A Unidade de Saúde da Família, localizada no município de Duque de Caxias, é composta por três equipes de Saúde da Família. A estrutura física conta com recepção, sala de espera, três consultórios para atendimento, um consultório odontológico, cozinha e banheiros para funcionários e usuários. Os profissionais realizam atendimentos próprios da Atenção Básica: pré-natal, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, puerpério, puericultura, pediatria, odontologia, urgência. Há também uma sala de vacinação e procedimentos. A unidade não trabalha com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), pois todos os computadores foram roubados durante o horário de trabalho. Atualmente, conta com dois computadores onde são digitados os registros dos atendimentos que são feitos em prontuários e fichas de coleta simplificada

de dados do sistema e-SUS com o cadastro dos pacientes e a produção dos profissionais de saúde. O modelo de gestão das unidades da ESF de Duque de Caxias não contempla a figura de um gerente ou gestor local que coordene as equipes de Saúde da Família, apenas um enfermeiro de uma das eSF (equipe de saúde da família) que assume o papel de responsável técnico pela USF. Assim, cada eSF conduz as atividades de saúde de acordo com as necessidades do território sob sua responsabilidade sanitária, estando subordinada à coordenação no nível central. Entre a coordenação central e as unidades, há a figura do apoiador institucional que contribui com a organização do processo de trabalho de cada eSF e que, no caso do município, é o profissional que já atuou em ESF, porém este não participa do cotidiano do serviço. Cada apoiador institucional auxilia nove eSF.

O bairro onde está inserido a USF de estudo apresenta área com presença do tráfico de drogas atualmente dominada pela facção Comando Vermelho. Anteriormente, a USF ficava localizada bem próximo a ponto de venda de drogas ilícitas, necessitando atravessar barricadas e “olheiros” para acessá-la. Atualmente, a unidade foi deslocada para área sem tráfico de drogas. Contudo, o território de referência é o mesmo.

Desse modo, a USF foi escolhida para a realização do estudo porque os profissionais atuam em área com forte presença de violência armada. Outro motivo que me fez escolhê-la foi a proximidade com a USF que atuei por seis anos e ouvir relatos de acontecimentos parecidos aos que presenciei, pois não me sentiria confortável em estar novamente na unidade onde estive lotada e vivenciei situações tão angustiantes.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para entrevista foram profissionais de qualquer nível escolar (superior, técnico e fundamental) e vínculo empregatício (servidor ou contratado), uma vez que todos têm carga horária de 40 horas. Foi utilizado também o critério de tempo de lotação de, no mínimo, seis meses para possibilitar de o trabalhador ter vivenciado episódios de violência armada, tendo em vista que esses eventos, acontecem, geralmente, de forma intempestiva. Foram excluídos profissionais de saúde que estejam em função administrativa, de férias ou licença durante a coleta de dados.

4.4. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Como estratégia para ter acesso aos profissionais de saúde a serem entrevistados, primeiramente realizei contato com o Apoiador Institucional das equipes de Saúde da Família que se mostrou disponível a colaborar no sentido de levar a pesquisa ao conhecimento dos profissionais de saúde e sensibilizá-los para a participação. Após essa etapa, fiz contato com a profissional administrativa da unidade. Esta realizou a marcação da data da apresentação da pesquisa na própria unidade de saúde para facilitar a presença dos profissionais de saúde e no dia e horário mais oportunos para estes.

A apresentação da pesquisa ocorreu na área de recepção da unidade de saúde e compareceram 12 pessoas, sendo 10 profissionais de saúde. A pesquisadora apresentou a pesquisa, seus objetivos, critérios de inclusão e considerações éticas. Após esse momento houve um espaço aberto para dúvidas e maior aproximação entre os participantes e a pesquisadora.

Feito o convite, os profissionais de saúde que se mostraram interessados na participação, solicitaram que a marcação das entrevistas fosse realizada por meio do profissional administrativo da USF. Os profissionais de saúde relataram preferir dessa forma para não comprometer suas atividades laborais diárias. No entanto, dos presentes, apenas sete decidiram conceder a entrevista. Posteriormente, o administrativo indicou outros profissionais que não estavam presentes na apresentação inicial, mas que mostraram interesse na participação da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em local reservado dentro da própria USF para garantir a privacidade, além de ser no dia de trabalho do participante, como medida de minimizar impacto de tempo e financeiro com o deslocamento exclusivo para entrevista.

4.5. PARTICIPANTES DA PESQUISA

No período de realização das entrevistas, a USF estava com equipes incompletas e contava com 26 profissionais de saúde, das seguintes categorias: 03 Médicos, 03 Enfermeiros, 02 Técnicos de enfermagem, 02 Dentistas, 01 Auxiliar de Saúde Bucal e 15 Agentes Comunitários de Saúde.

Desses, foram entrevistados treze profissionais de saúde que se mostraram disponíveis e interessados na participação da pesquisa, sendo:

- 09 Agentes Comunitários de Saúde,
- 02 Técnicos de Enfermagem,
- 01 Enfermeiro e
- 01 Dentista.

O período de realização das entrevistas foi de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, momento ainda caracterizado pela pandemia de SARS-CoV-2, com alto índice de números novos de casos e de mortes por COVID-19 (doença causada pelo coronavírus). Assim, deve ser levado em conta que, no momento das entrevistas, os profissionais de saúde de nível superior do município de Duque de Caxias estavam atuando em tendas, em atividades da pandemia, fora das suas unidades de trabalho. Este fato colaborou para uma maior dificuldade de contato e inclusão desses profissionais na pesquisa.

Além disso, houve eventos de violência armada no território que impediram minha entrada na unidade de saúde nos dias marcados para as entrevistas, implicando em duas desistências.

Comentários feitos pelo apoiador institucional e a funcionária administrativa da unidade indicaram que, por eu atuar junto a coordenação central da ESF no município, houve inibição de participação por alguns profissionais de saúde. Acredito que não seja nada pessoal, porque os mesmos não me conheciam, mas pelo fato de fazer parte da gestão do departamento de Atenção Primária, implicando em não resposta aos convites de participarem das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas por meio de perguntas abertas, nas quais o participante ficava à vontade para falar sobre suas experiências. Elas foram gravadas pela pesquisadora e o material foi transcrito por profissional especializada e revisado minuciosamente pela leitura e escuta síncrona do áudio correspondente. O tempo médio das entrevistas foi de 31 minutos, sendo a maior com 66 minutos e a menor com 15 minutos.

É importante informar que foi meu primeiro contato prático com a técnica da entrevista e, talvez pelo tema ser de relevância para mim e me fazer recordar as situações que vivi e testemunhei enquanto trabalhadora de uma eSF em área de violência armada, foi uma experiência bem difícil no sentido de não me envolver emocionalmente com aquelas pessoas.

4.6. ANÁLISE

As categorias de análise foram criadas a partir do núcleo de sentido das narrativas dos participantes, obedecendo aos objetivos dessa pesquisa. Dessa forma, as categorias encontradas e estudadas foram:

4.6.1. Violência armada no trabalho

A categoria violência armada no trabalho engloba as situações de violência armada vivenciadas pelos profissionais de saúde durante sua atuação na unidade e no território. Por ela ter a principal categoria deste estudo, ela foi subdividida nos seguintes itens: (1) Expressões da violência armada; (2) Imprevisibilidade da violência armada gerando o sentimento de vulnerabilidade; (3) Dificuldade de saber como lidar com a violência armada; (4) Como os profissionais se sentem mais protegidos em território de violência armada; (5) Diferenças de violência armada em função da USF estar dentro ou fora do tráfico; (6) Pacientes que ameaçam, pacientes que protegem; (7) Quando a história de vida do profissional de saúde aumenta a dificuldade de trabalhar em local de violência armada; (8) Profissionais de saúde com contexto de violência armada na vida particular.

Dentro dessa categoria, percebemos, a partir dos relatos, uma subcategoria de análise que é uma diferenciação entre o profissional que “mora dentro” e “mora fora” da área de tráfico de drogas. Os profissionais da subcategoria que “mora dentro” são aqueles que trabalham e vivem muito próximo da área do tráfico de drogas e que, para esse grupo, os sinais da violência armada são os mesmos.

O grupo de profissionais de saúde que “mora fora” é aquele que só trabalha em local de violência armada, mas não mora perto da área do tráfico. Esses profissionais reconhecem os sinais de violência armada de forma distinta – e por vezes contrárias - do primeiro grupo.

4.6.2. Outras violências no trabalho

A categoria “Outras violências no trabalho” representa aquelas violências percebidas ou vividas no trabalho pelos profissionais, excetuando-se as de violência armada. Elas integram as seguintes subcategorias: agressões físicas e verbais; assédio sexual; assédio moral; falta de infraestrutura, recursos materiais e humanos como mais uma violência para os profissionais de saúde; vandalismo; precariedade do vínculo empregatício e violação dos direitos trabalhistas. Em relação à subcategoria assédio moral foram consideradas tanto a

conduta abusiva pelos superiores quanto a desqualificação do trabalho e sentimentos gerados por conta desse assédio, no exercício do ofício.

4.6.3. Violência armada no cuidado

O grupo violência armada no cuidado de saúde engloba a interferência desta nas ações de cuidado realizadas na unidade e no território de abrangência das equipes de Saúde da Família.

4.6.4. Violência armada na vida pessoal

Essa categoria abrange as consequências da violência armada no cotidiano e na saúde das pessoas entrevistadas.

4.6.5. Apoio para lidar com violência armada no trabalho

Apoio para lidar com violência armada e suas consequências é uma categoria que identifica o suporte dado aos profissionais de saúde em decorrência das situações de violência armada vivenciadas.

4.6.6. Estratégias para mitigar o risco de violência armada

Esta categoria aborda como os profissionais de saúde fazem para se proteger da violência armada.

4.6.7. Banalização da violência armada.

A categoria banalização da violência armada retrata a percepção, em relação a si mesmo e ao outro, da violência assimilada no cotidiano trabalho e de vida.

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em conformidade com as Resoluções Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e CNS/MS nº510, de 07 de abril de 2016, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. No tocante à cidade Duque de Caxias não houve a necessidade de submissão, pois o município não conta com CEP, sendo utilizada a autorização pela Subsecretária de Atenção Primária. A postura reflexiva do pesquisador também garantiu a condução ética desse estudo.

As entrevistas foram realizadas somente após a aprovação do projeto de pesquisa no CEP e foi lido e fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada entrevistado antes da participação na pesquisa. Essa postura visou à observância dos preceitos éticos em pesquisa com seres humanos que contribuiu para a diminuição do risco de exposição dos participantes. Em relação ao risco de mobilização psicológica do profissional no momento da entrevista, acredito que o ato de escutar e de compartilhar suas dificuldades, é uma oportunidade de reflexão e solidariedade com o próximo, tendo em vista que o profissional não se sente o único a passar por situações semelhantes, não se sente só e, portanto, é uma oportunidade de pensar e refletir sobre práticas de saúde em território de violência armada e de ressignificar sua experiência e sofrimento. Essa crença se mostrou verdadeira na fala de alguns dos entrevistados que, espontaneamente, expressaram seu contentamento e gratidão por ter a oportunidade de compartilhar suas vivências e angústias em relação ao tema.

5. RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa são baseados na percepção de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de uma UBS do município de Duque de Caxias.

O capítulo está organizado pelas categorias de análise: (1) violência armada no trabalho; (2) outras violências no trabalho; (3) violência armada no cuidado; (4) violência armada na vida pessoal; (5) apoio para lidar com violência armada no trabalho; (6) estratégias para mitigar o risco de violência armada; (7) banalização da violência armada.

5.1. CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS

Dos treze entrevistados, oito eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, sendo o mais novo com 22 anos e a maior idade 49 anos. No tocante a escolaridade, três tinham pós-graduação, um nível superior completo e dois incompletos e sete entrevistados com nível médio completo. Em relação à categoria profissional, nove eram Agentes Comunitários de Saúde, dois Técnicos de enfermagem, um Enfermeiro e um Cirurgião-dentista.

A média de anos de trabalho dos profissionais de saúde na unidade pesquisada foi de 9 anos e 9 meses e a mediana de 4 anos, sendo a menor experiência o profissional com 1 ano e 2 meses e a maior com 21 anos de atuação. Em relação às formas de contratação dos entrevistados, dois eram estatutários, 10 eram celetistas (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT) e um cooperativado. Todos os ACS foram contratados através de processo seletivo e possuem vínculo como celetistas e valor da remuneração seguindo orientações do Ministério da Saúde. Em decorrência de que há distintas formas de contratação dos profissionais de saúde de nível médio e superior na mesma eSF, existem alguns conflitos referentes à diferença de remuneração para uma mesma categoria, além da fragilidade do vínculo. Conforme pode ser visto nos relatos dos entrevistados, é prática no município a indicação de alguns desses profissionais por vereadores eleitos para o pleito, logo, quando o vereador perde o cargo eletivo, outro profissional ocupa aquele lugar, assim, não se tem a certeza de quanto tempo um mesmo profissional atuará na USF, sendo comum a rotatividade desses profissionais.

Como já dito anteriormente, as experiências compartilhadas evidenciaram uma diferença entre quem mora e trabalha em local de violência armada (“mora dentro”) e quem apenas trabalha em local de violência armada (“mora fora”), nessa dissertação que tem como o

principal objeto de estudo a violência armada. Dos 13 entrevistados, cinco moravam fora da área de violência armada e oito viviam próximo do tráfico, sendo que três residiam na rua onde se localiza o que é considerado o “quartel general” do tráfico de drogas no bairro. O relato a seguir mostra uma dessas ênfases verbalizadas pelos profissionais de saúde.

“Como eu moro fora, né? Tenho o privilégio de morar fora, tenho o privilégio de morar não dentro lá, a minha realidade era outra. Não era a mesma. O que eu pensava que acontecia, não era a mesma coisa que acontece lá, né? Criança trabalhando, é... Pessoas que eu conheço que eu não sabia [que era do tráfico] ... E tá lá dentro, entendeu?” (ACS6, evita a palavra tráfico).

Um pequeno fragmento de uma narrativa mostra que a violência armada tem várias expressões e consequências. Se antes seu “vizinho” era uma pessoa que não gerava constrangimento e medo, a partir do momento que se sabe que há o envolvimento com o tráfico de drogas, a profissional passa a sofrer constrangimentos compatíveis com quem mora em área de violência armada, perdendo a “inocência” e o “privilégio” de “morar fora”.

5.2. VIOLÊNCIA ARMADA NO TRABALHO

5.2.1 Expressões da violência armada

Além das expressões clássicas de violência armada (por ocorrência de operações policiais ou invasão de facção rival, pessoas andando com armamento em punho, pessoas ligadas ao tráfico com radinhos para comunicação, venda de drogas ilícitas, dentre outras) quase a totalidade dos profissionais de saúde percebeu a violência armada por meio dos seguintes sinais: ruas vazias; barricadas retiradas por policiais; movimento intenso de motos; ausência do pessoal do tráfico de drogas nas ruas.

Esses sinais de alerta sobre um potencial confronto armado são percebidos por aqueles que vivem em área de violência armada e “ensinam” aos profissionais iniciantes em território de violência armada, enquanto, os “sinais clássicos” são mais notados por aqueles que não moram em áreas violentas. Contudo, um entrevistado ressalta que mesmo conhecendo os sinais

de violência armada de onde vive, pode haver diferença entre ela e aquelas áreas onde ele trabalha.

Os sinais de “ameaça” de uma área podem ser diferentes segundo os valores e a realidade social das pessoas, sobretudo entre quem mora ou não mora em área de violência armada. Para os primeiros, a presença nas ruas de pessoas relacionadas ao tráfico com armamento visível e as barricadas são sinais de “normalidade” no território, dado que a ausência destes implicam em um confronto emergente com policiais. Para os últimos, os códigos geralmente se invertem. A presença de policiais é sinal de “segurança” e as barricadas são sinais de violência armada porque não há o direito de ir e vir, podendo implicar em impedimento de sair com agilidade, bem como de acesso à área. Essa constatação mostra que a violência armada é percebida de forma distinta mesmo entre profissionais que trabalham na mesma unidade de saúde, tornando ainda mais complexo um trabalho em equipe.

“E foi quando eu vi pela primeira vez. Quando eu vi os meninos organizados lá juntos e vi que eles estavam armados. [...] Eu já falei: ‘gente, vamo voltar’, porque eu fui acompanhado pelos meninos [ACS] na primeira vez. Eles falaram: ‘não Fulano, isso é o normal. Você vai, porque isso é o normal.’ [...] Ai elas disseram: ‘o anormal é eles não estarem ali. Quando eles estiverem ali você tem que se habituar a aquilo ali ser o normal. Quando tá vazia e sem eles, esse é o anormal e você tem que tomar mais cuidado’, entendeu?” (ACS1, mora fora da área do tráfico).

“Eu tenho principalmente os [ACS] que entraram comigo. Não estavam acostumados com a violência armada, e tinha receio de verdade de ir na área e acontecer alguma coisa mesmo sem entrar na área, [...] porque já sabe a fama que leva. [...] Sabe porque ouviu falar, mas não sabe realmente como funciona. [...] Foi um processo até eles se acostumarem e conseguirem começar a identificar esses sinais, começar a... criar, né? Essas estratégias...” (ACS2, mora dentro da área do tráfico).

“Quando a gente chega na área a gente percebe pelo movimento, né? É diferente, se as barricadas estão ou não no lugar, porque se for alguma operação policial, eles tiram [barricadas]. A gente percebe um, é... um menor movimento das pessoas na rua.” (ACS3, mora dentro da área do tráfico).

“...mas acontece constantemente da gente ir e perceber que a área tá estranha. Que tem pouca gente na rua, que tem muita gente passeando de moto.” (ACS3).

“Como eu me sinto? Apreensiva. Mesmo morando a gente não consegue se acostumar com a violência. A gente...é uma coisa que não tem como você se acostumar, entende? Porque a gente vive, é... à margem, a gente vive à margem da lei. O que é que é estar a área em verde [sinalização do Acesso Mais Seguro] pra gente? A área em verde pra gente é tá o livre acesso do tráfico, aí a área está em verde, a gente tá possibilitado de trabalhar livremente. O que é a área estar em amarelo? É a gente sair e não ver os atores [traficantes], que a gente chama de atores. Não tem os atores, não tem barricada e tem polícia. Então o que é seguro pras pessoas aqui fora, pra gente é inseguro lá dentro, porque é onde há o confronto, entendeu? Então a gente vive à margem mesmo da sociedade, infelizmente.” (ACS9).

“A gente mora na comunidade, mas não necessariamente nas ruas que a gente passa, né? Então mesmo que a gente consiga identificar alguns sinais a gente não sabe exatamente como é que funciona naquele local.” (ACS2, mora dentro da área do tráfico).

Além das diferenças entre reconhecimento do que é violência armada, entre profissionais novos e antigos na área condicionando dificuldade ou facilidade de “ler os sinais” de risco, há também distinção entre como cada profissional reage a essa violência, conforme compartilhamento da vivência a seguir:

“Eu fui fazer visita com o médico [...], e aí veio os bandidos atrás da gente com arma em punho, e eu falei com ele: ‘Para que eu quero sair do carro!’. E ele não parou. E aí, eu desci do carro andando. Perseguiram a gente no carro. Ele abaixou a porta, né? E eles viram que era o médico. Mas eu queria sair daquela situação, mas ele não queria sair, ele queria continuar procurando [paciente]. [Fiquei] Apavorada! [...] Depois eu fiquei bem traumatizada. Eu não queria voltar pra cá [unidade de saúde], e não queria olhar pra ele, na verdade. Apesar de nós nos dávamos muito bem, tanto que eu aceitei a fazer a visita com ele.” (ACS7, mora fora da área do tráfico).

Este relato mostra que diante de uma situação inesperada de violência armada, cada profissional de saúde tende a agir de um jeito, tornando um trabalho, que é de equipe, mais

vulnerável e amedrontador, porque a atitude dos profissionais pode ser antagônica. Além de ser súbita, a violência armada pode ocorrer no meio de uma atividade corriqueira do cuidado, deixando ainda mais o profissional sem saber como agir. Outro ponto, é a hierarquia das classes de trabalho. No território, o conhecimento maior é do ACS, visto que é uma sabedoria de vida e não de título acadêmico. Contudo, o médico, que detém o conhecimento sobre corpo humano, na área de expertise da ACS, não a respeitou e se comportou como o maior detentor do saber.

5.2.2. Imprevisibilidade da violência armada gerando sentimento de vulnerabilidade

Outro aspecto marcante em diversos relatos compartilhados foi a forma repentina na qual uma situação de risco pode ocorrer, dificultando a forma de saber como lidar com ela e gerando mais desespero e sentimento de vulnerabilidade.

“Isso pra mim é um problema [pessoas andando armadas] porque... A gente não sabe o que a pessoa é capaz de fazer ou se... a pessoa toma um tiro às vezes por uma coisa tão boba. Aí não sei se a pessoa não vai com a sua cara, alguma coisa assim.” (ACS5, mora fora área de violência armada).

“Eles vendem a qualquer hora, qualquer dia, qualquer momento. Se você entrar lá agora, está lá eles armados do pé a cabeça [...]. Então a gente passa, e quando a gente vai, a gente vai apreensivo, né? Que a gente sabe que a qualquer momento pode ter um tiroteio.” (ACS4, mora fora da área do tráfico, mas trabalhou nessa microárea durante 18 anos)

“Porque eu sabia que eu precisava fazer os becos e os becos você entra e você sabe que a qualquer momento você vai ficar presa lá.” (ACS4).

4.2.3. Dificuldade de saber como lidar com a violência armada

Outro ponto de grande sofrimento destacado pelos entrevistados foi a dificuldade de saber lidar ou reagir com episódios de violência armada, sobretudo quando há confronto armado. E mesmo tendo o conhecimento de comportamentos “seguros”, como, por exemplo, deitar-se

no chão, buscar abrigo, este não traz garantia de diminuir o risco, podendo até aumentá-lo, como pode ser percebido nos relatos abaixo.

“Quando acontece alguma coisa assim? Só tenho que sair da área. Já aconteceu de eu ficar presa na área, né? Eu entrar, e questão de segundos depois que eu passei, vim um carro da polícia e começar uma troca de tiro porque estava um movimento enorme dos atores, né? E aí eu fiquei presa na casa de uma paciente, eu entrei lá as pressas.” (ACS3).

“Eu com uma técnica de Enfermagem, a gente foi pra rua pra vacinar os acamados, e a gente ficou presa no meio da rua. A gente tava conversando com a senhora quando a gente escutou os tiroteios, que a gente olhou para procurar pra ver de onde tava vindo, a senhora já não estava mais na nossa frente. Só que eu fiquei assim tãooo impactada com o momento, que a Fulana falava assim: ‘Vamo embora, Sicrana.’ Que eu fiquei atrás do poste e eu não conseguia andar, porque minhas pernas não obedeciam. Ela: ‘Vamos, vamos’ e eu abaixei, ainda coloquei a prancheta, e ela: ‘Menina, isso não vai te proteger’, mas na minha mente aquilo ali estava me protegendo. Mas a senhora saiu assim da nossa frente, DO NADA. Quando a gente procurou pra tentar entrar na casa da mulher, a mulher já tinha entrado e fechado o portão. [...] porque era polícia de um lado e bandido do outro e parecia aquelas guerras que a gente vê em filme [...]. Ela me colocou na bicicleta eu não conseguia pedalar, eu não conseguia andar, e eu ficava falando... aquela noite eu não dormi” (ACS4).

“Começou o tiroteio assim, do nada ...” “Menina, menina, menina vem!” Que ela tava botando o neto pra escola, ‘entra aqui que tá tendo tiroteio’, aí eu fiquei na casa dela. Mas parecia que as balas iam perfurar a casa dela. Aí eu fiquei lá mais de 40 minutos.” (ACS4).

“Assim que eu entrei [na função de ACS] é... eu estava no meio do fogo cruzado, troca de facção. [...] Então eu queria entrar na porta que eu estava batendo pra fazer visita, e aí a minha amiga que era já mais experiente, me segurou e falou assim: ‘Fulana, deita no chão, o porquê depois eu te falo.’ E eu deitei no chão. E depois era uma família que era vinculada também ao tráfico que eu queria entrar, e eu não tinha essa maturidade de saber isso. E aí a gente corre esse risco, de você não poder se abrigar e ficar no meio daquela situação que você não pode sair.” (ACS7).

“A primeira semana que eu comecei a trabalhar, eu fui fazer uma visita numa área lá dentro [do tráfico] e... tinha um caminhão roubado e a movimentação [do tráfico]. Eles começaram a falar entre si, gritar e assim eu até pensei em... meu desespero foi tão grande que eu até pensei em pular dentro do valão! Eu estava com outros colegas [também ACS recém-contratados], a gente não sabia o que fazer. [...] não saber a quem recorrer foi... difícil naquele momento.” (ACS6, mora fora da área do tráfico, não falou a palavra tráfico durante toda a entrevista).

“Tava na rua, e aí pra minha surpresa eu corri, consegui entrar. Entrei, achei que eu tava resguardada lá, e de repente eles [pessoal do tráfico] pularam na casa, né? E eu fiquei desesperada! Então assim, a gente procura observar onde a gente pode entrar, né? Mas na hora do desespero, por mais que a gente interaja com um paciente, com as pessoas, a gente tem essas surpresas. A gente não sabe que alguém dali é envolvido, né? É algo muito discreto [...] E depois eu não queria voltar de jeito nenhum, eu fiquei com muito medo, mas a gente tem que fazer.” (ACS3, mora dentro da área do tráfico).

“[...] tem umas duas semanas, sinalizou amarelo [Acesso Mais Seguro] de manhã e... eu falei assim: ‘Ah, não deve ser aqui perto de casa não. Vou trabalhar’. E sai de casa. Quando cheguei na esquina já tinha arma virada pro meu lado, [...] porque era uma pessoa só que estava na rua, e eles se assustaram e eu também e aí apontaram pra mim. E quando eu viro a esquina tinha mais de dez carros da polícia. E às vezes a gente não dá valor, né? Não percebe. Mesmo sinalizando, a gente não percebe a gravidade. [...] Você fica com aquela sensação, volta ou continua? Foi como eu fiquei. Aí se eu voltar, eles podem achar que eu estou sinalizando a alguém pra não sair e eu fiquei com aquele medo, e pensei: ‘Tô com a camisa do serviço, eu vou continuar’. Mas aí cheguei aqui [USF] já passando mal. A pressão já estava alterada, o açúcar subiu, mas tomei meu remedinho e controlei.” (ACS7, mora fora da área do tráfico).

Pelos relatos compartilhados, a dificuldade de saber como se proteger diante de um tiroteio foi unanimidade, entretanto, ela foi maior entre os profissionais de saúde que não conheciam a área e seus moradores, para facilitar o reconhecimento de qual casa buscar abrigo. A ida ao território em companhia e morar em uma área de violência armada podem ser um diferencial, onde um apoia o outro para sair dessas situações. Outro agravante da violência

armada é não reconhecer o código de conduta diante de uma violência armada, isto é, não conhecer os sinais do território ou não ser reconhecido pelas pessoas locais. Alguns entrevistados sequer conseguiram verbalizar a palavra tráfico, mostrando o receio ou seguindo a “regra do silêncio” de áreas de violência armada.

Outro ponto é que o fato de a violência armada ser inesperada, aumenta a sensação de insegurança e de não saber como agir para se proteger. Para dar conta de viver com tantos sobressaltos, alguns entrevistados precisam tentar controlar os efeitos por meio da medicação ou enfrentar o medo de qualquer jeito.

O sentimento de vulnerabilidade representa uma falta total de controle sobre o que pode ocorrer com você ou com sua vida e pode produzir uma “aversão” de voltar ao local de ocorrência de violência armada, mas quem vence é a necessidade do emprego. A violência armada e o neocapitalismo são dois riscos contra a vida enfrentados pelos profissionais de saúde: morte pelo tiroteio ou por falta de condições de subsistência (pela perda do emprego precário).

A situação de confronto ou tiroteio traz insegurança por dois motivos: por estar no meio do tiroteio e não ter como se proteger ou pedir abrigo na casa de alguém e esse ser um dos membros do confronto e a profissional ficar envolvida na situação pelo acaso. Uma vulnerabilidade muito alta relacionada ao exercício do trabalho de ACS.

5.2.4. Como os profissionais de sentem mais protegidos em território de violência armada

A imprevisibilidade da violência armada e a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com as situações arriscadas em seu cotidiano de trabalho provocam sentimento de vulnerabilidade e medo. Sendo assim, uniforme, crachá de identificação, não vestir casaco para mostrar o “uniforme”, ser conhecido *versus* ser novo na área, estar acompanhado (como descrito acima), ser do gênero feminino *versus* masculino (para não ser confundido com policial) são citados por eles como uma forma de proteção.

“As outras meninas [ACS] estão aqui há muito tempo, então as pessoas já conhecem elas. Com ou sem uniforme, elas conhecem ela. A gente, como é novo, pra mim, eu ficava com um medo enorme de chegar sem uniforme e a pessoa falar: ‘Ah, quem é você? Nunca te vi aqui, o que você quer saber da minha vida?’ Que a gente trabalha muito com o cartão do SUS, e... agora tá colhendo [dados] pra trabalhar com CPF, pra cadastramento, então: ‘O que essa pessoa

estranha tá vindo aqui em casa e pedindo meu CPF, o que ela quer?'. ” (ACS5, nunca tinha visto pessoas armadas).

“E aí a gente no começo falava muito: ‘gente! A gente precisa de um uniforme, e a gente precisa de um crachá de identificação.’ E a gente pediu muito e nunca chegou! Mas aí a gente, os novatos principalmente, a gente se organizou, e a gente fez os nossos uniformes. A gente pagou do nosso bolso pra fazer os uniformes. [...] Eu precisava de uma identificação pra mim, pra me sentir mais seguro pra entrar...” (ACS1, homem, tem medo de ser confundido com policial).

“Tem dois pontos que a gente acha muito importante que seria uma... o uniforme. A gente tava falando que nós mesmo criamos o nosso uniforme, mas é algo que qualquer um pode fazer. Se a gente tivesse de repente um crachá ou outro tipo de uniforme que nos identificasse um pouco melhor, porque a gente se sentiria mais seguro, porque a gente tá claramente trabalhando pra Prefeitura.” (ACS2, mora dentro da área do tráfico, trabalha há 1 ano e 2 meses na USF).

“A gente não tem uma identificação de roupa, né? Adequada. Tipo: ‘Ah, tem uma camisa que identifica’. E eu mandei fazer pra mim... eu mandei fazer pra mim é, três camisas: Agente Comunitária de Saúde, bem grande na frente estampada bem na frente! Porque assim, até que você consiga falar sabe Deus o que já pode ter acontecido com você, né?” (ACS4, sexo feminino, mora fora da área do tráfico).

O uniforme do trabalhador, que traz o código da instituição de trabalho, diminui a possibilidade de ser confundido pelo pessoal do tráfico de drogas e aumenta a sensação de proteção. Nesse sentido, o fato de a gestão municipal não disponibilizar uniforme, crachá ou qualquer identificação funcional, aumenta a percepção de desprestígio e desproteção do trabalhador. O uniforme associa o indivíduo ao trabalhador, e aquele que tem um trabalho formal é uma pessoa de respeito na sociedade que a gente vive. A falta desses itens que os identifiquem enquanto classe trabalhadora mostra-se como um elemento importante, sobretudo no contexto social onde vivem. Além do risco à vida e do baixo salário, são os ACS que se organizaram e arcaram com despesas do uniforme. Nesse sentido, vêm a reflexão da fragilidade desse “item de proteção”, tendo em vista que qualquer um pode fazer igual.

“Com Fulano. A gente tava conversando, eu fui com ele na área dele e a minha área é perto, aí normalmente a gente vai junto faz a área dele depois vai na minha, é... de forma até de se sentir mais seguro. Porque sozinho, às vezes, é um pouco mais complicado” (ACS2, 24 anos).

“Assim, o medo deles [ACS do sexo masculino] era eles ser confundido com policial, né? Então sempre quando a gente ia, a gente ia junto. Igual esse negócio do cadastro que a gente começou a fazer: ‘Vamos juntos!’. Aí a gente faz mais rápido. [...] Até pra o povo de lá conhecer eles, porque eu, como menina, sou mais fácil, mas pra eles é mais difícil.” (ACS6, sexo feminino, mora fora da área do tráfico).

“[Quando está sem uniforme] Eu prefiro nem, nem [trabalhar no território] ... Eu prefiro fazer um trabalho aqui na Unidade, ou ajudar a ficar de escala [recepção], porque... eu, sinceramente, acho que faz uns mais de seis, sete meses que eu acho que não vou sem uniforme, por segurança mesmo. Porque agora algumas pessoas me conhecem, mas ainda tenho medo de entrar sem uniforme. Por mais que antes de chegar na casa das pessoas que eu conheço, eu passo por várias outras casas, então a gente não sabe se a pessoa sabe, se a pessoa não sabe que é você que tá ali. Mas tem muita gente que faz: ‘não, tá frio eu vou de casaco’. Então esse dia eu, tento ir nas casas que as pessoas me conhecem há mais tempo, já tem assim intimidade entre aspas de poder chegar e falar. É bem mais tranquilo.” (ACS5, mora fora da área do tráfico e trabalha há 1 ano e 2 meses na unidade).

Conforme relato do entrevistado acima, uma simples necessidade de usar casaco por conta do clima é motivo de tensão, pois esconde justamente aquilo que o relaciona a categoria “trabalhadora”. Outro ponto destacado pelos ACS foi o maior risco para os profissionais do sexo masculino em comparação com as mulheres. Esse fato é oposto ao que acontece em geral nas sociedades machistas. Essas questões também cerceiam o cuidado, uma vez que são diferentes aspectos relacionados ao maior risco de violência armada no território, segundo os profissionais. Entretanto, o relato abaixo de uma pessoa mostra uma maior dificuldade do gênero feminino para se deslocar até os domicílios para o provimento do cuidado.

“São muitas barricadas! Tem barricadas que a gente, como mulheres, que a gente não consegue tirar. Por exemplo, se eu quisesse vir hoje trabalhar de carro, eu teria que tirar o

toco e, às vezes, aquelas madeiras enormes pesadas, assim tem que tirar. Pra mim chegar aqui no trabalho, eu tenho que tirar quatro barricadas. (ACS4, mulher, 42 anos).

5.2.5. Diferenças de violência armada em função da unidade de Saúde da Família estar dentro ou fora do tráfico

Pelos relatos dos entrevistados, o tipo de violência armada mudou após a USF ter saído de extrema proximidade do tráfico, mas não acabou.

“A Unidade era lá na [rua dentro da área do tráfico] [...] Era diferente? Era. A gente nunca foi alvejado, lá nunca aconteceu, assim, assalto. Atendemos gente da comunidade e homens, né? Envolvidos. Mas não tanto depois que viemos pra cá. Enquanto estávamos lá, estava tranquilo [...] porque lá dentro a gente já tá vista por eles, e eles não deixam nada acontecer na comunidade, entendeu? Os próprios bandidos não deixam nada acontecer, nem um roubo, nada! Mas aqui fora a gente tá mais aberto, então tá mais propício a acontecer. [...] o assalto que aconteceu, uma vez foi de tarde. À tarde costuma ficar deserto.” (ACS13, mora dentro da área do tráfico).

“A gente teve a questão dos assaltos aqui, foram dois e em um eu estava presente, né? Na Unidade em si. E na comunidade a gente vê como perceber as barricadas, os atores, assim... mas sofrer uma violência diretamente foi na própria Unidade, mas com todo mundo junto aqui, no Posto mesmo.” (NM11, mora fora da área do tráfico).

Quando a unidade era dentro da área do tráfico existia a visibilidade de armamentos pelos traficantes e o risco de balas perdidas e tiroteios, e quando ela mudou para fora da área do tráfico, passou-se a ter roubos. Esses relatos mostram que, para os profissionais, da perspectiva de alguém que vive no local de alta violência armada, como a ACS13, a convivência próxima com os traficantes traz risco, mas também protege de certas violências como o assalto, ao qual ela não está acostumada. Para ela, que mora em uma área considerada de “risco”, rua movimentada traz sentimento de segurança e a rua deserta traz insegurança, risco de assalto. Sendo assim, a percepção de risco difere entre quem mora e quem não mora em “área de risco”.

5.2.6. Pacientes que ameaçam, pacientes que protegem

Etimologicamente, o ato de cuidar é uma atitude de zelo, desvelo, responsabilidade e relacional, isto é, de envolvimento afetivo e confiança entre os sujeitos. Desta forma, o cuidado não pode ser prescindido do outro e nem é desprovido de envolvimento e afeto entre quem cuida e é cuidado. Contudo, em contexto da violência armada, um ato corriqueiro nos serviços de saúde, como a relação de cuidado entre os indivíduos, pode gerar desconfiança, receio, vulnerabilidade, suspeição, conforme vários relatos compartilhados que mostrava “bandido” se passando por paciente para assaltar ou “pacientes” ligados ao tráfico intimidando profissional de saúde para obtenção de privilégio/atendimento impróprio. Essas situações podem acarretar uma barreira emocional quanto ao envolvimento, uma escuta atenta, um interesse pelo outro e o vínculo no cuidado.

Por outro lado, também houve casos inversos, quando o “bandido” tenta tranquilizar o profissional de saúde no exercício das suas funções, ou quando expressa claramente que “ninguém” vai mexer com eles.

5.2.6.1. Pacientes que ameaçam

Casos em que o “bandido” simula ser o paciente para facilitar o ato ilícito, fazendo com que o profissional de saúde confunda “bandido” com paciente, ou intimide o profissional de saúde para obter o que deseja, foram:

“Quando eu saí aqui na porta [da USF] eu vi um rapaz conversando com uma assistida, e ele perguntou se o médico tava, quem tava na unidade. Ele perguntou se podia pegar uma camisinha. Távamos entrando na sala novamente, o vigia subiu e falou assim: ‘Num tem aquele rapaz que acabou de sair daqui? Ele acabou de me render lá embaixo. Pegou e levou minha arma.’... Eu cheguei a vê-lo, mas não sofri aquele impacto, né?! Só que depois você fica nervoso, né? Será que ele foi chamar alguém? O que ele veio saber? Sondar quantas pessoas têm pra querer voltar? (ACS4, mora fora da área do tráfico, trabalha 21 anos na USF).

“A gente não sabe com quem é que a gente tá lidando, né? Eu já passei aqui com paciente que me abordou ali fora: ‘ah, esse carro é o seu?’ Eu falei: ‘É, esse carro é o meu’. E.... porque ele

queria um tipo de atendimento que eu falei que não iria fazer, e ele tentou me intimidar ali fora. Aí eu dei as costas e ele falou: ‘Você sabe quem eu sou?’” (NM11, mora fora da área de tráfico).

“Uma pessoa entrou como se fosse um assistido. Cada um estava nas suas salas atendendo e ele simplesmente pegou a sua arma e fez aquela abordagem. Colocou todos nós na sala de vacina, né? Todos os profissionais. E aí ele foi pedindo chave de carro e o que puderam levar eles foram levando. Levaram o carro do médico, da enfermeira, e nós ficamos aqui na sala, até eles fazerem o que eles bem queriam na Unidade.” (NM11, trabalha na USF há 10 anos).

“O primeiro assalto armado aqui, eu estava de costas numa sala, e foi muito frustrante porque eu escutei um barulho, abri a porta e vi dois meninos bebendo água. Eu fechei a porta e continuei de costas conversando. [...] Daí, bateram na porta e quando eu abri a porta ele botou a arma na minha cabeça e rendeu quem tava na sala. Tinham umas cinco pessoas na sala conversando, só que a gente não sabia que uma enfermeira e um médico já haviam sido rendidos e uma técnica de enfermagem. Aí dois vieram render a gente, e assim eram três, dois eram muito violentos. Quando eu falo dessas coisas eu fico meio...” (ACS9, trabalha há 11 anos na USF).

“Aí depois nós tivemos um segundo assalto à mão armada. E eles falavam o tempo todo no primeiro assalto: ‘Se chegar alguém aqui, mete bala!’ E a gente com medo de chegar um assistido porque a gente cria um vínculo muito forte com as pessoas que vem aqui. E ficou uma coisa assim, muito ruim de se trabalhar, muito ruim pra todo mundo, né? Eu já havia sofrido um assalto, mas nunca com uma arma assim na cabeça, no ambiente de trabalho e dentro do Posto de saúde é inimaginável, né?” (ACS9, depois dos assaltos mudou da microárea próxima da USF para área dentro do tráfico).

“Uma vez eu fui fazer uma VD [visita domiciliar] com o médico lá dentro e quando chega ter que falar: ‘Poxa, oh! Eu tô aqui com o médico, esse carro aqui é dele, dá uma olhada pra mim aqui?’ Você ter que quase que... Tá indo pra seu trabalho, mas você tem que passar por eles e baixar a cabeça, baixar o seu vidro, você tem que ir com todo respeito, né? Eu tenho que respeitá-lo, né? Ele não me respeita, mas eu tenho que respeitá-lo. E isso também, poxa eu tô indo fazer o meu trabalho e ainda assim eu tenho que baixar a guarda, tem que dar satisfação

pra ele, o que eu tô fazendo aqui, quem que eu tô visitando, qual casa que eu estou indo, ou seja, tudo isso, isso me causa indignação, sim! Você estar fazendo o seu trabalho e ainda ter que se submeter a uma situação dessa.” (NM11, estatutária).

As experiências compartilhadas pelos entrevistados causaram medo, indignação, raiva e tensão, tornando a relação de cuidado ainda mais desafiadora. Assim, em área de violência armada existem questões que podem complexificar ainda mais esse cuidado, pois qualquer pessoa que entra na unidade pode ser um “perigo” para o profissional de saúde ou deixá-lo receoso, já que nem sempre eles sabem com quem estão lidando.

“[Traficante] Veio ameaçando ela [ACS], entendeu? Eles não querem saber se a Secretaria [de Saúde] que não te deu suporte. É o Agente que tá lá, é o Agente quem bota a cara, é Agente que é o culpado! Nós somos os culpados, eles acham isso. Ou: ‘você que não foi com a cara da minha esposa?’ Mas não é nada disso, é uma burocracia que tem que ser mantida, e a gente tem que às vezes quebrar esse sistema, porque ou é a tua vida, ou... Você pensa na tua família porque você tá aqui, mas a tua família está lá.” (ACS7, trabalha 18 anos na USF).

“... eles vêm se impondo: ‘Quem é? Eu sou tal, tal, tal’ e a gente tem que marcar a consulta. A gente marca urgente e passa na frente, até se a doutora estiver aí já vai ser atendido. De verdade, a gente faz isso porque tem medo, porque pra área que eu volto, aqui ele só vem pra te dar um recado e lá a gente volta.” (ACS7, mudou da área de confronto armado para microárea fora do tráfico).

“Eles [traficantes] descobrem que você trabalha na saúde, quer que você dê atendimento, mesmo sendo Agente Comunitário de Saúde. Eles entendem que a gente é saúde, eles não sabem diferenciar a conduta do médico, do enfermeiro pra um Agente Comunitário de Saúde, e às vezes vai na tua porta achando que você tem que resolver aquele problema que não é a sua especialização [...] [Isso me dá] Muita insegurança, muita insegurança, muita de ‘eu sei onde você trabalha’, entendeu? Medo. Muito medo! É isso que eu te falo, nesse momento não dá vontade de voltar. Você não quer voltar, mas...” (ACS7, 49 anos).

Necessidades de saúde não atendidas podem representar uma ameaça/violência contra a vida, principalmente para os ACS, em relação aos outros profissionais, pois esses atuam mais

fortemente no território. Além disso, quando o ACS faz um pedido para o médico ou para o enfermeiro realizar um atendimento “extra”, esses podem não ter a dimensão de que o ACS pode estar se sentindo ameaçado (ameaça subjetiva/difusa). Ao invés de a lógica do cuidado ser orientada pela necessidade dos pacientes, há uma priorização do atendimento dos traficantes e suas famílias por medo de represália.

Ademais, a falta de conhecimento pelos traficantes sobre as especificidades de atuação dos profissionais de saúde e da limitação do ACS no provimento do cuidado, aumenta o sentimento de vulnerabilidade e medo deles.

“Mas na sociedade você nem sempre pode falar porque você está habitando com pessoas que talvez não vá aceitar. Como eu fui falar uma vez: ‘Olha, se você não pôr o cartão de vacina em dia eu posso acionar o Conselho Tutelar’. Ai ela falou assim: ‘Você tá me ameaçando?’. Então mesmo a vida social eu me sinto desconfortável. Eu não me sinto tão segura pra desenvolver o meu trabalho.” (ACS7).

Em algumas situações já compartilhadas, os profissionais de saúde se sentiam receosos de não atender às solicitações dos pacientes, pois eles podem retaliá-los por conhecerem traficantes. Em contrapartida, os profissionais usam a instituição saúde enquanto um lugar de poder e ameaça aos pacientes, ao invés de orientá-los. Infelizmente, situações de ameaça ocorrem nas relações entre o profissional de saúde e pacientes, principalmente pelo poder que o primeiro exerce sobre o segundo. O diferencial de serviços de saúde em locais de violência armada parece ser a ameaça mútua, mostrando que ambos têm “poder” sobre a vida e morte um do outro.

Em uma das entrevistas, o profissional precisou interrompê-la, pois havia chegado um paciente “traficante” não agendado e ele achou melhor não o deixar aguardando pelo atendimento. O relato abaixo é feito após o atendimento e é quando o profissional descreve o quão complexo e tenso é o cuidado prestado às pessoas envolvidas com o tráfico de drogas, que são pacientes com direitos como outro qualquer.

“Um procedimento que em condições normais a gente, né? Realizaria, é... com mais tranquilidade, tem uma tensão natural que você não consegue descrever como é. É... porque além do procedimento em si, né? Você fica com, redobra cuidados adicionais pra... pra que o

procedimento, por exemplo, se for um procedimento cirúrgico, que aquilo não complique, né? Que não precise, DE FORMA ALGUMA, depois do procedimento cirúrgico, à noite, por exemplo, ele precisar de um pronto socorro porque é difícil deles irem. Eles se negam a ir pro pronto socorro por conta da... eles têm receio, né? De ficar, de ficar circulando e serem pegos. [...] Numa situação especial dessa vem uma tensão muito maior! Você fica com um receio, um medo de errar MUITO maior do que você já tem normalmente...por conta que a gente não sabe, né? As consequências que isso pode acontecer lá, aqui dentro, né? (NS12, 48 anos, estatutário, há 2 anos na USF).

O cuidado de pessoas envolvidas com o tráfico de drogas é prioritário tanto para evitar o risco de uma retaliação ou que ele fique muito tempo na unidade e se sinta ameaçado, quanto para evitar a desassistência e ganhar um “protetor”. O cuidado em saúde a esses indivíduos “envolvidos” tem ainda a exigência de ter que atender à “segurança” deles. Também cria o imaginário de que o profissional de saúde não pode errar.

“Olha, sinceramente, eu acho que vai continuar a mesma coisa. A gente sem apoio, sem... As pessoas vindo, destratando a gente gritando, assediando e nada acontece.” (ACS9).

A falta de perspectiva e a desesperança de que algo mude também é uma violência dentre tantas violências que impactam no trabalho e na vida dos profissionais de saúde.

5.2.6.2. Pacientes que protegem

A violência armada no território é paradoxal. Tanto há relatos de profissionais que sofrem assalto com arma na cabeça dentro da USF quanto ser da saúde pode ser um salvo-conduto para não sofrer violência no território, conforme os relatos abaixo.

“A enfermeira foi assaltada na porta do [posto de saúde]... A gente já teve muito caso de assalto, e eu percebo sobretudo essa violência quando eu vou pra área fazer VD [visita domiciliar]... Do radinho, do controlador com o radinho, da arma. Mas eles percebem que é da área da saúde e eles até pedem pra marcar consulta.” (NS10, mora fora da área do tráfico).

“Eles respeitam a gente, por incrível que pareça! Muitas das vezes eu estava na área e um deles chegou e falou: ‘ô da saúde, mete o pé, mete o pé!’. Assim que eles falam: ‘Mete o pé porque o negócio não tá bom’. E a gente veio embora. Então, eles têm um certo respeito pela gente, mas assim, não é porque eles respeitam, é porque as mães deles, as esposas, os filhos se tratam aqui.” (ACS9).

“Porque foi uma situação em que a paciente não concordava que o médico, o profissional não tinha dado o atestado, e ela falou que iria na ‘boca’ e iria ver se ele, o profissional, iria dar ou não o atestado. Isso chegou lá, e aí mandaram vir aqui dizendo que ninguém tinha autorização de falar por eles e que lá dentro [no comando do tráfico] eles não iriam admitir que os funcionários que estavam aqui sofressem esse tipo de... Eles não falavam assédio, né? Mas que [os funcionários] não seriam perturbados dessa maneira. Que ninguém tem autorização pra usar o nome deles.” (NS10, não mora em área de tráfico).

“Mas tem uma senhorinha que eu gosto muito que é, o muro dela é o muro onde eles [traficantes] ficam. E eu sempre vou lá, eu troco receita com ela. Ela fica conversando muito tempo comigo e eu acho que eles percebem isso. E ela também, né?” (ACS1, mora fora da área do tráfico, tem medo de ser confundido com policial).

Em posse do sentimento de vulnerabilidade, muitos profissionais usam a simpatia ou são prestativos como estratégia para não sofrer violência do tráfico, a ponto de serem avisados de um risco potencial quando estão no território pelos pacientes ou pelos próprios traficantes. Outra estratégia usada pelo profissional foi o “super cuidado” dispensado à senhorinha vizinha dos traficantes para receber “proteção” destes. A relação subjetiva entre serviços de saúde e traficantes é ambivalente: tanto protege quanto ameaça.

5.2.7. Quando a história de vida do profissional de saúde aumenta a dificuldade de trabalhar em local de violência armada

A história de vida contada pelo profissional de saúde tinha relações diretas com a microárea a qual ele foi designado, trazendo sofrimento extra pelo receio de ser reconhecido e ser executado em nome do seu tio policial.

“Quando eu vim pra cá [...] eu sabia que na equipe ‘X’ era a [rua do tráfico de drogas], e eu sempre tive muito medo da [dessa rua], por alguns motivos específicos[...]. Na minha infância eu tinha um tio que era policial. [...] Eu sempre soube das histórias [do tio] até hoje, que ele entrava lá e ele entrava pra matar. Era essas histórias que eu conhecia, né? Que eu cresci ouvindo isso, e... [...] eu não conto muito aqui que eu sou parente dele. Não falo. [...] E eu tive outro tio policial [...], ele foi morto lá, na rua em que eu faço [trabalho como ACS]. E... ele foi assassinado, eu não sei se ele foi assassinado lá [nessa rua]. Eu sei que ele foi, o corpo dele foi jogado [...] em algum lugar lá. [Outra coisa é que] Quando eu entrei aqui, o que eu ouvia era: ‘Cuidado, você tem cara de policial’ e isso já me deixava mais ansioso ainda, porque eu tinha medo de entrar e ser confundido. [...] Então juntou tudo isso, juntou essas duas coisas, aí eu meio que cresci com esse medo, principalmente daquela rua, porque era a rua que eu vi a minha tia sofrendo muito. Eu era pequeno, mas eu lembro, né? Que eles lutaram muito para conseguir entrar na área para conseguir pegar o corpo dele, pra recuperar o corpo dele pra conseguir fazer um enterro e tal. [...] Mas assim, sempre meio que volta à mente né? Eu fico sempre pensando. Às vezes... eu entro numa casa e fico... ‘Será que foi essa casa que jogaram meu tio, que estava no poço?’” (ACS1, 30 anos, não mora na área do tráfico, trabalha 1 ano e 2 meses na USF).

A fala emblemática do entrevistado, compartilhando uma lembrança fantasmagórica da sua infância pelo fato de ele vir a trabalhar na mesma “rua” de execução do tio, mostra como o contexto de vida marcado pela violência armada pode condicionar maiores desafios e sofrimento. Soma-se a isso, o medo de ser executado se reconhecido e a necessidade de manter sua vida pregressa escondida, para proteger a própria vida, mas que dificulta a relação dele com os pacientes.

No caso do entrevistado, como foi falado, o medo de ter o parentesco do tio policial descoberto, ter aparência de policial, não usar uniforme, não ter identificação profissional, não estar acompanhado de outras ACS (estar sozinho), tudo isso faz ele se sentir mais vulnerável.

5.2.8. Profissionais de saúde com contexto de violência armada na vida particular

Alguns profissionais relataram uma vivência cotidiana de violência armada por morarem em área de tráfico de drogas e, nesses casos, a violência armada no trabalho foi relativizada.

“Lembranças ruins a gente tem desde a infância, com essa violência na comunidade sempre, com mortes na frente da minha casa. Já presenciei além dessas mortes pessoas que botavam o corpo no carrinho de mão, pra levar pra um cemitério clandestino, é... já presenciei tiro quase pegando na minha irmã, dela sair assim, e o tiro acertar na pilastra, quando a nossa casa nem muro tinha, quando na época o banheirinho era do lado de fora, não era dentro da casa, sabe? [...] Já presenciei policiais pegando um meliante e raspando o rosto dele na parede de chapisco, já presenciei policiais pegando bandido e jogando no chão espancando, já peguei policiais batendo no traficante com ferro de três, dando só nas costas dele porque tinha pego em flagrante, tudo isso. [...] até porque eu sou moradora, então eu já sofria isso antes [de trabalhar na USF]” (ACS13, 45 anos, 15 anos na USF).

“[...] estava tendo uma operação nas comunidades, eles [traficantes] entraram e ficaram escondidos no meu quintal. Não me trataram mal, só pediram pra eu me acalmar que eles iriam embora, e aí aquilo ali ficou, ficou... Umas 6h eles já estava lá. Escutei alguns barulhos, até então achei que era algum animal, e aí quando eu levantei que abri a janela do meu quarto ... quando eu olhei, vi um deles no meu quintal, com a arma desse tamanho [gesto mostrando o tamanho da arma], e enrolando drogas. E aí quando ele me viu da janela, ele falou: ‘Calma senhora, calma. Eu já vou embora, já vou embora.’ E aí nisso eu já comecei a me tremer toda, e eu não sabia se eu chamava o meu filho pra arrumar ele pra ir pra escola, eu não sabia se ficava presa. Eu fiquei muito tensa, fiquei muito tensa! Perdi um pouco a voz, comecei a me tremer [...] aí eu nervosa fui abrir a porta, a chave quebrou dentro da fechadura. Aí depois eu fiquei pensando: ‘Não, eu tenho que sair agora, porque se eu não sair agora, eu não sei se eu vou conseguir sair.’ [...] Já tinham 2h que eles estavam lá, entendeu? Aí eu fui saindo, eles viram eu sair, mas até então não dei satisfação. Só saí, vim aqui em [centro do bairro], fiz a chave e voltei pra casa. Nisso que eu volto pra casa, a polícia já tava aqui, já tinham pego eles, algemado.... Então eu fiquei muito tensa, muito nervosa! E toda vez que eu fico tensa a voz some, eu começo a gesticular. Isso abala, isso me abala, entende? São coisas que eu não posso achar normal acontecer, não é normal.” (ACS13, sempre morou a na área do tráfico).

“Eu moro, né? Numa área afetada por violência armada. Então, até pouco tempo a gente tinha ficado bem triste porque eles mudaram as barricadas. Então pra acessar minha casa não era necessário, agora já é necessário movimentar a barricada e aí desanima um pouco. Minha irmã tava fazendo obra lá, desanimou de fazer. Assim, a gente sente que cada vez mais a gente não tem muito o que fazer. Às vezes, a gente vê coisas completamente absurdas, tipo: tem um baile do lado da nossa casa ou botam cadeira e mesa na minha calçada pra beber de noite e eu não posso falar nada. Porque eu não sei exatamente quem é envolvido, não sei exatamente quem pode reagir de uma forma um pouco mais exacerbada, não sei o que pode acontecer. [...] eu sinto que não deveria ser assim, porque a gente tem leis, a gente tem leis contra barulho, a gente tem leis contra ... só que a gente não vê isso em ação, sabe? Então a gente se sente fraco de certa forma, porque o que eles decidirem tá decidido. [...] quando é um poder paralelo, a gente não tem como questionar, né? Então a gente se sente um pouco refém do que eles possam querer fazer. [...] A gente já teve caso de gente sendo espancada porque teoricamente fez algo que eles não gostaram, já teve casos de gente tomando tiro. Então, assim, a gente acaba deixando porque não vale a pena a nossa vida, né? [...] Quando eu era mais novo a gente brincava na rua, mas a partir da minha adolescência a violência começou a aumentar, e aí... eu acabei ficando mais dentro de casa. [...] Meu portão tem marca de tiro, meu muro tem marca de tiro, é... Já aconteceu de eu sair na rua de manhã pra comprar pão e ver um monte de cápsula no chão, e... dá medo, né? Porque, por exemplo, a marca de tiro que tem no meu portão, se alguém tivesse ali na hora, com certeza, levaria uma bala perdida e a gente não tem carro. A gente teria que fazer de tudo pra tentar levar a pessoa no médico o mais rápido possível. Uber não entra na nossa rua por conta da violência, né? Ia ter que se deslocar um pedaço, então... assim, é bem assustador!” (ACS2, 24 anos, mora e trabalha na área do tráfico).

“... É, por exemplo, eu tenho receio, eu tenho um filho [de 6 anos], né? E eu fico com medo de sair com ele de ônibus, é... andar com ele por aqui pelo bairro porque muda muito rápido a cena. Às vezes a gente precisa passar de carro e tem que ficar descendo, para o carro, aí desce, tira barricada, passa o carro e nesse intervalo muita coisa pode acontecer, né? [...] Alguém pode vir atirando como já aconteceu.” (ACS 3, mora dentro da área do tráfico e trabalha na USF há 10 anos).

Os relatos acima mostram o impacto e cerceamento extensivo no cotidiano e nos planos da vida, por conta de morarem próximos ao tráfico. São relatos de uma vida inteira marcada pela violência armada e eles pouco percebem que a violência armada no exercício de suas funções é uma exposição dupla, uma vez que moram e trabalham no mesmo lugar.

5.3 OUTRAS VIOLÊNCIAS NO TRABALHO

A categoria “outras violências no trabalho” foi resultante de outros tipos de violências vivenciadas, exceto a violência armada, narradas pelos entrevistados. Apesar de se diferenciar da violência armada, o fato de ocorrer em ambiente, chamados por alguns, de “terra de ninguém”, parte dessa categoria foi analisada considerando esse contexto.

5.3.1 Agressões físicas e verbais

Foram observadas quatro formas distintas de agressões físicas e verbais e ameaças relatadas pelos profissionais: (1) aquelas feitas entre pacientes, entre familiares ou homem e mulher, que também são pacientes dos profissionais de saúde; (2) as agressões de pacientes contra os profissionais; (3) “agressões” de profissionais de saúde contra pacientes e (4) agressões entre profissionais de saúde.

“É comum [agressão entre familiares durante as visitas domiciliares]. Infelizmente. [...] Por exemplo, quando é alguma família cadastrada, alguma situação a gente, só vem atender e você tá ouvindo que tá acontecendo algo de errado. Então, só pede pra ter calma, mas nem sempre a gente pode... É muito difícil! Nem sempre a gente pode falar, né?! A gente não pode falar. [...] É horrível, porque a gente não pode ajudar, né? A gente quer ajudar, mas não pode, tem um limite pra gente atuar né?! Infelizmente.” (ACS3).

“Uma vez um rapaz [traficante], né? Ele puxou uma das mulheres, que ele tinha várias mulheres. Uma delas estava na garupa de uma moto de uma amiga e quando ela passou por ele, ele deu um puxão nas costas dela, por trás assim, né? E começou a bater, na rua assim, na frente de todo mundo, [...] no momento que eu estava passando de bicicleta. [...] Eu

particularmente não me meto, mesmo porque a gente é orientado a isso, né? [...] Ela era minha assistida. Ela é minha assistida.” (ACS9).

Identificamos que essas violências foram narradas de forma mais contundente pelos ACS, provavelmente por eles terem o desafio de lidar com a intimidade das famílias (visitas domiciliares) e circularem no mesmo território que os seus pacientes. Eles testemunharam agressões físicas e verbais entre os familiares no exercício da sua função, mostrando o quão o cuidado é delicado, gerando receio, desconforto e sentimento de impotência e sofrimento.

“Semana passada mesmo teve um caso de um senhor que veio aqui e ele se alterou bastante, porque, segundo ele, a gente não estava sendo justo, não tava querendo atender, sendo que ele tinha acabado de ser cadastrado. A gente aqui trabalha com atendimento agendado, a gente não trabalha com emergência, né? Então ele queria pra o mesmo dia a consulta. [...] E a gente tentava explicar e ele não entendia, se alterou, então foi bem complicado! [Foi] Só verbalmente mesmo. [...] Eu tentei me afastar porque eu tenho um amigo, e ele é mais... Ele tem mais jeito, né? Pra lidar com essas coisas. [...] a gente vê nosso trabalho sendo diminuído, sendo desprezado ...” (ACS2).

“Agressão física eu já vi entre assistidos, agressão verbal entre os próprios funcionários por discordâncias comportamentais e laborativas. Assédio eu já percebi de paciente com profissional.” (NS10).

“Comigo diretamente nunca foi, nunca aconteceu, mas eu já ouvi na recepção, alguns funcionários que ficam na recepção [ACS] sofrerem com gritos e alterações de alguns usuários.” (NS12).

“As pessoas que chegam aqui no PSF querem arrumar confusão e a maioria são pessoas que a gente conhece porque a gente lida na área, né? Eu acho que isso me afeta muito, de assim, da gente ficar com a consciência pesada. [...] Eu tenho que voltar e dar de cara com a pessoa, de eu estar ali junto porque eu tenho que passar, às vezes é vizinho.” (ACS6).

“[Eu me incomodo] Quando as mães, né? Que mora na comunidade vem gritando, né? Tipo amedrontando a gente, né? Tipo, passou o horário da gente vacinar, elas começam a gritar e a

gente tem que fazer, porque a gente não sabe com quem tá lidando, né? E isso me incomoda muito.” (NM8, mora fora da área do tráfico de drogas).

“[Paciente] que ameaçou que iria bater na minha médica, e... que iria esfregar a cara dela, é... falou comigo na rua e aí eu vim e falei na Unidade e a Unidade ficou tudo em... né? Pra esperar se iria acontecer ou não iria acontecer. [Eu senti] Medo. Medo e fiquei apreensiva pela doutora, que é tão boa, e ela falou que iria pegar a doutora e iria... ameaçou mesmo! Falou que ia bater nela e ia acabar; ia fazer um negócio no Posto. A gente ficou tudo apreensivo esperando que ela não viesse, né? E graças a Deus ela não veio.” (ACS6, não fala a palavra tráfico).

Em Duque de Caxias, são os ACS que ficam na recepção dos pacientes na USF, sendo assim, esta é a categoria profissional que mais passa por constrangimentos pelos pacientes para que suas demandas sejam atendidas, como, por exemplo, consultas com os profissionais de nível superior. Além disso, alguns pacientes não compreendem a organização da atenção à saúde e a diferença entre serviços primários de saúde e de pronto atendimento, e por este motivo, desvalorizam o trabalho do ACS. Estes se sentem ofendidos e diminuídos como trabalhadores e, alguns, não sabem lidar com essas situações embaraçosas. Há de supor se o ACS ou outros profissionais de saúde explicitam essa organização para os pacientes no momento do cadastro.

Existe, ainda, desequilíbrio entre o trabalho que deveria ser feito e o que é executado na realidade, já que o serviço nega atendimento em horário de funcionamento e/ou cria regras próprias, como, por exemplo, diminuição do horário para realização de vacina, um procedimento que deve ser oportunizado pelo profissional, principalmente às crianças. A profissional relata se incomodar com as agressões verbais vindas dos pacientes, porque, para ela, qualquer paciente pode estar envolvido com a violência armada no território. Porém, foi observada a “rotina” de fechar o serviço de vacinação meia hora antes da unidade por deliberação dos profissionais de saúde para facilitar a organização do trabalho. Esse fato confunde os pacientes e restringe o acesso à saúde. Essas ocorrências podem trazer situações difíceis para o profissional ACS, pois é ele que precisa voltar para o território onde trabalha, mora e os pacientes são seus vizinhos. Assim, se por um lado os profissionais se ressentem de serem maltratados pelos pacientes quando eles não são atendidos em suas necessidades, por outro, o serviço também “agrider” o paciente quando nega atendimento em horário de funcionamento.

Trabalhar em território de violência armada pode potencializar a sensação de medo quando um paciente faz ameaça ao profissional de saúde pela preocupação de que alguma fatalidade aconteça.

5.3.2. Assédio sexual

“Teve um paciente mesmo que falou que aqui só trabalhava piranha. Tem pacientes também que chaveca a gente, canta, né? A gente fica com medo da represália, né? Se você age de uma tal maneira, tem medo de... [...] eu não podia responder porque eu não sabia com quem eu tava lidando, aí eu me senti meio acuada, falei: ‘melhor eu deixar pra lá’ [...] vida que segue.” (NM8, foi demitida e o seu último dia de trabalho foi o dia da entrevista).

Pelo relato da profissional, não houve reação perante um assédio sexual devido ao medo de não saber com quem está lidando, ou seja, a violência armada interfere na atitude diante de uma violência infligida à mulher.

5.3.3. Assédio moral

De acordo com os relatos, podem ser observadas situações de assédio, caracterizado fortemente por meio de ameaças e desqualificações contra os ACS, exercidos pelo superior imediato, pelo profissional designado a dar suporte à equipe, pela coordenadora de saúde da família e pelo secretário de saúde.

“Eu sofri assédio aqui, há alguns anos atrás, até que antecedeu o assalto aqui, da minha enfermeira.[...] porque ela obrigava a gente a mostrar as assinaturas dos assistidos e eu tinha uma assistida chamada [Fulana E.], e o meu nome é [Fulana F.], então o ‘E’ dela parecia o meu ‘F’. Então ela contava as nossas visitas, senão ela tirava a nossa folga e ela falava muitos palavrões, enfim... E eu batia muito de frente com ela, porque eu não aceitava aquela situação. Eu acho que existe uma hierarquia, mas a gente precisa ter educação acima de qualquer coisa, né? E um dia ela disse no hall, na frente de todo mundo: ‘Você falsificou essa assinatura!’ e aquilo me deixou irada naquele dia. Eu falei: ‘Não falsifiquei, eu fui na área’ [...]. Aí eu fiz até

um B.O. [Boletim de Ocorrência] contra ela, e logo depois disso teve o assalto. Aí, os boatos começam a surgir. Como eu moro dentro da Comunidade, assim como muitas pessoas daqui, a maioria mora na Comunidade, ela levantou a hipótese de que eu tinha mandado fazer o assalto.” (ACS9).

“A gente ouviu uma vez... foi até uma psicóloga que veio aqui logo assim que teve aqueles assaltos que foram quando renderam as pessoas aqui: ‘Ah, um raio não cai duas vezes no mesmo lugar!’ Só que aqui já teve vários casos de assalto! Então assim, pra gente essa hipótese não existe, né?” (ACS4).

“Eu ouvi uma vez, quando nós questionamos [que] nós não temos [serviço de] saúde, e aí a coordenadora, no tempo era [Fulana], falou: ‘Você é a saúde. O que está na tua carteira? Agente Comunitário de Saúde, então quem é a saúde? Não tem saúde? Você é a saúde!’ Aí eu: ‘Como eu sou a saúde, porque eu vou lá e dou bom dia, tudo bem com a senhora? Tudo bem! Tem alguma queixa? Ah, tem! Eu preciso de um atendimento porque a minha mãe tá acamada, não tem como ir ao hospital, e ela tá doente, teria como você acionar um médico pra vir na minha casa?’ E eu respondi: ‘Não!’ Eu tenho que falar não tem, porque às vezes a gente não tem médico. Ou porque às vezes a agenda é tão cheia, lotada, que às vezes... são 6 agentes comunitários de saúde, a área tão ampla, né? É 750, não lembro agora, que tem que ter pessoas cadastradas, e como que essa médica vai dar atendimento aquela acamada? E vem falar que EU sou a saúde? Que saúde é essa? [...] Eu me sinto usada pela Secretaria, essa é a fala.” (ACS7).

“Eu fiquei particularmente mais, assim, insegura [após assalto na unidade], mais angustiada por saber que há um descaso com a gente enquanto profissional nessa questão de segurança. Parece que eles [gestão] se preocupam mais com o patrimônio público, né? Do que com nós, como pessoas. Patrimônio, ‘Ah! O que levou e o que não levou?’ Mas e a gente?! Como é que a gente tem segurança? E foi a parte que me deixou mais angustiada foi essa situação, sabe? Saber que pra nós profissionais a sensação que a gente teve é que segue a vida.” (NM11).

“E aqui a gente sofre uns assédios, mas é trabalhista e a gente acaba no final se acertando, não é uma coisa que dá continuidade.[...] Traumatizada. Por quê? Porque eu não esperava!”

Era uma visita que era feita diariamente e eu não encontrava o paciente em casa, e ela me denunciou para a Secretaria. E foi no tempo do...posso falar nomes? Secretário [Fulano]. E ele veio a mim, gritou, não me deu ouvidos. Eu pedi pra ser ouvida e ele não fez isso. Eu me senti desmotivada, desvalorizada como profissional. [...] Você sabia que fazia aquelas visitas só não encontrava a paciente, porque ela trabalhava fora, e aí eu me senti muito constrangida.” (ACS7).

As violências de assédio moral contra os ACS foram executadas por meio de acusações graves, desvalorização, descaso com sua segurança, agressão verbal, humilhações que rebaixam o trabalhador e insensibilidade frente ao sentimento legítimo de impotência do profissional de saúde. Em área de violência armada, quem mora no local, além de sofrer desse tipo de violência, ainda está suscetível a acusações que provocam desqualificação e desvalorização no ambiente profissional pelo superior e desconfiança nos pares.

O desmerecimento de um acontecimento traumático de violência por um outro profissional que detém o “saber” traz um sentimento de desvalorização da experiência do profissional de saúde que trabalha na Unidade de Saúde e que tem a violência em seu cotidiano. Da mesma forma acontece quando há desconsideração com a integridade física e mental em detrimento do patrimônio da Unidade de Saúde.

O fato de a coordenadora deslegitimar uma análise crítica verdadeira feita pela ACS e de transferir para sua responsabilidade o provimento de um cuidado improvável e que hierarquicamente é seu, enquanto coordenadora, ela comete uma violência, pois nega que a gestão municipal é quem deveria dar as condições necessárias para assistência de saúde da população sob sua jurisdição.

5.3.4. Falta de infraestrutura, recursos materiais e humanos como mais uma violência para os profissionais de saúde.

Quando perguntados sobre outras violências, foi surpreendentemente frequente os ACS relatarem a falta de condições de trabalho como uma violência laboral sentida e sofrida por eles. Seja por falta de serviços de referência, de material médico-hospitalares para os atendimentos clínicos, de profissionais, ou seja, por falta de suporte da gestão. É uma violência que eles

vivenciam no cotidiano e que os expõem, podendo acarretar mais violência no trabalho, especialmente em locais de violência armada, onde os profissionais já se sentem intimidados.

“Muitas vezes por falta de material a gente não consegue dar uma assistência que a gente deveria ser capaz. Há pouco tempo, a gente tava até brincando de... ‘Ah, o que vocês gostariam de ter?’ ‘Ah, eu gostaria que o posto fosse maior pra ter mais salas, sei quê...’ ‘Ái eu falei: ‘Ah, eu queria ter uns três meses de total suporte, pra eu ver como é que seria’, [...]. A gente sente que poderia exercer um trabalho melhor se a gente tivesse as condições necessárias.” (ACS2).

“Eu amo falar da saúde da mulher, mas a gente não tem espéculo até hoje pra fazer um preventivo. Você acha que essa pessoa que está precisando de um preventivo vai me respeitar como profissional de saúde? [...] Hoje eu acabei de receber mensagem: ‘eu preciso de um preventivo urgente’, mas nós ainda não temos espéculo. Três meses se passaram e as mulheres não podem, não tem o direito, é DIREITO!” (ACS7).

“A gente se sente muito impotente às vezes. É que, por exemplo, às vezes a gente manda um encaminhamento e demora meses pra chegar [...] E faz meses que a gente tá sem material de preventivo. Eu tenho uma lista de mais de dez pessoas que estão querendo e se eu for perguntar a lista aumenta exponencialmente e não tem nem o que a gente fazer. [...] Aconteceu há pouco tempo, tem uma assistida que descobriu um tumor [muito agressivo]. A gente fez todo processo, a gente chamou ela aqui, ela foi consultada, mandou o encaminhamento, quando o encaminhamento chegou ela já tinha conseguido por vias próprias. [...] Então a gente fica se sentindo bem impotente, porque a gente deveria estar ajudando e às vezes a gente não consegue. Às vezes a gente pode estar deixando uma vida de lado.” (ACS2).

“...a gente tem às vezes pouco pra oferecer, eu acho. Gostaria muito de ter mais! É o que eu tava falando com essa assistida: ‘É... gostaria muito de ter mais pra oferecer e às vezes a gente não tem.’ Às vezes a gente tá num momento, tipo agora, de férias da médica, [...] e um paciente que a gente gosta muito, que a gente sabe que precisa e pede uma consulta e a gente não tem como ajudar muito.” (ACS1).

A falta de insumos materiais – às vezes de valor irrisório - de infraestrutura, de maior capacidade instalada e de capacidade de atendimento, de estabelecimento de serviços de referência para o cuidado e de capacidade da gestão municipal em suprir as necessidades do trabalho foi vivenciada como violência no trabalho. Essa realidade acarreta falta de acesso, menor resolubilidade no cuidado em saúde e até a possibilidade de mortes de pacientes. Do ponto de vista do ACS, ela provoca sentimento de impotência, de menos-valia e a sensação de não estar exercendo seu potencial enquanto profissional de saúde, justamente naqueles que têm, pela função, impossibilidade de resolver os problemas demandados pela população. Ter um serviço funcionando sem condições é um impedimento para que o cuidado seja provido e um sofrimento para os trabalhadores.

“[...] mas quando eu não posso dar a ele [paciente] aquilo que ele precisa, eu deixo de ser tratada como uma profissional de saúde, porque não interessa mais. [...] Aí, [na próxima vez visita domiciliar] já me deixa na porta esperando porque eu não consegui.” (ACS7).

Essa falta de condição básica para atender as necessidades da população promove, no profissional ACS, uma violência adicional e simbólica de desmerecimento, de humilhação de trabalhar e seu trabalho não fazer diferença. Ela é percebida e exercida, inclusive, pelos pacientes contra eles.

“Nunca parei pra pensar o que realmente me afetaria mais [violência armada ou a falta de condição de trabalho], mas, de momento, parando pra pensar agora, eu creio que a falta de suporte. Porque [...] quando a gente não consegue exercer [o trabalho] pela violência armada, e a gente tenta se desdobrar pra recuperar o tempo perdido, ao mesmo tempo, o assistido sabe que não é culpa nossa. [...] o que não acontece quando a gente não tem suporte. O assistido, na maioria das vezes, não vai entender, vai achar que a gente tá de má vontade, e... [...] Isso gera, uma falta de confiança, e no nosso trabalho, confiança dos assistidos é muito importante! [...] Então se [...] a pessoa não tem confiança em você, é quase impossível você exercer esse trabalho.” (ACS2, mora dentro da área do tráfico).

Além da hostilidade do paciente para com o ACS pela falta de condição de trabalho oferecido pela gestão, o entrevistado revela algo ainda mais relevante quando é provocado pela

pesquisadora que é a perda da confiança e credibilidade dos pacientes no trabalho do ACS. O entrevistado, que mora dentro da área do tráfico, traz um ponto de vista único, que é sobre a falta de condições de trabalho ser mais danosa para a confiança e o vínculo no cuidado do que a violência armada, visto por quem vive em área de violência armada. O impedimento do cuidado pela violência armada é compreendido pelo paciente por ser um fator externo a ele, enquanto, um serviço de saúde não ter condições de prover o cuidado provoca um descrédito total e permanente no serviço e, por conseguinte, nos profissionais.

“Então assim, o que dificulta o meu trabalho aqui é isso. Não é que eu queira me meter no trabalho do outro, mas, você imagina uma pessoa chegando aqui falando assim: ‘Eu preciso de uma consulta pra minha mãe com urgência, porque ela precisa de um encaminhamento pra o SISREG, porque ela tá com câncer de mama’. E o agente de saúde falar assim: ‘agendamento de consulta só no dia 28’. Dia 28 pra vir marcar?! A pessoa tá aqui no dia 11, do dia 11 pro dia 28 é muito tempo, e eu tenho como marcar, eu tenho como adiantar isso, eu tenho como quebrar um galho e falar pra o médico quebrar um galho e adiantar [consulta]. Você entende? Então, é isso que eu não consigo, assim... e às vezes eu tenho problemas aqui na Unidade, por isso, por querer fazer, por querer ajudar, porque eu não vejo você, como: ‘Ah, é a assistida de fulano’. Eu vejo você como um ser humano que está precisando e eu quero tratar você da mesma forma que eu gosto de ser tratada, quando eu vou com a minha mãe, com meu pai que são idosos.” (ACS9, sente que é vista como “o problema” da Unidade).

Além da carência de condições de trabalho, a pouca flexibilidade de outros profissionais ou de autonomia dos ACS em resolver questões possíveis dos pacientes, pode afetar o sentido do trabalho em saúde, de uma categoria profissional com maior dependência para resolução de problemas de saúde, como o ACS, além de não configurar, na realidade, um trabalho em equipe.

“Nós somos mal remunerados, nós somos vistos como profissional de ponta, que não agrega a nada! Mas se não tem o Agente Comunitário, o PSF não funcionaria.” (ACS9).

A reflexão acima coloca em evidência o paradoxo do trabalho do ACS e da Estratégia de Saúde de Família (ESF). Se por um lado, os relatos analisados desvelam os desafios vivenciados por essa categoria profissional (falta de condições de trabalho que afeta confiança e

reconhecimento pelos pacientes, baixa autonomia para solucionar problemas de saúde da população e má remuneração), bem como o sentimento de insignificância enquanto integrante da equipe da ESF, por outro, sem ele, a ESF não pode ser reconhecida como tal.

5.3.5. Vandalismo

O vandalismo no serviço de saúde, expressado pela depredação do patrimônio público pela população e pela gestão municipal, como outra forma de violência vivenciada pelos profissionais de saúde.

“...aqui é a nossa segunda casa, 11 anos! E a gente ver o vandalismo que faziam na Unidade, sabe? Eles remexiam nossa comida que a gente deixava aqui na geladeira, eles desorganizavam os papéis. Uma vez eles pegaram os extintores e botaram aquele pó dos extintores por toda a Unidade, e a gente teve que fazer dois dias de mutirão pra limpar a Unidade. Então, assim, a gente chegar e ter esse impacto! Então eles vomitavam, eles defecavam em tudo, faziam uma sujeira e a gente vendo isso tudo a gente fica amedrontado. E aqui assim, a gente não tá de frente, a gente não vê quem entra e quem sai, então quando tem segurança ou vigia, dá uma FALSA sensação de proteção pra gente, mas aí a gente consegue trabalhar mais tranquilo.” (ACS9).

Para o atendimento adequado da narrativa acima, é importante esclarecer que a porta de entrada de várias unidades da ESF em Duque de Caxias não é de frente para a rua, mas posicionada na sua lateral. Assim, além do vandalismo exercido por uma parcela da população, existe também o descaso exercido pelos gestores que, além de não proporcionarem condições de trabalho para os profissionais de saúde, não planejam uma estrutura física para a unidade que vise a proteção destes durante a jornada de trabalho

5.3.6. Precariedade do vínculo empregatício e violação dos direitos trabalhistas

A Atenção Primária à Saúde na cidade de Duque de Caxias conta com três tipos de vínculo empregatício: servidores estatutários, celetistas e cooperativados, com variações de remuneração entre eles e direitos trabalhistas. Entre os cooperativados, os mais fragilizados do

ponto de vista do direito trabalhista, existe uma disparidade de salário entre as categorias. Os profissionais de saúde com nível superior, exceto o médico, contratados por cooperativa recebem metade do salário do estatutário para a mesma função e carga horária. Na categoria médica ocorre o inverso, pois o médico cooperativado recebe o dobro de um estatutário.

Entre os entrevistados, houve muitos relatos de violação de direitos trabalhistas, como: inadequação de pagamento de férias e décimo terceiro; salário incompatível com o preconizado para o cargo; falta de calendário de pagamento de salário; falta de salário por três meses consecutivos; desconto na remuneração em caso de afastamento por doença e interferência política na unidade de saúde. Além disso, houve episódios de demissões sem aviso prévio que causaram um abalo geral na equipe, desesperança e a perda de sentido do trabalho executado.

“Porque você vê um profissional que não tem décimo terceiro, não tem férias, não tem vale-transporte, não tem vale-refeição. O salário é menos da metade do valor que o Ministério [da Saúde] manda para a remuneração de um cargo de liderança. Isso desgasta muito, e também é uma violência! Como um assédio, que se eu reclamar, por exemplo, eu sou demitido. Então eu aceitei os termos e tenho que calar a boca, entubar e ainda tem que ser remanejado e tem que ficar feliz porque eu tô empregado! Isso, pra mim, ajuda no meu estresse, no meu desgaste físico, no meu desgaste emocional, no meu desânimo no meu trabalho.” (NS10, cooperativa, há 3 anos e 11 meses trabalhando na USF).

“Ficar sem receber salário até três meses foi uma das maiores violências que eu recebi aqui, trabalhando aqui nessa prefeitura. [...] Nós, como funcionários, a gente também se sente bastante exposto, bastante incomodado pela questão...pela questão remuneratória. Nós não temos uma data que a gente saiba que é dia de receber nossa remuneração, além de outras violências, vamos dizer assim, dos nossos direitos trabalhistas, né? Algumas questões que envolve décimo terceiro, as nossas férias, é que elas estão ao arrepio da lei, mas não cumpre a lei como deve ser.” (NS12, estatutário sem ter os direitos trabalhistas respeitados).

“Foi um dos pontos [COVID-19], assim, uma das cerejinhas do estresse, sabe? [...]. Fora a questão de pessoas da equipe adoecidas, familiares de pessoas da equipe faleceram, pessoas próximas faleceram, assistidos faleceram. Eu me contaminei em serviço e não podia botar atestado, porque tem um ofício dizendo que cooperado não pode botar atestado, e é muito

desgastante. Está sendo.” (NS10, cooperativa sem direito a licença médica inclusive na pandemia).

“Peguei em março [COVID] e peguei agora no final de novembro. Me descontaram, eu fiquei assim, super arrasada, porque provavelmente eu devo ter pegado vindo trabalhar, né? Ai descontaram meus 14 dias, e eu me senti assim... desamparada de verdade. [...] mesmo eu usando os equipamentos [de proteção individual], mas a gente, eu pelo menos, ficava com muito medo, muito medo.” (NM8, celetista).

“...se você se expõe em demasia...demasiadamente, aliás com toda razão! A impressão que dá é que você pode realmente sofrer uma sanção por conta da prefeitura, vamos dizer assim. E aí a gente fica, fica com receio de se expor, é isso!” (NS12).

Em um cenário onde estatutários e celetistas enfrentam problemas para o recebimento do salário e direitos trabalhistas, trabalhadores cooperativados são ainda mais vulneráveis e desprotegidos. Assim, a precariedade do vínculo empregatício de contratação por cooperativa não incorpora os direitos trabalhistas como o recebimento do décimo terceiro salário, de férias, de auxílio-transporte e/ou refeição, além disso, o entrevistado acredita receber menos do que profissionais em funções similares. Esses elementos são relatados como uma violência a qual eles não têm sequer o direito de reclamar, pois tem o receio de ser demitido ou transferido para uma outra unidade. Todas essas situações são vivenciadas como violências que acarretam estresse, desmotivação e sofrimento dos profissionais de saúde, sendo presente em todas as formas de contratação.

Em tempos de pandemia, esse cerceamento dos direitos trabalhistas, inclusive como preconizado para diminuição do contágio da COVID-19, fica ainda mais flagrante o desrespeito ao indivíduo e a sociedade como um todo.

Além da angústia e estresse que o trabalho naturalmente impõe, todos os elementos citados potencializam a tensão das equipes desestruturando o trabalho e trazendo sofrimento.

“Trabalhar bem não é garantia de se manter no emprego. Isso traz uma tensão natural pro profissional, com certeza! E quem é servidor não é, de certa forma ‘despedido’, né? Mas existem outras sanções que inclusive ferem a legislação. [...] já que não pode assim despedir,

né? Mas transfere o profissional à sua revelia sem nenhuma justificativa plausível, inclusive isso aconteceu comigo. [...] eu como servidor público, eu fui escolhido pra sair da unidade que eu estava já há anos pra entrar alguém que era conhecido de um político local. [...] Eu aceitei porque a gente já entendeu que é uma prática muito antiga, muito antes de eu ter chegado aqui e que eu simplesmente não conseguiria quebrar esse círculo vicioso que já existe aqui. E acabei tendo que me adaptar à outra unidade que é a unidade que eu estou hoje.” (NS12, estatutário transferido à revelia, trabalha há 2 anos na unidade).

“Eu tô, assim, arrasada, sabe? Com o coração partido de verdade, porque aqui eu encontrei uma família nesse lugar, sabe? E... de uma hora pra outra você ter que ir embora, assim sem ter feito nada, só porque a gestão mudou? Então assim, é muito difícil, muito difícil! [Choro] Eu acho assim, um ato muito covarde. Sem justificativa, sem nada, sem nada! Apenas porque o vereador perdeu, entrou outro e ele vai botar o povo dele, e... Não quero saber se você tem conta pra pagar, se você mora de aluguel, se você tem filho. Não! tchau e bênção.” (NM8, em seu último dia de trabalho).

“Porque essa semana [...] teve mudanças aqui, radicais né? [...] Cinco funcionários foram de vez mandados embora. E o pior foi a enfermeira que nem avisaram. Simplesmente na terça-feira eu cheguei pra cobrir plantão [...], e os meus amigos falaram assim: ‘Fulana, vem! Vamos recepcionar a dentista’. [...] Quando fomos recepcionar a dentista ela falou assim: ‘Não! Eu sou enfermeira.’ E aí era uma enfermeira no lugar de outra enfermeira que estava chegando pra trabalhar [...] e havia sido mandada embora sem saber. E ficou todo mundo triste, todo mundo chorando, acabou o nosso dia. Essa foi a sensação que eu senti: somos objetos! E aí eu tava falando: ‘vale a pena uma caneta que eu compro pra trabalhar?’ ‘Vale a pena [comprar] o papel pra fazer evolução, porque o insumo a Secretaria que teria que me fornecer?’ [...] Tenho que comprar papel-ofício, eu, agente de saúde, pra fazer uma evolução em consideração ao paciente, pra ele poder ser atendido pela médica. Compro o envelope pra colocar o prontuário do paciente. E a gente faz esse questionamento, será que vale a pena fazer isso tudo se amanhã eu posso ser usada como um objeto que eu não quero mais e vou descartar?” (ACS7, Celetista, há 18 anos trabalhando na USF).

“A gente olha e pensa assim, nós não somos nada! Eu vou te dar um exemplo, é... Chegou perto do Natal, ano novo, e veio a notícia que metade dos funcionários estavam na rua, porque são de firmas terceirizadas. A nossa técnica [de enfermagem] trabalha aqui há 12 anos, ela tem três filhos pequenos e ela quem sustenta a casa dela. E, assim, a notícia veio que ela estava fora, que amanhã será o último dia dela. Ai a gente tinha uma enfermeira aqui que estava com o pai doente com COVID, ele veio até a falecer no domingo, e ela chegou pra trabalhar e tinha outra enfermeira aqui no lugar dela. Você pensa na situação. A administrativa teve que ter um jogo de cintura, dispensar a nova que chegou, porque ela tava chegando cheia de problemas achando que tava vindo pra trabalhar, e nem ela sabia que estava na rua! Então, foi assim, uma choradeira aqui. E tá todo mundo muito abalado com isso, porque é como eu te falei, a gente tanto cria vínculo lá fora como aqui dentro, são muitos anos todo mundo trabalhando junto.” (ACS9, Celetista, há 11 anos trabalhando na USF).

“Se nós formos pensar num conceito mais amplo de violência, né? A gente pode abarcar essa questão [demissão] de fato como sendo realmente uma situação BASTANTE, vamos dizer assim, que pressiona, que tensiona as equipes, né? [...] Mas muito mais esses que não têm um vínculo de servidor estatutário, que são por contrato, por indicação política, traz uma tensão, uma desarmonia na unidade CERTAMENTE! (NS12).

A atuação de políticos locais que interferem nas contratações e transferências dos profissionais é vivenciada como uma violência no trabalho e que acomete tanto servidor estatutário quanto contratado. Essa ingerência política no serviço de saúde causa uma alta rotatividade de profissionais de saúde e fragilidade do vínculo profissional-paciente, sendo este um atributo essencial da APS. Também é uma violência para quem é transferido arbitrariamente, demitido sem justificativa e para os companheiros de equipe, porque pode acontecer o mesmo com eles, independente do vínculo empregatício.

Dois relatos compartilharam a forma desrespeitosa de demissões sem qualquer comunicação prévia, pegando os profissionais (demitidos ou não) de surpresa e promovendo o medo e a insegurança generalizada sobre a continuidade do emprego e obrigando a ter um jogo de cintura por parte de outros profissionais da equipe. Isso tudo em plena pandemia. Houve, inclusive, o caso de um profissional que compartilha esse sofrimento no seu último dia de trabalho, quando me concedeu a entrevista.

Por outro lado, vivenciar todas essas experiências dolorosas provoca falta de sentido sobre o trabalho e leva à reflexão dos esforços e dos gastos aplicados para a realização de seu ofício. Principalmente o ACS, que ganha menos e é onerado inclusive com itens fundamentais para o exercício da sua função, quando a gestão municipal deveria dar os insumos materiais necessários. Isso produz um sentimento de desvalia e descartabilidade dos profissionais pela gestão municipal, além do sofrimento pela falta de reconhecimento pelo empenho com que realizam seu trabalho.

5.4. VIOLÊNCIA ARMADA NO CUIDADO

A violência armada foi motivo de diversas interferências no cuidado dos pacientes, principalmente limitando as atividades de saúde que ocorrem nos domicílios ou território, denominada visita domiciliar (VD) ou atividade extramuro, e também alterou algumas rotinas dos profissionais de saúde na tentativa de mitigar a violência armada. Além disso, em áreas de violência armada conseguir articular referências para prover um cuidado de acordo com a necessidade das pessoas é ainda mais desafiador.

“Interfere [no cuidado] no sentido de quando a gente tem que fazer alguma intervenção [no domicílio], a gente sempre fica temeroso se a área está ok ou não está ok. [...] de repente poderia se fazer mais, mas, por vezes, a violência não permite. É angustiante, [porque] impede de que se concretizem os serviços.” (NS10, mora fora da área de tráfico).

“está previsto algumas, algumas atividades extramuro, né? [...] Isso a gente faz muito pouco é... aqui no território. [...] de só sair para o território numa situação especialíssima. É isso.” (NS12).

“Quando a gente pensa em ir na casa de tal pessoa [traficante], a vontade é nem ir.” (ACS13).

“Já aconteceu aqui de praticamente uma semana inteira a gente não conseguir ir na microárea porque... Tava tendo violência constantemente.” (ACS2).

“...a gente fica pensando: e se a gente tivesse apostado ao contrário? E se a gente tivesse se arriscado? ‘Não! É coisa da nossa cabeça, vamos continuar!’ A gente realmente poderia ter

sido pego no meio de alguma coisa e... Depois tá nossa vida em risco. [...] Não é dinheiro, não é um bem material, é a nossa vida! Não é algo que possa ser reparado depois.” (ACS2).

“Mas assim, somos orientadas a isso: quando tiver alguma situação assim [confronto armado], a gente nem ficar muito tempo, só dar aquela, tipo aquilo que a gente costuma falar no ditado popular, visitinha de médico, coisa rápida. [...] A família que precisa [de cuidado], né? E aí rapidinho a gente faz a visita, ou muda de rua, pra não ficar muito ali.” (ACS13).

“Às vezes, já várias vezes, eu não fui pra área porque eu falei: ‘hoje eu não vou porque eu não quero. Hoje eu não quero sentir medo. Hoje eu não quero ver arma’.” (ACS1, tio policial morto na área de tráfico).

“Não, não vou porque é uma área de risco, e eles [gestão] não disponibilizam carro, não vou botar meu carro nesse lugar, ou eu não vou me colocar em risco.” (NM11).

De acordo com os relatos, a violência armada afeta de diversas formas o cuidado, ora promovendo restrição do cuidado (“visitinha de médico”) ou desassistência (não poder entrar no território por medo ou pelo confronto armado) por um período indeterminado (“semana inteira”), ora afeta o humor dos profissionais de saúde e, por consequência, o cuidado que ele presta. Assim, o cuidado não é limitado apenas durante o confronto armado, mas ele é permanente pela sua característica de imprevisibilidade (“e se tivesse apostado ao contrário?”) ou pelo medo recorrente que ele gera nas pessoas. Nesse sentido, a violência armada tanto aumenta a desassistência quanto aumenta o risco para os profissionais.

Outro ponto destacado pelos profissionais é que essa limitação incide mais fortemente em cima de alguns sujeitos do que outros, como as visitas na casa de traficantes.

Uma entrevistada salientou que o não provimento de estrutura (carro) fornecido pela gestão municipal também afeta o cuidado em área de violência armada. A esse respeito, deve-se também levar em consideração que a entrevista estava sendo realizada com uma profissional da mesma gestão municipal, mas sem qualquer poder de mudança dessa realidade. Talvez essa - e outras - tenha sido uma tentativa da profissional de colocar em evidência a falta de apoio da gestão visando mudar essa realidade, mesmo que um carro oficial não fosse suficiente para oferecer proteção diante de um confronto armado.

“Você vê o paciente e a gente não poder fazer muita coisa, né? Não ter muitos recursos. Por exemplo, tem casos que o SAMU não entra lá dentro pra buscar o paciente, né? Ai tem que avisar, eles lá [traficantes]. A família avisa: ‘Fulano tá acamado, vai vir o SAMU buscar’. [...] É complicado geralmente o povo loca um carro e bota no carro e leva. Porque tem as barricadas ainda, né? (ACS4).

“em uma questão de violência mesmo, de saber que eu não posso mexer com isso, que eu não posso fazer nada por essa situação. De você pegar uma criança: ‘Não! Vamos ligar, vamos fazer o disque 100 [Disque Denúncia]’. Mas ninguém vai entrar. E realmente não vai!” (NM11).

“Nesse dia [a dermatologista do NASF] ela veio com muita boa vontade, e aí, a ACS que mora na área, esqueceu de baixar o vidro [do carro]. A gente já tava lá dentro [da rua do tráfico], entrou três com a arma em cima da gente. Ela ficou desesperada, porque ela nunca tinha passado por isso, foi o relato dela, e no dia do aniversário dela”. (NS10).

A violência armada afeta não apenas a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) que é o nível de atenção mais próximo das pessoas e do próprio território de violência armada, mas também outros níveis do sistema que criam barreiras de acesso para a prestação do cuidado pelo medo de arriscar a própria vida.

Assim, os serviços públicos que atuam para efetivar as políticas públicas tendem a negligenciar o atendimento das pessoas mais vulneráveis, moradoras nos territórios de violência armada, restringindo o papel de proteção do Estado a essa população. E tanto os profissionais de saúde quanto os moradores têm ciência disto.

Além de afetar o cuidado da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ele também altera a própria rotina da ESF, como pode ser visto nos relatos abaixo:

“Então as meninas [ACS] falam: ‘oh, evita ir à tarde. Evita ir às sextas à tarde [porque] é mais movimentado!’. Às sextas-feiras por conta do final de semana eles estão vendendo muito, né? Então pode sair e ter problema lá. Então é o que eu evito... algumas coisas que eu prefiro evitar, alguns horários e alguns dias da semana eu prefiro evitar.” (ACS1).

“...quando a polícia entra, ela entra muito cedo. [...] Quando eu vou pra área, eu costumo sair depois de 9h30, nunca saio antes [...] e aí normalmente nesse horário de 9h30, já aconteceu. Quando a polícia entra, já entrou, quando teve tiroteio, já teve ou o Caveirão já tá lá.” (ACS1).

“No trabalho, óbvio que acontece que, em algumas situações, a gente precisa modificar o processo de trabalho por conta de ter que atender alguém que seja do contexto lá do tráfico, né? Os horários alternativos, tem que atender num horário que fique mais acessível pra eles, né? Isso realmente é uma interferência direta no trabalho.” (NS12).

“Uma das mães que eu visito, inclusive ela tem um filho que é envolvido [com tráfico], quando eu fui fazer o cadastro dela, é, desse filho exatamente, eu nem perguntei pra ela o que ele faz. Porque como eu já conheço a família, sei onde ele vive e sei, sabe? Da situação dele em si. Eu só perguntei o grau de escolaridade dele, porque o restante da ficha toda eu já sabia.” (ACS13).

Segundo a percepção dos entrevistados, a violência armada também provoca modificações na rotina de trabalho da ESF para não ser surpreendido pelo confronto armado, seja evitando atuar no território em certos horários (antes das 9h30 ou a tarde) ou em certos dias da semana (principalmente sextas-feiras). Essa mudança restringe em muito a atuação das equipes no território e o cuidado em decorrência da violência armada e de um confronto em potencial.

No âmbito do trabalho dentro da USF também há modificações como aponta o relato do entrevistado NS12, o qual diz que faz mudanças na sua agenda para priorizar, sempre “encaixar” e atender no horário escolhido pelos traficantes. Essa imposição velada, mas tácita, é uma realidade de serviços em contexto de violência armada. Além dessas, também há outras restrições no cuidado de saúde, como o “simples” preenchimento de um cadastro de saúde.

A eSF trabalha com a adscrição de território e vinculação dos pacientes através do cadastramento do domicílio e dos indivíduos, sendo necessário o preenchimento, entre outros, de números de documentos e atividade profissional. Esse cadastro, em geral, é realizado pelos ACS nas visitas domiciliares e, em área de violência armada, uma mera pergunta sobre essas informações se torna um constrangimento.

As experiências compartilhadas acima apontam para restrição do cuidado e constrangimentos em decorrência da violência armada. Todavia, quando, além do contexto de violência armada que é um risco para a vida dos trabalhadores, entra em jogo a exigência de metas, de produtividade, sem levar em conta a realidade local, faz com que o tensionamento desse cotidiano do trabalho do ACS seja elevado para outro patamar. Essa situação pode ser exemplificada no relato abaixo:

“Sim, atualmente a gente teve um período de recadastramento, né? No qual a gente ficou bem pressionado por números de cadastrados, e sim, nessa época tinha uma cobrança externa. Já aconteceu de na semana eu não ter conseguido ir uns dois dias por conta da violência armada ou por algum problema mais administrativo, e no terceiro dia eu me forçar a ficar mesmo sentindo que não tava legal, porque eu tinha que produzir alguma coisa naquela semana. [...] O meu maior medo é perder a minha vida, [...] eu posso ser afetado de forma permanente. [...] nesse período por conta da pressão externa, eu acabei forçando por vezes, a... ficar um pouco mais, ou ficar num dia que eu achei que... normalmente eu não ficaria.” (ACS2, 24 anos, trabalha na USF há 1 ano e 2 meses).

A exigência da gestão municipal de que seja preenchido um quantitativo de cadastros para atendimento das metas com consequências para a manutenção do emprego dele gera uma pressão para atingir as metas a qualquer custo. Por outro lado, o atendimento da meta também potencializa o risco da exposição à violência armada. Essas duas forças contraditórias, provocam um conflito e um sofrimento por ter que decidir entre coisas muito importantes: vida e emprego.

Além de impactar a prestação do cuidado, a violência armada também afeta a condição de vida e saúde dos pacientes, sobretudo para aqueles moradores em áreas de tráfico de drogas.

“É bem visível que o medo que alguns deles [pacientes] têm. Muitas vezes eu vou parar, eu tô passando alguém me encontra, e aí eles vão, passam por mim: ‘Fulano, preciso falar com você, mas vamos um pouquinho mais pra frente’. Aí a gente caminha um pouco mais pra frente, porque visivelmente eles tem um incômodo [de falar próximo de pessoas do tráfico]” (ACS1).

“Os moradores próximos ali [do baile], eles ficam muito incomodados com som, com o barulho, e eu percebo também que alguns [...] que moram mais próximos ao baile, eles normalmente precisam mais de receita controlada. Não sei se é uma coincidência ou não, mas normalmente é remédio pra dormir.” (ACS1).

Um outro aspecto percebido pelo ACS é a dificuldade encontrada pelos pacientes que residem próximo ao local do tráfico e do baile funk. A violência armada, segundo suas observações, acarreta um constrangimento na comunicação sobre suas necessidades de saúde, bem como possível aumento do uso de medicamento controlado (para dormir). Mais que isso, a cidadania dessas pessoas fica regulada, no sentido de que a lei não vale nesses lugares. Os moradores sabem que não podem mudar aquela realidade, por mais que afete suas vidas.

5.5. VIOLÊNCIA ARMADA NA VIDA PESSOAL

Vários foram os relatos de entrevistados, principalmente os ACS, sobre alguns sintomas físicos e emocionais que a violência armada provoca nas suas vidas como, por exemplo, cefaleia, insônia, esgotamento físico, medo, ansiedade, pânico, abalo emocional, depressão, além de alterar quadros de hipertensão e diabetes. Entretanto, destacamos apenas alguns depoimentos:

“Isso [violência armada] estava me trazendo desequilíbrio, eu fiquei hipertensa. Eu agora tenho diabetes, tudo por esse desequilíbrio, tudo emocional. [...] O emocional assim, quando sinaliza amarelo ou vermelho [Acesso Mais Seguro] eu já tô apavorada.” (ACS7, mora fora da área do tráfico, trocou de microárea para fora da área do tráfico após 16 anos).

“Eu sofro hoje em dia de uma ansiedade muito grande. Tô me recuperando de um quadro de depressão, né? [...] Eu sofri o assalto [na USF] e tudo mais, eu tive que voltar pra medicação [...] Aí você entra aqui vê uma pessoa estranha, vem uma pessoa estranha vindo de bicicleta, começa a te olhar muito, aí você já fica...a pressão sobe NA HORA! Não tem como não subir! Aí vem um de moto, vem um de carro para, às vezes é pra pedir uma informação, aí o seu coração começa " pá pá pá pá pá". Falei: ‘geeente, daqui a pouco vou acabar infartando aqui nesse lugar’. Eu vejo que nós seres humanos somos como uma esponja, né? A gente vai

absorvendo, absorvendo, absorvendo, chega uma hora que a gente não consegue mais, né?” (ACS9, pediu para sair da microárea perto da USF após a ocorrência do roubo).

A física, pelo esgotamento de você tá indo ali, você tá sacrificando [...]. Não tem como a gente montar na bicicleta e sair correndo, desesperado, então a gente vai a pé. Em alguns casos, a gente vai a pé. Então, assim, é um desgaste pra a gente também.” (ACS13, mora dentro da área do tráfico).

As apreensões, o sentimento de vulnerabilidade, a falta de controle sobre a violência armada e o que vai acontecer geram distúrbios físicos e mentais nos profissionais de saúde. Em especial no ACS que mora e/ou trabalha dentro da área de tráfico ou que sofreu diretamente a violência armada como o exemplo acima do roubo na USF.

Um outro elemento a ser destacado é o fato de que o Acesso Mais Seguro é uma proposta de minimizar a violência armada para os profissionais, porém, essa proposta pode provocar ansiedade por evocar lembranças de experiências prévias a partir do conhecimento do contexto do território naquele momento.

O fato de muito dos entrevistados morarem e trabalharem em contexto de violência armada, faz com que ela impacte duplamente sobre a saúde física e mental desses trabalhadores. É um contexto de violência armada da vida pessoal que afeta o exercício do trabalho e uma violência armada do cotidiano do trabalho que afeta a vida pessoal e que pode amplificar o sofrimento.

“eu e uma colega [ACS] e... Depois que a gente passou ali da, do que é conhecido como ‘boca’, né? Da ‘boca de fumo’, acho que uns três metros depois passou um carro por trás da gente atirando, e a gente só corria. Ela conseguiu parar na casa do pai pra entrar, e eu no desespero não consegui. Eu tinha que me jogar no chão mas eu não conseguia. Minha perna pesava na bicicleta e eu só pedalava, pedalava, pedalava, e não sei como eu cheguei em casa. Mas eu lembro que eu subi na cama e fui olhar no espelho pra ver se não tinha sido atingida porque eu tava muito desesperada! [...] Então eu fico com medo disso acontecer, né? Eu passeando com meu filho, andando de bicicleta... qualquer coisa muda muito rápido é de repente.” (ACS3, mora dentro do tráfico).

O relato mostra o quanto que morar e trabalhar em área de violência armada intensifica o risco e suas consequências. Insegurança no território de forma repentina que ela percebeu durante o seu trabalho começou a virar um receio para a vida particular.

5.6. APOIO PARA LIDAR COM VIOLÊNCIA ARMADA NO TRABALHO

Em resposta à questão sobre o apoio recebido para lidar com violência armada no trabalho, os profissionais de saúde relataram receber o apoio de pacientes, dos pares, da família e do programa Acesso Mais Seguro (AMS), mesmo que com algumas restrições. Porém houve unanimidade em relação à falta de apoio pela gestão municipal.

“Inclusive os bandidos falaram que você é muito simpático.’ (Risos) Aí eu falei: ‘É mesmo?!’ Aí ela falou: ‘É!’ Ela [usuária] foi uma das pessoas que quando entrei, quando eu comecei a visitar ela falou: ‘olha, eu vou conversar com eles [traficantes] e vou falar que você é Agente do Postinho, pra eles não mexerem com você’. Não sei se essa intervenção dela deu certo, se ela realmente fez, mas até hoje não mexeram, não falaram nada comigo.” (ACS1, mora fora da área de tráfico).

“...que muitas vezes eu chegava lá, e o paciente: ‘o que você está fazendo aqui? Sai daqui agora!’ E eu tinha que voltar.” (ACS7).

“...então ele [enfermeiro] faz muitas palestras pra gente, envolvendo momentos de descontração pra a gente poder desabafar [...].” (ACS4).

“Então, ambos. Pra mim pai e mãe é amigo pra toda hora, mas, no trabalho também, com os próprios colegas de trabalho porque como eu sou, eu já sou novo aqui na Unidade, e ainda sou novo de idade mesmo, então eu tento desabafar com eles porque eles têm meio que, experiência né?” (ACS5, 22 anos).

“Acho o AMS um instrumento muito eficiente, de além de agregar a equipe, auxiliar a saber se tá viável ou não o trabalho na área. Acho muito importante! O AMS, é uma ferramenta que

auxilia MUITO o profissional. É um auxiliar, eu posso dizer assim, que é um band-aid sobre uma ferida, sabe?” (NS10).

“A gente tem uma comunicação, e a gente tem que comunicar caso a gente veja algo suspeito, no grupo do AMS. [...] A gente saber que a gente tem essa autonomia de proteger a própria vida é muito bom. [...] [Fulana], tá assim. Tá acontecendo isso na área’, sabe? E ela acreditar na gente. Não achar que a gente tá inventando pra não ir trabalhar, entendeu? A [Fulana] é muito compreensiva, ela mora lá, então ela sabe como as coisas funcionam. [...] eles na Secretaria [...] poderiam resguardar a gente de alguma forma, ou entrar em contato e falar: ‘gente, tudo bem nesse período, que a gente sabe que é complicado, vocês dão uma relaxada, façam os trabalhos mais internos e tal, eu acho que é isso.” (ACS1).

“[...] a gente já sabe que tem alguma coisa de errado, a gente sai, notifica, comunica ao restante da equipe [...] É a notificação da AMS, né? E...quando a gente tá na internet. Se a gente tá na rua e tá sem internet, aí liga pra o colega avisando: ‘vem pra unidade’, se tiver como a gente voltar. Se não tiver, a gente comunica. (ACS3).

“É ruim [falta de apoio dos níveis superiores]. Eu me sinto desvalorizada, porque eu sei da importância do meu trabalho e o quanto eu me dedico pra fazer ele bem, e os riscos que eu corro pra que isso aconteça, né?” (ACS3).

“A gente não tem apoio de ninguém. [Eu me sinto] Abandonada. Abandonada. Porque ninguém faz nada por ti. Eu me sinto abandonada.”. (NM8).

Um profissional ressalta que ser novo no trabalho traz uma maior dificuldade de se sentir apoiado pela pouca convivência com os demais, reforçando que o apoio vem, geralmente, dos colegas de equipe que também sofrem da mesma violência armada. Além disso, todos sentem falta das instâncias superiores em apoiá-los, física, emocional e estruturalmente, contra a violência armada e suas consequências.

O AMS trouxe mais de autonomia na tomada de decisão no sentido da autoproteção contra a violência armada, todavia, por outro lado, em locais com alta incidência de violência armada, os profissionais receiam que pode gerar desconfiança dos gestores (que não estão na

área), no sentido de uma má utilização da ferramenta como desculpa para não trabalhar. Quem é da área não julga, acredita. Outra fragilidade é que a notificação é realizada por mensagens de aplicativo de celular e demanda internet móvel, a qual é paga com recursos do próprio trabalhador e não pela gestão, além de existir locais sem cobertura de internet e que pode provocar a falsa sensação de segurança.

Ainda sobre falta de apoio dos superiores, o relato abaixo mostra que nem mudanças simples, como a troca da microárea de responsabilidade do ACS, que não implica em aumento de custos e nem falta de cobertura de saúde da área foram conduzidas pelos profissionais da gestão. Um ato banal poderia incidir sobre a diminuição dos riscos e sofrimento do profissional de saúde, além de melhoria indireta na atenção à saúde, mas careceu de sensibilidade do gestor que não trabalha em área de violência armada, quando propôs que ele mesmo resolvesse essa questão e expusesse para profissional da própria USF.

“Então essas coisas no começo [do trabalho como ACS] foram muito difíceis comigo. Quando eu voltei de uma reunião eu conversei com a [tutora]: ‘será que existe a chance, se eu conversar com a minha administradora, será que eles me trocam de rua [da área do tráfico]?’ [...] Era uma rua que eu cresci com esse medo [...] porque tinha policial na família e é possível que alguém lá dentro conheça meu tio. Em um momento eles possam associar, e pode causar algum problema, aí... ela falou que poderia conversar com a administradora. Eu cheguei a conversar com ela, mas eu acabei resolvendo ficar na área mesmo. Eu acho que foi o medo de trocar, e as pessoas [da USF] começaram a questionar ‘por que você quer trocar sua área?’ E eu iria falar o quê? Tipo, né? E aí eu preferi... não vamos fazer o seguinte, eu vou ficar, não vou contar pra ninguém essa história, ninguém vai saber de nenhum dos meus tios, que aconteceu isso, e até hoje pouquíssimas pessoas sabem.” (ACS1, 30 anos, trabalha há 1 ano e 2 meses na USF).

O relato aponta tanto o medo quanto a coragem que ele teve em relatar uma intimidade de sua vida, a qual ele queria esconder, por acreditar que pode receber alguma retaliação dos traficantes pelo parentesco com policial detestado e morto na área. Apesar de ele ter mostrado seu “segredo”, a solução dada pelo superior foi que ele se expusesse e ele preferiu não se expor. Essa interferência no trabalho e no sofrimento dele não é apenas causada pela violência armada, mas pelo medo que saibam da história do tio dele, o que teria sido evitado se o profissional

superior tivesse trocado ele de microárea. Em vários momentos da entrevista ele mostra o quanto esse medo ainda persiste e afeta o trabalho executado por ele.

5.7. ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O RISCO DE VIOLÊNCIA ARMADA

Além do uso do uniforme, do crachá, de saber “ler” os sinais da violência armada na área, do conhecimento que é passado dos mais antigos para os mais novos, de não trabalhar sozinho ou andar desacompanhado na região, de fazer “amizade” com o pessoal do tráfico, de evitar certos dias e horários para circular pelo território, preferir atividades internas a externas, os entrevistados também falaram sobre algumas outras estratégias para mitigar os riscos que correm no exercício do trabalho. Um relato expõe o autoengano como forma de conseguir lidar com a violência armada, criando uma realidade mais amena para persistir no emprego.

“A gente tenta fingir que não é tão perigoso quanto é.” (ACS2).

“Eu já nem saio mais pra almoçar na rua, eu entro e fico [na USF].” (NS10).

5.8. BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA ARMADA

Existe distinção entre a mídia e a literatura sobre a banalização da violência armada. Ora ela é anunciada como banal entre os sujeitos, ora como algo que, apesar da constância, nunca é naturalizado por quem é afetado por ela.

Os resultados mostram o quanto essa questão é complexa e tratada de forma superficial, sobretudo pelos meios de comunicação. Além disso, os sentimentos de impotência e de descrença de que haja mudança dessa realidade (tanto financeira quanto de violência), favorecem o mecanismo do autoengano, fingindo “dar-lhe menos importância”. Contudo, também mostra que os “danos” e sofrimentos persistem.

“Deu dois tiros perto da minha faculdade e foi o assunto da semana. Se eu tô em casa e der dois tiros, passa dez minutos, eu saio. Porque teoricamente, pela minha experiência, eu sei que já tá tranquilo, mas será que tá mesmo? Porque... Será que o normal não é realmente a reação que o pessoal teve lá na [faculdade]? O normal não deveria ser isso, ao invés de eu ter que me forçar a acreditar que tá seguro? [...] a gente fica se sentindo um pouco impotente porque não

tem nada que a gente possa fazer, e tenta ter que se forçar a acreditar em mentiras que a gente mesmo tem que inventar, né?” (ACS2, mora dentro da área de tráfico).

“De certa forma a gente se acostuma, mas quando dá o final do expediente eu vou embora pra casa, né? É bem diferente de quem mora aqui. Eu imagino que o agente de saúde seja uma situação muito mais difícil pra eles porque eles trabalham...no local...que moram. [...] Talvez fique mais marcante pra mim, eu imagino, do que pra quem mora aqui.” (NS12, mora fora da área de tráfico).

“É, você naturaliza [a violência armada]. Você acaba introspectando isso de um modo natural. Então vou trabalhar...ah, tá!” (NS10, mora fora da área de tráfico).

“Eu acho que quem tá de fora, às vezes sim [acham que quem mora em área de violência armada banaliza]. Quem tá lá se acostuma em alguns pontos e eles seguem a vida deles, porque eles sabem que não podem parar a vida deles. [...] você vê aquelas pessoas, as senhorinhas bem velhinhas e que moram lá há anos e não estão acostumadas com isso, né? E elas tem medo ainda, e moram lá há muito tempo.” (ACS1, mora fora da área de tráfico).

Os relatos mostram diferenças de julgamento entre quem vive e não vive em área do tráfico de drogas. Há uma tendência de acreditar que os moradores de áreas de violência armada banalizam essas situações ou mesmo se aproveitam delas para não ir trabalhar, enquanto aqueles que não vivem, não se acostumam e consideram que, para eles, essas experiências são mais marcantes. Todavia, diversos relatos mostrados nessa dissertação mostram o sofrimento, desespero, receio permanente e desesperança decorrentes da violência armada a qual estão expostos cotidianamente. Ademais, profissionais mais sensíveis, que não conheciam essa realidade de perto, como o ACS1, percebeu uma mudança do seu entendimento: antes pensava que eles banalizavam e agora percebe, inclusive, que quem vive lá há anos não se acostuma e ainda tem medo.

6. DISCUSSÃO

Esta dissertação buscou analisar a violência relacionada ao trabalho e suas consequências para o cuidado em saúde, com destaque para a violência armada. Os resultados são da perspectiva dos profissionais de saúde da ESF, sobretudo os ACS, tendo em vista ser o maior quantitativo de entrevistados (9 de 13). Ressalta-se que nesse trabalho, o conceito de violência armada não se restringiu ao evento morte, mas partiu da percepção dos entrevistados sobre como eles reconhecem a violência armada e os seus efeitos.

6.1. VIOLÊNCIA ARMADA

Com o intuito de discutir os resultados dessa pesquisa, faz-se necessário, primeiramente, uma breve análise da política de segurança pública brasileira, calcada na repressão às drogas por meio de ostensiva e abusiva força policial, com manutenção da corrupção e das atividades de narcotráfico, além da violação dos direitos humanos (ZALUAR, 2000). Para Muniz (MUNIZ & ALMEIDA, 2018), essa política, baseada no “tiro, porrada e bomba” contra o outro, é denominada por ela de “Esculachocracia - um regime de imposição de crenças e vontades particulares de uns sobre os outros”. Esta visa, idealmente, separar os “cidadãos de bem” dos “cidadãos do mal”, isto é, os ditos irrecuperáveis, integrantes das “classes perigosas”. Essa forma de atuação está fundamentada na ilusão de segurança e justiça instantâneas, sendo obtidas pelo medo (“o terror como horizonte”), pela raiva e pela vontade de cada um (MUNIZ & ALMEIDA, 2018) e resume: “como num círculo vicioso, o resultado disso é o agravamento continuado do temor individual e da insegurança coletiva”. Além das mortes com classe social, cor, idade etc. predefinidas, essa política também produz uma realidade onde cada indivíduo entregue a si, fica cada vez mais vulnerável, visto que é obrigado a reagir sozinho, ao passo que alguns atores do grupo social atuam como uma patrulha moral de si e contra os outros, produzindo conduta de vigilância, controle e correção (MUNIZ & ALMEIDA, 2018). Nesse sentido, em nome da “defesa da vida”, essa política produz perda dos direitos e mortes.

Os resultados dessa pesquisa corroboram os efeitos no cotidiano da atual política de segurança pública (medo, sentimento de vulnerabilidade, impotência, desesperança, regras de conduta social impostas como andar de cabeça baixa, não ver, não falar, não perguntar) e

acrescenta que ela também recai sobre a restrição do cuidado em saúde, a desassistência sobre o grupo social mais vulnerável e sobre o sofrimento dos trabalhadores da área da saúde.

Silva *et al.*, (2021), em estudo similar, também mostrou que a violência armada atinge todos os residentes e trabalhadores da área, produzindo impactos sobre a saúde física e mental de ambos, estando presente, enfaticamente, nos espaços de vida mais desvalorizados das cidades (Silva *et al.*, 2021), tal qual o território da USF do estudo.

A imprevisibilidade da violência armada, aliada ao sentimento de vulnerabilidade e medo, acentua a dificuldade de saber como lidar ou se proteger diante de situações de violência armada, como narrado por vários profissionais de saúde (não saber qual casa entrar, o que fazer com a bicicleta etc.), sendo maiores entre aqueles profissionais que não conheciam o território, como também identificado por Silva *et al.* (2021). Kaiser e Bianchi (2008) também encontraram que a percepção de riscos e a vulnerabilidade individual produzem reações distintas entre os profissionais de saúde. Outro ponto de convergência com estudos semelhantes (SILVA *et al.*, 2021; FERREIRA, 2021; KEBIAN & ACIOLI, 2014) foi o receio de registrar certos fatos pela confusão entre notificação e denúncia, como as violências domésticas testemunhadas pelos ACS.

Essa dissertação mostrou um duplo sofrimento vivenciado pelos ACS ou profissionais cooperativados – cada vez mais estendido aos estatutários - que trabalham em áreas de violência armada: aquele relacionado ao dia a dia de violência, aliado ao medo de invalidez ou perda da vida e uma rotina de baixos salários, sem direito a férias, décimo terceiro salário, licença de saúde, culminando pelo medo da perda do emprego precário. A precarização do trabalho é mais uma violência que aumenta o sofrimento dos mais desprotegidos, resultante das reformas trabalhistas que promoveram a eliminação desses direitos (DRUCK, 2016).

A realidade de trabalho dos profissionais de saúde acontece em condições precárias, de acordo com Silva *et al.* (2021), a precariedade estrutural em algumas Unidades Básicas de Saúde aumenta a vulnerabilidade já vivida no ir e vir. Para Polaro (2013), os profissionais de saúde não recebem apoio em relação às ameaças e assaltos por que passam, fato esse que foi unânime nessa pesquisa. Segundo ela (POLARO 2013), isso pode ser caracterizado como uma violência institucional. Para Ribeiro *et al.* (2021), além dos problemas com a violência armada, os profissionais de saúde ainda precisam lidar com a sobrecarga, desvalorização, precarização do serviço e dos direitos trabalhistas.

Em relação às diferenças quanto ao reconhecimento dos sinais de violência armada entre os profissionais que apenas trabalham em contexto de violência armada (“mora fora”) e aqueles que moram e trabalham em área de violência armada (“mora dentro”) também foi verificado por Almeida (2015), a qual acredita que o fato de ser um morador aumenta a legitimidade da sua presença no território, além de ter mais facilidade por conta dos vínculos relacionais com a população local (ALMEIDA, 2015). Contudo, essa facilidade de “locomoção” pelo reconhecimento do território também pode ter seus riscos, quais sejam: receio de serem vistos como “caguetes” e, sobretudo, de receber represálias quando não consegue atender alguma necessidade do traficante. Ferreira (2021) também verificou que ter informações sobre traficantes pode expor os ACS e seus familiares a constrangimentos e situações de risco. Possivelmente, por esse motivo e por estarem duplamente sobre o risco decorrente da violência armada, esses profissionais que moram e trabalham em área de tráfico de drogas relataram mais comprometimento na saúde, conforme analisado por Ferreira *et al.* (2021).

Com vistas a diminuição destes riscos, os profissionais precisam reconhecer os sinais de um possível confronto armado, além de utilizar outras estratégias como uniforme, crachá e ajuda dos colegas de equipe ou pacientes compartilhando informações sobre risco do local. A esse respeito, Gonçalves *et al.* (2017) também credita o conhecimento dos ‘sinais’ como importante medida de segurança, além da ajuda das pessoas que informam sobre a possibilidade ou não de circular no território (FERREIRA, 2021). Segundo Almeida (2015), as repentinas operações policiais nos territórios “de risco” trazem uma tensão que produz uma indiferenciação dos alvos, quais sejam quem são os “cidadãos de bem” e os “cidadãos do mal”. Diante disso, é imperioso para população ser associado como trabalhador e, nesse sentido, os ACS produzem e pagam do próprio bolso uniformes e crachás para se “ajustar” a representação de social de “trabalhador” e não ser um alvo fácil por ser confundido com “bandido”.

A literatura mostra diversas estratégias semelhantes aos resultados encontrados para lidar com a violência armada por profissionais de saúde, tais como: evitar entrar em determinadas ruas e mudar o trajeto (ALMEIDA, 2015); evitar saber de situações comprometedoras, (LANCMAN *et al.*, 2009); ser uma pessoa discreta; estar atento à dinâmica territorial, evitar circular desnecessariamente, além de procurar fazer amizades foi bastante explicitado pelos ACS, simplificado pela tríade: “ser reconhecido, amigo e empático” (FERREIRA, 2021), como fatores de proteção.

Diversos estudos destacaram a tensa relação entre traficantes de drogas e a APS (ALMEIDA, 2015; SOFIATTI, 2019; LANCMAN *et al.*, 2009; VELLOSO, 2011; GONÇALVES, 2017; FERREIRA, 2021). Essa relação foi descrita como “de alerta” para um possível confronto com gangues rivais (SOFIATTI, 2019); como promotoras de medo e ameaça à integridade física (LANCMAN *et al.*, 2009); como gerador de conflitos (VELLOSO, 2011) ou como um fator de proteção para eSF por passarem a ser conhecidos da comunidade (ALMEIDA, 2015; GONÇALVES, 2017) e simultaneamente como um fator de risco pela maior exposição ao cenário de violência (GONÇALVES, 2017).

Ainda sobre essa questão, Almeida (2015) analisa uma atuação ambígua dos traficantes junto aos profissionais de saúde, por serem capazes de exercer coerção e ao mesmo tempo possuírem estima e respeito pelos trabalhadores. Segundo Almeida (2015), não havia atendimento privilegiado na unidade pesquisada em relação às pessoas envolvidas no tráfico de drogas dentro da unidade de saúde. Já Kebian & Acioli (2014) relataram a priorização desses sujeitos com o consentimento dos pacientes como estratégia de proteção, para que esses fiquem o mínimo possível e evitar que aconteça algum tipo de confronto.

Nesta pesquisa analisamos que as ameaças vividas por profissionais de saúde exercidas por atores ligados ao tráfico de drogas de forma distinta, a qual pode ser “explícita” (“você sabe com quem está falando?”) ou “dissimulada”, quando “ofertam” proteção para obtenção de benefícios e priorização cuidado. Todavia, os ACS sentem-se mais protegidos pelos traficantes do que pela polícia (FERREIRA, 2021) e, por vezes, os profissionais de saúde mudam a sua rotina para propiciar maior sentimento de segurança ao traficante e, como consequência, a si mesmo.

Efeitos da violência armada na saúde, como medo, ansiedade, desespero também foram encontrados por Machado (2015), Vieira *et al.* (2009) e Silva (2015), que identificou a violência armada como segunda causa para o esgotamento profissional e a depressão entre trabalhadores, principalmente entre os ACS e, por esse motivo, ela recomenda que a violência seja incluída como um tipo de violência ocupacional.

Ademais, uma questão que chamou atenção foram alguns entrevistados que relataram episódios contundentes e fortes de violência armada, mas ao mesmo tempo, quando perguntados sobre o efeito disso em suas vidas, limitavam-se a responder de forma situacional (senti medo, desespero, fiquei desesperada, etc.), sem refletir como essas questões

atuam de forma contínua sobre suas vidas ou usando o mecanismo do autoengano como proteção, visto que se sentem impotentes para mudar a realidade social na qual vivem.

Tal como a presente pesquisa, outros estudos sobre violência armada em território da APS (SILVA *et al*, 2021; LANCMAN *et al*, 2009; VELLOSO, 2015) mostraram que ela provoca impactos negativos tanto no âmbito da vida particular (medo, sentimento de impotência, adoecimento físico e mental) dos trabalhadores quanto no cuidado prestado (dificuldade na circulação pelo território, limitar-se a atender no interior das Unidades Básicas de Saúde, prejuízo a integração dos diferentes serviços).

6.2. VIOLÊNCIA ARMADA NO CUIDADO

A restrição do cuidado em decorrência da violência armada já foi mostrada por outros trabalhos, como o de Machado (2015), Almeida (2019) e D'Ávila (2018). Machado (2015) também encontrou um contexto de vulnerabilidade no trabalho exemplificado por limitação de acesso ao território, principalmente para execução das atividades extramuros, além da suspensão de ações comprometendo a assistência dos usuários (MACHADO, 2015), enquanto Almeida (2019) aponta que a violência armada reduz as visitas domiciliares e a circulação dos profissionais em certos logradouros, com o objetivo de proteção ou de serem associados como “caguetas”. Ser identificado como um “X9” é um medo presente na vida de quem vive e trabalha em áreas de violências. D'Ávila (2018) mostrou que a violência faz com que os profissionais se distanciem do território e da comunidade, priorizando o trabalho dentro da unidade de saúde. Além disso, o medo e o sofrimento decorrente da violência armada enfraquecem vínculos e afeta o processo saúde-doença, tanto das equipes quanto dos pacientes da ESF (ALMEIDA, 2015), como também as outras violências, tais como o assédio moral e falta de recursos e precariedades do direito trabalhista. Gonçalves (2017) ainda salienta que a violência armada pode provocar rotatividade de profissionais e, conseqüentemente, a relação de vínculo e confiança entre paciente-profissional da APS.

No tocante aos problemas de saúde da população, Almeida (2015) declara que foram relacionados hipertensão e estresse devido ao som alto dos bailes funks, enquanto Silva *et al*. (2021) chama a atenção para o quantitativo de pacientes com quadros psicopatológicos associados à violência armada, fato percebido também nesta pesquisa.

No contexto dos serviços de referência e contrarreferência, a dificuldade de atendimento pelo SAMU em área de violência armada também foi verificada por Gonçalves (2017), aumentando o risco de morte para esse grupo populacional que tem que contar com recursos próprios para remoções de urgências e emergências. Pelos resultados encontrados, até a realização de consultas com especialistas agendadas em domicílios também são desafiadoras.

6.3. OUTRAS VIOLÊNCIAS NO TRABALHO

Como era de se esperar, outros estudos similares mostraram as agressões verbais e o assédio sexual como uma violência que acontece frequentemente, repercutindo no sentimento de desvalorização de sua condição social e profissional (ACS) e na vontade de desistir da função (ALMEIDA, 2015). No estudo da autora, como demonstrado nesta pesquisa, as agressões mais comuns foram: verbais, ameaças, assédio sexual, assédio moral, sendo os agressores ora pacientes, ora colegas, ora chefias (ALMEIDA, 2015). O assédio moral é uma violência cruel caracterizada pela desqualificação, pelo isolamento, abusos de poder que afeta a tanto a integridade quanto a dignidade humana (ANDRADE, 2018).

Peres *et al.* (2011) relata dificuldade para o trabalho em equipe decorrente do fato de os ACS se sentirem como o lado mais fraco sob o ponto de vista do conhecimento em comparação às outras categorias profissionais, e ressalta a estreita relação entre ter o conhecimento e o exercício do poder na sociedade. Dentro das equipes de saúde essa relação é reproduzida, onde os profissionais com nível superior, principalmente o médico, que ocupa posição hierarquicamente superior pelo maior conhecimento e, conseqüentemente, tem o poder e a “palavra” final. Contudo, esquece que o conhecimento é distinto e, para circulação em território de violência armada, o detentor do conhecimento que salva vidas não é necessariamente o do médico, mas o do ACS que conta com o reconhecimento local e conhece os sinais de alerta sobre os riscos do território.

Sobre outras violências no trabalho em área de violência armada, Sofiatti (2019) também relatou a percepção dos profissionais de saúde sobre a falta de estrutura para trabalhar (falta de material administrativo e médico-hospitalares, de consultas médicas, dificuldades

conseguir cuidados de referência e contrarreferência) como um fator de risco de violência aos profissionais.

A falta de um calendário de pagamento, de salários compatíveis com a responsabilidade assumida, de direitos trabalhistas, além de “permitir” demissões arbitrárias ou transferências faz com que eles se sintam desprotegidos e tenham sentimento de desvalia, impotência e desesperança.

Minayo (2009) destaca que a violência institucional pode ser observada por meio de regras, normas funcionais e relações políticas impostas arbitrariamente aos seus funcionários, bem como pela forma como os serviços são ofertados ou suas negligências. A esse respeito, essa dissertação mostrou que a redução do funcionamento de algumas atividades de cuidado de saúde, como a vacinação, além das admissões e demissões arbitrárias e repentinas pelos vereadores são percebidas como mais uma violência, dentro de tantas outras, ora para os pacientes, ora para os profissionais, ora para ambos. Enquanto finalizar a atividade de vacinação antes do horário de fechamento da USF foi o deflagrador de conflitos sistemáticos entre paciente-profissional, as trocas de profissionais de saúde a cada mandato de vereadores atuam sobre a relação de vínculo e confiança entre profissional e paciente, afetando negativamente os dois e ameaçando a premissa da APS.

Todos esses elementos interferem negativamente para o cuidado que é executado e provocam questionamentos, por parte dos profissionais, se é válido permanecer realizando um trabalho onde eles não recebem reconhecimento.

6.4. APOIO PARA LIDAR COM A VIOLÊNCIA ARMADA NO TRABALHO

Em relação ao apoio para lidar com a violência armada e suas consequências, os profissionais entrevistados foram unânimes em relatar que esse apoio vem dos colegas de trabalho, da família e até dos pacientes, porém falta suporte da gestão municipal. Eles se sentem desvalorizados pelo fato de não receberem atenção ou assistência nos episódios de roubos consecutivos sofridos dentro da USF, como também em suas dificuldades com violência armada no território. Condutas obrigatórias e simples realizadas pela gestão municipal, como aquisição de uniforme, crachá, insumos e equipamentos para provimento do

cuidado compatível com seu nível de atenção, não são realizados e poderiam mitigar os riscos de serem confundidos com “bandidos” ou “X9” nos territórios ou retaliações por desassistência.

Dejours (2005) acredita que o reconhecimento é diretamente dependente da mobilização subjetiva dos trabalhadores e do julgamento dos outros. O julgamento pode acontecer pela hierarquia e por seus pares. O reconhecimento atribui dignidade ao ato de trabalhar (WANDELLI, 2015) e desempenha uma função importante na prevenção do sofrimento patogênico (ROLO, 2018). Nesta pesquisa, os trabalhadores sentem-se totalmente desvalorizados pelos seus superiores e tem apoio apenas pontual dos seus pares e de alguns pacientes que os protegem contra violência armada. De todo modo, também existem pacientes que os ameaçam e os agridem.

Para Polaro (2013), os profissionais de saúde não recebem apoio em relação às ameaças e assaltos por que passam, fato esse que coincidiu com a presente pesquisa. Segundo ela (POLARO, 2013), isso pode ser caracterizado como uma violência institucional e, de acordo com Silva *et al.* (2021), a estrutura precária de algumas Unidades Básicas de Saúde aumenta a vulnerabilidade já vivenciada no ir e vir.

Os profissionais que trabalham em contexto de violência armada se sentem vulneráveis aos riscos decorrentes dela, por isso, eles necessitam de algum tipo de suporte para lidar com essas ameaças. Silva *et al.* (2021), destacou o Acesso Mais Seguro como forma de produção de estratégias de proteção para os profissionais da APS por meio do reconhecimento dos riscos do território, desenvolvimento de um plano com protocolo de ações em que os próprios podem deliberar, através de um grupo de tomada de decisão, como e se podem atuar no território. Porém, Fazzioni (2019) acredita que, na prática, o que fato determinante nessa decisão de não adentrar o território era o desejo de não se colocarem em risco. Os entrevistados por esta pesquisa se referiram ao AMS como uma boa ferramenta de autonomia de decisão, porém não traz uma proteção efetiva, sendo como um “band-aid sobre uma ferida”.

6.5. BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA ARMADA

Sobre a “banalização” da violência armada, podemos afirmar que os entrevistados não se referem a ela como trivial, principalmente os moradores dessa localidade. Eles relatam que reconhecem essa realidade ao qual estão inseridos, porém aprendem a conviver com essas dificuldades pela impossibilidade de deixarem seus domicílios. O mesmo foi encontrado por Velloso (2011) e Sofiatti (2019). Kaiser e Bianchi (2008), afirmam que a percepção de cada pessoa e sua capacidade de resposta à violência armada estão relacionadas a consciência do risco. Ela é “banalizada” ou tolerada em certo limiar em seu cotidiano (KAISER & BIANCHI, 2008), enquanto forma de autoproteção para continuar vivendo e exercendo suas funções.

Contudo, alguns relatos trazidos por quem não mora na região ou sequer no mesmo município, mostraram um discurso repetido no senso coletivo de que as pessoas que moram em área de tráfico de drogas e com constantes confrontos se acostumam e são menos impactados se comparados a quem não vive essa realidade. Silva *et al.* (2021), mencionou como essa visão é construída historicamente no cenário brasileiro da violência nesses espaços mais vulneráveis socialmente. Fazzioni (2019), afirmou em sua pesquisa, que devido à forma jocosa e as piadas com que os moradores falam sobre os acontecimentos de violência armada, os não-moradores fazem uma analogia à banalização, entretanto, na verdade, são expressões do desconforto de residir em meio a tanta brutalidade e uma forma de extravasar a tensão, sendo a resposta a algo que é tão incômodo quanto estrutural (FAZZIONI, 2019).

6.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Acreditamos que o baixo número de profissionais de saúde de nível superior e médio entrevistados foi uma limitação desta pesquisa. Ela decorreu devido a toda uma conjuntura durante o período de coleta de dados. Primeiro o fato de ter acontecido durante uma campanha de testagem em massa, no município, para o coronavírus SARS-Cov-2, onde esses profissionais foram especificamente convocados a trabalhar fora da USF. Esse fato implicou na menor captação de percepção desse grupo de profissionais, diferentemente do que ocorreu com a categoria dos Agentes Comunitários de Saúde que foram a maioria dos entrevistados. Além do envolvimento desses profissionais na pandemia, dos 26 profissionais lotados na USF, cinco foram demitidos no período de duas semanas e consegui entrevistar apenas um deles que estava no seu último dia de trabalho.

A outra limitação nos resultados é decorrente do fato de que todos os profissionais de nível superior e dois de nível médio que sofreram os roubos consecutivos na USF, há cinco anos, solicitaram transferência para outras unidades e não puderam ser entrevistados. Acredito que a participação deles poderia contribuir com outros achados.

Mais uma limitação encontrada foi, em parte, pelo agendamento das entrevistas ter sido realizado por uma profissional administrativa da USF, uma vez que diante da pandemia, era necessária a diminuição de circulação de profissionais externos na USF e seguindo a orientação local. Assim, pelo fato dessa profissional ter mais proximidade com os ACS, isso reduziu minha oportunidade de interação com o restante dos profissionais.

Outra questão que pode ter limitado os resultados dessa pesquisa pelas recusas - não resposta - em participar foi o fato da minha atuação na gestão municipal, desempenhando atividade de assessoria técnica da APS. Desta forma, mesmo sem me conhecerem, creio que alguns não se sentiram à vontade para falar comigo. Esse fator também trouxe algo interessante que foram algumas ênfases nos relatos de dificuldades no trabalho que eu percebia que eram para a gestora e não para a pesquisadora.

Todas essas dificuldades condicionaram importantes limitações nesse estudo no sentido de representatividade de uma equipe multiprofissional, obtendo maior relevância no âmbito da percepção dos ACS.

Por fim, minha pouca experiência com a técnica da entrevista também contribuiu como uma limitação pessoal para perceber alguns desvios do tema em questão e respeitar o roteiro de entrevista, entretanto, essa experiência foi fundamental para o meu aprendizado profissional e acadêmico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa foi realizada em um município que apresenta altos índices de violência. Essa realidade violenta e suas consequências afetam não só os profissionais de saúde, mas sua população como um todo, inclusive seus representantes na Câmara Municipal. Só no ano de 2021, ainda em curso, foram registrados três homicídios contra vereadores (PORTAL G1, 2021).

O modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família prevê as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias dentro do território reconhecendo seu contexto. Portanto, é relevante realizar mais estudos sobre a organização do trabalho e o trabalho em equipe em contexto de violência armada. Além disso, seria interessante o aprofundamento sobre a diferenciação da relação trabalhador-morador e trabalhador-não morador em área de violência armada.

No âmbito do gestor municipal de saúde, ressalta-se a importância de investimento na melhoria do serviço como equipamentos e insumos compatíveis com o exigido para o nível de atenção para o provimento do cuidado conforme a necessidade da população e de seus trabalhadores, principalmente em áreas de violência armada. Também é imprescindível o reconhecimento dos profissionais no exercício do trabalho, sobretudo em situações tão difíceis como aquelas enfrentadas por conta da violência armada. Assim, tanto a dignidade e a garantia dos direitos trabalhistas, quando o apoio ao sofrimento humano são fundamentais para esse reconhecimento.

Como mestranda, considero que seja relevante colocar algumas dificuldades percebidas durante todo o processo de ida a campo para a realização das entrevistas e análise dos resultados.

Primeiramente, coloco minha falta de experiência para a realização das entrevistas e, posteriormente, mesmo tendo cursado as poucas disciplinas sobre metodologia e técnica em pesquisa qualitativa oferecidas durante o mestrado, elas não me prepararam para o que viria. Penso que não é uma falta de planejamento ou aprofundamento do tema pelas disciplinas, mas um conteúdo muito difícil de realizar na prática. A entrevista aberta é algo muito complexo, onde você, além de seguir seu roteiro, precisa estar atento ao interlocutor, tendo a perspicácia de perceber sua postura, tom de voz, emoções, reticências e as palavras não ditas, que conduzem para os resultados que nem sempre são o que se esperava encontrar no início do mestrado.

Outra dificuldade com que me deparei foi que o tema, mesmo sendo do meu grande interesse, me causou certo desconforto por evocar algumas situações de violência armada

vivenciadas por mim enquanto estava no exercício de minha função na equipe de Saúde da Família. Não presumia que o fato de escutar os profissionais contando suas experiências traumáticas e confidências faria com que ficasse tão mobilizada e concentrada no sofrimento e falta de perspectiva das pessoas que estavam ali na minha frente, fazendo com que o objetivo da pesquisa ficasse em segundo plano.

Nesses momentos, eu sentia como se as minhas indagações fossem a causa das reações de angústias, de choro contido ou explícito, dos silêncios, suspiros e respirações profundas, como se tomassem novo fôlego para continuar a reviver suas memórias doloridas. Isso me causava um profundo incômodo e pesar, principalmente por aqueles que precisam conviver com essa violência cotidiana que marca tão profundamente suas vidas e provoca falta de esperança no futuro.

O que eu não esperava é que durante a análise das entrevistas, novamente vivenciaria essa experiência em cada uma que lia e relia. Uma, em especial, me tocou fortemente, pois aquela entrevistada se emocionava muito ao compartilhar suas experiências de uma vida toda sobre a violência armada. Isso produziu em mim um misto de “culpa” pelo choro dela e de sentimento de impotência. Além disso, achava que não tinha conseguido aprofundar as questões trazidas por ela, na tentativa de evitar mais sofrimento, entretanto, a entrevista trouxe contribuições importantes. E mais aprendizado ainda estava por vir. Na análise dessa entrevista, minha orientadora, percebendo minhas evitações com aquele material transcrito e ouvindo minhas impressões e dificuldades, me questionou como havia sido a finalização do “encontro”. Eu, primeiramente, achei que tinha sido péssimo, mas me surpreendi quando ela me mostrou a última fala da entrevistada: “Eu que te agradeço por você se importar. Porque parece que ninguém se importa com o que a gente vive.”

Assim, surpreendentemente, minha orientadora me ajudou a perceber que, ao contrário do que eu imaginava, as emoções/sofrimento demonstrados por alguns entrevistados não eram a causa deste, mas sim o descaso pela situação de medo e vulnerabilidade provocada no exercício do seu trabalho e a falta de oportunidade de poder extravasar seus sentimentos.

Dessa forma, saio do processo transformada com todo o aprendizado assimilado e, principalmente, conseguindo ressignificar a minha experiência com a violência armada através dos relatos que, generosamente, cada entrevistado me presenteou.

Acredito que compartilhar minhas dificuldades e reflexões possam contribuir com novos profissionais no curso ou que iniciarão o curso de Mestrado e terão o desafio de fazer entrevistas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. F. Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015

ALMEIDA, J. F.; PERES, M.F.T.; FONSECA, T.L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 207-221, Mar. 2019.

ANDRADE, C. B.; ASSIS, S. G. Assédio moral no trabalho, gênero, raça e poder: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, p. 1-13, 2018.

ARENDDT, H. *On Violence*, New York: Harcourt, Brace, Jovanovitch, 1970.

BACKES D.S. *et al.* The nursing care system from a Luhmannian perspective. *Rev. Latino-Am Enfermagem*; 20(5): 873-9, 2012.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde*. 2009.

BOURDIEU, P. *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*. 1997. Barcelona: Editorial Anagrama.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CERQUEIRA *et al.* Atlas da violência 2019. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

CORDENUZZI, O. C. P. Violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria - RS, Brasil, 2011.

CORREA, C. S.; SOUZA, S.J. Violência e vulnerabilidades: os jovens e as notícias de jornal. *Fractal, Rev. Psicol., Niterói*, v.23, n. 3, p. 461-486, set./dez. 2011.

CRUZ, J. M. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Rev. Panam Salud Publica*. 5(4):259-67, 1999.

D'ÁVILA, J. D. Q. A atenção primária em saúde sob os muros da contenção territorial impostos pela violência urbana. Dissertação (Mestrado em Política Social e Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social. Porto Alegre - RS, Brasil, 2018.

- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. 2005. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trabalho, educação e saúde, *14*, 15-43. Gondim, A. A., Pinheiro, J. A. M., Mendes, C. F., & Neves, L. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. *Revista da SBPH*, *21*(1), 56-73, 2016.
- FERREIRA, C. M. *et al.* Estratégias de sobrevivência à violência utilizadas pelos agentes comunitários de saúde. *Rev. Bras. Promoção à Saúde*. *34*:11152, 2021.
- FISEKOVIC, M. B. *et al.* Does Workplace Violence Exist in Primary Health Care? Evidence from Serbia". *The European Journal of Public Health*, *25*, nº4, 2015.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Graal: 1988.
- FOEGE, W.H.; ROSENBERG, M.L.; MERCY, J.A. Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health*. 1:2-9, 1995. PMID: 12349322.
- FROTA, L. H. O bicho. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 11-13.
- GOMES, A. M *et al.* Phenomenology, humanization and health promotion: an articulation proposal. *Saúde Soc.* *17*(1): 143-52, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100013>
- GONÇALVES, H. C. B. *et al.* Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 17-23, 2017.
- GRAÇAS, E. M. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. *Rev. Min. Enf.*, *4*, p. 28-33, 2000.
- HAMANN-NIELEBOCK, E. & CARVALHO, I. S. A violência armada e seus impactos sobre a população civil: um fardo necessário? *Revista Brasileira de Segurança Pública*. Ano 2, ed. 3, pág.104-118, jul/ago, 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sociodemográficos do município de Duque de Caxias**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/panorama>. Data de acesso: 28 de maio de 2021.
- JÚNIOR, É. A; DIAS, E. C. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* *2*, nº 1, P. 36–54, 2004.

KAISER, D. E. & BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 29(3):362-6, set 2008.

KALDOR, M. **New and old wars. Organized violence in a global era.** Stanford: Stanford University Press, 1999.

KEBIAN, L. V. A. & ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i1.20260. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>.

KRUG, E. G. *et al.*, E. D. S. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica.* 43(4):682-8, ago 2009.

LEFEBVRE, H. **Critique of everyday life**, 1991.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social I.** São Paulo: Boitempo, 2012.

MACHADO, C. B. A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da saúde da família, 2015. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1677>.

MAIA, A. R. & VAGUETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: Sousa FGM, Koerich MS, organizadores. Cuidar-cuidado. Reflexões Contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro Editora; p. 15-33, 2008.

MANDÚ, E. N. T.. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 12(4):665-75, jul-ago 2004.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. Em: NJAINE, K. *et al.* (org.). *Impactos da violência na saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 21-42, 2009.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: Avanços e Desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2007-2016.

MOLINOS, B. G. *et al.* Violência com profissionais da atenção básica: estudo no interior da Amazônia brasileira. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 2. 2012.

MUNIZ, J. O. & ALMEIDA, R. R. Respondendo às balas: Segurança Pública sob intervenção das palavras entrevista com Jacqueline Muniz. *Trabalhos em Linguística Aplicada* 57, no 2, 993-1014, ago 2018. <https://doi.org/10.1590/010318138652393387341>.

OECD. Linking Security System: Reform and Armed Violence Reduction-Programming Note. 1.ª Edição ed. Paris: OECD Publishing, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C & PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* 66, nº esp (set 2013): 158–64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Traduzido por Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Violência y Salud. Resolución nº XIX. Washington D.C.: Opas; 1994.

PERES, C. R. F. B. *et al.* O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. v. 45, n. 4, 2011.

PHEBO, L. & MOURA, A. T. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 81, n.5, p. 189-96, 2005.

PINO, A. Violência, educação e sociedade: um olhar sobre o Brasil contemporâneo. *Educação Social*, Campinas, vol. 28, n. 100 – Especial p.763-785, out. 2007.

POLARO, S.H.I, GONÇALVES, L.H.T. e ALVAREZ, A.M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. v. 22, n. 4, pp. 935-942, 2013. [Acesso em 22 Outubro 2021]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400009>>. Epub 06 Feb 2014. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400009>.

PORTAL G1 Rio de Janeiro. Em três anos, Duque de Caxias teve 3 vereadores executados, um sequestrado e outro vítima de invasão; leia relatos. G1. Rio de Janeiro, RJ. 13 out 21. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/10/13/memoria-caxias.ghtml>. Acesso em 20 out 2021.

RIBEIRO, F. M. L. *et al.* (coord.). VLives Violência Armada e Saúde: documento Síntese. Pesquisa Conflitos armados e saúde - investigando os sentidos e os impactos da violência entre moradores e trabalhadores da saúde e da educação em Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ – estudo de caso. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CLAVES, 16 p. 2021.

RIBEIRO, W. S. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2009, v. 31. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>>. Epub 24 Nov 2009. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>.

ROLO, D. O trabalho: entre prazer e sofrimento. *TMQ – Techniques, Methodologies and Quality*, número especial, 28-38, 2018.

SANDES, W. F. Dimensões da ação policial em uma troca de tiros: um estudo psicossociológico da decisão pelo uso da força letal. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP, 2013.

SANTOS, A. C. S. A Territorialização do Narcotráfico em São Paulo. 2020. 77 f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SDG. Folheto sobre a Declaração de Genebra sobre Violência Armada e Desenvolvimento. 2011.

SILVA, A. T. C. **Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo.** Doutorado em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 2015. <https://doi.org/10.11606/T.5.2015.tde-27102015-084632>

SILVA, M. M. *et al.* No meio do fogo cruzado: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 6, 2021.

SOFIATTI, V. Acesso na atenção básica de uma capital do sul do Brasil [manuscrito]: em busca de um ambiente de trabalho mais seguro para o trabalhador / Vanessa Sofiatti – 2019.

VELLOSO, I. S. C., ARAÚJO, M. T., ALVES M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *Rev Min Enferm*; 9(4):302-8, Out-Dez 2005.

VELLOSO, I.S.C., ARAÚJO, M.T., ALVES M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. *Acta Paul Enferm.* 24(4):466-71, 2011.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n5/18.pdf>.

WACQUANT, L. The Penalization of Poverty and the Rise of Neo-Liberalism. *European Journal on Criminal Policy and Research*, n. 9, pp. 401-712, 2001b.

WANDELLI, L. V. Da psicodinâmica do trabalho ao direito fundamental ao conteúdo do próprio trabalho e ao meio ambiente organizacional saudável. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, 10, 193-217, 2015

YOUNG, J. **A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente.** Rio de Janeiro Revan, 2002.

ZALUAR. A. **A máquina e a revolta.** As organizações populares e o significado da pobreza, p-101-171, Ed. Brasiliense, 2d. 2000.

APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número da entrevista: Data: / /

Início da entrevista: _____ Término da entrevista: _____

Parte I – Dados Pessoais

1. Nome:
2. Função:
3. Idade:
4. Sexo:
5. Vínculo empregatício:
6. Escolaridade:
7. Estado civil:
8. Tem filhos?

Parte II – Sobre Trabalho e Violência

1. Há quanto tempo você trabalha na USF?
2. De forma geral, quais são suas atividades rotineiras na USF?
3. Durante esse tempo, você sofreu ou presenciou alguma violência? Se sim, como foi?
4. Como você se sentiu ao presenciar/viver isso?

Parte III – Vida profissional e pessoal e Violência armada

1. Especificamente sobre a violência armada (será lido o conceito de violência armada), qual sua percepção sobre ela no seu cotidiano de trabalho?
2. A violência armada aqui na USF é um problema para você?

3. Se sim, como você se sente? Se não, existe outro problema que te incomoda?
4. Você acha que a violência armada interfere no cuidado que você realiza? Como?
5. Você acha que a violência armada interfere na sua vida pessoal? Como?
6. Você já buscou ajuda, apoio ou orientação a algum superior, dentro ou fora da USF, para lidar sobre algum caso de violência armada? Se sim, como foi?
7. Sentiu falta de algum apoio específico?