Juliana Feliciano de Almeida

**Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde
da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo
qualitativo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda
Tourinho Peres

**São Paulo
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

reprodução autorizada pelo autor

Almeida, Juliana Feliciano de

Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo / Juliana Feliciano de Almeida. São Paulo, 2015.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Fernanda Tourinho Peres.

Descritores: 1.Violência Comunitária 2.Atenção Primária à Saúde 3.Agentes Comunitários de Saúde 4.Vínculos 5.Violência no Trabalho 6.Pesquisa Qualitativa 7.Saúde Coletiva 8.Representações Sociais 9.Ciências Sociais

USP/FM/DBD-398/15

Agradecimentos

À minha orientadora Maria Fernanda Tourinho Peres, pelo incentivo à pesquisa que recebi todos esses anos que nos conhecemos, influenciando-me em minha formação acadêmica. Através desse contato, pude ampliar minha compreensão das relações entre as ciências sociais e a área da saúde, dois campos de saberes ainda muito separados entre si dentro da Universidade, mas com grande potencial de interlocução, se for institucionalmente estimulada essa aproximação.

À querida professora Marcia Thereza Couto, pelos comentários tecidos em minha banca de qualificação e por todos os risos e gentilezas trocadas em nossos contatos que fazem toda a diferença dentro de um ambiente acadêmico.

À professora Anna Maria Chiesa da Faculdade de Enfermagem (USP) e ao professor Gabriel Fentran (USFCAR), pela participação na banca de qualificação.

À colega da pós-graduação Andréia Tenório, por compartilhar suas experiências como pesquisadora sobre o tema da exposição à violência nos serviços de atenção primária e os impactos na saúde dos trabalhadores. Algumas hipóteses apresentadas em seu estudo quantitativo: “Esgotamento profissional e depressão em profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de São Paulo” influenciaram-me na elaboração do meu estudo qualitativo.

A todos agentes comunitários de saúde e à gestora da unidade de saúde que confiaram em mim e no meu trabalho, tornando-se possível a realização dessa pesquisa.

Aos amigos que conheci na Faculdade de Medicina e de Enfermagem: Melck Kelly, Gina Paola, Ramon, Juliana, Milene, Andrezza e Thais Lima pelo suporte afetivo, risadas e angústias acadêmicas partilhadas.

À FAPESP, por ter concedido a bolsa do mestrado.

À Faculdade de Medicina da USP e ao Departamento de Medicina Preventiva.

À Secretária de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva Lilian Santos de Godoy Prado e Marlene Goreti de Sales, pelo suporte acadêmico dado durante todo o período da dissertação.

À Miriam Regina de Souza do setor de informática da Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva que me ajudou a formatar o texto da dissertação de acordo com as normas vigentes.

À minha grande amiga Karen e à nossa história. Sinto-me parte da sua família, que sempre me acolheu. Agradeço, ainda, a ela os livros emprestados durante a nossa adolescência, que me ajudaram a sonhar e a problematizar o mundo em que vivemos.

A todos que fazem parte da eterna República João Ramalho. Chegamos aos 30 e poucos anos ainda com muita disposição para as nossas festas. O convívio com esse pessoal possibilita aprender um pouquinho de tudo: cultura popular brasileira, design, direito, culinária, engenharia, história e meio ambiente.

À minha família Feliciano e, em especial, ao meu companheiro, amigo e marido “Dani”, por todo seu amor, compreensão e incentivo. Juntos, espero aprender ainda mais.

Também, de modo especial, dedico inteiramente esse trabalho à minha mãe Tereza. Não consigo exprimir em palavras todo amor e gratidão que sinto por ela. A sua luta, coragem e alegria de viver são referências que me sustentam.

À Tereza, minha mãe.

LISTA DE SIGLAS

ESF: Estratégia Saúde da Família

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

PCC: Primeiro Comando da Capital

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: CATEGORIAS GERAIS DE ANÁLISE	53
QUADRO 2: CARACTERÍSTICAS DOS TRABALHADORES	
ENTREVISTADOS.....	71

RESUMO

ALMEIDA, JF. 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, Universidade de São Paulo; 2015.

No Brasil, os reflexos da violência comunitária na conformação e no desenvolvimento das ações dos serviços de saúde, na atenção primária, apresentam-se como uma realidade a ser melhor estudada, assim como merece também mais atenção às repercussões sofridas pelas equipes de saúde. O objetivo do presente estudo consistiu em explorar qualitativamente as representações dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da gestora de uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da violência comunitária no território onde atuam, verificando a possibilidade de interferência desse fenômeno em relação ao trabalho que realizam. Pretendeu-se, ainda, investigar essa interferência na construção dos vínculos entre os ACS e a população atendida por eles. O percurso metodológico adotado foi o da pesquisa qualitativa, por meio de análise das representações sociais, tendo sido realizadas 12 entrevistas abertas com os ACS e uma com a gestora da unidade de saúde em questão, utilizando-se um roteiro previamente elaborado com perguntas flexíveis, valorizando a singularidade das respostas dos entrevistados. Destaca-se como resultado da pesquisa a confirmação da hipótese de que a violência comunitária prejudica a integralidade do cuidado, isto é, a elaboração de determinadas estratégias de promoção, prevenção e recuperação, principalmente com relação à abordagem do tema consumo de drogas. Evidenciou-se que a regulação das ações no campo da saúde é condicionada pelas restrições abertas ou implicitamente colocadas pelas dinâmicas sociais presentes no território. Ademais, a conformação desse fenômeno ajuda a explicar uma parte dos episódios que envolvem a violência ocupacional, expressa em ameaças, medo e receio dos ACS. A violência comunitária e as representações sociais interferem ainda na produção dos vínculos estabelecidos com os usuários – construídos com maior ou menor aproximação – a depender do usuário e das estratégias mobilizadas por cada trabalhador. Contudo, além de interferir, a violência e as representações são categorias coprodutoras de vínculos, no sentido mais amplo, na medida em que aproxima/vincula os trabalhadores a determinadas experiências que podem influenciá-los nas suas decisões e nas ações que são tomadas, de modo consciente ou não. Do ponto de vista das ciências sociais, foi destacada a centralidade que adquire o trabalhador na lógica de mediação nas fronteiras porosas, mas bem demarcadas, do legal, do formal, do informal e do “mundo do crime”. A presença da violência comunitária na atenção primária apresenta-se como uma realidade com a qual os trabalhadores já convivem há muitos anos. Essa questão vem sendo discutida no campo da saúde coletiva, e necessita ser reconhecida e abordada nas esferas federal, estadual e municipal, visando a construção de políticas e estratégias que auxiliem a atuação desses trabalhadores que estão “na ponta” dos serviços comunitários.

Descritores: Violência Comunitária, Atenção Primária, Agentes Comunitários de Saúde, Vínculos, Violência no Trabalho, Pesquisa Qualitativa, Saúde Coletiva, Representações Sociais, Ciências Sociais.

ABSTRACT

ALMEIDA, JF. Exposure to community violence of Health Strategy agents of Family and repercussions on their working practices: a qualitative study [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

In Brazil, the reflexes of community violence in the formation and development of the health care service actions, in the primary health care, present themselves as a reality to be better studied, as well as deserve more attention towards the repercussions suffered by the health care staffs. This paper aims at exploring qualitatively the representations of the community health workers and the manager of a Health Care Family Strategy facility concerning the community violence where they work, verifying the possibility of interference in this phenomenon in relation to the work they do. It was intended to investigate this interference in the bonds construction between the community health workers and the population attended by them. It was adopted the qualitative research methodology through social representation analysis, 12 open interviews with the community health workers and one interview with the health care facility manager had been made using a previously elaborated script with flexible questions, valuing the singularity of the interviewees' answers. It is highlighted as a research result the confirmation of the hypothesis that the community violence spoils the care integrality, in other words, the elaboration of determined strategies of promotion, prevention and recovery, related mainly to the approach about the drug abuse. It was evidenced that the actions regulation in the health care area are conditioned by the open restrictions or put implicitly by the social dynamics existents in the territory. Furthermore, the formation of this phenomenon helps to explain a part of the episodes, which involve the workplace violence pointed in threats, fear and concern of the community health workers. Moreover, the community violence and its social representations interfere in the production of the bonds stablished with the users – built with greater or shorter closeness, depending on the user and the strategies assembled by each worker. However, besides interfering, the violence and the representations are co-producers categories of bonds, in the broadest sense, as they approximate/bond the workers to determined experiences, which may influence them in their decisions and in the actions taken, consciously or not. In the social science's point of view was highlighted the centrality, which the worker acquires in the rationale of porous borders mediation, well designated from legal to formal and from the “world of crime”. The presence of community violence in the primary health care presents itself as a reality in which the workers have been living with for many years. This issue has been discussed in the area of the public health and it needs to be recognized and approached in the federal, state and municipal levels aiming the construction of policies and strategies that assist the achievement of these workers who are “on the edge” of the community services.

KEYWORDS: Community Violence, Primary Health Care, Community Health Workers, Bonds, Workplace Violence, Qualitative Research, Public Health, Social Representations, Social Science.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: normas adaptadas da ABNT (NBR 6023).

Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suelly Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação, 2011.

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de Siglas

Lista de Quadros

Resumo

Abstract

APRESENTAÇÃO

Parte 1

1.	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A INSERÇÃO DOS	
	ACS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	01
1.1	A Construção e o Fortalecimento de Vínculos	07
1.2	Vínculos no Contexto da Atenção Primária	09
2.	PARADIGMAS TEÓRICOS DE INTERPRETAÇÃO DA VIOLÊNCIA	19
2.1	Violência Interpessoal no Contexto brasileiro: algumas interpretações	25
2.2	Expansão do “Mundo do Crime”	30
3.	VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR SAÚDE.....	34
3.1	A Interferência da Violência Ocupacional e sua Interface com a Qualidade dos Serviços Prestados	40
3.2	Justificativa e Objetivos da Pesquisa	46

Parte 2

1.	METODOLOGIA.....	48
1.1	Aspectos Éticos	54
1.2	O Contexto da Realização do Estudo e a Inserção no Campo	54
2.	OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PERCURSOS,	
	TRABALHO E REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO	70
2.1	Representações do Trabalho.....	76

3.	ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO	90
3.1	Território e Representações	91
3.2	Violência e Representações Sociais	107
4.	EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA NA COMUNIDADE E REPERCURSSÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE	121
4.1	Imposições e Restrições de Acesso ao Território, Ameaças e Interações com o Público	123
4.2	A UBS, as Proximidades e as Relações Negociadas?	136
4.3	Agressões Verbais e Assédio Sexual.....	142
5.	VÍNCULOS, DIMENSÃO NORMATIVA E A VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA	153
5.1	Obstáculos nas Relações Vinculares	158
5.2	Violência Comunitária, a ESF e a Construção dos Vínculos	162
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
7.	ANEXOS:	173
8.	BIBLIOGRAFIA	183

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da violência, mais especificamente a violência urbana, remete ao período da minha graduação na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. Durante esse período, tive oportunidade de atuar como assistente de pesquisa e bolsista de iniciação científica no Núcleo de Estudos da Violência (NEV-USP), trabalhando 6 anos em projetos de pesquisas focados na vulnerabilidade dos jovens aos homicídios no Município de São Paulo. Foram muitos trabalhos de campo realizados em diferentes distritos da capital, como entrevistas, grupos focais, conversas informais com os moradores, lideranças comunitárias, representantes de ONGs e de escolas; todos convergindo sobre a influência exercida pelo crime organizado ou por grupos de traficantes locais na regulação dos conflitos cotidianos, principalmente na diminuição das mortes por homicídios. Paralelamente, outros estudos também já confirmavam essa tendência observada (Feltran: 2008; Telles e Hirata: 2010).

Nas pesquisas em que trabalhei, já existia uma preocupação da equipe de trabalho em dialogar com o tema da violência urbana, com a saúde coletiva e a epidemiologia, enriquecendo as análises e contribuindo concomitantemente na minha formação pessoal como pesquisadora. Meu projeto de pesquisa sobre as repercussões da violência comunitária na prática de trabalho dos agentes de saúde foi, portanto, elaborado com respaldo nessa influência: da interlocução mantida com a saúde coletiva na graduação. Contudo, ao ingressar na Faculdade de Medicina, meu projeto exigiu que eu me compreendesse também outros temas, até então desconhecidos por mim: a construção dos vínculos na ESF, obstáculos e potencialidades e exposição à violência

dos profissionais da saúde no âmbito da atenção básica. Durante essa fase de revisão da bibliografia, cabe destacar a dificuldade em encontrar uma literatura mais consistente relacionada à dimensão do vínculo na atenção primária. Apesar de eu não ter feito uma revisão sistematizada sobre o tema, muitos textos, incluindo os ministeriais, limitavam-se a defini-lo de modo genérico como “*relações de afetividade e confiança*” e a reiterarem a mesma definição sem o necessário aprofundamento.

Os resultados obtidos com a dissertação são apresentados à banca dos professores convidados, à Faculdade de Medicina e ao Departamento de Medicina Preventiva e para a agência que me concedeu a bolsa de pesquisa, a FAPESP.

A estrutura do texto é composta de duas partes. Na primeira, apresento os marcos conceituais, iniciando uma discussão acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, seus objetivos formalmente previstos e a importância atribuída ao vínculo como um dos eixos principais dessa estratégia na produção de cuidados em saúde da população.

A literatura que aborda a temática do vínculo destaca vários entraves para a sua efetivação, como as dificuldades organizacionais dos serviços em oferecer assistência à saúde de modo eficiente; a alta rotatividade dos profissionais nos locais de trabalho; as barreiras culturalmente construídas atreladas às concepções da medicina moderna – que produzem relações assimétricas entre quem oferta a saúde e quem busca a atenção à saúde – e as dificuldades de ser incorporado aos modelos biomédicos, às dimensões psicológicas, sociais e culturais dos processos saúde doença e os significados que esses assumem para os usuários dos serviços.

No entanto, somadas a essas dificuldades, fatores “externos” a esse debate também parecem influenciar de maneiras distintas na modulação dos contatos e na

produção dos vínculos. Refiro-me às interconexões existentes entre os serviços de saúde, às equipes, às populações e aos territórios com suas dinâmicas particulares, onde localizam-se os equipamentos de saúde.

A hipótese apresentada nesse estudo é a que parte das dificuldades possuídas pelos profissionais ao realizarem o seu trabalho, incluindo a vinculação, pode estar atrelada às dinâmicas territoriais específicas, como a violência comunitária e urbana. As dificuldades acarretadas por esse fenômeno, além disso, parecem estar cada vez mais atreladas à conformação atual da violência ocupacional sofrida pelos profissionais da saúde. Essas questões serão abordadas de forma mais específica nos capítulos 2 e 3, “Paradigmas teóricos de interpretação da violência” e “Violência ocupacional no setor saúde”.

A violência comunitária e urbana no Brasil, com a presença de facções criminosas que gerenciam o território através de dispositivos normatizadores, o uso e o tráfico de drogas, o envolvimento de usuários e de seus familiares com práticas ilícitas, a possibilidade ou o uso da força nas relações, configuram-se como uma realidade complexa com a qual, principalmente, os agentes comunitários de saúde precisam lidar, pois além de morarem no território, começam, também, a sentir esses impactos enquanto demandas sociais no seu trabalho.

De modo mais específico, a violência comunitária e urbana, seja em suas manifestações objetivas, enquanto dados estatísticos, incluindo o número de vítimas diretas ou indiretas que atinge e em suas manifestações subjetivas, isto é, representações e sentidos atribuídos, provocam deslocamentos e reordenamentos importantes no âmbito das práticas sociais e das condutas que orientam os sujeitos no cotidiano, não podendo ser negligenciados seus efeitos para a discussão da saúde coletiva. São

ressignificados os sentidos das experiências que se processam na esfera das interações em diferentes contextos, produzindo-se rearranjos, seja através de estratégias de reação, proteção, segregação – para aqueles que podem assim fazer – ou até mesmo de alianças e parcerias entre os sujeitos com atores reconhecidamente envolvidos com atividades ilícitas ou consideradas moralmente incorretas para uma parte da sociedade.

Considerar o ponto de vista dos atores envolvidos, isto é, dos agentes comunitários, na construção e consolidação da Estratégia Saúde da Família, que é uma política construída no e pelo cotidiano, e cujos desdobramentos não estão predeterminados, acena para um debate importante do ponto de vista das políticas públicas, do que elas são, em teoria, e de como elas se constituem na prática em determinadas conjunturas específicas.

A discussão teórica que empreendo sobre os impactos da violência comunitária e urbana na vida cotidiana, especialmente no contexto de trabalho dos agentes comunitários, pautou-se em uma revisão da literatura sobre a exposição à violência ocupacional e utilizou-se como suporte a literatura no campo das ciências sociais para a compreensão desse fenômeno em sentido mais complexo, considerando o papel do Estado e das suas instituições sociais, das conjunturas macrosociais articuladas às desigualdades sociais locais e o papel da cultura, elementos que, articulados, contribuem para a manutenção e reprodução do fenômeno em questão, isto é, da violência enquanto práticas e representações.

Na segunda parte, são apresentados o componente metodológico e os resultados obtidos com as entrevistas. No capítulo 1, “Metodologia” é explicitado o referencial analítico com o qual trabalhei na análise das entrevistas, o das representações sociais. As crenças e os valores que subsidiam o trabalho dos agentes comunitários de saúde,

sobretudo, as suas opiniões sobre a violência comunitária e outras ilegalidades presentes no território onde atuam foram o substrato da análise, a qual, como bem salientou Porto (2006), deve procurar fugir de “julgamentos normativos ou valorativos, pois o que está em questão não é o legal ou normativamente correto, mas o efetivamente vigente” (Porto: 2006 p. 265). Ainda neste capítulo, são apresentadas as categorias gerais de análise e os aspectos éticos que orientaram essa pesquisa.

No capítulo 2 é apresentado um panorama geral das representações dos agentes comunitários sobre o trabalho que realizam, suas trajetórias singulares e alguns aspectos relacionados aos problemas cotidianos na interação com o público. Também foram discutidos os pontos que os ACS consideraram serem positivos no trabalho e no contato com a população.

No capítulo 3 apresento o território de abrangência da ESF, que é igualmente o local de moradia desses trabalhadores, sendo esse o cenário onde emergem as suas representações sociais sobre a violência presente.

O capítulo 4 discute as situações concretas e simbólicas de interferência da violência na conformação das ações e no desenvolvimento do trabalho das equipes, e no capítulo 8 as repercussões específicas na criação dos vínculos em termos relacionais e normativos que são estabelecidos.

Nas conclusões finais, retomo e sintetizo questões principais abordadas ao longo do texto sugerindo, ainda, alguns pontos de aprofundamento da discussão.

Parte I

1. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A INSERÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O fortalecimento da rede de atenção primária à saúde tem sido uma das estratégias mais importantes adotadas pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) na reorganização do modelo assistencial com a finalidade de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população de modo integral e contínuo (Brasil: 1997). Nas últimas duas décadas, o desenvolvimento e o planejamento de ações em torno da Estratégia Saúde da Família (ESF), alinhados aos princípios de universalidade, equidade e participação social, estabeleceram-se como centrais para operacionalização dessa política em todo o território nacional (Brasil: 1997) ¹. Com base nessas premissas, a ESF é concebida como uma porta de entrada aos sistemas locais de saúde, com o intuito de substituir práticas convencionais médicas focadas na assistência às doenças e em internações hospitalares (Brasil: 1997).

De acordo com um relatório elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS: 2007), a atenção básica, através da ESF, diferencia-se da secundária e da terciária, justamente pela sua capacidade em responder cerca de 85% dos problemas de saúde mais frequentes na população, sobretudo, nas fases iniciais das doenças. Este modelo de atenção, considerado como o de menor complexidade no que se refere à utilização de recursos materiais, possui uma grande complexidade tecnológica que envolve tanto novas formas de organização do trabalho, quanto novas concepções,

¹ Destaca-se, neste sentido, a grande influência exercida pelos movimentos sociais reivindicatórios no início da década de 70, sobretudo, o Movimento pela Reforma Sanitária em todo país e que ganhou apoio de vários segmentos da sociedade, incluindo profissionais da saúde, sindicatos e organizações comunitárias em torno da afirmação da saúde enquanto um dever do Estado e um Direito do cidadão (Luz, 1991).

atreladas às práticas de humanização em saúde². Dessa forma, a tecnologia proposta pela ESF pode ser compreendida enquanto uma dimensão que é construída dentro do processo de trabalho, através de um saber que possibilita desdobramentos materiais e não materiais, e que dão um sentido técnico e social às práticas de saúde (Mendes-Gonçalves, 1994 *apud* Capozzolo, 2003).

Um dos pilares da atenção básica através da ESF refere-se à potencialidade de se alcançar, por meio dessa, a integralidade dos cuidados em saúde a partir da ideia de territorialização da assistência (Conass: 2007). Este conceito adquire, na prática, uma visão ampliada, como salientam Pereira e Barcellos (2006), e que remete, ao menos, a três perspectivas distintas e complementares: a primeira diz respeito à demarcação dos limites das áreas que estarão sob responsabilidade das equipes, a segunda, ao reconhecimento das dinâmicas sociais ali existentes e a terceira, atrelada ao conceito de territorialização, que refere-se à articulação das unidades da ESF com outros setores e serviços encontrados no mesmo local como a assistência social, organizações comunitárias, conselhos tutelares, escolas etc. Assim, torna-se possível identificar os problemas de saúde mais comuns e hierarquizar, de modo eficaz, as estratégias por nível de complexidade, com ações de promoção da saúde e prevenção, até encaminhamentos para clínicas e serviços de maior complexidade, caso necessário. Ademais, este é o passo inicial para efetivarem-se no local onde estão inseridas as equipes de saúde, vínculos de confiança e corresponsabilidade junto à população adscrita.

² Em 2002, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde (PNH ou Humaniza SUS), transversal às demais políticas e ações de saúde vigentes, com o intuito de nortear a gestão e as práticas desenvolvidas nas instituições de saúde. Dentre as metas desejadas, espera-se que sejam levadas em consideração, as dificuldades do acesso à saúde por parte da população, a necessidade de ampliar mecanismos de informação, de comunicação e acolhimento, e acesso a todos os níveis de atenção ao sistema de saúde (Fortes, 2004).

O acompanhamento contínuo dos profissionais em relação à população implica, necessariamente, em um olhar atento à gama de necessidades e de fatores de risco aos quais estão expostos esses últimos. Essa questão abrange variadas situações que emergem no cotidiano, que vão desde problemas mais classicamente identificados como os de saúde - hipertensão arterial, diabetes -, até a violência por parceiro íntimo, negligência, abusos, maus tratos contra crianças e idosos, dentre outros, sendo todos estes aspectos considerados como elementos chaves na determinação da qualidade de vida.

A ESF reconhece a família e seu espaço social como núcleos básicos para o desenvolvimento de suas ações que não se limitam aos atendimentos feitos dentro das unidades. São realizadas visitas domiciliares a partir de demandas espontâneas ou programadas, proporcionando, sobretudo, aos pacientes que estão internados domiciliarmente, idosos com problemas crônicos ou pessoas incapacitadas de se dirigirem aos centros de atendimento, uma assistência especial. Pretende-se realizar, neste sentido, uma inversão no movimento de oferta e procura dos serviços de saúde, não esperando as demandas chegarem, mas indo até elas, atuando preventivamente.

É ainda tarefa das equipes de saúde fomentar discussões, por meio de grupos e associações de moradores, temas que possuam relevância para a comunidade, buscando ativamente alternativas comuns na resolução dos problemas identificados (Brasil, 1997).

Em relação aos impactos dessa estratégia, em âmbito nacional, resultados positivos já foram alcançados, destacando-se a redução da mortalidade infantil pós-neonatal, a redução do número de internações hospitalares per capita e a melhorias nas notificações de estatísticas vitais (Paim *et al*: 2011, CONASS: 2007). Como tendência

geral, o impacto foi maior em Municípios com um IDH muito baixo, em comparação aos Municípios de renda e IDH mais altos (CONASS: 2007).

Os profissionais da ESF atuam em equipe multidisciplinar composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo cada equipe responsável por atender entre 600 a 1000 famílias (Brasil: 1997). Em 2010, segundo Paim *et al* (2011) existiam no Brasil aproximadamente 30.000 equipes de saúde da família atuando em 4.737 Municípios, com cerca de 98 milhões de pessoas cadastradas. Na cidade de São Paulo, o Programa Saúde da Família, hoje designado como Estratégia Saúde da Família, começou a ser implantado de modo sistemático em 1996 privilegiando-se os distritos com o maior número de famílias com faixa de renda de até 5 salários mínimos (Bousquat *et al*: 2006). Em 2010, foram contabilizadas 1.196 equipes de saúde trabalhando em 256 Unidades Básicas (UBS). A cobertura desse programa atingiu para o referido ano, 43,3% de todo o território e a prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) pretendia chegar a 1.224 equipes até 2012, com uma cobertura de 44,3% (Prefeitura de São Paulo³).

No que se refere, especificamente, à categoria de trabalhadores formada pelos agentes comunitários de saúde, verifica-se que esses se inscrevem de forma privilegiada na dinâmica de implementação e consolidação deste modelo assistencial.

Desde a década de 1970, quando ainda estavam em curso no Brasil diferentes experiências fragmentadas e focalizadas com ACS em alguns municípios, e após a institucionalização de suas práticas com a criação do PACS (Programa de Agentes

³ Prefeitura de São Paulo:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783.

Acesso em: 03/03/2012.

Comunitários de Saúde), pode-se dizer que as estratégias e metodologias de trabalho adotadas por eles constituíram-se como fundamentais na formulação da ESF em 1994⁴.

As concepções principais desta última já estavam reunidas nestas ações que a antecederam a partir da atuação mais fortemente voltada à integração com o território, um olhar menos reducionista às condições de saúde e adoecimento e o enfoque familiar (Viana e Poz: 1998; Morosini *et al*: 2007).

A expansão dessa categoria de trabalhadores e a ampliação do escopo de suas competências passaram, desse modo, a ocorrer concomitantemente à ampliação da cobertura da ESF em todo território nacional.

De acordo com as diretrizes⁵ do Ministério da Saúde, os agentes comunitários devem estar habilitados, em linhas gerais, a trabalharem com adscrição das famílias em uma microárea previamente definida; realizar o cadastro dessa população e manter a base de informações atualizada, estabelecer contato permanente com as famílias, incluindo estratégias como: visitas domiciliares e o desenvolvimento de ações educativas com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças; atividades de orientação quanto à utilização dos serviços disponíveis; desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população, bem como ações integradas junto aos outros serviços encontrados no território.

⁴ Destaca-se neste sentido, alguns municípios da região nordeste e no Vale do Ribeira em São Paulo, em áreas pobres, rurais e periféricas, onde privilegiou-se estratégias voltadas para a saúde materno-infantil, como a diminuição da queda da mortalidade infantil, ampliação da cobertura de vacinações em crianças e gestantes e incentivo à prática do aleitamento materno. Estas iniciativas visavam, além disso, recrutar agentes comunitários com condições socioeconômicas precárias, que soubessem ler e escrever, maiores de idade e envolvidos em ações comunitárias, oferecendo-se uma alternativa de trabalho principalmente às mulheres chefes de família.

Alcançando resultados bem-sucedidos, essas experiências dos ACS foram incorporadas enquanto política pública nacional em 1991 quando o Ministério da Saúde criou o PNACS (Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde), sendo transformada essa nomenclatura em 1992 para PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (Viana e Poz: 1998; Morosini *et al*: 2007).

⁵ Portaria Ministerial n. 648/GM criada em 2006.

Na prática, espera-se que o papel dos ACS esteja atrelado a uma condição de elo que envolve de uma ponta as famílias e a comunidade e, da outra, o serviço de saúde, os demais profissionais da equipe e os conhecimentos que dispõem (Tomaz: 2002; Nunes *et al*: 2002; Sakata *et al*: 2007; Albuquerque e Bossi: 2009;. Santana *et al*:2009). São trabalhadores considerados estratégicos do ponto de vista da operacionalidade da política pública no território (Lipsky: 2007), pois atuam como mediadores em relação à linguagem técnica própria do campo da saúde e também na conciliação de diferentes demandas da população com aquilo que os serviços podem ofertar ⁶.

Ao realizarem cotidianamente uma estreita aproximação com o público, os ACS precisam lançar mão de tecnologias de trabalho que comportam tanto os conhecimentos técnicos específicos acerca dos processos de saúde e adoecimento, quanto habilidades relacionais/comunicativas, alargando-se, por assim dizer “as fronteiras” desses contatos, passando a assumir o vínculo - questão que será discutida a seguir - uma importante estratégia para a conformação do trabalho e para a estruturação dos sentidos que passam a ser construídos e incorporados à experiência laboral desses profissionais.

⁶ Essas demandas podem manifestar-se na forma de conflitos, comportamentos agressivos e violentos. Os ACS por estarem na “ponta” de uma política pública, muitas vezes, são vistos como única e diretamente responsáveis pelo sucesso da política, podendo estar sujeitos, portanto, a inúmeras cobranças, tanto por parte da organização na qual trabalham quanto por parte da população, tornando-se este trabalho fonte de desgaste, frustração e processos de adoecimento, conforme discutido por estudos como o de Silva (1998).

1.1 A construção e o fortalecimento dos vínculos

Ao adentrarmos o campo das estratégias de trabalho e ações em saúde que são desenvolvidas no âmbito da atenção básica, sob a ótica das tecnologias presentes, é necessário destacar a construção e o fortalecimento dos vínculos entre o profissional da saúde ou de toda a equipe junto aos usuários, seus familiares e a comunidade, como um aspecto importante capaz de influenciar positivamente a qualidade da atenção e a superação das práticas tradicionais de cuidado.

Uma primeira aproximação ao tema, através das contribuições trazidas pela psicologia social, acentua o caráter eminentemente supra-individual dessa dimensão, que envolve duas ou mais pessoas em relações de proximidade caracterizadas por um investimento afetivo diferenciado que explicita a preferência delas em estar na companhia de determinadas pessoas (Carvalho *et al*: 2006).

Carvalho *et al* (2006) definem vínculo como “*um padrão diferencial de interações entre parceiros*”, a partir de alguns critérios que expressariam essa relação como: “*ficar mais ou menos próximos, dirigir mais ou menos a atenção recíproca, estabelecer ou não trocas sociais coordenadas*”. Para as autoras, a relação de proximidade entre os sujeitos é estabelecida por meio de uma atribuição compartilhada de significados comuns que vão sendo construídos no cotidiano em relação aos objetos de conhecimento. É na interação com o outro, portanto, que os vínculos são formados, assumindo esses um papel importante na intermediação da relação que o sujeito estabelece com a construção das suas habilidades, competências, gostos e saberes, concomitante à (re) construção de sua própria identidade e sentimento de pertença a um determinado grupo social.

É das experiências concretas, particulares e afetivas que resulta o vínculo. Os significados e os sentidos que este assume, desse modo, não serão os mesmos em todas as épocas e em todos os contextos, dado o caráter singular do sujeito e das conexões que este estabelece entre suas experiências de ser e de estar no mundo, pautadas por contextos históricos, culturais, sociais, de produção e inserção específicos (Carvalho *et al*: 2008).

Carvalho e Rubiano (2004), ao discutirem o conceito de vínculo, defendem que este *“pode ser pensado como um espaço privilegiado para a persistência de significados construídos na interação enquanto, ao mesmo tempo é fortalecido pelo compartilhamento”*. Isto implica em dizer que não apenas o compartilhamento propicia a construção de vínculos, mas também que os vínculos já existentes podem ser continuamente reforçados através deste.

Desse modo, subjacente à formação dos vínculos, existe a necessidade de uma constância e de durabilidade nas interações, a fim de que sejam criadas condições propícias de compartilhamento e confiança. Contudo, em alguns contextos sociais e institucionais, esses critérios não se apresentam como uma regra, a exemplo dos abrigos provisórios para crianças e adolescentes em situação de rua, conforme o assinalado por Carvalho *et al* (2006). Nestes espaços institucionais, verificou-se que existem inúmeras dificuldades estruturais para criar-se a vinculação, destacando-se o caráter provisório das relações, uma vez que as crianças e adolescentes devem permanecer apenas por um curto período de tempo na instituição. Além disso, o atendimento é realizado por educadores de plantão, e os adolescentes, caso retornem ao abrigo, em uma outra situação, dificilmente serão acolhidos pelos mesmos profissionais.

Não obstante, Carvalho *et al* (ibidem), chamam a atenção para a complexidade relativa à construção dos vínculos sociais, sendo possível criá-los através dos papéis assumidos pelos educadores enquanto representantes de um espaço institucional, estando imbuídos por um sentimento de responsabilidade e comprometimento em oferecer suporte, acolhimento e escuta.

Foram identificadas, ainda neste contexto, outras características intermediadoras e potencializadoras de vínculos, como por exemplo, as trajetórias de vida de alguns educadores que, em alguns aspectos, assemelham-se às trajetórias consideradas “marginais” dos jovens atendidos pelo abrigo, e que remetem à origem pobre, ao histórico de conflitos com diferentes instituições e ao local de moradia. O compartilhamento de experiências comuns é um fato que ajudaria, inclusive, a explicar o maior engajamento desses profissionais no trabalho que desempenham.

1.2 Vínculo no contexto da atenção primária

A Política Nacional de Atenção Básica tem explicitado em seus documentos a importância de ser incorporado no âmbito dos serviços da atenção primária, o vínculo como um importante princípio norteador, com o intuito de intermediar e aprofundar as relações de corresponsabilização das ações em saúde entre profissionais, usuários e os serviços (Brasil: 2004; 2012). É ainda mencionada nesses textos, de modo genérico, a compreensão que se tem a respeito do termo, sendo compreendido enquanto “*relações de afetividade e confiança*”, imbuídos de uma potencial ação terapêutica.

Camargo Junior *et al* (2006) sintetizam três aspectos que seriam constitutivos à formação dos vínculos no contexto de atuação dos profissionais na organização dos serviços: afetividade, terapêutica e continuidade. A afetividade refere-se tanto à relação

que o profissional tem com o seu trabalho, sendo necessário gostar do que faz, quanto ao seu envolvimento com o usuário, interessando-se por ele e pelas questões que são trazidas nesse contato. A dimensão terapêutica envolve a relação entre profissional e usuário, configurando-se em um tipo específico de atenção na qual se busca uma ampliação e uma flexibilização dos horizontes normativos do cuidado, agregando-se a estes, uma normatividade de uma outra ordem que remete, segundo Ayres, (2004) “*ao mundo da vida*”, ou seja, aos sentidos existenciais implicados nas experiências de adoecimento dos sujeitos e das expectativas e valores que estes assumem em relação à sua saúde e ao que deve ser a atenção à saúde destinada a eles.

Nesta relação terapêutica, a qualidade da escuta e dos diálogos assume um papel privilegiado na articulação com aspectos mais técnicos da atenção, objetivando-se construir com profissionais e usuários respostas que não sejam nem burocratizadas e nem impessoais (Merthy: 1994), mas sim compartilhadas, negociadas e compatíveis às necessidades singulares, abrindo-se caminhos para o fortalecimento da dimensão terapêutica ancorada nos atributos de confiança e vínculo.

Teixeira (2005) corrobora com os argumentos expostos ressaltando que o trabalho em saúde consiste em um regime de afetibilidade entre usuários – que buscam a satisfação das suas necessidades – e profissionais – que detém alguns recursos para satisfazê-las – por meio da intermediação de um conjunto de *disposições ético-cognitivas*, a saber:

“(1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; (2) o reconhecimento de cada um como insuficiente; (3) o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes. Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir sentido no ponto de convergência das diversidades” (Teixeira, 2005, p. 593)

A dimensão afetiva que envolve os sujeitos alcança um estágio de produção de compartilhamento, de sentidos comuns ou de “*zona de comunidade*” quando o conhecimento, na interação, é construído mutuamente, dando consistência à formação dos vínculos, os quais, sustentados pelos afetos de confiança, serão imprescindíveis não apenas na conformação e nos desdobramentos dos atos terapêuticos, mas também, na sustentação dessa relação, mesmo diante das dificuldades existentes (ibidem).

O terceiro aspecto considerado constitutivo e facilitador à formação dos vínculos refere-se à continuidade/longitudinalidade do cuidado terapêutico. Starfield (2002) prefere utilizar o termo longitudinalidade, pois acredita que este permite qualificar melhor a estratégia pautada no reconhecimento de uma fonte habitual de atenção do médico, de uma equipe de saúde ou de um local de referência aos usuários, mais do que o termo continuidade, que expressa o número de vezes em que o usuário do serviço passa em diferentes consultas/acompanhamentos por um determinado período de tempo. A longitudinalidade revela grande potencial no alcance de maior resolutividade das necessidades dos usuários, maior satisfação e menores custos com cuidados e internações hospitalares, pois permite que a referência seja mantida mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção (Starfield: 2002).

Freeman & Hjordahl (1997) questionam, contudo, a dimensão longitudinal ao argumentarem que esta pressupõe como valor implícito a garantia de uma relação de boa qualidade entre o profissional de saúde e o paciente, mas que nem sempre é condição suficiente para ser criada uma *continuidade pessoal* que consiste no desenvolvimento de relações de empatia, confiança e responsabilidade. Os autores citaram algumas pesquisas como referências que revelaram a percepção de pacientes que sentiram possuir continuidade pessoal com um médico com quem não haviam tido

vínculos anteriores depois de algumas consultas, enquanto outros pacientes relataram não terem alcançado este tipo de percepção mesmo depois de vários anos de contato com um mesmo profissional.

De acordo com Campos (1994), o vínculo é um termo originado no campo da clínica liberal que no contexto dos serviços públicos de saúde assume novas possibilidades de incorporação de *sentidos*, como a explicitação de um projeto terapêutico comprometido com a qualidade da prática clínica através da participação ativa dos usuários, responsáveis pela avaliação dessas ações.

Enquanto estratégia de produção de cuidados, a literatura aponta que o vínculo depende de algumas condições para efetivar-se, como: 1) de reestruturação da assistência ofertada; 2) de mudanças no modo de produção do trabalho em saúde; 3) da capacidade das equipes lançarem mão de outras tecnologias para potencializá-lo (Schimith e Silva Lima: 2004; Teixeira, 2005; Camargo Junior *et al*: 2008). Neste sentido, o acolhimento assume um papel relevante, uma vez que é capaz de intermediar a viabilização da entrada do usuário na rede de serviços, conformando a sua permanência dentro das possibilidades mais adequadas, diferentemente dos dispositivos tradicionais de recepção, triagem e acesso, que remetem a uma prática de seleção pautada por critérios preestabelecidos pela organização dos serviços (Teixeira: 2005).

Como características de trabalho, o acolhimento prevê plasticidade e capacidade de adaptação de técnicas e atividades aos recursos sociais, culturais e econômicos existentes no território, além de ser um instrumento transversal a todas as ações terapêuticas, de modo extensivo a toda equipe de trabalho, comprometida em trazer resolutividade às demandas que chegam ou que são observadas no contato,

convergingo, desse modo, com a perspectiva de humanização e de integralidade do cuidado (Teixeira: 2005).

Ainda de acordo com a literatura, as visitas domiciliares e grupos educativos constituem-se, também, como estratégias no estreitamento dos laços e criação de vínculos (Queiroz e Salete Jorge: 2006; Sakata *et al*: 2007; Albuquerque e Magalhães Bossi: 2009). Nas visitas, revelam-se possibilidades de compreender e de identificar melhor situações implicadas nos processos de adoecimento que, muitas vezes, não são reveladas nos atendimentos dentro das UBS, mas sim através de um contato mais frequente dos profissionais junto ao contexto social dos usuários. Estes, por sua vez, tendem a enxergar o contato no dia a dia com as equipes de saúde de forma menos hierarquizada, atribuindo sentidos positivos como sentimentos de confiança, amizade e de apoio em relação aos sofrimentos (Sakata *et al*: 2007; Albuquerque *et al*: 2009).

Quanto aos grupos educativos, destaca-se o fato de que a formação dos vínculos não depende tão somente das orientações e informações transmitidas, mas também da capacidade de os profissionais conseguirem mediar esses conhecimentos por meio de uma relação pautada no apoio, na sensibilidade, na adequação da linguagem, na transmissão de confiança e no resgate à importância dos conhecimentos já existentes dos usuários na produção dos cuidados (Queiroz e Salete Jorge: 2006).

No estudo de Fontanella *et al* (2013), verificou-se que o termo “vínculo” é apropriado de modo diverso no cotidiano do trabalho dos profissionais, a depender da formação e de suas competências específicas. Não obstante, para a maior parte dos membros das equipes de saúde da ESF, o entendimento e os saberes expressos em torno desta noção basearam-se, sobretudo, em habilidades afetivas, isto é, na predisposição e na boa vontade em criar vinculação com os usuários atendidos, não sendo mencionadas

as habilidades clínicas específicas como um recurso igualmente importante na produção de cuidados:

“A vinculação não seria fundada [para os profissionais] no pressuposto contratual tácito de que o usuário das USF encontrará as competências clínicas que necessita, mas sim que encontrará boa vontade e caminhos institucionais para alcançar tais competências (adscrição, acolhimentos, encaminhamentos, acessibilidade”. (Fontanella et al: 2013 pg.1888)

De modo contraditório, quando os profissionais foram questionados sobre quais seriam os aspectos fragilizadores na construção de vínculos, eles apontaram que a falta de capacitação e competências clínicas específicas para lidar com diferentes demandas seriam um importante obstáculo.

Com base nas leituras, é possível fazer uma interpretação do vínculo como um dispositivo que está diretamente relacionado a uma noção politizada de cuidado, tanto no plano das técnicas mobilizadas, quanto na produção e ressignificação dos sujeitos e das relações construídas nesses processos. Os conteúdos políticos da técnica expressar-se-iam nos significados que esta passaria a assumir no contato entre profissionais e usuários, esperando-se a incorporação de habilidades e metodologias de trabalho não formatadas a um caráter essencialista da noção de sujeito (Teixeira: 2005).

Ao abrir-se possibilidades para a flexibilização dos horizontes técnicos normativos, o vínculo enquanto dispositivo contribuiria para fazer emergir de modo positivo os sujeitos, isto é, a situação existencial desses, o que traz implicações importantes na esfera das suas identidades (Ayres: 2004)⁷, através do fortalecimento da autonomia e protagonismo na produção dos cuidados em saúde.

⁷ É importante ressaltar que as relações de cuidado seriam capazes de promover mudanças não apenas naqueles que necessitam receber a assistência à saúde. A flexibilização dos horizontes normativos, considerando os profissionais envolvidos, está ligada, segundo Ayres (2004) a dois aspectos mutuamente implicados e indissociáveis: responsabilidade e identidade. Ao tomar para si a tarefa de responsabilizar-se terapeuticamente por alguém, a pergunta “acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é

Contudo, não são apenas importantes as estratégias pautadas na afirmação positiva dos sujeitos singulares, mas indissociáveis a estas, ações potencialmente transformadoras na esfera comunitária na qual estão inseridos. É necessário, neste sentido, que possibilidades e canais sejam criados, sobretudo, institucionais, de enfrentamento e de superação das condições macro e microssociais que impedem mudanças mais profundas nas condições concretas de vida dos sujeitos, capazes de influenciar, por exemplo, na distribuição mais igualitária de poder e de outros recursos nas distintas esferas da vida social. O vínculo entre profissionais e comunidade⁸ poderia funcionar, neste sentido, como um mediador para promover o que Carvalho (2004) denomina como eixo central da abordagem integral de promoção à saúde, isto é, o “*empowerment*” (Carvalho, 2004), sendo este compreendido enquanto um *continuum* que perpassa as dimensões psíquicas-individuais, intersubjetivas, familiares e comunitárias, não restringindo-se ao âmbito individual, que possui, por vezes, um certo viés ideologizante⁹, ao desconectar os sujeitos dos contextos sociopolíticos em que estão imersos, trazendo a falsa impressão de que estes são capazes de produzir, por meios próprios, aquilo que é conformado por políticas e outras práticas macrossociais.

Desse modo, a criação de vínculos seria fundamental para a efetivação das *potências* individuais e também coletivas (Teixeira: 2005), podendo aproximar-se,

como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro” (pg. 24), isto é, é no e pelo cuidado que também a identidade do profissional passa a ser reconstruída, tornando-se possível uma relação na qual este não se constitua enquanto o único porta voz do discurso do saber.

⁸ Brunello e cols. (2010) ao realizarem uma revisão sistemática da literatura na atenção à saúde sobre a produção de vínculos destacam que encontraram poucas publicações referentes ao tema quando relacionado ao trabalho e às experiências dos profissionais da saúde junto às comunidades, sendo maior o número de pesquisas realizadas quando considera-se o vínculo profissional-usuário.

⁹ Carvalho (2004) ao propor que seja trabalhado o conceito de empowerment comunitário nas práticas de promoção à saúde, está contrapondo-se a uma vertente *behaviorista* que compreende e trabalha este conceito no sentido de promover o sentimento de autoestima e de poder dos sujeitos sem, necessariamente, defender que esses participem de ações coletivas que possam produzir transformações nas estruturas de relações de poder nas sociedades.

ainda, essa perspectiva, da noção de poder, tal como é compreendido por Arendt (2009), isto é, resultado das produções discursivas dos sujeitos plurais, ancorados em ações não violentas, estando dispostos a permanecerem juntos na busca de consensos, ainda que esses sejam sempre provisórios e conflitivos. Em síntese:

“o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo: pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se conserva unido” (Arendt: 2009 pg.65-66).

Torna-se importante, contudo, questionar, o quanto os serviços de saúde estão contribuindo para o aumento das *potências* dos sujeitos a partir dos encontros realizados nesses espaços (Teixeira: 2005). A literatura que aborda esta temática apresentou aspectos considerados fragilizadores na construção de vínculos e no caráter divergente dos efeitos positivos dessa relação. Assim, Jorge *et al* (2011), apontam que, segundo a perspectiva de alguns familiares e usuários dos serviços, a referência à saúde, quando feita por apenas um único membro da equipe, pode gerar dependência e tutelamento, influenciando na atitude do paciente em abandonar o tratamento quando o profissional é alocado para uma outra unidade de saúde.

A grande rotatividade dos profissionais nas unidades básicas, a elevada demanda espontânea por atendimentos, a falta de profissionais suficientes para atender o território, o déficit de políticas intersetoriais, a falta de habilidades clínicas específicas para a construção de um cuidado mais direcionado, o preconceito ou a indisposição atitudinal de alguns profissionais, a dependência química e de álcool de usuários, as tensões e conflitos entre as equipes de saúde com familiares foram outros fatores citados como dificultadores na criação de vínculos (Schimith e Silva Lima: 2004; Viegas, *et al*: 2012; Fontanella *et al*: 2012, Gomes e Duarte de Sá: 2009).

Outra dificuldade ainda apresentada refere-se à conformação sócio-histórica e cultural do campo do saber/poder da medicina moderna, que ainda nos dias de hoje tende a desconsiderar as articulações entre os processos de adoecimento da população com as suas representações e condições sociais, psicológicas e culturais para produção dos diagnósticos. Isto acaba reforçando a reprodução de relações assimétricas, excluindo os pacientes de um corpo de conhecimentos do qual deveria também ter o direito de fazer parte (Caprara e Rodrigues: 2004). Assim, um estudo realizado com 400 médicos da ESF no Ceará mostrou que entre eles, quase 40% não explicaram de forma clara e compreensiva o diagnóstico, 58% não verificaram o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico e que 53% não verificaram se os pacientes tinham conhecimento sobre as recomendações terapêuticas (idibem).

Nesses diferentes estudos, evidencia-se, portanto, o quão diversificado e complexo são os problemas com os quais as equipes de saúde precisam lidar cotidianamente para a construção de vínculos, acenando para desafios que são colocados a uma efetiva consolidação da ESF em todo o Brasil.

Do conjunto de textos lidos que problematizaram a relação vincular, foi possível identificar alguns aspectos relevantes que estruturam essa discussão no campo da saúde coletiva, com potencialidade de explorá-los ainda sob a ótica de outras perspectivas.

Uma possibilidade é investigar o modo como o contato e a qualidade dos vínculos podem ser influenciados não apenas pelos fatores apresentados, mas, somados a estes outros, como as influências das dinâmicas territoriais na conformação das ações da ESF.

A maior proximidade dos profissionais da saúde com as realidades e problemas enfrentados pelas populações, tal como é preconizado pela rede de atenção primária, impacta direta e indiretamente no funcionamento dos serviços e no desenvolvimento do trabalho das equipes, sendo necessário considerar, neste sentido, a influência da violência comunitária nos territórios assistidos.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Krug et al, 2002), a violência comunitária pode ser entendida enquanto uma dimensão interpessoal, envolvendo pessoas com ou sem laços de parentescos que se conhecem, ou não, fora do ambiente doméstico. A violência urbana, por sua vez, pode ser entendida como uma expressão que designa o sentido de determinadas práticas classificadas pelos ordenamentos jurídicos instituídos como ilícitas e criminosas, com referência às ameaças à integridade física e patrimonial – como roubos, homicídios, latrocínios – e cujas manifestações afetam o sentimento de continuidade das rotinas diárias e de segurança pessoal (Machado: 2011).

No próximo capítulo, trataremos mais especificamente dessa temática, procurando discutir inicialmente esse fenômeno, considerando alguns aspectos gerais relativos ao controle e ao uso da violência nas sociedades modernas e no contexto brasileiro, utilizando-se de referenciais teóricos do campo das ciências sociais que nos auxiliam na compreensão dos impactos que se delineiam na vida cotidiana e no contexto do trabalho das equipes de saúde.

2. PARADIGMAS TEÓRICOS DE INTERPRETAÇÃO DA VIOLÊNCIA

As teorias clássicas no campo das ciências sociais dedicaram-se a abordar a violência interpessoal destacando a centralidade dos Estados modernos emergentes quanto ao uso e ao controle deste recurso nas sociedades. Tal discussão encontrou expressão em vários autores¹⁰, a exemplo de Max Weber, que ao definir conceitualmente o Estado moderno, ressaltou as relações intrínsecas entre este com os termos dominação e violência. Segundo o autor, o Estado é uma organização política de dominação que se utiliza de um meio específico que lhe é peculiar, ou seja, a violência física, procurando constituir-se como a única fonte de autoridade capaz de exercê-la de modo legítimo (ou considerada como tal) em um determinado território (Weber 2004, pg. 525).

As bases em que se assentam esta relação de dominação¹¹ fundamentam-se em uma crença geral dos indivíduos na validade dos estatutos legais enquanto regras racionalmente válidas para todos os membros da sociedade. O emprego da violência pelo Estado, neste sentido, torna-se uma prática autorizada a ser utilizada sob determinadas condições previamente estabelecidas pela lei.

¹⁰ No campo da ciência e da filosofia política, ressalta-se a importância da teoria dos contratualistas Hobbes e Locke, que, apesar de possuírem perspectivas muito distintas, pactuaram da importância de atribuir-se aos Estados o domínio exclusivo do exercício da violência e do seu controle, seja para garantir que os homens não se autodestruam com suas paixões e egoísmos, ou como forma de garantir e preservar o direito à vida, à liberdade e à propriedade privada, respectivamente.

¹¹ Weber admite que, embora a violência seja um recurso de dominação, este não é o único ou o meio mais comum utilizado pelo Estado.

O Estado ao monopolizar o uso da força física, expropriou das mãos de particulares a sua utilização nas relações interpessoais e estabeleceu por meio da consolidação do seu domínio em um determinado território, uma jurisprudência que tem como finalidade regular e intermediar os conflitos sociais existentes, punindo, quando necessário, aqueles que descumprem as regras.

Das contribuições da teoria weberiana, é importante sublinhar, portanto, alguns aspectos centrais: 1) o uso da violência nas relações interpessoais e privadas torna-se expressamente proibido em sociedades onde o Estado assume a função de controlar a violência; 2) em decorrência, a segurança dos cidadãos torna-se responsabilidade exclusiva desse; 3) constituindo-se o Estado como única fonte da autoridade em um determinado território, a jurisdição também está sob seu controle, não sendo possível a criação de regras paralelas dentro do seu domínio e 4) o domínio territorial é requisito fundamental para exercer-se o controle estatal da violência, garantindo a segurança dos cidadãos que vivem nestes espaços (Adorno: 2002). Dito de outra forma, é preciso haver um Estado operante para que sejam garantidos espaços sociais livres de violência para o estabelecimento de relações de convivência pacíficas entre os cidadãos.

Norbert Elias (1993; 1997) também ressalta a formação dos Estados-Nações como responsável pelo estabelecimento da pacificação das relações interpessoais e privadas, através do desenvolvimento de canais institucionais que conseguiram, de um modo mais ou menos eficaz, coibir, regular ou restringir os atos de violência perpetrados por particulares. Foi no bojo das profundas mudanças estruturais ocorridas no contexto de transição do feudalismo para o capitalismo na Europa Ocidental entre os

séculos XV e XVIII¹² que, concomitantemente, promoveu-se a difusão de novas regras de convivência social e novos padrões de condutas orientadas para uma perspectiva mais “civilizadora”, isto é, mais adequadas às necessidades de interdependência social que surgiam nesse período. Este processo foi fundamental na modelação psíquica dos impulsos e da agressividade dos indivíduos, transformando tais coerções externas, em autocontrole. Elias ressalta ainda que o autocontrole – gerado por meio da intermediação dos indivíduos com a cultura, educação e diferentes instituições sociais – é o aspecto mais importante que garante o reconhecimento, a estabilidade e a durabilidade dos monopólios estatais como legítimos.

A teoria elisiana chama a nossa atenção, portanto, para o fato de que os mecanismos de controle da violência na modernidade foram fruto de uma determinada conjuntura histórica que dependeram tanto das transformações estruturais como daquelas ocorridas ao nível das economias psíquicas, na transformação de valores e sentimentos.

Um outro aspecto importante referente à teoria do processo civilizatório, é que essa, longe de remeter à ideia de um fenômeno “estático” e acabado, não se faz de maneira idêntica em todas as partes,¹³ o que implica em dizer que também os monopólios estatais do uso da força física conformam-se de maneiras distintas nas

¹² Destaca-se, neste sentido, a transição das economias de escambo para a monetária, a crescente complexidade das instituições sociais, o desenvolvimento de funções e papéis cada vez mais complexos e diferenciados nas sociedades, a integração territorial e consolidação das fronteiras, monopolização dos poderes nas mãos de pessoas especializadas e monopolização dos meios de produção econômica, simultaneamente ao aumento da interdependência social, impactando nas dinâmicas dos relacionamentos humanos, com correspondentes mudanças nos processos de subjetivação e personalidades dos indivíduos.

¹³ Apesar da expressão “*processo civilizatório*” remeter a uma ideia de superioridade, ou de um estágio final, pronto e acabado em termos do senso comum, não é esta a ideia que subjaz a proposta de Elias, o qual procurou situar esse fenômeno a partir de suas manifestações empíricas, assumindo sentidos diferentes de acordos com os países estudados, mas ao mesmo tempo, sendo um modelo de interpretação que compreende dinâmicas processuais, ou seja, mudanças nas condutas e comportamentos “rumo a uma direção muito específica” na história das sociedades ocidentais (Elias: 1993 pg.193).

diferentes sociedades. Nas próprias palavras de Elias “*seria muito irrealista afirmar que o monopólio intra-estatal da força funciona de um modo inteiramente livre de problemas*” (Elias, 1997, pg. 162) sendo que os representantes autorizados pelo Estado podem utilizar esse recurso como fonte de poder e manutenção de interesses particulares (ibidem). Desse modo, a ameaça de transgredir os monopólios estatais da força é sempre um risco concreto ao processo civilizatório, sustenta Elias. Mais do que isso, dentro deste, simultaneamente, podem ocorrer processos “descivilizadores”, ou seja, elementos e condições que, reunidos, podem desencadear ações ilegítimas de violência tanto por parte dos representantes do Estado quanto em relação aos atores extraestatais. Um dos fatores que contribuem para emergir a violência infrapolítica, segundo Elias, está atrelado à existência de monopólios estatais fracos, não legitimados pelos cidadãos, assim como a falta de vigilância constante de grupos de pressão (Elias, 1993).

Wieviorka (1997) aponta, nessa perspectiva, transformações importantes observadas no plano internacional e no interior das Nações a partir da década de 1970 que conformam, segundo o autor, em um “novo paradigma da violência” na contemporaneidade. Esse fenômeno está associado entre outros fatores¹⁴, ao recuo dos Estados no exercício das suas funções clássicas, incluindo a de assegurar o monopólio legítimo da violência, bem como a um déficit na arena pública do exercício da política na intermediação dos conflitos e demandas existentes. Dentre as conjunturas externas, a aceleração dos processos de globalização da economia, atrelada ao uso de novas

¹⁴ Este fenômeno exprime características históricas peculiares à sua época, onde a (s) violência (s) está (ão) atrelada (s) a um conjunto de transformações ocorridas mundialmente que afetaram, por um lado, as relações internacionais entre os países, as economias e políticas nacionais e, por outro, dimensões culturais e identitárias que estruturam os sentidos e significados atribuídos às experiências humanas processadas em meio a estas mudanças.

O novo paradigma da violência engloba, portanto, não apenas aspectos relativos às suas manifestações concretas, mas também as representações coletivas em torno dessa questão e do modo como esta é abordada pelos estudiosos nesse campo.

tecnologias, intensificou e mundializou os fluxos de capitais financeiros e contribuiu para o desenvolvimento de redes informais de mercado por onde circulam pessoas, mercadorias ilegais e ilícitas, fortalecendo as bases internacionais do crime organizado, estruturado, sobretudo, em torno do tráfico de drogas. No entanto, concomitante à difusão e à intensificação desses processos, foi sendo revelada a inoperância e a debilidade dos mecanismos de controle e aplicação de sanções dos Estados frente a essas novas configurações.

Internamente, as reformas neoliberais, com acentuada ênfase na redução e nos cortes de custos relativos às políticas sociais básicas e de segurança, reforçaram a perda da autonomia dos Estados, conformando um cenário no qual aceleram-se as privatizações das economias nacionais e, em igual velocidade, fenômenos de privatização da violência. Em relação a esse aspecto, verifica-se a apropriação indevida deste recurso por parte dos agentes públicos, a atuação de grupos e facções que passam a competir com o Estado o controle territorial, ou, ainda, a transferência de responsabilidades públicas do controle e do uso da violência para as esferas privadas e pessoais (idibem).

Ainda segundo Wiewiorka, a estruturação dos conflitos infrapolíticos, impactados pelas mudanças descritas, assume como característica uma atenuação ou diluição da dimensão política e um encolhimento da esfera pública, concebida idealmente como espaço destinado ao aparecimento da pluralidade de opiniões, discordâncias e de negociações via canais legitimamente institucionalizados.

Desse modo, as manifestações de violência, que emergem dessas radicais alterações, podem ir além da simples racionalidade instrumental e ganhar contornos mais expressivos, que trazem a marca da negação, da privação de ter acesso a um

mundo considerado significativo (Elias: 1997). Assumindo, neste fenômeno, um caráter destrutivo ou autodestruidor, que o transforma, em certos casos, em uma “*pura afirmação dos sujeitos*” (Wiewiorka, 1997, pg. 12). Esses conflitos são gestados em um contexto onde as desigualdades são pano de fundo para o desenrolar de outras violências não diretamente associadas a um conflito estrutural de classes, mas formatados pela expressão de um individualismo contemporâneo¹⁵ que se processa em meio à desestruturação dos tradicionais mecanismos que possibilitavam a legitimidade e o reconhecimento dos sujeitos:

“Não é mais a luta contra a exploração, a sublevação contra um adversário que mantém com os atores uma relação de dominação, mas sim a não relação social, a ausência de relação conflitual (...)” (Wiewiorka: 1997 pg. 7)

“Para que haja conflito, sistema de atores conflituais, é preciso de um lado atores, de outro, problemas que eles reconhecem como comuns, e de outro ainda possibilidades para eles se oporem sem se destruir, e, portanto, de mecanismos políticos e institucionais”. (Wiewiorka: 1997 pg.13).

Os novos conflitos emergentes são caracterizados por expressões diversas, incertas e fragmentadas, e mesmo inseridos em um registro protopolítico, estão indissociavelmente relacionados a um campo de questões políticas, ou seja, aos limites, às fragilidades e aos deslocamentos desse jogo. Estão articulados globalmente a cenários específicos, e, portanto, assumem feições distintas a partir dos repertórios institucionais, culturais, econômicos e sociais específicos de uma Nação; do modo como o Estado é presente e das relações estabelecidas entre este com os diferentes grupos,

¹⁵ Wiewiorka cita os motins em alguns bairros parisienses para argumentar que essas manifestações expressam-se de formas bem mais complexas do que um protesto, por exemplo, contra o desemprego ou o acesso negado ao consumo, mas sim contra os excessos policiais e por decisões inadequadas da justiça: “*a raiva e o ódio dos jovens exprimem-se certamente tendo por trás um cenário marcado por dificuldades sociais, mas correspondem acima de tudo a sentimentos fortes de injustiça e não reconhecimento, de discriminação cultural e racial.*” (Wiewiorka, 1997:pg, 22).

assim como das relações que os diferentes grupos estabelecem entre si intermediados por estes aspectos apontados (Wiewiorka: 1997).

2.1 Violência interpessoal no contexto brasileiro: algumas interpretações

Quanto ao debate brasileiro, a violência interpessoal tem sido discutida a partir dos entraves institucionais, políticos, sociais e culturais relacionados à transição e ao processo de consolidação do Estado democrático de direito (Adorno: 1996; Peralva: 2000; Cadeira, 2000).

Diferentes autores destacaram alterações importantes na dinâmica da criminalidade urbana brasileira a partir da década de 1980, com o crescimento dos crimes violentos, das altas taxas de homicídios e da reestruturação do tráfico de drogas em redes mais organizadas (Zaluar 2000; 2004, Caldeira, 1998; Peralva: 2000, Souza, 1994, Mello Jorge 1998).

Marca também este período, a entrada e a grande circulação das armas de fogo no país via comércio legal e ilegal, a exacerbação da violência policial e o maior comprometimento desses agentes com práticas ilegais e arbitrárias relacionadas aos grupos de extermínios, tráfico de drogas, armas, extorsões e venda de proteção (Caldeira, 1998, Peralva, 2000, Zaluar: 2000).

A literatura destaca que, apesar da experiência autoritária ter deixado um legado importante no entendimento dessa nova dinâmica criminal, que começou a delinear-se ainda no interior desse regime, bem como dos abusos cometidos contra alguns dos direitos fundamentais, sobretudo, o direito à vida, este não se constitui como única via explicativa para o aumento da violência e persistência de graves violações de direitos humanos no regime democrático (Caldeira: 1998; Peralva: 2000, Adorno: 1996).

A vitalidade política observada no contexto de redemocratização, paradoxalmente, não foi capaz de impulsionar mudanças fundamentais relativas às demandas pela reconstrução das instituições da ordem, sucumbindo-se aos interesses de diferentes grupos de pressão preocupados em cercar seus interesses de todas as garantias possíveis (Peralva, 2000).

Peralva (ibidem) destaca, nesse sentido, que o Estado revelou-se politicamente incapaz de ser um operador da igualdade, de modo a conseguir encarnar a vontade de que as leis e as instituições passassem a ser reconhecidas como comum a todos. Tão pouco conseguiu limitar as desigualdades ligadas a demandas por reconhecimento e respeito às garantias individuais mínimas. A igualdade de status passou, desse modo, a tensionar e a coexistir com desigualdades de fato, não necessariamente ligadas exclusivamente à dimensão socioeconômica, mas a uma experiência democrática atrelada à *“capacidade dos indivíduos de se considerarem uns aos outros como iguais, à disposição de acreditarem que são de fato iguais”* (Peralva: 2000 pg.19). Desse modo, *“sem realmente poder contar com instituições novas em terreno sensível, e já não mais dispondo dos mecanismos de regulação característicos do período autoritário, a democracia terminou abrindo amplas possibilidades para que a violência se desenvolvesse”* (ibidem, p.20).

Do ponto de vista institucional, estudos argumentam que o mau funcionamento dos órgãos de justiça criminal – incluindo as polícias Militar e Civil, Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário – comprometem a elaboração, a investigação e o sentenciamento de processos judiciais, sendo também constatadas a morosidade, a baixa eficiência na garantia de proteção às vítimas e testemunhas da violência e impunidade dos crimes (Adorno e Pasinato: 2007; Misse: 2011; NEV-USP). Assinalam ainda que a

debilidade dos mecanismos de *accountability*, essenciais para a apuração, fiscalização e punição de irregularidades nos procedimentos utilizados pela polícia, podem contribuir para reforçar uma cultura institucional habituada a agir de modo seletivo e discricionário em relação ao perfil das vítimas e dos agressores (Adorno e Pasinato: 2007; Misse: 2011; NEV-USP: 2011).

As ambiguidades contidas em textos de Lei são outro fator importante que gera interpretações distintas, pouco objetivas e tratamentos diferenciados que contribuem com processos de criminalização de determinados segmentos mais vulneráveis da população (NEV USP)¹⁶.

Diante desses elementos, conformam-se situações variadas e combinadas de expansão de práticas ilegais no seio da corporação policial, como, por exemplo, a corrupção, podendo ser transformado o poder concedido a esses representantes da segurança numa espécie de “mercadoria política”, ou seja, uma moeda de troca, expropriando do Estado seus recursos (a aplicação da justiça) em favor de interesses individuais. Ademais, de acordo com pesquisadores, é necessário considerar que os mercados ilícitos e ilegais, que operam à margem da lei e das regras, não poderiam funcionar sem considerar a existência de um mercado de proteção agenciado pelas próprias forças policiais (Zaluar, 2006; Misse, 2011; Telles e Hirata, 2010).

As experiências dos cidadãos com as instituições de justiça, quando recorrem a elas ou o modo como estas costumam atuar em determinados territórios, traduzem-se, em alguns contextos, em sentimento de injustiça quanto ao seu funcionamento (Adorno e Pasinato: 2007). Esse fato fornece substratos para gerar desconfiança no sistema judiciário e nas polícias, mesmo entre aqueles que não precisaram recorrer a essas

¹⁶ Ver, por exemplo, pesquisa sobre Prisão Provisória e Lei de Drogas com base na nova legislação entrada em vigor desde 2006 (NEV-USP:2011). Disponível em: www.nevusp.org.

instâncias conforme uma série de pesquisas recentes de opinião que vêm apontando margem pequena de confiança da população¹⁷.

Este contexto de desproteção, tal como é percebido, abre espaço para estratégias adaptativas orientadas contra situações de insegurança que podem desembocar – a depender dos recursos mobilizados – em modalidades diversas na busca por segurança, como segregação e evitação de determinados espaços ou formas privadas de se fazer “justiça”, como aquela que é feita com as próprias mãos, ou, no limite, recorrer às instâncias normativas do “mundo do crime” (Caldeira, 1998; Feltran: 2008; Telles e Hirata 2010; Peralva; 2000).

Desse modo, é possível alimentar e reproduzir circuitos de desigualdades que perpassam desde dificuldades em se obter acesso igualitário e legal à justiça formal, a reforços de estereótipos que interligam simbolicamente o lugar do “outro” (o jovem morador da periferia, o imigrante, o bandido) a territórios do crime, isto é, a espaços poluídos e perigosos que devem ser evitados (Zaluar: 2002; 2004; Caldeira, 1998, Peralva: 2000).

Como objeto de reflexão das teorias sociais e do “senso comum”, as explicações mecânicas e rotuladoras que associam crime à pobreza, não dão conta desse fenômeno complexo, atravessado por conflitos de múltiplas clivagens, do qual todos encontram-se envolvidos na mesma experiência que também os vitimiza (Peralva, 2000).

Neste sentido, os valores culturais sobre os quais se assentam a “democracia disjuntiva” brasileira – marcada por uma relativa proteção e legitimidade dos direitos sociais e políticos em detrimento dos civis – contribuem para o predomínio em nossa sociedade, segundo Caldeira, (1998) de uma noção bastante difusa de corpo e de

¹⁷ Os relatórios produzidos semestralmente pela Fundação Getúlio Vargas nos dão um panorama geral da percepção da população em relação ao funcionamento do sistema de justiça brasileiro. Disponível em: <http://direitogv.fgv.br/publicacoes/icj-brasil>

indivíduo “*incircunstritos*”, desprovidos de direitos e proteção. Esta questão, talvez nos ajude a compreender porque são atribuídos, diferencialmente, códigos de valorização da vida e a tolerância com relação à normatização dos registros de exceção, inscritos na geografia das mortes violentas, concentradas em certos espaços, assim como das intervenções policiais e do perfil majoritário das populações encarceradas no Brasil (idibem).

Somam-se a este conjunto de interpretações, os impactos recentes dos processos de mundialização da economia em relação aos controles e fronteiras estatais e a ativação de um fluxo mais intenso de circuitos informais, ilegais e ilícitos de mercadorias e pessoas (Wiewioka, 1997).

A desterritorialização do crime organizado, articulado a significados e a dinâmicas específicas de desigualdades, afetou e redefiniu os cenários urbanos das grandes metrópoles brasileiras, e, no caso da cidade de São Paulo, de acordo com estudos, seus efeitos passaram a ser mais visíveis, sobretudo na passagem dos anos de 2000 (Telles e Hirata: 2010; Feltran 2010).

De lá para cá, o crime organizado, criado e fortalecido no interior do sistema carcerário paulista, passou a estabelecer conexões mais intensas extramuros (Dias: 2009), o mercado varejista das drogas estruturou-se de forma mais organizada e multiplicaram-se seus pontos de venda, as chamadas “biqueiras” (Telles e Hirata; 2010). Mas foi, ainda, a partir dessa nova configuração do “crime”, que novos e antigos ordenamentos sociais passaram a coexistir e a redesenhar as experiências na cidade (Telles e Hirata; 2010; Feltran: 2008; 2010) e, em especial, nos territórios periféricos.

2.2 “Expansão do mundo do crime”

Os fenômenos ligados à privatização do uso da violência, não são uma excepcionalidade na história da sociedade brasileira. Estes, contudo, foram assumindo novas feições, destacando-se os dispositivos criados em torno daquilo que se designa por “*mundo do crime*” a partir da entrada de novos atores em cena (Feltran: 2008; 2010).

Por esta expressão, compreende-se um tipo específico de “*representações, códigos e sociabilidades estabelecidas em torno dos negócios do narcotráfico, dos roubos e furtos*” (Feltran: 2008), inicialmente gestadas no interior dos presídios (Dias: 2009) que foram, paulatinamente, ganhando maior aderência nos bairros periféricos, passando a interferir no âmbito da gestão dos territórios e populações através de microrregulações que perpassam diferentes feixes.

Analisando estes fenômenos nos territórios pesquisados, Feltran (2010), Tellles e Hirata (2010) chamam atenção para a influência que é exercida pela facção criminosa Primeiro Comando da Capital (PCC) como uma instância deliberativa de assuntos diversos nas comunidades e que opera, ao menos, em três níveis distintos: assuntos de menor e maior gravidade (mas que podem ser reparáveis) e os que se configuram nos limiares entre vida ou morte, ou seja, “*poder matar, deixar viver*” (Foucault: 1999). São questões que vão desde brigas familiares, dívidas de drogas, furtos, roubos, estupro, delação ou traição às normas da facção.

Neste cenário, mesmo aqueles que nunca tiveram relação com o crime, não podem deixar de fazer referência a ele, o qual passa a coexistir e interagir com outros ordenamentos estruturadores da vida social, como a família, o trabalho e a religião.

Anteriormente visto pela população enquanto uma dinâmica alheia à comunidade, a violência ligada a este conjunto de representações e práticas imprimiu deslocamentos importantes no entendimento que se tem a respeito dela, sendo hoje lida como algo que é constitutivo à vida comunitária (Feltran: 2010; Telles e Hirata: 2010).

É preciso ressaltar, desse modo, que tais deslocamentos não implicam em um conjunto de representações e experiências apartadas do convívio social mais amplo. Coexiste de diferentes maneiras com os dispositivos do Estado e faz parte das dinâmicas que compõem a vida cotidiana, como as histórias do bairro e as narrativas que circulam (Telles e Hirata: 2010).

Zaluar (2000) em suas pesquisas etnográficas pioneiras realizadas em uma favela carioca já atentava para a convivência e proximidade entre “trabalhadores” e “bandidos”,¹⁸ existindo entre eles pontos de identificação e colaboração, ou seja, interações que não implicavam em uma segregação relacional, concomitante à existência de fronteiras simbólicas a partir das quais buscavam diferenciar-se.

A “porosidade” das relações, portanto, não significa que todos estejam comprometidos com atividades ilícitas. A coexistência de fronteiras, demarcadas simbolicamente, não é um fator que restringe os fluxos cada vez mais intensos entre essas e por onde circulam mercadorias, serviços e discursos (Feltran: 2008 pg. 122).

Telles e Hirata (2010) destacam, neste sentido:

¹⁸ Zaluar (2000) ao cunhar estas expressões refere-se às categorias sociais construídas que designam formas de interação e representação do meio popular que demarcam fronteiras simbólicas identitárias, sobretudo em torno do trabalho, enquanto fonte material e moral de sustentação, da família e da religião como fatores centrais na estruturação dos ordenamentos sociais. São categorizações ancoradas nas experiências e condições de vida das pessoas, ao contrário daquelas pautadas por critérios abstratos e dicotômicos referentes à justiça, crime e bandido. Este aspecto torna as representações e as relações muito mais complexas e ambíguas, pois são pautadas por regras locais de reciprocidade que se fazem e refazem de acordo com as microconjunturas.

“Os indivíduos transitam entre o dentro e o fora do Estado, maquinam artifícios nas fronteiras incertas do legal e do ilegal, negociam regras, limites, protocolos, agenciam contracondutas em função das condições concretas da vida, em seus imperativos de sobrevivência, necessidades de segurança, sentidos de ordem e justiça”. (...) sabem lidar com os códigos de ambos os lados, mas sabem sobretudo exercitar algo como uma arte do “contornamento” dos riscos alojados (...). (...) Algo como os “ardis da inteligência prática para lidar com as circunstâncias moveáveis (...)” (Telles e Hirata: 2010 pg. 45).

É a partir desses referenciais que procuro situar minha dissertação. No caso da utilização da expressão “mundo do crime”, Feltran (2008; 2010) utilizou-a enquanto uma acepção nativa, identificada durante o percurso de suas pesquisas realizadas em um distrito administrativo da cidade de São Paulo.

Apesar do autor chamar a atenção sobre a ausência de qualquer pretensão em extrapolar este termo para além do território estudado, o fenômeno relacionado com essa expressão nos parece interessante para pensarmos em possíveis impactos desse no desenvolvimento do trabalho dos ACS e, mais especificamente, no âmbito da construção dos vínculos locais com usuários, familiares e a comunidade.

Neste sentido, considerando as características intrínsecas ao trabalho dos agentes comunitários, a lógica de mediação é algo essencial para a produção dos serviços de saúde. Para garantir a operacionalidade de um dos pilares de sustentação da ESF, isto é, o vínculo, é necessário, portanto, este transitar dos agentes entre diferentes códigos e esferas cotidianas locais de regulação, sejam formais ou informais, legais, ilegais e ilícitas. A prática desses profissionais é mediada, desse modo, não apenas por habilidades técnicas, mas, ainda, por competências relacionais construídas nos limiares dessas fronteiras e sob um determinado contexto social e histórico específico.

Nos parece relevante, desse modo, atentar para a importância de como são feitas as articulações e agenciamentos que estes profissionais estabelecem no transcurso do seu trabalho, a fim de tornar suas atividades viáveis, a partir da vinculação. Como

salienta Lipsky (2007), lançar luz sobre os atores que lidam diretamente com as políticas públicas e assistenciais considerando os obstáculos, valores e as interações construídas com o público para o qual se destina essas ações, é um aspecto relevante capaz de auxiliar na compreensão dos aspectos formais destas políticas públicas, do que elas se propõem e os seus resultados finais.

A hipótese com a qual trabalho é a de que parte das dificuldades que os profissionais possuem em realizar o seu trabalho pode estar atrelada às dinâmicas territoriais específicas, como a violência comunitária presente, interferindo no desenvolvimento dos trabalhos das equipes. Essa violência comunitária, além disso, parece adquirir, cada vez mais, importância na conformação atual das experiências de violência ocupacional sofridas pelos profissionais da saúde.

Sem perder de vista diferentes aspectos relativos à dimensão que o fenômeno da violência comunitária pode assumir no território a ser estudado, e, pautando-se nas discussões teóricas e estudos empíricos, a presente dissertação pretende, contudo, dar maior ênfase à presença da violência estruturada em torno do tráfico e uso de drogas com possíveis repercussões no trabalho e no estabelecimento de vínculos.

3. VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR SAÚDE

A violência contra profissionais da área da saúde tem se destacado como um problema relevante para o setor, assumindo, em alguns países, um caráter endêmico (Word Report: 2014), chamando atenção de instâncias como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) que define em termos gerais este fenômeno como algo que é *“constituído por incidentes em que os profissionais sofrem abusos, ameaças ou ataques em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo os trajetos de ida e volta, e que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, a sua segurança, seu bem-estar e sua saúde”* (OIT: 2002 p. 3) (tradução nossa).

Tais violências, podendo assumir manifestações diversas, dentro da tipologia elaborada pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Krug *et al*, 2002), referem-se a uma dimensão interpessoal que envolve pessoas sem laços de parentescos, que se conhecem ou não, fora do ambiente doméstico.

Segundo Cal/Osha (2005), a violência letal e não letal no local de trabalho passou a adquirir maior destaque nas estatísticas sobre os riscos ocupacionais, contrapondo-se às causas mais tradicionais de lesões no trabalho como quedas, exposição a substâncias e ambientes nocivos e contato com objetos e equipamentos.

Diante da magnitude do fenômeno, o estudo propõe que o esse seja analisado a partir de três perspectivas: interna, provocada pelo cliente ou usuário e externa. Em relação à primeira, a violência ocorre entre os trabalhadores de uma mesma instituição que estão em um mesmo cargo ou em hierarquias distintas. A segunda refere-se à

agressão física, psicológica e a insultos por parte do cliente ou do usuário de um serviço em relação aos profissionais de um setor. A terceira é aquela manifestada por pessoas que não estão ligadas à instituição do trabalhador, ocorrida nas ruas (ibidem).

Estudo internacional aponta que os profissionais da saúde são 16 vezes mais suscetíveis a sofrerem algum tipo de violência no local de trabalho do que outros trabalhadores que atuam na área de serviços prestados à população, incluindo os agentes penitenciários, policiais, profissionais da área de transporte, dentre outros (Kingma, 2001). Estima-se que nos EUA, para cada 10 mil trabalhadores que atuam na área de saúde, 8 foram assaltados no ambiente de trabalho, número superior a outras categorias profissionais cuja taxa foi de 2 assaltos para cada 10 mil trabalhadores (Word Report: 2014). O mesmo estudo ainda menciona a iniciativa de um hospital norte americano que implementou um sistema mais efetivo para evitar agressões contra as equipes de profissionais, e que, em seis meses, conseguiu prevenir a entrada de armas de fogo, armas brancas e produtos químicos que seriam utilizados por pacientes (ibidem).

Quanto à autoria das agressões, a praticada pelos usuários mostrou-se mais frequente e os tipos de agressões variaram muito de país para país, constituindo-se os casos de violência física e assédio sexual muito maiores em países como Austrália, Inglaterra, EUA, Canadá, Irlanda e Nova Zelândia, e maiores casos de *bullying* nos países do Oriente Médio. Países europeus apresentaram taxas menores de assédio sexual (ibidem).

Uma revisão da literatura internacional sobre o tema, feita por Moreno e Moreno (2004), indica que os tipos de violência mais comuns no setor saúde dentro da categoria agressões físicas foram: pontapés, arranhões, beliscões, empurrões, mordidas e agressão com objetos, incluindo armas de fogo. Em relação às ameaças, estas foram físicas,

sexuais e psicológicas com ou sem o uso de armas e outros objetos; já a violência psicológica/assédio moral, esteve atrelada às condutas que visavam desqualificar o trabalhador, induzi-lo ao erro, recusa em comunicar-se diretamente com o esse, atribuição de tarefas vexatórias, abuso de poder por uma ou mais pessoas. O assédio sexual, por sua vez, em outro estudo, (Klijn et al: 2004) envolveu comportamentos como contatos físicos desnecessários, olhares insidiosos e gestos obscenos.

No Brasil, os impactos da violência praticada contra profissionais em ambiente hospitalar também são investigados (Costa 2005; Costa e Marziale: 2006), e, nos últimos anos, a imprensa tem contribuído para dar maior destaque à violência praticada fora da organização interna dos serviços, ou seja, a violência urbana, que passa a interferir no funcionamento das unidades de pronto atendimento (UPAS). São casos atrelados à localização geográfica dos serviços onde são comuns enfrentamentos de facções criminais que entram nas unidades com o objetivo de realizar um “acerto de contas”, tiroteios e coação exercida contra médicos e enfermeiros com o intuito de ser realizado atendimento imediato¹⁹.

Considerando a importância dos riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores, é importante ressaltar que muitos estudos concentram-se ainda em abordar a violência laboral no âmbito hospitalar, tornando-se necessário, contudo, dar maior visibilidade a este fenômeno crescente na atenção primária (Farias et al: 2012; Oliveira et al: 2013).

¹⁹ Ver, por exemplo: **“Gangues se enfrentam em UPAS e espalham medo”**, Fonte: Tribuna de Minas 29/03/2013: <http://www.tribunademinas.com.br/cidade/gangues-se-enfrentam-em-upas-e-espalham-medo-1.1241991>;

“Bandidos armados costumam invadir UPA da Maré e exigir atendimentos, segundo médicos”, Fonte: R7 Rio de Janeiro 28/09/2011: <http://extra.globo.com/casos-de-policia/upa-da-rocinha-foi-alvo-de-tiros-neste-domingo-funcionario-relata-momentos-de-panico-11628183.html>

Pesquisa realizada em um centro de unidade primária na Argentina (Farias et: 2012), com uma amostra de 183 profissionais (34% de médicos, 19,6% de enfermeiros, 16,3% médicos residentes e de uma parcela não especificada no estudo composta por outros profissionais 30,1%), revelou que mais de 60% dos entrevistados disseram que ocorrem situações de violência no local de trabalho onde atuam e que os pacientes e seus familiares são aqueles que mais geram estas situações de modo frequente nos serviços (45,1%). Trabalhadores internos que geram violência de modo frequente corresponderam a 22,2%. Dentre as principais formas de agressão, gritos (65,1%) e insultos (55,1%) foram os mais presentes.

No Chile, os resultados obtidos de uma amostra com 62 profissionais (médicos, enfermeiras, parteiras, psicólogas, assistentes sociais, auxiliares técnicos de saúde, pessoal administrativo,) apontou que os mais afetados foram os auxiliares técnicos e administrativos que possuem maior contato direto com o público e enfrentam as primeiras demandas. Em relação ao agressor, mais uma vez, os pacientes foram os que mais praticaram violência (28%) e em segundo, as enfermeiras, 18% (Klijn *et al*: 2004).

Chappel e Di Martino (1998) ressaltam que o risco ocupacional de sofrer violência está atrelado à interação de fatores que pode abranger as características do agressor, das potenciais vítimas, da postura do profissional e das condições e organização do trabalho em um determinado contexto no qual agressores e vítimas relacionam-se. Assim, a literatura no setor saúde aponta que o perfil dos agressores (usuário, colega de trabalho ou pessoa alheia aquele ambiente), em sua maioria, são homens, jovens, sob efeitos do uso de álcool e outras drogas, pacientes com problemas psiquiátricos ou submetidos a forte estresse; as vítimas têm sido preferencialmente

mulheres, jovens, com sobrecarga de tarefas ocupacionais (Klijn *et al*: 2004; Moreno *et al*: 2004; Farias *et al*: 2012; Oliveira *et al*: 2013).

O fator gênero, idade e maior experiência na função, do mesmo modo, são aspectos que conferem ao profissional maior segurança e habilidade para lidar com situações consideradas difíceis. Neste sentido, a sua conduta, disponibilidade e capacidade para lidar com o estresse e com as cobranças são fatores que podem ajudar a protegê-lo das agressões (Klijn *et al*: 2004).

O ambiente laboral que envolve as vítimas e agressores dentro das unidades pode facilitar o risco de ocorrer a violência, como infraestrutura inadequada dos serviços, a organização da divisão do trabalho com sobrecarga de atividades e tarefas, dificuldade na acessibilidade e acolhimento considerado deficitário, superlotação, filas e demora no atendimento. Esses fatores reforçam, além disso, a percepção dos usuários, familiares e acompanhantes de que seus direitos são desrespeitados e de que o serviço é de má qualidade, oferecendo condições para o desencadeamento de posturas agressivas e violentas (*ibidem*).

Não menos importante, o modo como se configura o trabalho dos profissionais da saúde exercendo suas tarefas em meio aberto, potencializa a ocorrência de contingências que, em um ambiente fechado, poderiam ser mais controladas. Neste sentido, Nolan *et al* (2001) destacaram em seu estudo comparativo com profissionais da saúde suecos e ingleses que as agressões foram mais expressivas nesse último grupo de trabalhadores, justamente porque grande parte desses atuavam mais diretamente nas comunidades.

A localização geográfica dos serviços em regiões sensíveis à questão da violência, com a presença do tráfico de drogas, foi um fator mencionado pela literatura

internacional como responsável por potencializar o risco de violência no ambiente de trabalho (Levin, et al: 1998).

No estudo realizado por Silva (2013) nas unidades de saúde da família (USF) na cidade de Olinda, dos 107 profissionais que responderam a um questionário estruturado (cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos), 82% afirmaram que consideravam a localização geográfica das unidades violentas e 38% já presenciaram situações de violência na comunidade.

Verificou-se, ainda, nas respostas dos trabalhadores quando questionados sobre os principais obstáculos que impedem ou que poderiam impedir a notificação de violência contra crianças e adolescentes, que esta é uma questão capaz de interferir tanto na segurança, quanto no desenvolvimento do trabalho das equipes.

Desse modo, 81,3% apontaram receio de sofrer represálias por parte do agressor notificado, 72% receio de sofrer consequências no trabalho, 11,2% receio de sofrer represálias de pessoas na comunidade, 7,5% receio dos ACS sofrerem represálias, 5,6% devido ao pacto de silêncio na comunidade impedindo que esses casos de violências cheguem ao conhecimento dos profissionais nas unidades e 4,7% por conta do fluxo não sigiloso da ficha de notificação.

Ademais, dos 20% dos entrevistados que acreditavam não ser o papel das USF atender casos de violência, 47,6% atribuem essa resposta devido à falta de segurança nos locais e por representar riscos aos profissionais defrontar-se com estas situações (ibidem). Estudo realizado por Silva (2015) com profissionais da atenção básica no Município de São Paulo, indicou ainda que as repercussões da violência comunitária como insultos, ameaças ou testemunho de situações de violência sofridas potencializavam as chances desses trabalhadores de apresentarem sintomas depressivos.

A chance de tal fato ocorrer foi 67% maior entre aqueles que sofreram, pelo menos, um tipo de exposição à violência.

O medo de sofrer algum tipo de represália, e a presença da violência na comunidade, foco principal desta dissertação, são aspectos que se relacionam, além disso, a outra dimensão da violência, que é aquela sofrida pelos profissionais durante as visitas domiciliares também se relacionam.

Estudo realizado em uma cidade do Mato Grosso do Sul (Bortoloti et al: 2006) indicou que dos 41 agentes comunitários entrevistados, quase 70% relataram já terem sofrido algum tipo de violência ou assédio, sendo que os locais mais comuns foram nos domicílios dos usuários ou nas ruas, correspondendo a 73,5% das agressões, contrapondo-se às ocorrências dentro da unidade (26,95%). As agressões mais frequentes relatadas foram: verbais, ameaças e assédio sexual e assédio moral e os agressores identificados, em consonância com outros estudos, foram mais os pacientes, familiares e colegas ou chefias, respectivamente.

3.1 A interferência da violência ocupacional e sua interface com a qualidade dos serviços prestados

Ao longo das duas últimas décadas, desde a implementação da ESF, muitos resultados positivos foram logrados a partir do fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil (Paim et al: 2001, CONASS: 2007). Contudo, a diversidade e complexidade dos problemas com os quais os profissionais da ESF precisam lidar cotidianamente, acenam para muitos desafios a serem superados para uma efetiva

consolidação dessa política em todo território nacional. Um exemplo é a violência, questão introduzida apenas recentemente na agenda pública de saúde²⁰ (Minayo: 2007).

Estudos de cunho qualitativo têm apresentado uma série de fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados à população, destacando-se, neste sentido, as dificuldades que os profissionais possuem em identificar a ocorrência de abusos e outras violências devido às falhas em sua formação básica – orientada por um viés fortemente biomédico e a falta de capacitação permanente (Amaro *et al*: 2008; Velloso: *et al* 2011).

Além disso, a insuficiência de recursos disponíveis no sistema de saúde, incluindo a ausência de uma rede de apoio integrada dos serviços e o pouco respaldo dado pelas instituições, que deveriam ser mais atuantes nas áreas delimitadas, como por exemplo, o conselho tutelar, inviabilizam dar encaminhamentos práticos para os casos de violência que chegam às unidades de saúde (Andrade *et al*: 2011; Amaro *et al*: 2008). Em consequência, as equipes acabam mantendo uma postura de descrença nas instituições, nos programas de proteção e atendimento, assim como na própria resolutividade dos casos (Andrade *et al*: 2011; Gomes, 2002).

A reprodução de determinados valores culturais das famílias e das comunidades que aceitam a punição física contra crianças e adolescentes como medida educativa, também foi apresentado pelos profissionais como sendo um fator que os impede de

²⁰ As mudanças no perfil de morbi-mortalidade das populações, em especial nas regiões latino-americanas, colocaram os acidentes e a violência no ranking das principais causas de morte, chamando a atenção dos organismos internacionais de saúde (OPAS e OMS) que passaram a colocar este tema em pauta. No Brasil, como salienta Minayo, (2007) foi difícil introduzir o assunto na agenda política de saúde, sendo aprovada, apenas em 2001, pelo Ministério da Saúde, uma política nacional de prevenção e redução dos acidentes e violências a partir da definição de conceitos, diretrizes e estratégias gerais a serem introduzidas no setor. Neste sentido, a violência, que não era um objeto próprio do campo da saúde, tornou-se parte dele devido ao grande impacto que passou a causar tanto na qualidade de vida, quanto na área dos serviços médico-hospitalares em todo o país.

atuar em casos de violência. A maioria desses casos não chega às unidades básicas, ou são ocultados durante os atendimentos realizados (Oliveira, 2011; Andrade, 2011; Gomes: 2002).

Outro fator, não menos importante, foco desta dissertação, tem interferido e limitado a atuação dos profissionais da saúde: a exposição à violência comunitária durante o exercício profissional. A literatura nos apresenta que esse convívio intenso das equipes com situações de violência intrafamiliar e comunitária pode acarretar problemas psicológicos e adoecimentos expressos pelo desgaste físico e emocional, sentimentos de impotência, raiva e medo diante das circunstâncias enfrentadas no dia a dia do trabalho (Bortoloti e Contrera: 2006; Lancman *et al*: 2009). O temor a retaliações, segundo inúmeros relatos dos profissionais, também é outra característica marcante do trabalho que realizam na ESF (Andrade, 2011, Lancman *et al*: 2009).

Um aspecto interessante a ser ressaltado a partir da revisão bibliográfica, diz respeito ao fato de que em alguns estudos, embora a violência comunitária não fosse um objeto central de análise, emergiu nos relatos dos profissionais da saúde como sendo um fator que influencia na organização e no desenvolvimento de ações na ESF.

Nas pesquisas que foram realizadas por Palma (2009) e Dowbor (2008), foram relatadas situações nas quais as equipes são impedidas de entrar em determinadas ruas, obrigadas a suspender visitas à comunidade quando há tiroteios entre facções criminosas rivais, e ainda são impedidas de trabalhar com temas sensíveis como o uso de drogas, violência doméstica e abuso contra crianças. Demandas como estas, além disso, muitas vezes não chegam às UBS, não apenas por medo e vergonha das vítimas e dos seus familiares, mas em função do controle exercido pelas facções criminosas nos territórios, as quais funcionam como uma espécie de instância normativa na regulação e

mediação dos conflitos internos (Feltran: 2008; 2010), encarregando-se elas próprias, em muitos casos, de averiguar e aplicar punições aos agressores envolvidos.

Andrade *et al* (2011) destacaram que as equipes de saúde, mesmo obrigadas legalmente a denunciar casos suspeitos ou confirmados de abusos e negligências contra crianças e adolescentes, notificam o ocorrido aos órgãos competentes apenas quando se certificam da gravidade do problema. A postura de alheamento e não envolvimento dos profissionais tem sido um comportamento adotado como forma de segurança, restringindo o atendimento dado aos usuários a uma ação pontual e curativa, sem o necessário aprofundamento (Palma, 2009; Andrade *et al*: 2011; Amaro, 2008).

Ademais, outras estratégias são utilizadas como forma de viabilizar o trabalho e garantir a segurança dos usuários dos serviços: as equipes evitam fazer visitas domiciliares sozinhas, trocam informações sobre os lugares de circulação permitida e não permitida (Lancman *et al*: 2009) e criam agendas paralelas de atendimentos fora dos horários regulares às pessoas envolvidas em atividades criminais, ou dão a elas preferência de serem atendidas primeiro na fila da UBS (Velloso *et al* 2011).

A violência comunitária parece contribuir com o maior sentimento de vulnerabilidade dos profissionais da ESF, sobretudo, dos agentes comunitários de saúde (ACS). Dentre as principais funções dessa categoria, estão a mediação para a construção e fortalecimento de vínculos da relação da população junto às UBS e a sensibilização da comunidade para a mobilização em torno de alguns temas e cuidados básicos de saúde. São trabalhadores que exercem uma tarefa muito importante, cabendo a eles transitar cotidianamente entre as diferentes instâncias locais no bairro, sejam elas formais ou informais (Lancman *et al*: 2009; Souza: 2009; Bispo: 2011).

Os ACS acabam sabendo, mais ou menos, de tudo o que está acontecendo na comunidade e essas informações adquiridas podem, no entanto, muitas vezes, expô-los, assim como os seus familiares, a constrangimentos e a situações de risco (Georges, I.P.H: 2011).

No estudo de Dowbor (2008), que procurou investigar o trabalho realizado pelas equipes em relação aos determinantes sociais da saúde, ficou evidente nos relatos dos ACS que o trabalho cotidiano depende, em grande parte, do desenvolvimento de habilidades individuais que estão muito além das competências técnicas exigidas formalmente para ocupar esse cargo. Reconhecer na comunidade situações potencialmente perigosas lançando mão da astúcia e do conhecimento prático é uma exigência imprescindível, a fim de orientar suas ações de modo prudente. A importância de tais competências relacionais enquanto estratégias de segurança e viabilização do trabalho também foram destacadas por Lancman *et al* (2009).

A leitura crítica dos diferentes estudos mencionados orienta essa dissertação, portanto, na seguinte direção: em primeiro lugar, no campo da atenção primária à saúde, ainda são poucas as pesquisas quantitativas e qualitativas que abordam a exposição à violência ocupacional dos profissionais da ESF, principalmente dos ACS; em segundo lugar, das pesquisas existentes, nos parece que maior ênfase tem sido dada aos estudos que procuram descrever a prevalência, a magnitude e os fatores de risco implicados no trabalho das equipes, mas com uma defasagem de estudos qualitativos e de análises mais aprofundadas das representações sociais dos profissionais de saúde em torno dessa temática e de suas implicações.

Em terceiro lugar, estudos qualitativos que abordam a violência laboral, quase sempre têm privilegiado a discussão da violência institucional praticada dentro dos

serviços por usuários, colegas de trabalho e chefias, sem aprofundar-se nas relações que são estabelecidas entre as unidades de saúde com a sua localização geográfica e a violência presente nas comunidades, fatores estes também atrelados aos processos saúde e doença das equipes e das populações nos territórios.

Tentar compreender a violência ocupacional no âmbito da APS, sem levar em consideração as interconexões que são estabelecidas entre as unidades, as equipes, populações e o território – concebido para além de um mero espaço onde opera-se uma política assistencial de saúde (Pereira et al: 2006) – é insuficiente. Ressalta-se, desse modo, a necessidade de mais pesquisas que abordem essas interações, colocando em discussão a importância da violência comunitária como um fenômeno que também pode estar relacionado ao modo como são conformados a assistência e os vínculos em determinados territórios.

Até o momento, foram identificados apenas 3 estudos qualitativos, sendo duas dissertações (Velloso: 2005; Souza: 2009) e uma tese (Bispo: 2011) que abordaram como tema central a violência comunitária e seu impacto no contexto de trabalho das equipes de saúde da família. Através da leitura de textos no campo da saúde e das ciências sociais, verificou-se que, ao longo das décadas, no Brasil, houve um aumento expressivo da violência urbana e da interiorização deste fenômeno, não estando mais restrito aos já conhecidos grandes centros urbanos.

Desse modo, os reflexos da violência em determinados contextos comunitários sobre a estrutura, o funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde ofertados apresentam-se como uma realidade a ser melhor explorada, assim como as repercussões da exposição continuada à violência indireta (ouvir, escutar ou testemunhar agressões domésticas, mortes ocorridas na comunidade relacionadas tanto ao consumo quanto ao

tráfico de drogas e etc.) ou direta (sofrer ameaças diretas ou ser pessoalmente agredido) sofrida pelas equipes da saúde.

Esta dissertação pretende contribuir com um debate novo e desafiador que tem impactado a saúde coletiva, buscando explorar a hipótese de que a exposição à violência sofrida pelos profissionais e suas repercussões podem comprometer, ou enfraquecer, um dos pilares centrais de sustentação da ESF, a saber, a construção de vínculos entre os agentes comunitários e a população no território adscrito. É possível supor que este fenômeno se constitua como um elemento importante que ajude a explicar parte dos obstáculos encontrados no processo de vinculação e na conformação da violência ocupacional na atenção primária.

A elaboração de outros estudos nesta direção, além disso, poderá contribuir na produção de reflexões mais sistemáticas que auxiliem em medidas de prevenção e melhor preparo dos profissionais. Se por um lado, já é possível vislumbrar em alguns estudos algumas ações para minimizar e prevenir a violência praticada contra os profissionais dentro dos serviços de saúde, por outro, os impactos da violência urbana e das suas conexões com estes estabelecimentos requerem também um tratamento específico, constituindo-se como um campo ainda carente de iniciativas a partir das leituras que foram realizadas.

3.2 Justificativa e Objetivos da Pesquisa

Por todos estes aspectos mencionados, são essas as indagações que fundamentam e justificam a presente proposta de investigação, para a qual definimos os seguintes objetivos:

- 1) Explorar qualitativamente as representações dos agentes comunitários de saúde e da gestora da UBS acerca da violência comunitária no território onde atuam e uma possível interferência deste fenômeno no trabalho que realizam;
- 2) Explorar se a exposição à violência comunitária sofrida pelos agentes comunitários de saúde pode comprometer ou enfraquecer um dos pilares centrais de sustentação da ESF, a saber, a construção de vínculos entre os ACS e a população no território definido.

Parte 2

1. METODOLOGIA

Diante do problema de pesquisa colocado e dos objetivos estabelecidos, o percurso metodológico que foi adotado é o da pesquisa qualitativa, através da análise das representações sociais dos agentes comunitários de saúde e da gestora da UBS. Por representações entende-se “*visões de mundo*”, isto é, o modo como são percebidos e explicados os fenômenos sociais (Porto: 2010) e por “*repercussões*”, o modo como esses são introjetados e valorizados na dimensão subjetiva do trabalho, ou seja, a maneira como cada profissional reelabora essas questões em termos de suas expectativas individuais, de atuação e de desenvolvimento profissional (Schraiber, 1991).

Deve-se considerar, contudo, a posição que estes sujeitos ocupam na estrutura de produção da atenção à saúde, pois suas representações acerca do mundo social dependem, em grande parte, desse fator, além do estado atual das relações de forças simbólicas na luta pelo estabelecimento de uma visão de mundo legítima, tal como ressalta Bourdieu (1996). Neste sentido, embora a pesquisa tenha como foco os agentes comunitários de saúde, as representações sociais da gestora também foram consideradas a fim de contextualizar melhor a unidade básica de saúde inserida no contexto comunitário.

A utilização do arcabouço teórico das representações sociais privilegia os sentidos que orientam as condutas dos atores imersos em diferentes contextos de significação. Conforme Porto (2010), utilizar a categoria de representações sociais significa assumir que:

- a. *“embora resultado da experiência individual são condicionadas pelo tipo de inserção social dos indivíduos que as produzem;*
- b. *expressam visões de mundo objetivando explicar e dar sentido aos fenômenos aos quais se ocupam, ao mesmo tempo em que,*
- c. *por sua condição de representação social, participam da constituição desses mesmos fenômenos;*
- d. *apresentam-se, em sua função prática, como máximas orientadoras de conduta;*
- e. *“admitem a existência de uma conexão de sentido (solidariedade) entre elas e os fenômenos aos quais se referem, não sendo, portanto, nem falsas nem verdadeiras, mas a matéria-prima do fazer sociológico” (p.68).*

A área selecionada para a pesquisa compreende um dos distritos administrativos do Município de São Paulo situado na zona norte²¹. Segundo o censo 2010²², a população total do distrito é de 264.918 habitantes, com uma maior concentração nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 25 a 29 anos, somando 50.864 pessoas.

O critério de seleção para a área de estudo pautou-se na percepção sobre a relevância e sobre o impacto de alguns indicadores sociais, de saúde e violência comunitária, apresentando-se esta última, como uma questão sensível no território.

Em 2008²³, a porcentagem de domicílios em favelas sobre o total de domicílios do distrito era de 30,36%, com uma ligeira melhora para o ano de 2010, 24,39% (ou o equivalente a mais de 18.000 moradias nessa situação).

Em relação à violência comunitária, embora a tendência de queda dos homicídios nesse distrito seja bastante acentuada, (em 1999 foram 96,33 mortes por 100

²¹ Não menciono na dissertação o nome do distrito pesquisado para preservar o anonimato e a segurança dos meus interlocutores.

²² Fonte IBGE-Censo Demográfico 2010. Acesso 02/07/2012.

²³ Observatório Cidadão Rede Nossa São Paulo. Acesso em 07/06/2012.

mil habitantes, e em 2011, 12,1 respectivamente) esses resultados ainda colocam a região estudada em uma situação acima da média geral da cidade de São Paulo, a qual teve uma TMH por 100 mil hab. em 9,5. A mesma tendência foi observada no caso dos homicídios de jovens do sexo masculino (15 a 29 anos). A TMH por 100 mil hab. neste grupo em 2010 foi 34,41 no Município e 47,49 no território analisado (PROAIM).

Dados sobre saúde revelam que neste distrito inexitem leitos hospitalares para internação e que esse conta, até o presente momento, com 17 unidades de atenção básica de saúde na modalidade ESF, 4 AMAS (assistência médica ambulatorial) e 2 CAPS adulto e 1 infantil (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)²⁴. Segundo informações encontradas no site Observatório Cidadão, o número encontrado de unidades de atendimento por 20 mil habitantes coloca esse distrito em uma posição abaixo da média que foi encontrada para o Município de São Paulo no ano de 2010.

Dentro do distrito selecionado, localiza-se a microárea de atuação da UBS. A unidade de saúde integra o modelo ESF e responde por uma população cadastrada de 17.032 usuários, contando com 5 equipes da ESF, sendo cada uma dessas composta por 6 agentes comunitários de saúde.

24

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saud_e_Subp.pdf

No que se refere ao planejamento da coleta de informações, recorreremos à utilização da técnica de entrevista semiestruturada (Trivinos, 1987; Manzini, 2003) seguindo um roteiro previamente elaborado com perguntas abertas, ajustadas ao tema de interesse do pesquisador e ainda flexíveis, pois, ao valorizar a singularidade das respostas dos entrevistados, nem sempre todas as questões contidas no roteiro foram feitas em ordem sequencial. Além disso, algumas perguntas inicialmente previstas foram excluídas e outras não previstas, incluídas.

Para Manzini (2003), um planejamento de pesquisa flexível deve levar em consideração a formulação de perguntas básicas, quase sempre abertas, complementadas com outras perguntas no decorrer da interação dos entrevistados com o entrevistador. Para o autor, a elaboração de um roteiro prévio ajuda o pesquisador a orientar o seu trabalho no período de coleta de informações e durante o tratamento e análise destas, sem se tornar, contudo, um “refém” deste instrumento.

As perguntas do roteiro em anexo (Anexo III e IV) estão organizadas em torno de quatro eixos: 1) informações gerais sobre o entrevistado; 2) características gerais do contexto de trabalho; 3) percepções sobre a violência comunitária, definições causas e tipos; 4) interferência da violência nas ações desenvolvidas com a comunidade, famílias e usuários e na construção de vínculos.

Em relação ao número de entrevistados, utilizamos a técnica por saturação, procedimento bastante utilizado na validação das pesquisas qualitativas no campo das ciências humanas e da área da saúde, que consiste em interromper, em um determinado momento, a entrada de novos participantes na pesquisa, por considerar que os temas/assuntos apresentados se tornam repetitivos, passando a contribuir pouco no aperfeiçoamento da reflexão teórica desenvolvida pelo pesquisador

(Fontanella *et al.*: 2008). Apesar da técnica de saturação apresentar alguns limites, assim como outras técnicas empregadas em pesquisas, Fontanella *et al.* (2008), salientam que a constatação por parte do pesquisador da saturação, dependerá daquilo que os autores Glaser e Strauss chamaram de “*confiança empírica*”, envolvendo os seguintes critérios: a integração dos dados obtidos com a teoria, o grau de homogeneidade da população estudada e o reconhecimento e explicitação dos limites empíricos dos dados (relacionados, por exemplo, com o acesso e a qualidade do contato com os informantes).

Como critério de seleção para a escolha dos profissionais nesta pesquisa, optou-se por agentes comunitários de saúde que atuam no território há, pelo menos, dois anos e de ambos os sexos. Foram entrevistados ao todo 13 profissionais, incluindo a gestora da unidade de saúde. Dos agentes de saúde, 11 são mulheres e 1 homem com idades que variaram entre 23 e 56 anos. Os mais novos na profissão atuam há 2 anos e os mais antigos há 14 anos.

Com relação às etapas consecutivas à coleta de informações em campo foram realizadas: 1) transcrição e leitura do material; 2) codificação das informações; 3) análise. Em relação ao primeiro, como estratégias de organização de estudo, as transcrições das falas dos sujeitos e as leituras do material foram quase todas feitas logo após as entrevistas. A codificação dos dados exigiu leituras repetitivas das entrevistas, organizadas em uma matriz para facilitar a realização de uma leitura transversal entre as diferentes entrevistas, fazendo emergir as representações dos profissionais. A análise considerou, não apenas as generalizações e consensos de opiniões, mas também as discordâncias e visões distintas, na medida em que essas podem suscitar questionamentos importantes para a pesquisa, delineando novos

limites e potencialidades. No quadro abaixo são apresentadas as categorias gerais de análise do estudo:

QUADRO 1: CATEGORIAS GERAIS DE ANÁLISE

Gerais	Experiência e percurso profissional
	Características gerais do território de atuação
Violência: definições	Definição de violência
	Causas da violência
	Tipos/situações/formas mais comuns de violência no território
Interferência da violência na atuação profissional e na construção de vínculo	Interferência no planejamento e execução das ações desenvolvidas comunidade
	Interferência na atuação com as famílias atendidas (geral)
	Interferência na atuação com membros das famílias atendidas
	Interferência na atuação com usuários na UBS
Sentimentos/percepções relacionados à exposição	Sentimentos relacionados à exposição (direta e/ou indireta) à violência comunitária durante a atuação profissional
	Sentimentos relacionados à interferência da violência na atuação profissional;
	Como os profissionais reelaboram a interferência da violência comunitária em termos de suas expectativas individuais de atuação e desenvolvimento profissional

1.1 Aspectos éticos

Conforme o estabelecido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todos os profissionais selecionados para participação na pesquisa, sob a forma de entrevistas, foram devidamente informados sobre os objetivos do projeto, através de um termo de Consentimento Informado Livre e esclarecido, no qual foram dadas plenas garantias de anonimato, confidencialidade, assim como liberdade para interromper, a qualquer momento, a participação no projeto, sem prejuízos (Anexo III).

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, que analisaram e emitiram os pareceres: n. 190/13, de 29/05/2013 e n. 40/13, de 16/12/2013, respectivamente.

1.2 O contexto da realização do estudo e a inserção no campo

No primeiro semestre de 2013, fui à UBS pela primeira vez apresentar o meu projeto à gestora Cora²⁵ e retornei ao local após a autorização obtida junto ao Comitê de Ética de Pesquisa da Secretaria de Saúde no início de fevereiro de 2014. No dia que realizei esta visita à unidade, Cora apresentou-me às enfermeiras que estavam em sua sala, formando-se assim, minhas primeiras impressões sobre o

²⁵ Todos os nomes dos profissionais, das pessoas e dos territórios mencionados são fictícios.

campo acerca das diferentes representações sociais dos sujeitos conforme a sua inserção dentro da unidade.

No primeiro contato pessoal que tive com a gestora, essa havia sugerido que eu fizesse minha pesquisa considerando também as opiniões dos outros profissionais que atuam na UBS que não moram no território, pois, segundo ela, os agentes comunitários tendiam a naturalizar muitas situações de violência presentes na comunidade e, sem me dar maiores detalhes, disse que de vez enquanto ficava em “choque” ao saber de certas histórias contadas por eles. Na segunda visita à UBS, a gestora reforçou esta opinião sobre a naturalização da violência presente no território pelos ACS e concordou com duas enfermeiras que estavam presentes na conversa quando essas disseram que os profissionais que mais sofriam violência eram os de “fora”, porque os agentes comunitários que moravam no território eram respeitados pela população adscrita.

Neste mesmo dia, ao passar pelo corredor, fui ainda apresentada a uma médica, que, ao saber do meu tema de pesquisa, demonstrou interesse e disse que um estudo como esse poderia ser realizado nos AMAS, ela trabalha aos sábados em um ambulatório desses na mesma região e mencionou que acontecem muitas situações nas quais os médicos sentem-se intimidados e ameaçados por pacientes.

Meu primeiro contato com os ACS foi na reunião geral que acontece 1 vez por mês com todas as equipes. Naquela ocasião, Cora apresentou-me a todos os profissionais que estavam presentes, incluindo médicos e auxiliares técnicos e pediu para eu apresentar o estudo. Discorri, em linhas gerais, meu objetivo e esclareci que estaria à disposição caso houvesse alguma dúvida. Os trabalhadores não esboçaram nenhuma indagação sobre a pesquisa naquele momento.

Em relação ao formato dessas reuniões gerais, essas têm duração média de 3 horas e são feitas no corredor do 2^o andar, pois na UBS não existe uma sala de reunião adequada para conseguir acomodar todos. De um modo geral, nestes encontros são discutidas as principais tarefas que as equipes devem realizar ao longo do mês, informes repassados pela Secretaria de Saúde, programações especiais dentro da UBS, como mutirões de saúde, incluindo vacinações, temas específicos como dia da mulher, semana da humanização em saúde e outros, além da discussão de algumas situações ocorridas na unidade. Ao longo da minha permanência no local, participei de 3 reuniões gerais. A que mais me chamou a atenção no que se refere ao tema do meu estudo foi a primeira, quando os profissionais estavam discutindo sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) realizado em uma escola municipal que está situada na área de adscrição da UBS.

A médica da unidade perguntou a Cora sobre um comentário que tinha escutado acerca de fazer nesta mesma escola um trabalho de prevenção sobre drogas, mas não sabia se os profissionais fariam por conta do tráfico de drogas presente no entorno do local. A gestora então respondeu “*tem boca de fumo próxima, filho de traficante que estuda lá, melhor não mexer*” (caderno de campo, 17/02/2014). Cabe destacar, neste sentido, que nas entrevistas o tráfico de drogas no entorno das escolas da região foi um aspecto muito referido pelos ACS, caracterizando-se como um problema que interfere nas atividades de prevenção propostas pela UBS.

Com o intuito de conhecer melhor o cotidiano de trabalho dos ACS e iniciar as entrevistas, tornava-se necessário criar uma aproximação com esses, e, por isso, passei a frequentar a sala deles durante uma parte do período da manhã antes de saírem para as visitas. São 30 ACS que, quando não estão trabalhando fora da

UBS, ficam nesta sala preenchendo seus relatórios das visitas e costumam atender usuários que solicitam ou possuem alguma dúvida sobre consultas e outros serviços oferecidos.

Logo de início, fui muito bem acolhida por 3 agentes comunitárias e, a partir delas, comecei a puxar conversa com os demais e a construir uma relação de proximidade. Passei a ser convidada por eles a tomar café da manhã juntos na copa e aproveitávamos para conversar sobre assuntos corriqueiros e rirmos das histórias engraçadas contadas pela ACS Diva que se destacava por seu bom humor. Frequentei ainda algumas aulas de alongamento e *xiang-gong* (ginástica chinesa) a convite deles.

Essa convivência foi importante para que os ACS se habituassem à minha presença e com as perguntas que eu fazia sobre o trabalho deles e sobre o território. Considerando o período que permaneci realizando as entrevistas na UBS, de fevereiro a julho de 2014, acredito que fui bem aceita pelo grupo, que me enxergava, ao meu entender, como uma estudante universitária realizando o trabalho de conclusão final do curso.

Em relação às conversas entre os ACS sobre a representação deles acerca da presença da violência comunitária e a interferência dessa no trabalho desenvolvido na UBS, presenciei poucos comentários espontâneos.

Registrei em meu caderno pequenos fragmentos que emergiram, revelando tensões no território e que podem ser lidas nas entrelinhas dos discursos, destacando-se os da ACS Diva que conversava com uma outra agente comunitária sobre a experiência que vivenciou, não como profissional, mas sim como mãe. Sentei-me ao seu lado demonstrando também interesse na conversa:

“Uma vez, o traficante quis tentar “adotar” o meu filho. Quando eu vi o Marcos com o bolso cheio de pino [de cocaína] eu peguei ele pelo pescoço e perguntei: - quem é? quem é? - “não sei, não sei”. Um rapaz que tava passando na rua que me conhecia disse que sabia quem era para quem o Marcos tava trabalhando e me contou. Eu fui atrás do traficante e falei para ele - “seu desgraçado, eu vou te matar”! - “Eu vou pegar uma arma lá em casa e te matar”. Imagina, Paula, o Chapadão não respeitava mulher nenhuma, mas comigo ele ficou pianinho. Ele me disse que não sabia que era meu filho. Então, eu aproveitei para perguntar a Diva: - “mas, você não ficou com medo dele?” - “Eu não, uma mãe é capaz de matar pelo seu filho, não é mesmo, Paula?” (caderno de campo, 26/06/2014).

Diva ainda mencionou outro caso, relacionado a uma situação de exposição à violência vivida por Edilson, antigo gestor da UBS, quando havia começado a trabalhar no território. Ela narra que Edilson costumava passar com o carro na rua de sua casa com os vidros filmados e fechados, pois sentia medo de trabalhar na região. Certa vez, ela avistou o gestor dando ré com o carro para cortar o caminho quando alguns meninos ligados ao tráfico que estavam na rua pensaram que ele era um policial à paisana e disseram a ela: - *“esse cara tem jeito de polícia, nois vamo meter bala, tia”*. Diva, ao perceber que era Edilson no carro, disse a eles: - *“não vai meter bala nada, esse é o meu chefe!”*, depois foi para a UBS e contou ao gestor que ele tinha corrido um grande risco e nem sabia, ao andar com o seu carro naquela rua (caderno de campo, 26/06/2014).

No tempo em que permaneci fazendo a pesquisa em campo, soube que a UBS foi furtada em um final de semana e que, segundo os comentários dos ACS, foram alguns “nóias”, usuários de drogas que entraram na farmácia da unidade e pegaram remédios de uso controlado e aproveitaram para levar uma garrafa térmica e comer as marmitas que estavam na geladeira (caderno de campo, 08/04/2014).

Em relação ao conteúdo das entrevistas, na primeira realizada com uma ACS, emergiram situações de exposição à violência de naturezas distintas, uma relacionada com o tráfico de drogas e a outra marcada por insultos verbais, ameaças à integridade física e assédio sexual, praticadas pelos usuários em vias públicas ou durante as visitas domiciliares.

Desse modo, com vistas a não reduzir a complexidade das representações que os trabalhadores possuem, nas entrevistas seguintes, foram introduzidas perguntas que inicialmente não estavam previstas sobre agressões verbais e assédio sexual, na medida em que essas também podem interferir no trabalho realizado.

Quanto à execução das entrevistas, cabe registrar algumas dificuldades em realizá-las nos dias e nos horários previstos, como a própria rotina de trabalho das equipes, sendo necessário o ACS acompanhar um enfermeiro, um médico ou técnico em uma visita domiciliar ou ter que terminar um trabalho acumulado ao longo do mês – por exemplo, ajudar outro colega a bater a sua meta de visitas. Outras vezes, as entrevistas agendadas acabavam não ocorrendo porque não havia na UBS, naquele momento, sala disponível. No último mês em que permaneci na unidade, uma reforma que não estava prevista no andar térreo colaborou, ainda, para a interferência na marcação das entrevistas e durante a execução de algumas com muito barulho de furadeiras e britadeiras invadindo as salas.

Por fim, embora nenhum ACS tenha se negado a participar da entrevista diretamente, houve algumas situações ocorridas de indisponibilidade momentânea do entrevistado. Isso acontecia quando o ACS estava conversando comigo e com outros colegas de trabalho sobre assuntos corriqueiros como a rotina do lar, a relação com os filhos, os noticiários da imprensa sem demonstrar vontade de realizar a entrevista.

Eu perguntava se poderíamos ir para outra sala, mas a conversa era desviada rapidamente e redirigida para o bate papo mais interessante. Em certos momentos, a experiência de estar no campo e não conseguir realizar o que estava previsto era permeada por uma sensação de desânimo.

Os agentes comunitários mais velhos e que atuam há mais tempo na UBS, pareciam, neste sentido, mais disponíveis que os jovens. A pesquisa exigiu, desse modo, paciência e persistência. As entrevistas que não foram realizadas por conta da indisponibilidade ou dos contratempos mencionados acabaram sendo feitas em dias e horários que não foram marcados previamente.

Destaca-se ainda, que no total de 13 entrevistas realizadas com os ACS, 3 foram interrompidas e não concluídas e tive que aprender a lidar com os olhares de desconfiança de duas dessas ACS em todo período que estive na UBS. Foram as únicas profissionais com quem eu não consegui criar uma relação de proximidade e isso relaciona-se, a meu ver, tanto à questão dessas entrevistas terem sido feitas no primeiro mês que eu comecei a frequentar a UBS, não havendo, portanto, naquele momento, uma confiança delas com relação à minha presença, quanto ao medo e ao desconforto expressos nitidamente em suas faces, suscitados por algumas perguntas do roteiro. Objetivamente, as duas entrevistas interrompidas foram por conta de um compromisso prévio que eu assumi com elas em liberá-las antes das 09h30min da manhã e que poderíamos retomá-las em uma outra ocasião, mas isto não aconteceu.

Ainda tentei me aproximar das ACS algumas vezes, puxar conversa e pedir para acompanhar uma visitação, mas escutava delas sempre para deixarmos para um outro dia, assim como o término da entrevista. Temi que a desconfiança delas influenciasse de alguma forma minha relação com outros agentes ou até mesmo que

retirassem o termo de consentimento e, por esse motivo, me mantive também distante e respeitei a postura delas.

Dessas experiências, pude perceber que, mesmo havendo um termo de consentimento no qual estavam garantidos o direito de anonimato e o uso do material apenas para fins acadêmicos, na relação com os sujeitos de pesquisa, o estabelecimento da confiança é algo fundamental. Além disso, formular as perguntas pode parecer uma tarefa simples inicialmente, mas os melhores resultados dependem de um equilíbrio por parte do pesquisador entre encontrar a melhor maneira de formulá-las, colocando-as de um modo informal e aprender a contornar o desconforto dos entrevistados diante de algumas questões.

A terceira entrevista não concluída foi interrompida 2 vezes pelo fato de a médica precisar usar a sala para atender os usuários. Combinei com a ACS outras datas, mas não a encontrei na UBS. Como essa entrevista não passou dos 15 minutos iniciais de gravação, eu já estava para terminar meu trabalho de campo na unidade, acabei não utilizando este material e selecionei outro profissional.

Embora a observação do universo de trabalho dos ACS e do modo como se processam as interações entre eles com os usuários não tenha sido uma técnica de pesquisa adotada, acompanhei o percurso de trabalho de 5 deles pelo território. Esta experiência de acompanhá-los fazendo registros – que não foram feitos durante um longo período de tempo e nem organizados de modo sistemático nos termos de uma pesquisa etnográfica – mostrou-se muito interessante, pois além de eu poder conhecer mais de perto o trabalho deles pude ter acesso ao território em que circulam diariamente.

Um ACS em meio dia de trabalho consegue realizar, a depender de alguns fatores (como por exemplo, o número de famílias que é responsável, intempéries climáticas como dias muito frios, chuvosos ou quentes demais) de 8 a 10 visitas. Esse número ainda depende da situação familiar de cada domicílio e do quanto o usuário é disponível para atender.

Em todas as visitas, o ACS ao entrar em uma casa apresentava-me ao usuário como uma estudante da USP que estava fazendo uma pesquisa sobre o trabalho deles e solicitava o consentimento para que eu entrasse junto.

Deparei-me com variadas histórias de trajetórias individuais e familiares, algumas marcadas por inflexões drásticas, conflitos, carências afetivas, alcoolismo, drogadição e muitas outras intimidades compartilhadas com o ACS. Outras narrativas expressavam indignação, pessoas que empreendem uma verdadeira peregrinação em busca por atendimento em diferentes hospitais da capital e até mesmo fora desta quando descobrem uma doença grave. Em casos de doenças “não tão graves”, a peregrinação começa na própria UBS e, não encontrando uma solução satisfatória para o problema, as pessoas tentam lançar mão de contatos pessoais para encontrar atendimento ou fazem “um rateio”²⁶ para pagarem um exame ou uma consulta particular.

O agente comunitário vê o seu trabalho, diante destas situações, esbarrar em dificuldades relacionadas à ausência ou ao número limitado de serviços articulados a outros setores no território e ao próprio processo de trabalho da UBS, em termos da sua disponibilidade de recursos materiais e humanos para atender a demanda. Por isso mesmo, escutei algumas vezes, logo que saia da casa de uma família, o ACS

²⁶ É uma expressão utilizada para designar uma ajuda financeira de todos ou parte da família para arcar com os custos.

referir-se que se sentia “frustrado” e que muitas demandas deveriam ser atendidas como prioridade, mas que, na prática, colocam em pauta nas discussões de equipe – quando conseguem – apenas 1 caso, considerando o fato que existem ainda outros tratados como prioridade que são trazidos pelos colegas .²⁷

Em contextos como estes, os ACS passam a exercitar habilidades como as de tentar “abafar” ou “mitigar” queixas e conflitos latentes, por vezes prestes a explodir dentro da UBS.

Foi essa a sensação que tive ao presenciar a interação entre a ACS e usuárias insatisfeitas:

“Na conversa que presenciei no portão de uma casa entre “Sandrinha”, - apelido carinhosamente dado para a ACS Sandra na microárea onde atua e mora - com mãe e filha, que gesticulavam bastante e falavam alto, notei que ambas pareciam retomar uma conversa que já haviam tido com a ACS, a qual procurou dissuadi-las de irem na UBS reclamar da falta de agenda para marcar uma consulta médica: -Eu ia lá reclamar da demora, mas aí você falou que melhor não, para deixar quieto que depois a gente poderia precisar e poderia ser pior. Helena, então disse: - é, é melhor, deixar pra lá” (caderno de campo, 13/05/2014).

A tentativa de Sandra em dissuadi-las deu certo. É possível cogitar, a partir desta situação narrada, que a atitude tomada pela ACS pode ter sido uma estratégia adotada como uma espécie de autodefesa, isto é, ao evitar confusões e possíveis situações geradoras de violência ou stress dentro da UBS, também, de alguma forma, ela se protegeu talvez de possíveis cobranças na UBS e das próprias usuárias atendidas.

Minha presença também não passou despercebida em muitas visitas. Não foi incomum usuários conversarem com o ACS buscando, ao mesmo tempo, um olhar meu e um gesto de concordância com relação às coisas que falavam. Em outras

²⁷ Além da frustração, escutei, comumente, juízos de valores a respeito de alguns usuários relacionando a situação atual desse à falta de interesse em buscar, por meios próprios, outras alternativas.

interações, o meu papel de pesquisadora acabou sendo confundido com a figura de uma nova agente comunitária na microárea ou de uma representante da Prefeitura fiscalizando o trabalho do ACS e a qualidade dos serviços da UBS. Na verdade, essa parecia ser a expectativa maior dos usuários, de que alguém do órgão público se apresentasse ali, em “carne e osso”, demonstrando iniciativa de tentar resolver, de alguma forma, as demandas colocadas.

No relato mencionado acima envolvendo mãe e filha, uma delas ao ver me disse: *“Olha, já vou dizendo, para mim o serviço da prefeitura é zero!”*. Respondi que eu não era da prefeitura e que estava ali com Sandra para minha pesquisa da Faculdade. A senhora então continuou dizendo: *“ah, não interessa, se é uma pesquisa alguém vai ler isso que eu tô falando”*, e aproveitou o tempo que permaneci ali para contar-me sobre as dores crônicas que ambas sofriam sem nenhuma assistência médica e a sua resignação frente a esse problema, não valendo mais à pena, segundo ela, tentar conseguir apoio.

A atuação de um ACS em uma mesma área por alguns anos parece ser um fator diferencial que garante a ele um conhecimento mais aprofundado dos diferentes contextos familiares. O conhecimento do histórico de cada família, mediado pelas conversas, permite que essas interações, pelo menos a maioria das quais presenciei, não estejam condicionadas apenas a uma dimensão normativa na qual os agentes fazem perguntas de praxe e repassam informações sobre dengue, tuberculose, hanseníase etc. Para além destas, outras mais específicas são feitas a depender da singularidade da situação encontrada e da relação de confiança criada com o usuário.

A partir do estabelecimento da confiança e do vínculo, que dependem, em parte, de uma postura ativa e singular de cada agente, a visita assume outra

dimensão²⁸, e passa a não ser encarada pelo usuário como uma invasão de privacidade. Pelo contrário, esse contato transforma-se numa interação que é negociada a todo o momento, com seus limites e aberturas²⁹. Acompanhei o percurso dos 5 ACS em, ao menos, 8 visitas feitas por cada um, e contrariamente a uma representação social existente de que a visita do ACS na casa do usuário caracteriza-se como uma “invasão do Estado”, no que se refere às experiências privadas³⁰, o que presenciei foram muitas destas abertamente faladas com o ACS.

Como me dissera a agente comunitária Diva:

*“você deixa entrar na sua casa alguém que você não quer? então, é a mesma coisa. A gente só entra na casa do paciente se ele quer, se ele deixa, mesmo a gente recebendo a orientação que precisa entrar”
(caderno de campo, 28/07/2014).*

²⁸ Algumas manifestações de afeto e de gratidão com o ACS foram presenciadas nas observações, situações de usuários referirem-se a mim: “ela é um amor”, o “trabalho dela é bom porque não cuida da vida dos outros”, reforçando a credibilidade que adquirem em algumas casas. Do mesmo modo, é importante ressaltar que a credibilidade e o vínculo adquirido com a comunidade em geral e com usuários dependem da capacidade de resolutividade da UBS em atender a demanda, conforme inclusive já mencionado pela literatura. Por exemplo, a primeira vez que acompanhei o percurso de trabalho da ACS Dena, presenciei mais uma tentativa dela frustrada em conseguir visita à casa de uma jovem mulher de 33 anos, que, depois de ter sido mãe do seu sétimo filho, não deixava mais a agente entrar em sua casa e nem levava a criança para vacinar, “revoltando-se”, depois de não ter conseguido fazer uma laqueadura devido a algum erro da UBS em encaminhar alguns papéis com suas informações para o hospital onde estava prevista a cirurgia.

²⁹ Essa representação de “invasão” de privacidade é um aspecto muitas vezes atrelado à figura do agente comunitário pelo fato de alguns deles também serem moradores da mesma microárea que atendem, ou morarem próximos, confundindo-se assim o seu interesse profissional com interesses ligados à imagem do vizinho que “quer saber demais”. Muitos ACS, por acompanhar uma família há muito tempo, são ainda suspeitos de espalhar fofocas e de revelar situações que ocorrem no lar do usuário, como a ocorrência de uma gravidez indesejada de um membro da família ou de resultados de exames feitos na UBS.

³⁰ Existem concepções distintas quanto à implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Alguns autores argumentam que essa política assistencial se estrutura enquanto uma estratégia conservadora governamental que segrega camadas sociais distintas com a finalidade de controlar a população pobre através da intervenção sobre a sua família, invadindo seu espaço privado. Tomar, a priori, tal afirmação parece-me, contudo, um erro, sendo necessário, em contrapartida, concentrar-se no modo como uma política assistencial se consistiu em sua singularidade, conformando-se e modificando-se em decorrência do campo de forças e do envolvimento dos vários atores que se apropriam de maneiras distintas das proposições dessas políticas. Sobre este debate, ver Capazzolo (2003).

Não entrar na casa do usuário, além disso, pode ser, em algumas circunstâncias, uma decisão tomada pelo ACS pelo receio de sofrer alguma agressão física ou assédio. Acompanhei o trabalho da ACS Paula e notei que, diferentemente, dos outros profissionais esta não entrava em nenhuma casa. Perguntei a ela se costumava atender sempre no portão e ela respondeu que a maioria das vezes sim:

“eu sou meio medrosa com estas coisas, só quando o paciente é acamado ou quando eu conheço muito bem. Tenho medo, vai que me dão o bote” (caderno de campo, 15/05/2014).

Em outra ocasião, ACS Célia contou-me que já sentiu medo de um usuário ex-presidiário durante as visitas que fazia a ele: *“ele falou para eu entrar na casa dele que ele tinha um depósito de bichinhos”* **[referindo-se às doenças sexualmente transmissíveis que ele tinha]**. A ACS então preferia, todas as vezes, fazer a visita do lado de fora da porta da casa dele, assim, caso precisasse, gritava por ajuda de onde estava (caderno de campo, 14/04/2014).

Evitar situações de constrangimento a outros familiares e ao próprio ACS é um artifício também construído ao longo do tempo, graças a este conhecimento prévio do contexto da família:

“A ACS Dena pretendia, neste dia, realizar a visita em uma das casas da viela. Ao chamar do lado de fora a senhora pelo seu nome, esta abriu a porta, sendo possível avistar um rapaz dormindo no sofá. Dena trocou algumas palavras com a senhora e perguntou: - “seu filho tá aí, né”? A senhora respondeu que sim e a ACS prontamente disse que voltaria em outro momento e que não queria incomodar. Ao sairmos do local, Dena referiu-se à situação complicada encontrada naquela família: além de costumar agredir a mãe, o rapaz era usuário de drogas, trocava o dia pela noite, fazendo também de sua casa um ponto de venda de drogas” (caderno de campo, 14/03/2014).

O uso, o tráfico de drogas e o envolvimento de jovens com outras atividades ilícitas no território não apenas adscrito da UBS, mas em todo o distrito, apresenta-se como uma questão relevante, motivo de preocupação de algumas mães que expressam aos ACS aflições e incertezas quanto à perspectiva de futuro dos seus filhos, quanto de diferentes lideranças e instituições sociais que atuam na região, como o conselho tutelar, escolas e assistência social³¹.

Visto sob distintos ângulos, o contexto comunitário onde circulam os agentes comunitários é entrecortado por diferentes microcenos do cotidiano: o vai e vem de pessoas, o tráfego intenso das vans subindo e descendo as vielas estreitas, os comércios e as pequenas quitandas em funcionamento, crianças indo e voltando da escola e algumas empinando pipas. Em meio a essa rotina que segue, as atividades ilícitas não estão “escondidas” do olhar de todos, encontra-se ali com suas lógicas de funcionamento. Das situações que pude presenciar, os “olheiros da boca”, responsáveis por observar o movimento perto dos pontos de venda do tráfico e dar avisos a movimentações suspeitas, são meninos que pareciam-me ter entre 13 e 16 anos, que ficavam em frente a uma escola estadual e em uma favela cortada por um córrego, sempre parados em um ponto fixo, algumas vezes em pequenos grupos ou sozinhos.

Contudo, apesar de parecer usual esta movimentação nas microáreas onde estive e naquelas mencionadas nas entrevistas, existem situações explícitas de venda

³¹ Participei, a convite da gestora da unidade de uma reunião organizada pela Coordenadoria da Juventude que está implementando no distrito uma política pública chamada “Juventude Viva” que visa reduzir as taxas de mortalidade por homicídios de jovens negros e onde foram discutidos estes problemas, mas também levantados outros como as últimas chacinas ocorridas neste ano na região, pouco ou nenhuma vez discutida pela imprensa, o papel da polícia no acirramento da violência deste contexto, além da falta de estrutura de UBS da mesma região que acabam sendo procuradas por pessoas vítimas de ferimentos de armas.

de drogas, descritas como absurdas pela ACS Dena como aquela ocorrida em frente à escola onde os traficantes, numa sexta-feira, às 16:00, colocaram uma mesa de bar e algumas cadeiras e ali bebiam e vendiam as drogas (caderno de campo, 28/04/2014).

Em relação às características gerais do território onde está situada a UBS pesquisada, existe um grande adensamento populacional e muitas ruas e vielas estreitas, com alguns bairros localizados em morros.

Nas microáreas visitadas, existem desigualdades em relação à infraestrutura local, com casas bem-acabadas e ruas com esgotos tratados, em outras, as condições das ruas são precárias considerando a ausência de asfalto e de esgoto tratado, mas a população é economicamente diversificada, segundo os ACS. Já em algumas vielas e favelas com condições sanitárias muito precárias, conforme o observado, apesar de existirem casas que se diferenciam em termos de acabamento e outros equipamentos como eletrodomésticos, esse não me pareceu um padrão comum a todos, verificando-se maior concentração de famílias vivendo em situação de vulnerabilidade socioeconômica nestas áreas mencionadas.

Na segunda parte da dissertação serão apresentados os resultados obtidos e a discussão com a análise das entrevistas. Como já dito, o texto foi dividido em quatro capítulos: Percursos, Trabalho e Representação do Trabalho; Atuação no Território; Exposição à Violência e Repercussões sobre a Prática de Trabalho, Vínculos, Dimensão Normativa e Violência Comunitária.

“Essas pesquisas poderiam ser feitas para ter um melhoramento para o ACS, ter um apoio que muitas vezes não temos. E quando o funcionário ele tem estímulo, não precisa ser financeiro, o financeiro é bom, é logico! Quem é que não vai trabalhar para ter um estímulo financeiro, tudo mundo quer trabalhar para ter isso, mas quando você é ouvido, faz a diferença dentro de uma empresa e o ACS não tem isso. Ele ouve, mas não é ouvido.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

2 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PERCURSOS, TRABALHO E REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO

Neste capítulo buscou-se caracterizar os agentes comunitários de saúde, ressaltando questões comuns e singulares ao grupo dos entrevistados. Desse modo, emergiram aspectos referentes ao modo como se percebem dentro do contexto da APS e os sentidos que empregam à atuação profissional. Em outras narrativas, por sua vez, evidenciou-se que a construção da imagem que os trabalhadores assumem na comunidade é atravessada por contradições e expectativas envolvendo os usuários, produzindo situações marcadas por pequenos conflitos no cotidiano que interferem nas interações.

Na unidade de saúde, existem 30 ACS, sendo 27 mulheres e 3 homens, distribuídos entre 5 equipes de trabalho que compõem a ESF. Os entrevistados foram formados por 11 mulheres e 1 homem com idades que variaram entre 23 e 56 anos. Com exceção de dois ACS com graduação completa e outro que está concluindo, os demais possuem ensino médio. Com relação ao tempo de trabalho, os mais novos na profissão atuam há 2 anos e os mais antigos há 14 anos. O quadro abaixo apresenta, de modo sintético, as informações obtidas:

QUADRO 2: CARACTERÍSTICAS DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS

Nome	Idade	Estado civil	Formação	Tempo na UBS
Lia	33 anos	Casada	Graduada em pedagogia	7 anos
Cida	28 anos	Solteira	Concluindo a graduação em serviço social	5 anos
Paula	28 anos	Casada	Ensino médio completo	2 anos
Fábio	23 anos	Casado	Graduação em tecnologia de gestão em recursos humanos	2 anos
Elis	42 anos	Casada	Ensino médio completo	9 anos
Maria	38 anos	Casada	Ensino médio completo	4 anos
Adriana	24 anos	Solteira	Ensino médio completo	4 anos
Célia	54 anos	Casada	Ensino médio completo	14 anos
Laura	48 anos	Separada	Ensino médio completo	2 anos
Dena	39 anos	Casada	Ensino médio completo	14 anos
Marta	39 anos	Casada	Ensino médio completo	9 anos
Diva	56 anos	Casada	Ensino médio completo	11 anos
Mirian	32 anos	Casada	Ensino médio completo	3 anos

Os entrevistados mencionaram diferentes trajetórias ocupacionais, como profissionais domésticos, atendentes do setor de *call center*, estagiários, caixa de supermercado, auxiliar administrativo e educador, antes de atuarem no campo da saúde. A inserção profissional nesse setor, de acordo com a maioria, não se pautou no interesse ou em uma identificação prévia com essa área, configurando-se a opção

de trabalhar como agente comunitário como uma tentativa de ingressar no mercado de trabalho – que poderia ser em outro ramo ou atividade – com o atrativo de estar próximo ao local de moradia. Essa situação observada, bem como a forte presença de mulheres atuando nesse setor na unidade, não se refere apenas ao contexto pesquisado, sendo encontrado em outros estudos como de Bachilli et al (2008) e Georges (2011) as mesmas características, situação que parece expressar um traço comum a essa categoria profissional que ingressa na ESF.

Todos os trabalhadores referiram que no momento da inscrição para a vaga de ACS estavam desempregados, sendo incentivados a participar do processo seletivo por familiares ou por outros ACS que faziam visitas domiciliares nas suas casas, não obstante o desconhecimento que possuíam das atribuições formais do cargo. As narrativas abaixo revelam os contextos que respaldaram a decisão de se tornarem um ACS:

(...) “Na verdade eu nem sabia o que era a profissão, eu entrei sem saber o que era, eu não imaginava que tinha tanto papel para preencher, que tinha que relatar o que a gente aborda com os pacientes, a entrevista, eu não sabia de nada, só aprendi na prática. [estava] Desempregada. As agentes que faziam a casa da minha avó, porque na época eu morava com a minha avó, elas falaram que abriu o processo seletivo “vai lá fazer”, mas para mim era ir só na casa e não tinha que preencher nada, sabe: “ó, só dando uma voltinha”, não sabia de salário nada aí eu fui e fiz.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“Antes de chegar aqui na UBS eu sempre trabalhei com coisa administrativa, estudei na área de administração, só que num certo dia tinha uma divulgação na frente de casa e quem tinha interesse em trabalhar com isso era a minha mãe, aí esse dia ela disse: “Fábio, por que você não se inscreve?” eu não tava tendo muita expectativa lá na empresa que eu era estagiário na época, “ah, vou me inscrever”, aí me inscrevi e fiz a prova na época, passei e nem vim ver o resultado no começo, quem veio ver foi ela. “O Fábio, você passou na prova, tem a entrevista agora”, aí eu fiz a entrevista e falei “ah, já que passei agora eu vou me empenhar na entrevista”, passei (...) por conta de não ter projeto naquela empresa e eu acabei vindo para cá e hoje estou aqui.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

“Através de um cartaz que colocaram lá na rua onde eu moro que a UBS estava precisando de agente comunitária aí eu vim fazer a inscrição, fiz a prova e passei. Eu já trabalhei, mas depois eu fiquei 9 anos sem trabalhar porque meu marido não me deixava trabalhar, era muito, muito ciumento, aí depois de 9 anos eu consegui esse emprego tudo escondido, ele só descobriu que eu estava trabalhando 2 meses após. Eu sempre gostei da área da saúde aí eu aproveitei para juntar o útil do agradável, quando eu fiquei sabendo que era perto da minha casa para mim foi a melhor coisa que teve.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“Assim... eu não tive motivo que na época a gente nem sabia o que era ACS, o que que a gente ia fazer. Realmente a gente não sabia, aí eu queria era trabalhar, porque eu fiquei 6 anos quase parada que foi quando eu ganhei meu filho eu fiquei parada aí entrei pela frente de Trabalho e já tava há 1 ano e meio sem fazer nada aí eu falei vou trabalhar.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

Dois agentes de saúde destacaram, contudo, motivações atreladas às suas experiências de vida que influenciaram na escolha de atuar na saúde, como a ACS Mirian, que após ter sofrido um acidente de trabalho, ficou afastada por um período de tempo para fazer tratamento, passando a receber em sua casa os cuidados de uma ACS e uma enfermeira da UBS onde atualmente trabalha:

“Não, eu sofri um acidente de trabalho e esse acidente me causou alguns problemas assim... como querer entrar em depressão, essas coisas... e a Geralda, ACS, levou a enfermeira lá, teve um cuidado assim...muito bom comigo, sabe (...). É da Virna que era a enfermeira da época ... por eu ser muito assim vaidosa com a minha mão, as minhas unhas era a coisa mais linda, elas eram tão grandes que davam para fazer desenho, assim ...então, ela pensou o que? Ela vai cair em depressão como todo mundo achou. Eu realmente não caí porque eles me ajudaram muito porque eu não queria sair na rua mais, eu tava de casamento marcado eu não queria casar mais, foi em 2009, eu me machuquei no dia das crianças, meu casamento tava marcado para dezembro. E eu não queria casar mais, não queria fazer nada.”

A superação desse período difícil de recuperação, segundo Mirian, se deu aos esforços dos seus familiares e da atenção diferenciada oferecida pelas profissionais da saúde. A sua opção pela profissão veio em decorrência da sua experiência

enquanto usuária do serviço, da convivência e dos incentivos que recebera quando sentiu que estava pronta para voltar a trabalhar:

*(...) “e aí tipo quando abriu a vaga ela foi lá me falar que tinha aberto a vaga, se eu não queria ajudar como eu fui ajudada. E aí eu vim, fiz a inscrição e passei, passei mais com o intuito de poder ajudar o próximo como eu fui ajudada naquela época. É, foi **[importante para a sua decisão]**, o cuidado que eu tive aqui. A Virna teve um olhar super diferente para mim, não sei se a Geralda na época falou alguma coisa com ela sobre como eu era, se... não, sei, o cuidado realmente foi super diferente.”*

Já percurso profissional de outra agente comunitária de saúde, Diva, foi elaborado por ela enquanto uma extensão do seu engajamento junto à população local, pela abertura da atual unidade de saúde, logo após o fechamento em 1975 de um pequeno posto de saúde que cobria o território:

“Nessa UBS a gente tinha um clínico, uma ginecologista e um pediatra e era uma UBS muito pobre. Era tão pobre que a gente tinha um inalador aquele de motor ainda, um inalador que fazia muito barulho, muito barulho. E para tomar inalação todo mundo usava desse inalador. Quando foi um certo tempo, saiu um comentário que essa unidade iria fechar e eu conversando com o médico da equipe ele falou assim para mim “olha, vai fechar, mas aqui em frente a gente tem um terreno vazio, então vamos ver, né, vamos fazer uma luta com a população para ver se essa população se mexe para abrir uma nova unidade aqui.”

*“Aí foi feita várias reuniões, nós fomos na prefeitura e levava abaixo assinado de toda a população... só que a população ela é muito sossegada, não queria saber de nada. Aí, luta vai, luta vem, a UBS fechou e a gente tinha que usar antigamente era o Qualis lá da Maré e como ficava muito longe da Maré para a Urca que tinha que subir a pé, aí eu era a única pessoa nesse lugarzinho aqui que tinha um inalador de motorzinho também porque eu tenho bronquite, né, e as crianças também. Ai eles **[a população]** iam na minha casa quase todos os dias “Dá pra você fazer uma inalação no meu filho?” e eu, “Dá”. Eu lia aquela receita e fazia aquela inalação com BEROTEC e tudo aí eu falava assim “Gente!”. Teve um dia que eu cansei. Eu falei, “Ao invés de eu ficar fazendo inalação no filho de vocês vamos lutar para que a gente tenha uma unidade só nossa”. E eu, a Soraya, que é uma fundadora daqui também que mora aqui há muitos anos a gente começou a batalhar, “Vamos gente, vamo, vamo então”! As nossas reuniões era aqui do lado, em frente ao posto mesmo, para a gente lutar por esse terreno que existe aqui hoje, que hoje tem essa unidade.”*

“(...)Era assim, por exemplo, você falava “Olha gente tal dia tem reunião, né, para sair a nossa UBS, pela luta da nossa UBS”, as pessoas não vinham. Eu falava, “Gente, olha hoje é a reunião, vocês não foram isso e aquilo”, “Mas não dá agora!”, uma tava lavando roupa, uma ... mas pessoas mesmo que não gostavam de lutar, então eu resolvi mudar de tática aí eu falava assim “Então, olha acabou de

ter um assassinato láaqui” [onde fica a UBS], esqueci o nome, eu falava “Vamo gente, acabou de acontecer um assassinato lá na rua que vai ter o posto, correm lá para vocês verem”. Gente, enchia de gente e era a hora que aproveitava, “Então, vocês gostam de sensacionalismo, uma luta para nós, para as nossas crianças, nossos filhos que tá chegando, netos de vocês, vocês não lutam, agora por coisas banais vocês vêm”, então era a hora que eu pegava a assinatura de todos, sim porque eu era muito briguenta, não é desse jeito, onde já se viu?”

“E tanto é que eu lutei pelos meus filhos na época, entendeu, e as pessoas, assim, né, que vinham por forte pressão, eles lutavam por forte pressão ... e hoje eu falava para eles “Olha, não é para nós é para quem tá chegando, é para os filhos, para os netos” e realmente, Juliana, é para os filhos e para os netos porque hoje os meus netos usam a unidade, você entendeu? Você vê, eu estou nesta unidade vai fazer 12 anos quando eu lutei por ela eu não tinha nem um filho mais novo que hoje tem 16 anos e hoje eu tenho uma neta de 15 que teve uma tuberculose muito séria de pleura que foi detectado aqui nessa unidade.”

Apesar das dificuldades existentes relativas à mobilização dos moradores do bairro, dos problemas políticos e burocráticos que fizeram parte desse processo, e do tempo que levou-se para a construção da UBS, Diva narra o dia de sua abertura, com a presença de um palanque, de uma banda, com todas as novas ACS vestidas com os seus aventais *“foi uma coisa muito linda, sabe, linda?” (...)* e *aí depois de 2 anos eu entrei e assim eu nunca esperava que uma UBS que eu lutei tanto, que eu chorei tanto, tanto, tanto para ela existir que um dia eu seria funcionária dela”*.

Com relação ao trabalho que é realizado, os ACS mencionaram fazer diferentes atividades dentro da UBS e em outros espaços no território, envolvendo escolas, igrejas e associações comunitárias em parceria com outros profissionais da equipe, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). São privilegiadas ações e estratégias voltadas para diferentes grupos incluindo portadores de doenças crônicas, grupos de crianças com a realização de atividades ligadas ao meio ambiente e atividades lúdicas, grupo de discussão de saúde do homem, alongamento e caminhadas, ginástica chinesa, atividades de artesanato desenvolvidas com mulheres e palestras. Além destas ações, os agentes participam de reuniões semanais com as suas equipes de trabalho,

discutindo casos específicos de usuários que precisam ser assistidos e reuniões mensais com todos os profissionais da UBS. Realizam, ainda, o cadastramento e a atualização dos cadastros das famílias, o preenchimento dos relatórios das visitas domiciliares e o contato direto com a população através das visitas, buscando dar prioridade ao acompanhamento de crianças de 0 a 2 anos, pessoas com doenças transmissíveis ou crônicas, além do acolhimento realizado, de modo espontâneo, dentro da UBS durante o período da manhã. Os agentes comunitários ficam em sua sala disponíveis para informar e sanar dúvidas dos usuários que os procuram.

Os ACS também participam de mutirões da saúde aos finais de semana, quando convocados pela UBS, e de ações promovidas pela Secretaria da Saúde, como campanhas contra a dengue no território, vacinações contra o HPV etc. Eventualmente, também são convocados para participar de palestras e de cursos rápidos de formação para aprimorarem determinados conhecimentos.

2.1 Representações do trabalho

Como os ACS elaboram e representam suas vivências profissionais? Uma primeira questão que sobressaiu em algumas narrativas diz respeito aos sentidos que esses atribuem ao papel que assumem como representantes de um espaço institucional, considerando-se intermediadores da relação entre UBS e usuários, a ponte facilitadora para a implementação das ações da ESF:

“(...) O ACS é a ponte aqui dentro, em todas as UBS, o ACS é a ponte, é o vínculo que o gerente não tem, que o médico não tem, que o enfermeiro não tem, que o auxiliar não tem. Nós somos essa ponte.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

“O agente de saúde com a comunidade é a ponte da comunidade com a UBS, então a gente traz a comunidade para cá, mesmo que o camarada tá lá na casa dele, mas a partir do momento que você vai lá, traz a história dele pra cá, e a gente discute e leva um outro profissional para lá, então a gente é uma ponte. Se o paciente é acamado ou restrito de alguma outra situação a gente leva a UBS para dentro da casa do paciente, a gente leva auxiliar, médica, enfermeira, se tiver que fazer um curativo lá faz, se tiver que dar injeção leva, então tem coisas que a gente tem a comunidade aqui, a gente conhece tudo por conta que a gente vai, a gente conhece cada território porque mesmo se a colega sair de férias eu vou cobrir a área dela, então na verdade um acaba conhecendo o paciente do outro, até quando você só atende o paciente aqui dentro, a gente tem uma ponte com a comunidade.” (ACS Cida, atua há 5 anos).

“(...) UBS é o ACS e isso eu acho um ponto muito positivo porque muitas vezes as pessoas reconhecem a UBS pelo ACS, porque tudo que acontece aqui dentro a gente tem acesso e passa para os usuários (...).” (ACS Fábio atua há 2 anos)

A metáfora da ponte, inscrita nas falas, revela que esses profissionais se reconhecem como figuras centrais no contexto de atuação da atenção primária. Expressam uma percepção positiva sobre si mesmos enquanto trabalhadores, em afirmações como a “*UBS é o ACS*” “*O ACS é ponte, é o vínculo que o gerente não tem, que o médico não tem, que o enfermeiro não tem*”. Essa identificação aponta para apropriação de um discurso e de um aprendizado que passa a permear a subjetividade, se não de todos, ao menos de uma parte do grupo que, inicialmente referiu, ao entrar na ESF, não conhecer as atribuições formais do cargo. Desse modo, Pupin e Cardoso (2008) afirmam:

“Refletir acerca dos sentidos de ser agente comunitário nos permite perceber que a constituição do ACS como tal caracteriza-se como um processo, ou seja, não existe um agente comunitário à priori, mas ele se constitui enquanto agente a partir das suas vivências no cotidiano de trabalho, que por sua vez, é contextualizado sócio-historicamente” (Pupin e Cardoso: 2008, p. 162)

Pode-se dizer que essas vivências no trabalho dos ACS são fundamentais para a criação de disposições subjetivas, como a importância atribuída à relação que estabelecem com os usuários. E isso, por sua vez, implica em um esforço dos ACS

em tentar contextualizar e refletir sobre a condição de cada usuário, utilizando as tecnologias leves (Ayres: 2004; Teixeira: 2005) como a produção da escuta, do diálogo, da postura acolhedora e não moralizante, no reconhecimento das diferentes alteridades, portadoras de necessidades distintas:

“Por que é... quando a gente entra na casa de uma família a necessidade dele às vezes não é só a necessidade financeira, mas muitas vezes é a necessidade de conversar, de ouvir, entendeu. Quando você para, para ouvir aquilo que a pessoa tem para falar, muitas vezes a pessoa até às vezes precisa de uma medicação, mas só de você ouvir aquela pessoa, o desabafo dela, ela melhora com você ali. Muitos querem ouvir você, entendeu?” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Tem muitas pessoas que você vai na casa também, você chega lá eles não querem nada, nada, eles querem que você entra e escuta eles. Você entrou, ele contou tudo o que aconteceu, eles ficam aliviados e vocês sai de lá bem...bem pesada, né, porque ele contou tudo para você o que tava acontecendo com ele. Então tem horas que o paciente quer nada mais e nada menos que uma escuta.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“(...) você chega numa casa aonde os valores são uns você vai para outra casa os valores são outros, cada um pensa diferente. (...) Lidar com isso é uma experiência diária, você tem uma troca muito grande, você aprende muito enquanto ser humano a aprender olhar para o outro diferente, né” (...) A gente trabalha com cada um de acordo com a sua peculiaridade, se é drogado é de um jeito, se é alcoólatra é de outro, se é gestante e resistente ao pré-natal é de outro, se é traficante é de outro, a gente tem que... como é que eu posso te falar...o ACS só consegue trabalhar com a comunidade em geral se ele consegue se identificar com o outro. É fazer igual? Não. É se colocar no lugar do outro, não adianta você querer levar os seus valores, seus princípios, sua moral, porque isso é seu para a sua casa, aqui nesse serviço você tem que lidar com a realidade do outro(...) .” (ACS Marta, atua há 9 anos)

Identificar-se com esse outro que deseja ser ouvido permite imprimir uma maior densidade à relação terapêutica, sendo possível produzir, conforme as narrativas, não apenas metodologias de trabalho mais adequadas aos contatos estabelecidos, mas também relações menos assimétricas no exercício da atividade em saúde. Desse modo, essa densidade traz também repercussões no âmbito da dimensão formativa/ontológica do trabalho (Ayres: 2004), sendo visto como uma esfera de

aprendizado e de produção de satisfação pessoal do ACS que, através das atividades de orientação, promoção e prevenção, consegue transformar alguns aspectos da condição de saúde dos usuários:

“(...) Mas eu gosto muito desse trabalho, é um trabalho que eu me apaixonei, assim é gratificante em relação como a gente trabalha muito com prevenção, promoção de saúde então é muito gratificante quando você vê que o paciente não tem orientação nenhuma de nada e você começa a orientar o paciente, às vezes ele tem sintomas que você vê que é que é pressão alta, de uma glicemia muito alta e aí ele não sabe nem o que que é isso e você começa a orientar e você vê que aquele paciente no mês seguinte já procurou o médico, o médico já diagnosticou o que ele tem e você vê que ele começa a se cuidar, isso, no trabalho, é a maior gratificação, entendeu? então, para mim, é muito gratificante nessa parte.”(ACS Lia, atua há 7 anos)

“Eu gosto... é um trabalho assim, muito...como é que eu posso dizer, né, gratificante, é um trabalho gratificante, eu gosto do que eu faço. (...) você consegue criar um vínculo com o paciente no decorrer do tempo, né, você consegue assim...é...levar para a família, você consegue promover a saúde assim, não digo em 100%, né, mas assim 80% você consegue promover a saúde nas residências, isso é bom, assim, você consegue ver que você consegue fazer um trabalho bacana lá fora, então, isso eu acho um ponto positivo (...).” (ACS Paula, atua há 2 anos).

(...) “Os grupos, principalmente o grupo do artesanato é um grupo de terapia aí eu gosto muito desse porque eu vejo que as pessoas elas entram de uma maneira no grupo e saem de uma outra maneira, pessoas que tinham muita depressão que não saíam de casa ou que tavam passando por uma necessidade até mesmo financeira, aprenderam algo aqui no posto e isso aí foi um meio delas conseguirem sair para a sociedade e conseguirem um dinheirinho extra” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“(...) Eu era assim uma pessoa muito dura, cada um com os seus problemas, cada um com a sua vida, não queria saber de nada, assim, de nada em termos: “Olha, o fulano tá passando uma situação ruim”... “ah, mais isso é normal depois melhora”. Depois que eu comecei a trabalhar como ACS a minha vida mudou em todos os aspectos, todos, todos, todos. (...) é tão gostoso, é muito bom quando a gente se sente útil de fazer alguma coisa de boa para as pessoas.” (ACS Diva, atua há 11 anos).

No caso do agente comunitário Fábio, a satisfação encontrada no trabalho também está relacionada à ampliação de suas redes de contatos, a criação de laços de amizade e à empatia com os usuários:

“Até no início eu achei meio diferente, né, porque é totalmente oposto porque aqui você trabalha na rua, trabalha com o pessoal na rua, acaba conhecendo as pessoas do seu bairro, porque eu achava que eu conhecia as pessoas do meu bairro, literalmente eu não conhecia, porque você acaba se envolvendo, de certa forma, na vida das pessoas, você acaba fazendo amigos, pessoas que você passava na rua e nem cumprimentava e hoje você tem uma amizade, você tem um amigo, companheiro de dar coisa para você, te presentear, diversas coisas assim, então tá sendo muito bacana para mim e essa foi a minha trajetória até chegar. (...) o fato da amizade mesmo que você faz com as pessoas, que existem pessoas que você conhece que acaba marcando e você leva para o resto da vida essa amizade, tem pessoas no meu território que se um dia eu sair daqui eu acredito que eu vou ter bastante amizade, que eu entro lá, como (de comer), é bacana, gosto disso, de amizade.”

Os ACS também expuseram aspectos negativos da profissão emergindo-se duas problemáticas no âmbito das relações estabelecidas com os usuários: uma se refere à posição ambivalente que assumem como moradores e trabalhadores em um mesmo local, e a outra do uso das informações que dispõem a respeito dos moradores.

Considerando a primeira situação, tanto a literatura existente (Jardim e Lancman: 2009) quanto as narrativas dos agentes de saúde convergem sobre a falta de privacidade nos dias e horários fora do expediente de trabalho na comunidade, gerando situações de constrangimento a eles e seus familiares em espaços públicos e dentro das suas casas. Para os ACS que moram em microáreas onde são responsáveis por oferecer assistência aos seus vizinhos/usuários do serviço, essa situação parece ser mais acentuada:

“O ruim do agente comunitário morar na área é isso, que a gente fica, os profissionais, os médicos, os enfermeiros vão embora e a gente continua. Meu marido que fica chateado quando eu saio na rua dia de sábado que a gente não tem vida, a gente é agente comunitário 24 horas, se você sair na rua 00:00 e alguém na rua tiver, se quiser te parar, eles vão te parar e vão te perguntar de consulta, de qualquer coisa. Então, meu marido fala: “Com você nessa rua dia de sábado eu não saio.” Eu preferia não morar na área que eu trabalho é que antes quando eu entrei aqui tinha uma cláusula no contrato que o agente comunitário teria que morar na microárea, ou seja, na área que trabalhasse, então a gente tinha que

trabalhar na rua que a gente morava. Agora não, isso já mudou o agente comunitário tem que morar na área de abrangência (...) mesmo assim eu continuo morando na mesma rua onde eu trabalho. Agora o pessoal já se moldou-se, acostumou, porque antes eles iam na minha casa, tira dúvidas, perguntar se tinha remédio, às vezes até quando até mesmo a gente tá na igreja eles vão lá, ajoelham e a gente pensa que eles vão lá orar, eles vão pedir consulta, né, por isso que eu achava que o agente não tinha que morar na área.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“(...) Você trabalha na rua onde você mora, então por mais que você fala que é feriado, final de semana, que você está de férias tem pacientes que não computam isso, entendeu? Então, às vezes ele vai na sua casa, vamos supor, você vai para a praia lá tem um paciente então ele não tem o simancol de dizer assim: “Cara, se ela está aqui na praia é porque não está trabalhando”, você tá no mercado, você tá na igreja, você tá na farmácia, então eles não tem isso.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

“O lado negativo é que o pessoal não te dá sossego e acha que você é SAMU, né? De final de semana você não pode tomar um sol, ir no mercado: “Ó, então, tal pessoa tá assim”, aí eles misturam porque na verdade eu faço a rua que eu moro. Tem gente que não faz aonde mora é um pouquinho mais fácil, agora eu faço onde moro, entendeu, aí se eu for no banheiro no horário de serviço: “Ai, você tá de folga?” “Estou de jaleco” e tá perguntando se eu estou de folga, então o pessoal não tem limite, vai à noite ...vai, o pessoal vai, não tem jeito, é de fim de semana.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

A atuação dos ACS e a visão que se tem a respeito deles são marcadas por contradições. Eles podem ser requisitados em alguns contextos fora do horário de serviço, em outros, quando estão a trabalho, podem ser evitados por alguns moradores que assim como os primeiros, sentem dificuldades de dissociar a imagem do ACS profissional da imagem do ACS vizinho, condição que obstaculiza o acesso a algumas casas.

Para o ACS Fábio, que atua há 2 anos na UBS, saber reter uma informação é uma estratégia importante que respalda o seu trabalho. Diz que aprendeu com a sua experiência de trabalhador que nem tudo o que vê na rua ou na casa de um usuário pode comentar nem mesmo para a equipe de trabalho. Considera, ainda, que muitas vezes tem que se passar como “bobo” para não se deixar levar por determinadas circunstâncias aparentemente banais, quando, por exemplo, uma usuária do serviço

pergunta a ele quando está circulando pelo território: “você viu o meu filho?”, “sabe onde ele está?”. Para o ACS, são situações típicas nas quais a atenção deve ser redobrada a fim de não ultrapassar os limites esperados das suas atribuições.

O profissional corre o risco nessas circunstâncias, de ser visto como alguém que “gosta de cuidar da vida dos outros”, apesar de fazer parte oficialmente da unidade de saúde. O fato de estar sempre circulando pelas ruas, fazendo visitas e ações comunitárias reforça a percepção, por uma parte da população, de que as atividades dos ACS não são atributos do trabalho, tornando-os alvos de brincadeiras ou de questionamentos se estão a passeio ou trabalhando:

“(...) E aí a pessoa passa por você e fala “Hein, passeando, né?” A gente tá na área trabalhando, muitas das vezes até falando com o paciente e a pessoa passa é como deboche, não sei muito bem qual a intenção... às vezes, igual fala: “Ai, só tô brincando.”(ACS Adriana, atua há 4 anos)

“Eu acho assim... eu fico chateada nesse sentido assim porque tem muitos que fazem isso, né, “Poxa, você não trabalha, está passeando?””, então eu acho que isso é chato para a gente, né, e não é só comigo é com todas as colegas é assim, tipo para eles a gente não faz nada, entendeu, eles não veem o ACS como um trabalho, eles acham que a gente não faz nada, então isso não é uma situação bacana (...).” (ACS Paula, atua há 2 anos)

“Tem gente que não faz aonde mora é um pouquinho mais fácil, agora eu faço onde moro, entendeu, aí se eu for no banheiro no horário de serviço: “Ai, você tá de folga?” “Estou de jaleco” e tá perguntando se eu estou de folga (...).” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“Geralmente essas pessoas que reclamam e agredem e querem gritar, falar alto do posto e da gente que a gente só passeia, o nosso trabalho é na rua, a gente tem que andar de uma casa para outra, para uns que gostam de causar e agredir o sistema, eles falam que a gente só passeia e aí eu falo: “Tô passeando, daqui a pouco vou aí na sua casa passear também, hein.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

A inscrição oficial dos ACS como trabalhadores da UBS pode alimentar ainda desconfianças, por parte de usuários, de que suas vidas particulares seriam expostas abertamente nas reuniões de trabalho das equipes, sendo responsabilizados

pela divulgação de resultados de exames e boatos na comunidade. A ACS Célia que atua há 14 anos narra suas experiências a respeito:

“Inclusive eu tenho uma paciente que ela falava assim: “bocão”, me chamava de bocão e eu falei, “Mas por que bocão”? Bocão porque o que ela me falava ela achava que eu falava para os outros que ela era usuária e outras coisas, né. E não era nada disso, mas na cabeça dela ela achava que a gente falava e o que era falado para a gente, a gente falava para os outros e não é isso, a gente tem que discutir sim, os casos, mas na equipe para tentar resolver o problema (...).”

“(...) Eles ainda têm a desconfiança de achar que a gente mesmo na sala, entre os ACS que a gente tem comentários sobre a família e não é isso, porque o que a gente houve da família a gente tem que ficar para a gente e isso não pode ser passado para ninguém, só a equipe, no caso o médico, a enfermeira, os dois auxiliares e os 6 ACS que faz parte da equipe, ou se tiver alguém de fora, como o NASF, vocês tudo vai ter ética também, né, se for saúde mental, se tiver não tem problema, é discutido o problema, mas assim, não que seja a gente vai chegar na sala entre os 30 ACS e vai falar: “Olha, o fulano tem isso, tem aquilo”, jamais, tudo mundo ali tem ética, mas tem pessoas que tem sim desconfiança, tem pessoas que não vêm fazer o papanicolau porque acha que o que acontece é falado.”

“Olha, já teve de fofoca, mas entre pacientes. (...) Como eu fazia a unha na casa da paciente, a paciente falou que eu falava sobre os papanicolaus quando dava alterado. Inclusive era uma outra gerente e a paciente veio aqui para falar com ela e falou que eu falei que ia contar dos resultados dos papas para a moça, que eu espalhei que ela tava gestante, que até em Taipas tava sabendo que ela tava gestante e eu não sabia nada disso. Então isso era fofoca entre cunhadas que na época elas eram cunhadas aí quando cheguei aqui a gerente me chamou. Eu poderia ter sido até mandada embora por causa disso. A gerente me chamou e conversou com ela e depois eu fui na casa dela, ela já tinha ido embora, fui esclarecer para ela que realmente eu não sabia de nada. Quem falou essas histórias, se foi vizinha, quem foi eu não sei. Foi assim muito chato e hoje a menina trabalha com a gente, só que assim eu nunca toquei no assunto e ela também não toca.”

Contrariamente a essas representações, os ACS ressaltaram que não possuem acesso a todas as informações. Eles não sabem, por exemplo, os resultados dos exames e não podem ler os prontuários médicos com o histórico/evolução dos usuários. Os casos que precisam ser discutidos são levados para as reuniões das equipes ou abordados entre os ACS em determinadas situações específicas, como salienta Cida que atua há 5 anos:

“E a gente não fica falando muito do paciente dentro da sala porque a gente não pode ficar expondo ele, entendeu, as agentes de saúde, a gente conversa sim, alguns, outros não. As vezes “Ó, você tem um paciente assim?”, “Ai, eu tenho”, “Mas o que você fez por lá, eu não estou conseguindo fazer aqui”? Então, a gente troca experiência, mas não pode expor a vida do paciente nos corredores, a gente não expõe, não pode e nem falar para o vizinho. Se o vizinho passar informação “Ó, tal pessoa apanhou tal coisa, fez isso”, a gente vai no dia seguinte fazer a visita como se não quisesse nada, só para olhar, mas não para perguntar “Olha, fulana falou que você apanhou”, não, a gente só vai observando de longe, se a paciente sente vontade ela fala, se não, não.”

Verifica-se, portanto, que a credibilidade profissional e pessoal dos ACS junto à população depende dessa prerrogativa ética de lançar mão da discricção. Nas entrevistas, surgiram também outros fatores relacionados à credibilidade do profissional, como a capacidade de organização e o acesso aos serviços que são oferecidos pela UBS e o funcionamento de outras redes no encaminhamento de casos de maior complexidade. A demora para marcação de consultas na UBS, de exames e consultas com especialistas fora da unidade são exemplos que podem incidir negativamente sobre a percepção da população quanto ao trabalho e a postura dos ACS:

“Também tem a parte que é cansativa porque acontece muita cobrança que às vezes não está ao nosso alcance, só que às vezes o paciente não enxerga isso, ele acha que a gente não está fazendo porque não quer.”
(ACS Adriana, atua há 4 anos)

“E pontos negativos, assim, ao mesmo tempo em que você consegue trazer o paciente para você, você consegue promover a saúde às vezes vem o problema, você consegue assim, na teoria você consegue ajudar, mas na prática não muito porque às vezes a gente consegue lá fora com eles ajudar em alguma coisa, mas na hora de trazer para cá aí você já não consegue muito assim muito recurso, aí já fica mais difícil, então eu acho que esse é assim um ponto muito ruim. (...) “Por exemplo, eu consigo orientar super bem o meu paciente tal com medicação, mas às vezes ele precisa...já passa da minha ossada, né, precisa passar com o médico e não consegue, aí tipo, todo o trabalho que você fez às vezes acaba, acaba ficando por isso mesmo. É ... o PSF, né, a prevenção, né, mas poxa, como é que você vai conseguir prevenir se você não consegue ter acesso, se você não consegue passar com o médico, não consegue fazer um exame, às vezes você marca uma consulta leva 4, 5 meses para você conseguir passar, às vezes você passa com o médico e aí você precisa passar com o especialista e aí você é encaminhado para o especialista e você vai para a fila de espera e às vezes espera 1, 2 anos esperando ser atendido, às vezes você precisa fazer um exame...você leva

meses para você conseguir fazer um exame aí tipo, que prevenção é essa, sabe?”(ACS Paula, atua há 2 anos)

“(...) E aqui dentro da unidade você às vezes não tem respaldo para levar para o paciente também, então às vezes o paciente chega com uma queixa para você e você é limitado, então assim, eu só posso resolver até aqui, né, daqui para lá eu já não posso resolver porque já não é da minha ossada e às vezes não é nem da ossada mais da unidade fazer alguma coisa e aí você às vezes vê que se perde aquilo, entendeu, e aí a situação não é resolvida da forma que tem que ser resolvida, da forma mais conveniente, porque a gente não tem pé, não tem mão para fazer aquilo, então isso é frustrante para a gente, entendeu?” (ACS Lia, atua há 7 anos)

“(...) Porque tudo que acontece aqui dentro a gente tem acesso e passa para os usuários, “ah, mudou o médico” quem passa para os usuários é o ACS e isso também acaba levando para o ponto negativo, por que? Como o agente é a primeira porta da UBS, todos problemas que acontecem aqui dentro, por exemplo, falta de médico, de consulta, o exame não foi marcado, todas essas questões quem escuta é a gente. Então, de certa forma, é gratificante, mas em contrapartida, acaba sendo maçante por conta disso, que as pessoas muitas vezes não ponderam o que falam e acaba tendo um chateamento (...).” (ACS Fábio, atua há 2 anos).

Existem limites e dificuldades no interior do funcionamento da rede mais ampla dos serviços de saúde e de outros serviços a que compõem – ou que a deveriam compor – uma rede de atuação intersetorial que condiciona a realização do trabalho. Os ACS, por sua vez, sentem-se mais cobrados diretamente pela população, pois são a referência mais próxima dos usuários dentro da comunidade.

Os fragmentos das narrativas acima condensam preocupações comuns desses profissionais que percebem que o trabalho iniciado por eles através do contato com os usuários, muitas vezes não tem continuidade, perdendo-se no meio do caminho. Conseguem identificar as demandas e orientar as famílias para a utilização dos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, lhes são atribuídas expectativas que não dependem mais apenas do seu trabalho. Os agentes comunitários expressaram dificuldades em lidar diretamente com tudo isso, percebendo falta de respaldo nos encaminhamentos que oferecem dentro da rede de saúde.

Desse modo, tanto a ambivalência dos papéis assumidos pelos ACS na comunidade, quanto as expectativas que os usuários possuem deles, podem interferir nas interações, marcadas, em alguns momentos, por pequenos conflitos, queixas e brincadeiras que podem suscitar, como será abordado adiante, situações que os ACS entendem como desrespeito, violência, ofensa, ou agressão verbal.

Uma outra questão levantada pelos ACS diz respeito a uma característica do trabalho que implica, quase sempre, em adentrar em histórias de vidas marcadas por dificuldades e vulnerabilidades. Situações como essas produzem consequências para os ACS no plano das suas existências, da sua saúde e de suas expectativas profissionais:

“Porque eu gosto de estar perto das pessoas, apesar de que me prejudica que às vezes eu me apego muito e se o paciente vai a óbito eu choro junto (...). Eu tive uma paciente que eu acompanhei muito, muito, muito ela tava com câncer e quando ela morreu eu fiquei ruim e daí a gente fica que querendo proteger um pouquinho, sabe, ficar perto. A gente precisa ser mais assistido de perto porque tem casos que são pesados, a gente não dorme, fica preocupado quando não tem a devolutiva então tem hora que a gente não tem apoio que tem um monte de rede, a gente passa e não funciona porque tudo vai para o vizinho e volta para a gente, então a gente fica inseguro porque às vezes eu vou lá e te prometo alguma coisa que a rede que tinha que fazer e não fez, então a gente fica assim.” (ACS Cida atua, há 5 anos)

“Eu já tive vontade de sair do trabalho porque muitas vezes é gratificante, mas às vezes é angustiante, pra gente. Então muitas vezes a gente não consegue se desvencilhar dos problemas das pessoas, você acaba levando aquilo com você, você vai pra sua casa e você não consegue deitar e dormir em paz, você fica pensando naquilo, sabe. Então muitas vezes eu já pensei “Tenho que sair”, inclusive eu já pedi três vezes pra mandar eu embora e eles não me mandaram. Eu fico pensando, tem usuário de crack, sabe, teve a moça que tentou suicídio, que é sequelada em cima de uma cama atrofiada, a mãe que tem problema mental já tentou suicídio também, que o pai faz uso de bebida alcoólica pra suportar tudo aquilo e você vê a família passando por várias dificuldades financeiras, muitas vezes não tem o que comer, não tem uma fralda para colocar na acamada, isso tudo mexe com a cabeça da gente, tudo, tudo. Têm horas às vezes que dá vontade de desistir, vontade de parar. Pensando no que a gente vê, nos problemas que a gente vê, entendeu, nas dificuldades das casas, nas situações familiares...” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Tem ACS aqui que toma remédio controlado, tem ACS aqui que tem pressão alta e diabetes, tudo por causa do serviço, tudo porque o ACS às

vezes quer sentar e ser ouvido e não tem ninguém para fazer isso. Então ele já tem os problemas dele pessoal que não convém ao serviço, aí tem mais os problemas do trabalho e ele tem que... vamos supor, eu tenho que ouvir as queixas de 153 famílias, famílias não é nem pessoas, porque das 153 famílias eu tenho quase 1.000 mil pessoas para mim dar conta. Então eu tenho que ouvir todas as queixas, entendeu e muitas vezes quem me ouve? Se o ACS não tem uma família estruturada ele surta, porque a base de qualquer pessoa é ter uma família estruturada e se eu não tenho ...e ter um serviço que é só loucura, só queixas, só reclamações, meu, é difícil você chegar na casa do paciente ele falar: “Eu estou bem”, a maioria “Eu não estou bem eu tô assim, estou assado” e você tem que ficar bem para sentar...esquece que você tem uma vida e você senta e ouve o paciente e orienta o paciente, e orienta o paciente, entendeu? Então assim, se você não tem uma vida familiar estruturada, minha irmã...você vai ter várias doenças que vai te acarretar e se você perguntar para vários ACS aqui, a maioria são doentes (...). ” (ACS Lia, atua há 7 anos)

As narrativas acima assinalaram o choro, o apego a usuários doentes, a vontade de sair do trabalho, dificuldades para desvencilhar-se de determinados casos, preocupação, dificuldade para dormir e o adoecimento como reflexos da atuação profissional. São questões que revelam, neste sentido, uma demanda por apoio psicológico e maior respaldo por parte da rede de serviços, evitando-se sobrecarga no trabalho e a visão, segundo Tomaz, (2002) romantizada, de que cabe unicamente aos ACS “o árduo e o complexo papel de ser a mola propulsora de consolidação do SUS” (Tomaz: 2002 p. 85).

O fato dos ACS morarem no mesmo território dos usuários e apresentarem-se como figuras importantes na construção do vínculo com a população, não são condições suficientes para garantir o aprendizado necessário para lidar com a complexidade das situações. Os profissionais dependem de outros fatores como, por exemplo, melhor treinamento inicial, formação continuada e clareza das suas atribuições e da sua contribuição dentro de uma equipe multiprofissional (Tomaz: 2002; Silva e Dalmaso: 2002).

Para finalizar, ainda dentro desse eixo descritivo mais geral, um aspecto que emergiu na entrevista de um ACS como algo associado negativamente ao trabalho, foi o fato desse ser exercido em uma área que imprime certos constrangimentos:

“(...) Se o ACS morasse em outra rua ou em outro bairro seria melhor porque aí a pessoa não te conhece e às vezes tem casos que acontece no teu território, na tua rua que não tem como você se expor porque você trabalha naquele lugar e aí o que acontece? Se você se expõe muito o bicho pega para você, entendeu? Então assim é ruim.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

Os capítulos seguintes versarão, mais especificamente, sobre este último tópico, envolvendo as representações dos profissionais sobre seus territórios de atuação a partir dos contextos mencionados, procurando dar maior enfoque à presença da violência comunitária.

*“Tem coisas que você morando numa periferia
você sabe, você tem que conviver com isso.”
(ACS Laura atua há 2 anos)*

3. ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO

As narrativas dos agentes de saúde, quando suscitados a falar sobre as microáreas onde desempenham suas ações, trazem diferentes aspectos que classificamos em torno de 4 eixos: características sociodemográficas da população residente, expansão das ilegalidades (como o tráfico e o consumo de drogas, principalmente entre os jovens) e de incivildades (bailes funks com a presença de drogas e exposição a outros fatores de risco) e a presença da violência comunitária (roubos, agressões entre moradores, violência extralegal cometida pela polícia e praticada por grupos ligados ao narcotráfico).

De modo mais específico, verifica-se que esses eventos parecem provocar, na organização da vida e na qualidade das relações sociais, grande impacto, suscitando, portanto, a reflexão acerca dos padrões de sociabilidades existentes no território. Esses padrões remetem à coexistência e à proximidade de instâncias normativas que possuem conteúdos valorativos e discursivos distintos, ambos capazes de pautar e definir simbólica e concretamente as experiências dos moradores e dos ACS (Zaluar: 2000; Feltran: 2008; Telles e Hirata: 2010).

Cabe destacar que as representações dos agentes de saúde com relação às microáreas não estão apartadas das suas representações mais gerais enquanto moradores que convivem, interagem e também aderem – quando necessário – a esses diferentes ordenamentos, não sendo possível, portanto, analisar as narrativas separando-as dessa dupla inserção.

Ainda neste capítulo, serão incluídos trechos da entrevista realizada com gestora da unidade de saúde com o objetivo de ajudar a compor a caracterização do território de abrangência da ESF. Lançar mão das diferentes narrativas como base central do estudo não implica em uma tentativa de agregar os fatos com o intuito de encontrar uma determinada “realidade do território” homogênea e estática. Até porque, essa realidade, que se pretende acessar através das representações, se constitui enquanto uma interpretação, entre outras possíveis, sobre os fenômenos analisados. Isso significa que a produção desse conhecimento é fruto de um processo interpretativo, tanto da pesquisadora quanto dos pesquisados que, juntos, interagiram e elaboraram através de “um processo ativo de trocas verbais e não-verbais” durante as entrevistas (Fraser *et al*: 2004), uma compreensão desse real que é multifacetado, histórico e contextualmente determinado.

3.1 Território e representações

“Na realidade é [uma área] bastante precária, né, eu trabalho em uma área de risco onde é uma área de invasão, é precário em todos os sentidos, né? Saneamento básico tem, todo mundo tem rede de esgoto... É deveria ter, a SABESP instalou pra todo mundo, mas você entra lá é esgoto a céu aberto, as condições de vida das pessoas são muito precárias mesmo (...) [é uma área] é de ocupação antiga, já. É uma área de invasão (...) uma área de risco, uma área que tem muita criança, muito jovem e adolescente, né? E tem um alto índice de analfabetismo.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Então, eu tenho alguns pontos de onde eu faço do território carentes, não são assim todos, mas alguns pontos só, principalmente as vielas são os pontos mais carentes e as ruas não, são pessoas que tem mais condições e não são pessoas carentes, né? São pessoas assim que já de um nível melhorzinho, então já são casas assim, bem estruturadas e que tem tudo canalizado bonitinho é mais as vielas que eu faço que é mais assim pobres de saneamento.” (ACS Paula, atua há 2 anos)

“No pedaço onde eu moro que é quase na ponta do final da onde eu passo, é... tem esgoto, as casas são diferentes, são maiores, são uma, duas casas por quintais, hoje a realidade já é outra, mas era assim quando eu entrei. E no começo da minha área o pessoal constrói um em cima do outro, as escadas são para fora, na época a rua era de barro, aí

na avenida não tem saneamento básico, o esgoto é a céu aberto e cai na rua, as casas são pouco rebocadas, os canos curtos, a água às vezes cai lá de cima na cabeça da gente lá em baixo (...). Então, na verdade eu não sei dizer se tem requisitos econômicos baixos porque às vezes as condições econômicas de cada um enganam, né, mas foi uma área muito mal desenvolvida que além de não ter o saneamento básico que é o esgoto, também não tem calçada e é uma avenida e aí ainda o pessoal estaciona, quando desembarca areia o pessoal ainda joga lá no meio da avenida, então, quer dizer, foi uma área muito mal desenvolvida, desenhada, às vezes a gente tem que esperar o farol fechar para poder passar no meio da rua para poder chegar na casa do vizinho que é uma coisa muito fácil de chegar, então quer dizer, eu não sei dizer se é a questão econômica, eu acho que é mais a questão do desenvolvimento mesmo que foi mal planejada.” (ACS Adriana, atua há 4 anos)

“O meu território não é ruim, o meu território não é aquelas subidas, descidas, não é ruim. Não tenho áreas assim...precárias, a minha área pode se considerar...como é que eles falam? Nobre, é uma área boa porque é praticamente o miolo do posto, então na minha área não tem assim... córregos, poços, não tem barracos é uma área boa.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“A minha área é boa de trabalhar, é uma área limpa, a maioria tem convênio, mesmo tendo convênio recebe você muito bem (...). É uma área tranquila, as meninas mesmo da minha equipe fala, “é a mais chique”, são pessoas antigas que moram no bairro, então são tudo que tem casa própria. Eu não tenho invasão, tenho só meia dúzia de casas que são invadidas, mas são casas que são bem estruturadas para ser invadidas.” (ACS Laura, atua há 2 anos)

As falas acima expressam uma configuração espacial complexa diferentemente das visões do senso comum que normalmente associam os territórios periféricos como espaços homogêneos. São nuances que foram observadas também durante o trabalho de campo, encontrando-se desigualdades como aglomerados de moradias autoconstruídas de modo precário, sem ventilação, situadas em vielas muito estreitas ou próximas a córregos com esgoto a céu aberto. Em outras ruas, casas bem construídas com infraestrutura urbana adequada e ainda áreas com infraestrutura precária onde existem casas bem-acabadas.

As diferentes áreas e situações de moradias sugerem que as condições socioeconômicas das famílias nem sempre são determinadas, exclusivamente, pela localização dessas. As características das moradias, se construídas de modo precário

ou não, parecem influir mais nessa associação com a renda. Isso não exclui, contudo, a observação que parece existir uma concentração maior de famílias mais vulneráveis economicamente vivendo em áreas mais precárias na região.

Uma outra questão que perpassa todo o distrito afetando o território de abrangência da ESF é a expansão de ocupações irregulares em encostas e próximas a cinturões verdes, grande adensamento populacional e restrição dos espaços públicos de lazer como praças e parques. Sobre algumas dessas questões a gestora da UBS diz:

“(...) Eu trabalhei na zona leste, no extremo da leste, o território é mais horizontal e tem uma distribuição com mais tipo de favela mesmo, de barraquinho, mas tem onde mesmo as pessoas transitarem e o acesso à cultura e o lazer é mais fácil do que aqui. Aqui como é muito morro e na verdade as ocupações só acontecem de uma forma mais rápida na verdade, da noite para o dia nasceram duas ocupações na região do Pinhal, então isso assim... a velocidade com que as pessoas vão ocupando o território, a forma como ocupam eu acho que isso interfere, então se você entra em um quintal tem 15 casas não tem muito barraco, mas tem as casas de construções irregulares e cada casa, cada viela ou cada escadão a quantidade de casas, a concentração de pessoas que convivem muito próximos (...).” (Gestora)

Na perspectiva da entrevistada, a incipiente mobilização popular na região explica, ao menos em parte, a persistência de problemas no território que ainda não foram solucionados, contrariamente à forte atuação histórica dos movimentos sociais da Zona Leste que conseguiram mobilizar-se em torno de alguns temas de interesse da população local como moradia, habitação, saúde e lazer:

“Tinha mobilização popular e eu trabalhei na zona leste, no extremo da leste, o território é mais horizontal e tem uma distribuição com mais tipo de favela mesmo, de barraquinho, mas tem onde mesmo as pessoas transitarem e o acesso à cultura e o lazer é mais fácil do que aqui. (...) Eu acho que teve falta de investimento em políticas públicas, [refere-se ao território do estudo] então é um território que não tem área de lazer, não tem equipamentos sociais a não ser o CRAS que é só o Bolsa Família, só o Bolsa Família não, é importante o Bolsa Família, mas não tem outras coisas que viabilize isso, não tem investimento em cultura, lazer, esporte

e as opções de lazer acabam sendo as igrejas que tem bastante e os bares, então as almas são disputadas meio a meio e tem gente que vai nos dois (risos), frequentam os dois(...). É o fato de não ter essa coisa de histórico de mobilização e de luta, as conquistas, né, são muito recentes então a gente tem uma dificuldade enorme de mobilização popular. O conselho a gente já refez duas vezes, três vezes, quando tem alguma atividade de mobilização popular as pessoas não participam, então assim tem uma certa acomodação, diferente das outras regiões que as pessoas são mais mobilizadas, por exemplo, o que você vê na zona leste que é o pessoal do movimento social da luta da saúde ou mesmo da moradia, você não vê [aqui]. Os fóruns que tem popular tem vários, já fizeram sábado, já fizeram de noite já fizeram... não tem usuários, sempre são os mesmos que vão, então você tem uma apatia em relação a isso, parece que as coisas não têm porque lutar porque não vão mudar, essa é uma sensação que eu tenho.” (Gestora)

A existência de poucos espaços públicos de lazer e de socialização aparece nas entrevistas como um problema que afeta, de modo acentuado, os jovens. Além disso, foi ressaltada a necessidade de equipamentos sociais como centros de recuperação para dependentes químicos e cursos profissionalizantes para facilitar a inserção dos jovens no mercado de trabalho:

“Acho que pelo fato de não ter área de lazer, não ter um esporte para as pessoas, não ter cursos profissionalizantes na área é muito carente, a gente não tem uma praça, a gente não tem um parque, a gente não tem casas de recuperação onde possam levar essas pessoas, entendeu, a gente não tem nada disso aqui na região da comunidade onde eu atuo. Nós não temos nada, é muito difícil, é uma região bastante carente. A gente não tem para onde mandar os jovens, sabe, ocupar as mentes dele. A gente até orienta, tem uns projetos Jovens Aprendizes, tem o Batuira [associação que oferece algumas atividades e alimentação gratuita] que dá curso para jovens, mas a gente também vê também uma falta de interesse muito grande da parte deles, muitos nem estudam.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“(...) Muito jovem desempregado, não estudam, são poucos que estudam, então eles não vão assim batalhar, se não tem estudo como que vai arrumar emprego? Tá tão difícil hoje em dia e muitos acham assim, né “Eu não vou sair para trabalhar para ganhar 600, 700 reais?”, que é muito pouco, muito cômodo que o pai e a mãe sustentam e tem muito jovem desempregado. Nós não temos área de lazer aqui no bairro, tudo tem que sair para fora e tudo o que você vai fazer também você tem que pegar condução e às vezes você não tem condição, então a gente pode até criticando que eles não saem para procurar, mas se você não tem dinheiro para uma roupa, para um sapato, uma condução, como é que você vai sair? A autoestima deles deve tá um pouco baixa também, então como é que vai sair para procurar um emprego, fazer um curriculum

decente se não tem nem como. Quer dizer, se a família também não tem condição de ajudar o que vai fazer?” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“O que pode interferir muito é a questão da drogadição que cada vez mais os adolescentes estão entrando no mundo das drogas e fica difícil porque a gente não tem uma estrutura para um lazer aqui na área para eles, uma quadra de esporte, uma coisa que tivesse para que eles fizesse um curso gratuito para tirar eles desse mundo de drogas. E a gente não tem, a gente tinha aqui na área um lugar que tinha um curso de eletricista, de telemarketing, de auxiliar administrativo e era tudo gratuito e hoje não se tem mais isso e muitos jovens se perdem. O lugar que tem o Criança Esperança se torna um pouco longe para ir a pé, então a gente acaba perdendo muitos jovens e não tem muito o que a gente fazer, é muito triste isso.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

Pode-se extrair das narrativas duas outras questões: a primeira se refere ao fato que de os argumentos dos ACS sobre a inserção dos jovens no mercado de trabalho e em atividades socioculturais aparecem associados à preocupação de “ocupar as mentes deles”. Exercer uma ocupação, a partir desse ponto de vista, pode distanciá-los de experiências moralmente desorganizadoras, como o envolvimento com drogas e em outras atividades ilícitas. A segunda questão é que os jovens são percebidos como desmotivados e, em parte, responsáveis pela falta de perspectiva que os atingem, uma vez que, para os ACS, muitos não trabalham e não estudam porque não querem.

Outro aspecto que surgiu refere-se à visão positiva e à atração que exercem os traficantes locais sobre uma parcela de jovens na comunidade, situação que sugere a existência de valores e códigos de socialização distintos e concorrentes, isto é, campos de força em disputa que pretendem reivindicar, ao menos no plano discursivo, legitimidade na conformação identitária desses grupos juvenis (Zaluar: 1996; Feltran: 2008). A disputa, que aparece latente nas narrativas dos ACS, apresenta o trabalho, dimensão moralmente legitimada, confrontado com um

contexto social onde as trajetórias individuais atuais são marcadas por perspectivas incertas de construção de projetos a longo prazo, pautados pelo esforço. Esse contexto, aparece ainda subsidiado por um marco discursivo bastante atraente e em expansão ³² no território, focado no presente, no consumo, no “dinheiro fácil”, “no carro bom” e em outras insígnias que representam status e realização pessoal a curto prazo, questões também já apontadas em outros estudos como de Zaluar (1996) e Feltran (2008):

[ACS referindo-se aos debates que surgem no grupo de saúde dos homens] “principalmente relacionado à droga e à perspectiva de vida mesmo, eles têm bastante medo dos filhos, né, porque a todo momento é oferecido drogas, trabalho fácil e dinheiro fácil, então eles trazem essa questão de ter medo porque eles perdem esse lugar de super-herói na vida do filho para o traficante que tem um carro bom, uma moto boa, uma casa boa. E muitas vezes a figura do pai, aquele cara que trabalha e que chega em casa cansado, que põe o alimento muitas vezes não farto, mas tá o alimento ali e paga as contas não existe mais essa figura, existe a figura do cara que tem o carro melhor da rua, então eles trazem bastante essa questão de estar perdendo o espaço dentro da casa que o filho chega “não quero saber”, “Não, filho, vamos conversar” “Não quero saber de você, você não é o meu pai.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

“Muito, eles ganham dinheiro, né. Eu acho que dá sim, pelo que eles falam, eles tão sempre com dinheiro. Eu tenho um que saiu da droga, ele conversa abertamente comigo, sabe, sexta-feira mesmo tava falando comigo, ele tava me contando as coisas. (...) ele mesmo diz que isso não é vida, (...) ele chegou e começou a falar comigo, como que é, que dá dinheiro sim, eles ganham dinheiro, sabe, só que é assim, né, é bem cruel, às vezes da encrenca por causa de um pino...[de droga].” (ACS Laura, atua há 2 anos)

“(...)os adolescentes são mais perigosos que os próprios traficantes e os nossos adolescentes que impõem risco é criança de 12, 13 anos... então você vê, eu tenho um adolescente que ele fez 13 anos agora dia 14 de abril e ele já é traficante. Sim, é diferente, eles são assim peito de aço porque eles têm alguém que cuida deles, o traficante cuida desses adolescentes. Então eles têm um outro pai, eles são adotados pelos traficantes. Por que? Porque o traficante paga bem. Paga, o traficante paga por semana para um adolescente no mínimo 500 reais por semana, então o adolescente gosta, né?” (ACS Diva, atua há 11 anos)

³² É possível levantar como hipótese que o funk enquanto gênero musical e cultural, que passou a adquirir grande inserção nas periferias paulistas há, pelos menos, uma década expressa, e, ao mesmo tempo, contribui fortemente na difusão desses novos padrões de sociabilidade, valores e identidade juvenil pautados numa performance estética que referencia insígnias de status social como dinheiro, carros, grifes, bebidas, prazer e mulheres - e que não está atrelado, necessariamente ao mundo do crime. O trecho de uma letra de um MC chamado “Danado” representa bem esse discurso: “Vida é ter, um Hyundai e uma Hornet / Dez mil pra gastar com Rolex e Juliet/ Melhores kits, vários investimentos/ Ai como é bom ser o top do momento”.

Para a gestora, a falta de investimentos na região como indústrias, empresas e geração de renda através da abertura de postos de trabalho formais, fomenta desigualdades sociais que impulsionam as famílias e indivíduos a buscarem outros meios de sobrevivência, como o comércio informal e/ou ilícito do tráfico de drogas:

“A droga também acaba sendo uma fonte de sobrevivência das famílias porque não tem indústria, tem um comércio local que não é muito grande, não tem empresas, então fica muito vinculado à prestação de serviço, acaba sendo um território bem dormitório porque tem muita pouca opção de trabalho, muita gente sobrevive da reciclagem e do comércio informal, venda de comida, cabelereiro, bar, tem muito bar aí, tem muita gente que acaba trabalhando para esse comércio informal, né. (...) Então tem muito brechó, muito bazar e assim não tem nada que gere uma renda fixa, estável, então é muito dependendo do Bolsa Família, a gente tem mais de 1000 famílias cadastradas que são dependentes do Bolsa Família e a dependência é total que eu acho também que dificulta.” (Gestora da UBS)

A forte presença do tráfico e do consumo de drogas, bem como a percepção de que existe um número cada vez maior de consumidores são aspectos presentes em todas as entrevistas. Dentre algumas drogas mencionadas, destacaram-se a maconha, cocaína, drogas sintéticas, narguilé “batizado”, isto é, acrescido ao tabaco outras substâncias e o lança perfume.

Nas entrevistas, apresentaram-se relatos de que o uso de drogas trouxe repercussões concretas nas trajetórias familiares de alguns agentes de saúde a partir do envolvimento de parentes. Foi mencionado ainda a perda de jovens conhecidos na comunidade devido ao consumo excessivo dessas substâncias:

“Porque a gente perde muitos adolescentes mortos aqui por droga, principalmente o lança perfume, o lança é o que mais mata e eu também como moradora do bairro já sofri muito com o filho adolescente com o lança, sofri muito com o lança, já usou cocaína, usou aquele comprimido de ecstasy, mexeu muito com o psicológico e hoje faz até tratamento psiquiátrico. Ele não tem nenhuma condições para isso, para usar nenhum tipo de droga, ele não tem. Vai para o psiquiatra, toma remédio controlado que o negócio foi muito sério, sério mesmo...(...) A gente

perde muitos adolescentes. Eu perdi um sobrinho em outubro, acabou de completar 18 anos, morreu de lança.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“A gente tem muitos óbitos de adolescente por questão de overdose, na unidade o ano passado nos tivemos 3 overdoses de adolescentes 16, 14 anos daqui do território (...) “Eu perdi dois adolescentes de droga, de overdose, os dois.” (ACS Laura, atua há 2 anos)

Para os ACS, a comercialização e o uso das drogas tornaram-se práticas muito mais difusas e explícitas com o decorrer do tempo. Hoje, não estão mais restritos, como antigamente, a determinados espaços na comunidade. Em parte, algumas narrativas atribuem essa percepção à emergência dos “pancadões”, como são conhecidos os bailes funks, que acontecem nos finais de semana frequentados por crianças e principalmente jovens:

“Mas o lança [perfume] impera, o lança mata. Se você vai para o funk à noite, começa 00:30 e isso vai até as 07:00 final de semana, sexta, sábado e domingo. Então você vai para o funk assim... É muita gente, então você vê adolescentes caindo com a latinha ou garrafinha que agora eles estão usando a garrafinha também, a garrafinha é mais perigosa do que a latinha, porque o lança corrói por dentro e o adolescente que usou o lança se ele levar um soco no peito, ele já cai morto na hora, porque acelera o coração. E isso é criança de 11, temos até de 9, de 9 há 35 anos. Todo mundo baforando lança e o lança tem umas substâncias muito forte, tem corrosivo de bateria e tudo. Só que é assim: por que que eles usam muito? Porque a brisa do lança ela passa muito rápido (...).” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“(...) Assim os pancadões na vila fins de semana, sexta, sábado e domingo, sempre tem um ponto fixo e acaba rolando muito movimento de droga, sexo explícito, e muita molecada nova lá no meio. Eu mesma já vi o pessoal fazendo o pancadão e os menininhos de 8, 9 anos com garrafa de vinho, vodka, pinga, bêbados, passando com cigarro de maconha, narguilé que o pessoal batiza, coloca cocaína, crack, maconha para poder baforar e aí então tem muito isso e nesses momentos aí desses movimentos de pancadão foi que houve casos da molecada falecer com overdose de lança perfume. Varra no lança perfume, acaba tendo parada cardíaca, coisas assim, então a gente tem perdido muito mais jovens hoje com relação a drogas mesmo, overdose.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

“Mas sabe o que acaba com eles? Esse bendito desse funk, tem muito, que a gente não suporta, a gente não gosta desse funk.... Muito uso, olha você vê eles falando assim na porta da sua casa, eles falam assim: “ô, pega lá a coisa que hoje tem funk” (...) Você vê os meninos comprando as crianças...o duro que são uns menininhos tudo novinho.” (ACS Laura, atua há 2 anos)

“Os jovens hoje em dia tão começando a fumar cigarro mais cedo e o uso do narguilé, sabe o que é o narguilé, né? Então, ali eles já estão misturando cocaína, outras drogas. Então cada vez mais cedo, tem garoto de 11 anos na minha área que já usa droga, já rouba, então cada dia mais cedo eles estão entrando no mundo do crime. As crianças eles ficam lá pra vender droga também. Eles estão começando cada vez mais cedo. O que tá influenciando muito essas crianças no uso de drogas é o baile funk, entendeu? Você vê crianças pequenas assim, com 5, 6 anos já em baile funk.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“O que tem pegado mesmo, que antigamente era mais discreto... fumar maconha, usar droga, você quase não via...o que pegou mesmo, acho que de uns 4 anos para cá, que foi vindo esse funk, né, que vai trazendo bebida essas coisas todas (...).” (ACS Laura, atua há 2 anos)

Como se pode atentar nos relatos, os bailes funks, a venda, o consumo de drogas, sexo explícito, roubos e entrada para o mundo do crime conforme elencados, são todos fenômenos que, apesar de possuírem empiricamente características e motivações muito distintas, expressam-se de modo sobreposto no conjunto das representações elaboradas. Em outras palavras, surgem como parte de um mesmo processo, e o funk, neste caso, como uma categoria que parece agregar problemas como a difusão do consumo, tráfico e de toda sorte de incivilidades presentes no território.

É interessante, neste sentido, os argumentos de Viana (1997) sobre a emergência dos bailes funks no Rio de Janeiro na década de 90, mostrando que essa manifestação musical e cultural preferida entre os mais jovens moradores das favelas passou a ser representada pelo discurso midiático, associada à violência e a criminalidade, contribuindo no processo de estimação juvenil no âmbito da esfera do debate público e das instâncias estatais. Com relação aos ACS, é possível que as suas representações locais sobre o território, incluindo a disseminação dos “pancadões”, estejam ainda atravessadas por representações mais gerais, alimentadas por imagens e discursos vinculados, como, por exemplo, pela mídia a esse respeito.

Nas conversas informais com os ACS, foi mencionada a existência de problemas de saúde de moradores na comunidade como hipertensão e estresse, decorrentes do som alto dos bailes funks que acontecem de modo improvisado nas ruas, sem horário previsto para terminar, situação que acabou motivando, inclusive, uma ACS a mudar-se com a sua família para uma outra casa, pois não conseguia mais dormir com os “pancadões” organizados por um vizinho.

Mais adiante verificar-se-á que quando questionados os ACS sobre a presença da violência no território, esses também mobilizaram aspectos relacionados ao funk e, principalmente, ao comércio e uso de drogas para explicar esse fenômeno.

As escolas públicas na região foram apontadas como espaços de venda e de consumo de drogas. Uma, em particular, sobressaiu-se, por conta dessa intensa movimentação:

(...) “A gente conhece os pontos de venda de droga, a gente, né, os traficantes, conhece tudo e eles centralizam num colégio. O tráfico, centraliza num colégio. É uma judiação você vê os alunos descendo... o colégio tem duas entradas, uma que é reservada da escola e tem uma fora que é da comunidade, onde nós fazemos alongamento terça e quinta nos nossos idosos da nossa área, vai bastante gente. Então das 08:00 as 09:00 a gente fica lá a equipe inteira, então naquela quadra (...) lá é uma bocada que de vez em quando você vai ver o pessoal fumando maconha, passando droga ali, ficam no meio das crianças, é revoltante a gente olhar isso, é muito revoltante, é uma coisa que a gente não pode estar falando entendeu, mas é muito revoltante, entendeu, a gente tá olhando isso. Então, você vê eles lá passando droga, a gente conhece, você vê eles no miolo, porque são tudo criança, Juliana, tem uns meninos que tem um 18 anos, mas tem uns meninos de 14, 15 anos. Eles não tão nem na escola, não tão nem mais estudando.” (ACS Laura, atua há 2 anos)

“(...)A escola é bem próxima daqui das ruas onde eu faço, onde eu resido, também por conta da escola é uma forma deles se aproveitarem [traficantes], né, eles fazem a festa com as crianças na escola. Às vezes quando eu desço pra almoçar, eu vejo as crianças, os menininhos usando droga, fumando, aí você vai falar o que? (...) Hoje ali tá terrível, a escola ali já foi boa, já teve uma época que os traficantes respeitavam né, a área, hoje já não tem mais isso, eles aproveitam essas crianças da escola para eles fazem, eles falam aviãozinho, né, eles aproveitam essas crianças e você vê na luz do dia como se fosse uma coisa normal.” (ACS Paula, atua há 2 anos)

“(...) A gente fica só olhando em volta das escolas os traficantes mesmo passando ou as crianças vendo ...isso é um absurdo, essa é uma violência

visual a criança tá assistindo, né, porque você passa na rua eles estão passando a droga, aqui você já foi no Comendador, na escola, as meninas já te levaram? Então, o que que é aquilo? Você acha que ali é seguro? Que ali não é uma violência as crianças assistirem os caras passando droga?” (ACS Cida, atua há 5 anos)

A atividade dos grupos que organizam e gerenciam a comercialização de drogas na área da atuação da ESF, não parece estar personificada na figura de um único líder ou de uma facção específica no controle dos negócios, embora tenham surgido referências à presença do PCC na região:

“Existe bastante boca [de fumo], mas eu acho que não era tão grande quem nem antigamente, que antigamente era grande, mas ficava restrito, aquele grandão mandava, hoje existem várias pequenas, entendeu? [é] Fragmentado, cada um por si, não tem essa facção não.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“Olha, eu procuro não achar muita coisa, o que a gente percebe é que a rotatividade com relação às pessoas é grande, a gente vê hoje um que dizem que é o que manda, que faz alguma intervenção, amanhã já é um outro, então você não consegue dimensionar como funciona, o quanto de gente tem, a gente não consegue já por isso, a rotatividade é muito grande.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

“Na minha área de verdade ela é controlada por um lugar chamado Síria, que é uma facção criminosa do PCC. É, Síria, entendeu. E tudo que acontece, o pessoal da Síria que resolve. Se tiver gente de fora que vem de outros lugares aí o conflito é entre a Síria e esses outros lugares da mesma região.” (ACS Dena, atua há 14 anos).

“Então tem essa facção aqui do PCC e tem pessoas que cuidam aqui do bairro, entendeu, a gente tem pessoas que cuidam daqui.” (ACS Diva, atua há 14 anos)

A atuação desses grupos no território converge com os argumentos (Feltran: 2008; Telles e Hirata: 2010) que assinalam que as expressões, normalmente referidas às instâncias legais como mundo da ordem e as ilegais como “mundo do crime”, são dicotomias que não expressam o caráter dinâmico e ambivalente das relações sociais. Estas duas dimensões fazem parte de uma mesma ordem social e os limites que separam uma e outra são porosos, constantemente redefinidos a depender das micro

conjunturas. Nas narrativas abaixo, percebemos como foi se processando simbólica e concretamente certa simbiose entre esses mundos e o reconhecimento dos grupos ligados ao tráfico no universo das sociabilidades tecidas no território:

“Ah, exercem, né, a comunidade inclusive ela costuma...é uma coisa estranha, mas como a gente tá vivendo essa situação no país inteiro, a população se sente mais segura com esse lado do que com o lado da lei, porque hoje se você for ver dentro de uma viela, uma favela, se alguém sair roubando um boião de gás em alguma casa da comunidade eles tomam providência, eles tomam, se uma mulher parar uma viatura para pedir ajuda, eles mandam fazer um boletim pela internet aí manda você para uma delegacia que nem funciona, por exemplo, antigamente era a 45 DP [distrito policial] agora que era a nossa referência, manda para lá agora é telecentro, então mandam até para uma delegacia que nem tem mais. A referência aqui da região é a 72, mas chega lá, muitos boletins nem são feitos. Por que? Porque eles mandam fazer pela internet e as pessoas nem todas têm, apesar da tecnologia ter avançado, mas nem todo mundo tem computador em casa, ainda mais família humilde da favela, então o que acontece? Pelos problemas de serem resolvidos na comunidade, bom, serem resolvidos entre aspas, né, mas serem mais organizados pela própria comunidade essas pessoas aí, acaba que a comunidade confia mais neles mesmos. Eu acho que acaba sendo o único lugar que a comunidade consegue se agarrar, porque bastou ser aqui do Vila Alto em cima do morro a gente já é discriminado na delegacia mesmo, já é discriminado. Hoje em dia você vê na televisão se você for polícia ou parente de polícia você tem que esconder, tem que ser a segredo, por que isso? Porque se o lado de lá da segurança pública tivesse tão bom assim você poderia andar com a cara limpa na rua, você seria respeitado, seria temido, né, porque você faz parte de uma organização ali que é forte, que é firme, que dá conta do recado. Não dá conta do recado porque lá dentro tem um monte de gente errada também e aí? E aí você vai por o seu na reta? Não vai, e a comunidade corre onde dá, ela vai ali ó, já ouvi casos de denúncia na região de pancadão, de bar, a polícia chegar para a dona do bar e falar: “Olha, a senhora vai ter que dar um jeito porque a sua vizinha de casa tal denunciou a senhora”, a própria polícia, e se a dona do bar fosse do movimento errado, envolvida? Essa vizinha que denunciou não tinha morrido? Tinha, entendeu, a comunidade viu, eu conheço gente que viu a polícia falar isso e me contou e aí a gente vai contar com a polícia como, se ela é a primeira que caguetou a gente?! E a segurança, como é que fica? Então, como é que você confia? Todo mundo que vê a polícia subindo o morro já sabe já. Não teve aquela época do... lembra quando teve aquele movimento do PCC em São Paulo? A polícia subiu no morro e aí o pessoal da comunidade avisou os ACS 3 hs antes da polícia subir no morro, todo mundo já sabia. Como que sabe, e aí? Quem tá lá subindo o morro e avisou? Como é que a comunidade vai confiar na polícia? Não tem como, então a gente se agarra onde dá para se agarrar, não é que a gente é conivente, né, tá ali é cúmplice, não é nada, é que a gente não tem mais no que se apegar (...) Então a gente tem que se apegar no que dá. Aonde é que estão achando segurança? No bairro. Se é adequado ou não é, se o trabalho é lícito ou ilícito para a comunidade não importa tanto quanto se sentir seguro.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

“Que nem eu, moro numa rua que aparentemente ela é tranquila, mas tem ponto de droga, você conhece e eu vou te falar uma verdade... se você sai... sábado eu saí com a minha filha fui num casamento, cheguei 00:30, eles tavam na minha porta, você sente segurança de chegar, você tem segurança de chegar, eles não mexem. Você pode chegar na rua que ninguém mexe, entendeu, dificilmente as casas são roubadas... a minha filha mesmo tava comentando, falou “Mãe, é... eu tenho vontade ir para um lugar sem barulho...”, ela não suporta o barulho, “Mas, eu vou num lugar em que a rua é deserta, você tem o medo de tirar o carro da garagem e encostar alguém, aqui você não tem esse problema”. [refere-se à solidariedade dos moradores com esses grupos] “Tem, tem, tem porque na realidade eles são segurança nossa, entendeu. “Você confia na polícia? Então, a gente fica assim também em dúvida até que ponto eu posso confiar, então é isso também, sabia? Tem coisas que você, morando numa periferia você sabe, você tem que conviver com isso (...).” (ACS Laura, atua há 2 anos)

Telles e Hirata (2010) argumentam que o modo como o Estado se faz presente em um território afetando as formas vida, serve como parâmetro para as pessoas reelaborarem suas representações e experiências com a lei e a justiça. Assim, quando precisam buscar uma solução para certos problemas, ao invés de se pautarem em critérios abstratos universalistas, suas opiniões e decisões serão pautadas por vivências e critérios que consideram legítimos dentro de um determinado contexto (Zaluar: 1996, Feltran: 2010). Isso se verifica em narrativas como essa que o ACS destacou: *“então a gente se agarra onde dá para se agarrar. Aonde é que estão achando segurança? No bairro. Se é adequado ou não, se o trabalho é lícito ou ilícito para a comunidade não importa tanto quanto se sentir seguro”*. Ou em outro exemplo quando o ACS refere que existe uma solidariedade dos moradores com os traficantes: *“Tem, tem, tem porque na realidade eles são segurança nossa, entendeu.”* Segundo Feltran (2010) essa questão:

“(...) Ao contrário do que poderia supor, não é percebida pelos sujeitos como uma negação da relevância do Estado de direito ou da legalidade oficial. Os moradores das periferias talvez seja o grupo social mais interessado em utilizar a lei oficial para fazer garantir os seus direitos formais, sempre ameaçados. (...) Nesse contexto, é muito mais uma decisão instrumental, amparada na experiência cotidiana, do que um princípio normativo idealizado. Como é muito difícil - por vezes-impossível obter usufruto concreto da totalidade dos direitos pelo recurso às instâncias legais e à justiça do Estado, apela-se a outras instâncias

ordenadoras que passam a ser percebidas, então, como complementares àquelas estatais que funcionam” (Feltran: 2010).

Apesar de serem complexas essas representações dos ACS e de parecer para alguns segmentos da sociedade um discurso reprovável, situações assim apresentadas são possíveis de acontecer nesse e em outros contextos. Alimenta-se, a respeito da polícia, desconfianças quanto ao papel que desempenha e seus procedimentos discriminatórios: (...) *porque bastou ser aqui da Cidade Nova em cima do morro a gente já é discriminado na delegacia mesmo, já é discriminado e por vezes corrompido, quando consegue chegar a notícia horas antes de que a polícia vai subir no morro para fazer uma incursão: “Como é que a comunidade vai confiar na polícia?”, “Você confia na polícia?, então a gente fica assim também em dúvida até que ponto eu posso confiar”.*

De modo mais específico, as desconfianças são reforçadas quando a violência extralegal, acionada sob a pretensa alegação legítima de matar “bandidos” em confrontos ou resistência à prisão, transforma-se em uma espécie de performance trágica assistida por todos aqueles que, indiretamente, passam a ser afetados por esses eventos:

“Esses dias mesmo, você viu passar na televisão uns meninos que bateram o carro aqui e os policiais mataram eles? Foi na rua da minha casa mesmo, na esquininha. Eu vi que tinha um rapaz moreno, careca, de óculos eu fiquei lá olhando para ele, eu falei “eu já vi esse rapaz em algum lugar” e de manhã ele tinha estourado a biqueira. Eu vi quando ele tava com os meninos conversando, mas como usuário de droga é toda hora, você não sabe, né, e aí eu desci, fiz o meu trabalho, fui para casa e aí depois a hora que ele tava lá aí eu falei para a minha cunhada “Esse rapaz tava hoje lá atrás na biqueira”, aí eu falei “É policial à paisana”, como a gente não conhece ninguém né, e tavam na hora, chegaram em cima, foi tudo muito rápido. Mataram, dentro do carro. (...) Tem filmagem, tem tudo. Eu acho que a família vai denunciar (...) eles estão com um monte de provas na mão, de filmagem, fotos que os meninos realmente não reagiram e a polícia matou. Tinha criança na rua. Eram 10:30 da noite, tinha os menininhos sentados na rua e eles falaram que quando eles viram o carro desgovernado, eles se esconderam atrás do poste com medo do carro bater e quando o carro bateu, eles olharam os

meninos já estavam descendo do carro e a polícia matou eles. Ele falou para mim [um dos meninos que viu a cena] “Mirian, matou eles na maldade”, eu falei “Ó, fica quieto que tá cheio de policial à paisana, a gente não sabe quem é quem, não fica falando” aí ele “Ah, tá bom, depois eu conto então”, mas ele tava assim, assustado, sem cor e eu falei para a mãe dele “Põe ele para dentro” (...).” (ACS Mirian, atua há 3 anos)

Os argumentos negativos sobre a polícia, não permitem afirmar, contudo, que exista uma cumplicidade ou uma legitimidade total dos moradores a esses ordenamentos extraoficiais e ilícitos que funcionam no território. Pontos de proximidade existem, mas isso não implica na concordância com relação ao recrutamento de crianças e jovens para o consumo e envolvimento com o tráfico de drogas, como também não existe consenso quanto à garantia ou à sensação de segurança que é supostamente oferecida pelos “bandidos” no território.

Os relatos de assaltos e furtos em vias públicas, dentro das casas de moradores, na própria UBS, bem como a ameaça real ou percebida pelos ACS que desenvolvem, ou pretendem desenvolver, ações na área de abrangência ou no contato direto com alguns usuários – questões que serão abordadas no próximo capítulo – são circunstâncias da vida cotidiana que relativizam o argumento de proteção e segurança:

“Aí quando tem alguma coisa na rua: “Ah, roubaram tal coisa de tal pessoa”, “Oh, mais você não é o bandido, você não é o bandido, meu, o “cara da rua”? “Por que você tá deixando assaltar?” Porque a gente acaba falando para eles, né, que eles são chamados os pais da rua, mulher indo trabalhar de madrugada sendo assaltada no ponto de ônibus? “Oh, vocês não são do babado, o que tá acontecendo”? “Vai atrás meu, tá fazendo na rua”? A gente tem ainda essa conversa com eles. A gente fala. “Tô vendo, tô vendo, não, quando eu pegar vou dar um pau” eles falam assim, mas vê se mudou alguma coisa? Não, continua tendo assalto.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“Hoje em dia assalta muitos vizinhos, rouba, pinta e borda e a gente vê que eles também não tomam providência como aqui, aqui é o posto, pô, todo mundo usa, cadê, alguém foi? [faz referência a um furto que houve na UBS no período da noite recentemente] Aqui é da comunidade não é

meu, seu, é da comunidade eu não vi ninguém falar que ia tomar providência?” (ACS Cida, atua há 14 anos)

Do mesmo modo, o uso de meios arbitrários extremos inscritos nos rituais de punição aplicados por grupos de traficantes locais aos sentenciados de morte é rejeitado, constituindo-se como exemplos que só ajudam a reforçar as distinções identitárias entre um e outro universo, que, embora próximos, não parecem compactuar da mesma forma dos sentidos de “justiça” elaborados:

“Acho que isso tem 1 ano e pouco...foi um rapaz que foi espancado até a morte, então isso marcou muito. A gente até hoje não sabe o que que foi, muitos dizem que é a mulher que falou alguma coisa e o próprio pessoal da rua pegou quase em frente da minha casa, pegou ele, entendeu, e outros contam que não foi essa história, a história foi que ele tava morando com a moça e essa moça tava com raiva dele e a moça largou a menina sozinha e ele tava tomando banho e ele escutou que a menina caiu aí ele saiu para fora ele tava de cueca para ver o que tinha acontecido com a menina o que contam. O que que aconteceu? Ele foi ver a menina e a mulher chegou na hora e ela sai gritando que ele tinha violentado a menina e não era nada disso. Aí, o pessoal correu atrás dele e ele correu só que era muita gente correndo pegaram ah, minha filha, fizeram uma barbaridade com ele, o fim do mundo. Começaram na minha rua depois levaram para a rua de cima, tudo que você imagina fizeram. Tanto quando aconteceu isso a minha filha ficou quase 1 mês sem dormir, que ela escutava o barulho de bater nele, de chutar ele e ela falava “mãe, você escutava o barulho, faziam assim ó paff, pafff”..., aí levaram ele para a rua de cima, pegaram de moto, um seguiu a perna dele arrastou até lá para baixo, aí como ele não morria, aí mataram ele com um pedregulho. Então isso eu falo para você que chocou a gente, esse chocou ...quando aconteceu aqui todo mundo ficou horrorizado, eu só escutei “Pega, pega, pega”. Pessoas boas não fizeram isso, foi o pessoal da droga mesmo, traficante, foram tudo eles que fizeram. A gente até hoje não sabe que razão que foi, o que aconteceu. Depois saiu um comentário que ela teve que sair corrida porque ela mentiu porque os caras fizeram um erro, né, os caras erraram disseram isso, só sei que é uma coisa desumana, né.. Quem viu disse que ficou horrorizado o que fizeram com ele, pedrada, paulada. Foi alguns, né, não sei se entrou algum vizinho da rua, que eu saiba não. Chegou a polícia, né, levaram, arrastaram ele lá para baixo eles fecharam a rua. Nossa área aqui é tranquilo, não sei o que aconteceu, foi um devaneio que aconteceu ali que foi... nem a gente consegui entender o que tinha acontecido.” (ACS Laura, atua há 2 anos)

“Só que eu não sou a favor, que eu acho tudo muito errado, eu acho que a gente teve pessoas aqui nesse bairro... esse partido o PCC que matou o filho e trouxe a cabeça num saco preto e disse assim: “Ó, foi tão pilantra que tá aqui só a cabeça”. “Se quiser, enterra a cabeça porque o corpo a gente já deu sumiço”. Então essa história de partido é uma coisa muito perigosa, sabe perigosíssima.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

3.2 Violência e Representações Sociais

Porto (2010) ressalta que a primeira dificuldade encontrada quando se estuda violência, refere-se ao fato que esta não é uma categoria analítica, mas sim um conjunto de expressões e manifestações de uma ordem empírica que precisa ser compreendida através da explicitação dos seus sentidos, atrelados aos arranjos societários que emerge. Disso decorre a impossibilidade de elaboração de um construto analítico universal, capaz de abranger todas as manifestações de violência, generalizando-o para todas as sociedades.

É possível admitir, portanto, a existência de múltiplos sentidos e significados atribuídos aquilo que é designado como violência, pois são modulados por códigos culturais e contextos históricos específicos, podendo variar de uma sociedade para outra e no interior dos diferentes grupos. Desse modo, também é um fenômeno sujeito a constantes ressignificações tanto no tempo quanto no espaço e que possui uma dimensão política, pois está atravessado por um campo de disputas entre segmentos com distintos interesses que, a depender dos seus recursos materiais e simbólicos, conseguem com menor ou maior sucesso, estabelecer/qualificar determinados atos como violentos na arena pública (Bourdieu:1992). As pressões exercidas por grupos ligados aos direitos das mulheres e de ações afirmativas étnico-raciais e GLBTS são exemplos de iniciativas que contribuem para dar maior visibilidade a situações que até poucas décadas atrás não eram percebidas como violência, incluindo a agressão doméstica, sexual, praticada pelo parceiro, discriminação e racismo. As mudanças de percepções e representações dos fatos influenciam, ainda, na conformação das legislações vigentes, que passam a tipificar

práticas violentas como crimes, sujeitos a punições legalmente estabelecidas. Outro aspecto importante é que os critérios valorativos, classificatórios e hierárquicos que perfazem as percepções e representações da violência e do crime, incidem sobre o funcionamento das leis e permitem que estas operem desigualmente, nos levando a compreender porque certas práticas, reconhecidamente violentas e criminosas, são toleradas – a depender de quem pratica e de quem a interpreta – deixando de ser punidas dentro do arcabouço judiciário ³³, em detrimento da punição de outras (Telles e Hirata: 2010).

Os conteúdos expressivos e discursivos das representações sociais sobre a violência organizam as experiências cotidianas, tornando-se coprodutoras dos contextos sociais existentes. Foi isso que mostrou Caldeira (1998) ao cunhar a expressão “*fala do crime*” para denominar as narrativas, as conversas informais, as brincadeiras, os debates introduzidos pela mídia e outros que abordam como tema central a violência e o medo do crime. A autora evidenciou que as representações sociais expressas nas narrativas de moradores de um bairro da cidade de São Paulo, não apenas tentavam dar um sentido e um ordenamento para os sentimentos de desorganização e ruptura causados nas trajetórias impactadas por um crime violento. As representações passavam a reforçar e ampliar as sensações de perigo, revelando-se, como consequência prática, diferentes estratégias de reação e proteção, como segregação socioespacial, regras de evitação e preconceito, moldando-se as interações sociais e o modo de experienciar o espaço público.

³³ São esses dispositivos classificatórios e hierárquicos que explicam a existência de margens de discricionariedade na aplicação dos conteúdos previstos em lei, isto é, porque alguns casos que conseguem agregar maior mobilização/repercussão transformam-se em punições exemplares diferentemente de outros que seguem o caminho da invisibilidade pública e da impunidade.

As narrativas daqueles afetados de modo direto pela violência revelaram-se ainda marcadas por uma delimitação de um “antes” e um “depois” da violência, sendo que este “depois”, passou a ser traduzido enquanto resultado de outras questões sociais, isto é, o mal encarnado pela chegada de migrantes que passaram a viver em cortiços e favelas nos entornos da região, situação esta que passou a ser entrelaçada à “fala do crime”, responsabilizando-os pela violência e desestruturação da rotina cotidiana (Caldeira: 1998).

Tomando como referência essas argumentações, e, sobretudo, a dimensão empírica e abrangente das representações sociais, uma forma possível de tentar qualificá-las e compreendê-las consiste em utilizar como estratégia, a separação e classificação dos “conceitos nativos” dos diferentes tipos de violências percebidas no território (Porto: 2010). Desse modo, os agentes de saúde que fizeram referência à presença da violência na comunidade, destacaram que esta, no passado, estava relacionada à ocorrência frequente de mortes violentas até, aproximadamente, meados dos anos 2000, sendo mencionado o envolvimento de grupos de extermínio e a presença de conflitos existentes em torno do tráfico e do uso de drogas como potencializadores dessa dinâmica:

“Mudou, eu estou aqui no bairro há 20 anos, o que eu sei da época que eu vim para cá, o que tem mudado hoje assim, tem menos corpos pelas vielas, é isso que dá para dizer, porque de 2000, 2005 para trás, a gente virava um final de semana e sabia que teria um morto na viela, no escadão (...). Hoje em dia já não se vê tanto, né. Agora, já teve aqui no bairro há uns 20 anos atrás... tinha o grupo de extermínio que subia aqui, eles subiam de carro, lembra do carro opala? Isso eu sei porque o meu marido nasceu e se criou aqui, ele tem quase 40 anos, ele já correu do grupo de extermínio, uma vez eles estavam em cima do muro sentados lá o carro passou e meteu bala e eles se jogaram para trás e caíram em um barranco, senão eles tinham morrido aquele dia. Eles subiam aqui e matavam todo bloquinho de moleques que tivessem nas esquinas, nas ruas, em qualquer lugar. Os meninos da época falaram que era milícia mesmo, era polícia que se coloca na forma de justiceiro, isso já não acontece mais, então eu acho que antigamente era mais violento do que é hoje, porque tinha muito isso, às vezes passavam de caminhãozinho baú, abriam a porta traseira e metralhavam quem tivesse, subiam aqui na

Cidade Alta ali na região da favela da Paz onde tem a escola Comendador, era só um terreno ali, eles passavam por ali e matavam gente, então eram os meninos ver o carro assim andando devagar todo mundo já saía correndo porque eles não vinham rápido, eles vinham devagar para estar olhando o movimento e atiravam lá no primeiro, se tivesse na esquina, se tivesse de noite na rua era motivo para eles matarem porque já era tipo assim: “Boa coisa não está fazendo”, o julgamento deles era assim se tiver na rua vai morrer porque não tá fazendo boa coisa. Então hoje já não tem mais isso, a gente vê a molecada aí na rua varando a noite no pancadão, passando a noite de madrugada e não acontece risco de vida iminente que nem era antigamente (...). Mas da minha casa dava para ver o IML tava ali toda semana pegando corpo ou queimado, carbonizado em um negócio chamado forno, coloca um monte de pneu e queima e a pessoa fica dentro aí eles matavam assim.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

*“Hoje já não tem tanta violência, antigamente tinha muita violência que era os jovens, né, que começava a traficar, a roubar... um matava o outro e era aquela matança, mas graças a Deus de uns tempos para cá assim melhorou bem, a gente não vê muito caso disso, aqui na minha área não tem, tem muito caso de usuário que eles usam, eles compram e que vendem, mas assim de matança não tem. (...) continua, mas não tanto quanto antes, muita matança. (...) aqui chegou a falecer dois jovens que agora não estou lembrada o nome deles, dois irmãos, chegou a morrer porque usavam drogas e traficavam também. **[motivos sobre não existir mais tantos homicídios]** Olha, eu nem sei explicar direito para você porque a droga continua, né? Eu não sei se os jovens de hoje em dia tem mais consciência ou eles vê que um matando o outro não vai resolver ...eu não sei o que mudou a cabeça deles, porque a gente vê muitos jovens nessa rua usuários, mas a gente já não vê aquela brigaiada, essa violência assim...então eu não sei o que aconteceu, ou se é o próprio traficante que fala que é besteira ficar se mantendo.” (ACS Célia, atua há 14 anos)*

“Hoje já não matam muito, muito em vista do que matavam antes devido a esse Partido que tem o PCC, então o PCC não aceita muito isso hoje, por isso que não mata muito hoje, porque se fosse como antigamente, não existiria mais gente no bairro.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

As representações de que atualmente nesse território existem menos mortes violentas são observações que coincidem com a tendência de queda registrada da taxa de mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo a partir de 2001 (Peres et al: 2012), e por meio de pesquisas de campo realizadas em outras regiões da cidade (Feltran: 2010, Telles e Hirata: 2010). Uma das hipóteses explicativas mais polêmicas dessa mudança – levantada por um ACS – refere-se ao, já mencionado, papel desempenhado pelo crime organizado na regulação dos conflitos, e,

consequentemente, na diminuição das mortes (Lima: 2009; Feltran: 2010; Hirata: 2009).

Por questões óbvias, a hipótese de diminuição das mortes violentas através da gestão do crime organizado paulista, não é reconhecida pelas autoridades estatais, uma vez que isso implicaria em assumir publicamente que o Estado não é provedor de legitimidade suficiente e capaz de garantir o direito à vida e à segurança dos cidadãos.

É preciso ressaltar que no distrito estudado, apesar dos homicídios não se apresentarem como um risco iminente, tal como era percebido há alguns anos atrás, ainda hoje, “acertos de contas” com o tráfico e chacinas cometidas contra jovens costumam impactar o território.

Entre os ACS verificou-se, ainda, que não existe um consenso geral como percebem e explicam a violência na comunidade. Para uma parte deles, essa violência é associada aos assaltos praticados na região, por determinados moradores ou por pessoas vindas de “fora”. É destacado, ademais, que a ocorrência dessas situações acaba desencadeando no território práticas privadas de justiça popular:

“Em todos, a violência tá muito grande em todo lugar, parece que tá gerando mais e mais cada dia que passa. Todos, todos, assalto que a gente tem também paciente que é ...assaltada lá na rua, sim ele é bandido assalta o pessoal na rua de casa, então a gente corre risco o tempo inteiro. Igual na quarta feira, eu tava vindo para cá era 06:55, o açougue da minha tia tinha acabado de ser assaltado (...) o meu tio que atirou nos bandidos, eles levaram a moto dele.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“(...) O que a gente vê mais sobre isso é assalto, né, aqui na região tem muito assalto de residência também, inclusive, eu não sei se você ficou sabendo que o posto foi assaltado. Olha, segundo eu fiquei sabendo são pessoas que vem de fora assaltar aqui e os daqui vai assaltar fora. A pessoa falou assim: “é do Capão Grande”, a pessoa falou assim “eles veem do Capão Redondo para cá e daqui vai para o Capão Grande.” (ACS Célia, atua há 14 anos).

“O que a gente tem mais aqui é os nossos adolescentes roubando moto, tênis de marca, então a violência tá muito grande porque eles roubam em outro bairro e vem a pessoa do bairro que eles roubaram atrás deles aqui. E vem de outro bairro roubar aqui também. E os daqui vão atrás daqueles que roubam aqui.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“O que a gente vê, roubo tem. Tem morador que rouba dentro própria comunidade. Tem uma casa lá, que essa casa era onde o rapaz tava preso e saiu que agredia a mãe (inaudível) cinco filhos homens e assim, dois deles roubam, roubam dentro da própria comunidade e é onde acontece a violência também porque quem vê roubando aí dentro não quer que roubam lá dentro, eles pegam e bate, levam para um lugar chamado (inaudível), lá eles descem a madeira, bate de pau mesmo, deixa a pessoa quebrada. Teve um caso de violência, foi sexta-feira, de um rapaz... foi aqui próximo de casa, minha filha falou “mãe, o rapaz tava roubando as casas, a população viu e bateu nele de pau, de barra de ferro nele, (inaudível) eles fazem muito disso, eles querem fazer justiça com as próprias mãos. A população.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“(...)Quando tem um roubo, alguma coisa eles se resolvem entre eles mesmo conversam com os infratores e partem para a agressão física (...).” (Gestora da UBS)

Foram ainda mencionados como problemas comuns relacionados à violência na comunidade, agressões sexuais e físicas praticadas contra crianças e adolescentes, agressões físicas entre vizinhos, familiares e doméstica:

“(...) Na minha área tem um grande número de crianças que a gente vê que são violentadas verbalmente, fisicamente.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“(...) Na minha já teve casos de violência sexual, abusos de criança, entendeu?” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“(...) A violência doméstica, o abuso sexual, a gente tem gestante de 12 anos, meninas de 13 anos que a gente faz contraceptivo de emergência.” (Gestora da UBS)

“Bom, eu já presenciei várias vezes brigas de homens, de casais, sabe? De homem agredindo a mulher, batendo, espancando, deixando toda roxa. É... filho tentando matar a mãe, assim, por conta de uso de drogas, do tráfico de drogas, a mãe não aceitava dentro da casa, várias ameaças, é... Então, a violência ali onde eu trabalho é uma coisa muito próxima. (...) É, não só as violências domésticas, verbalmente a gente vê a toda hora, a todo momento, física, tudo quanto é tipo de violência a gente vê. (...) É briga, briga de pau. Briga, violência de um agredir o outro a paulada, na minha área tem muito isso. Homens, mulheres, tudo. Briga de faca, arma de fogo. Eu vi briga de marido e mulher, o homem agredindo a mulher na viela e assim ... uma viela muito estreita que não tinha pra onde correr, eu estava em uma visita, tinha um cavalo de um

lado, a mulher e o homem brigando do outro e eu não tinha como intervir. Lá voava cadeira, voava tudo que tinha direito de casa para dentro da viela, então, eu não pude intervir, eu não pude fazer nada nesse momento, entendeu, eu me abriguei dentro de uma outra casa, porque eu fiquei até com medo, tinha faca até no meio, então eu não pude fazer nada naquele momento.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Agressão, outro dia dentro da unidade um usuário queria pegar o outro dentro com um pau para bater por causa de relacionada a ... o que queria agredir tava muito estressado com o outro que visivelmente tava alcoolizado, drogado.” (Gestora da UBS)

A partir da pergunta direta feita para os entrevistados se consideram a violência um problema presente no território, surgiram representações que agregaram fenômenos empíricos de naturezas distintas, interpretados enquanto expressões comuns. O funk, por exemplo, apareceu na narrativa abaixo e em outras apresentadas dentro do corpo do texto – pag.103 – como um fenômeno associado à difusão do tráfico e ao consumo excessivo de drogas e também ressignificado como uma expressão da violência na comunidade, aproximando os jovens desse território das fronteiras do “mundo do crime” e de outros comportamentos de risco:

“Lógico que é, e como é. Esse é um problemão muito grande”. Ó, por exemplo, aqui a gente tem o funk, o famoso funk que tá liberado, liberado eu acho até às 22:00, só que ele vai até às 04:00, 05:00 horas da manhã e no funk só gera álcool, droga, prostituição, roubo de moto, roubo de carro, então gera muito isso no decorrer da festa.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

Além disso, as imagens construídas em torno do funk situam esse fenômeno como responsável por um processo de transformações ocorrido no território que influenciou, sobretudo, a geração formada pelos mais jovens:

“Mas sabe o que acaba com eles? Esse bandido desse funk, tem muito, que a gente não suporta a gente não gosta desse funk.... Muito uso, olha você vê eles falando assim na porta da sua casa, eles falam assim: “Ô, pega lá a coisa [drogas] que hoje tem funk”... você vê os meninos comprando as crianças... o duro que são uns menininhos tudo novinho. (...) O que tem pegado mesmo, que antigamente era mais discreto...fumar

maconha, usar droga, você quase não via...o que pegou mesmo, acho que de uns 4 anos para cá, que foi vindo esse funk, né, que vai trazendo bebida essas coisas todas (...).” (ACS Laura, atua há 2 anos)

“Então, cada vez mais cedo, tem garoto de 11 anos na minha área que já usa droga, já rouba, então cada dia mais cedo eles estão entrando no mundo do crime. As crianças eles ficam lá pra vender droga também. Eles estão começando cada vez mais cedo. O que tá influenciando muito essas crianças no uso de drogas é o baile funk, entendeu? Você vê crianças pequenas assim, com 5, 6 anos já em baile funk.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

As perguntas diretas feitas aos entrevistados e a análise integral das entrevistas, permitem destacar que, de um modo geral, os trabalhadores buscaram definir e relacionar à presença da violência na comunidade, principalmente, a partir do uso e tráfico de drogas:

[mudança da violência] *“Vejo, vejo para pior porque hoje ficou tudo muito fácil. Antigamente, uma pessoa para fumar maconha ele fumava escondido, para usar qualquer tipo de droga. Hoje o adolescente usa na sua cara. A violência cresceu muito, muito, muito.” (ACS Diva, atua há 11 anos)*

“Eu acho que a principal é a violência do tráfico (...). Afeta muito a faixa etária de criança e adolescência, crianças de 11, 12 anos já envolvidas no tráfico.” (ACS Paula, atua há 2 anos)

“(...) É um território de risco, de risco iminente de violência que tem o tráfico (...).” (ACS Marta, atua há 9 anos)

“A gente fica só olhando em volta das escolas os traficantes mesmo passando ou as crianças vendo, isso é um absurdo, essa é uma violência visual a criança tá assistindo, né, porque você passa na rua eles estão passando a droga, aqui você já foi no Comendador, na escola, as meninas já te levaram? Então, o que que aquilo? Você acha que ali é seguro? Que ali não é uma violência as crianças assistirem os caras passando droga? Uma violência o adolescente que tá lá se drogando tentar subir correndo e cair morto de overdose? Então, é a violência visual também, tem bastante.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“O que pode interferir muito é a questão da drogadição que cada vez mais os adolescentes estão entrando no mundo das drogas.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“(...) O próprio concentrado de pessoas que abusam e usam drogas de várias gerações, né, as crianças desde cedo já começam a conviver com isso.” (Gestora da UBS)

A violência, embora atualmente não esteja ligada, como no passado, à ocorrência de mortes violentas, – *“hoje já não tem tanta violência, antigamente tinha muita que era os jovens, né, que começava a traficar, a roubar... um matava o outro e era aquela matança”*, devido à atuação de facções *“hoje já não matam muito, muito em vista do que matavam antes devido a esse Partido que tem o PCC (...)”* e a organização mais estável do comércio de drogas evitando-se disputas *“bom, não acontece muito não [disputas], porque os pontos [de comércio] são fixos”*- continua sendo relacionada ao tráfico e ao uso de drogas, cabendo questionar quais os sentidos implícitos a essas representações sociais. Em outras palavras, se eram eventos que causavam e explicavam os assassinatos violentos, e que hoje já não são tão comuns como no passado, por que essa associação continua a aparecer nas narrativas?

Deve-se ressaltar que a categoria violência, entendida como uma representação social do senso comum – incluindo o meio acadêmico – costuma ser pensada como um fenômeno que engloba o tráfico e uso de drogas, de modo que ambos seriam quase expressões comuns. Contudo, enquanto categorias empíricas, esses fenômenos são distintos, apesar de assumirem sobreposições em determinados contextos e circunstâncias. Assim, nas periferias das cidades onde existe tráfico e uso de drogas, essas práticas tendem a ser fortemente criminalizadas, isto é, são alvos de repressão policial e onde concentram-se os maiores registros de “acertos de contas” entre traficantes com outros traficantes e traficantes com usuários. Em contextos não periféricos, de bairros de classe média e classe média alta onde também existem essas práticas, não se tem quase nenhum registro de repressão policial intensa, sendo pouco provável incursões violentas dirigidas contra os moradores ou mortes decorrentes de “acertos de contas” com o tráfico.

Desse modo, dentre algumas suposições para explicar a associação que os ACS fazem, poderíamos considerar que as imagens e representações das mortes que ocorriam atreladas aos conflitos envolvendo as drogas ainda estão muito latentes, isto é, fazem parte da história social da região; a influência dos discursos midiáticos na abordagem desse tema na produção e difusão de imagens que aproximam drogas e violência de diferentes contextos; a ameaça concreta e/ou simbólica que representam os grupos que gerenciam o comércio de drogas e que repercute no desenvolvimento das ações da ESF na área de abrangência, bem como os riscos iminentes, não totalmente controlados, que comportam as atividades ilícitas, podendo desembocar, a qualquer momento, em conflitos, principalmente com a polícia.

Talvez, ainda, essas representações comportem significados novos, como de desestruturação dos ordenamentos sociais, incluindo a família e a escola:

“(...) Eles têm bastante medo dos filhos, né, porque a todo momento é oferecido drogas, trabalho fácil e dinheiro fácil, então eles trazem essa questão de ter medo porque eles perdem esse lugar de super herói na vida do filho para o traficante (...).” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

“(...) Filho tentando matar a mãe, assim, por conta de uso de drogas, do tráfico de drogas, a mãe não aceitava dentro da casa, várias ameaças, é... então, a violência ali onde eu trabalho é uma coisa muito próxima.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“O adolescente não vai para a escola, os pais separados, muitos pais aqui são usuários de drogas é usuário de droga, o filho vê toda aquela situação não vai ter jeito... porque não é todo mundo que vai ter a mesma cabeça, né, o desemprego influi muito nesse bairro, envolve tudo.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

Essa violência exprime também uma agressão visual imposta às pessoas (...) *“a gente fica só olhando em volta das escolas os traficantes mesmo passando ou as crianças vendo, isso é um absurdo, essa é uma violência visual a criança tá assistindo”*, e devido às mortes provocadas por overdose: *“(...) se perde mais jovens*

de overdose, drogas do que morte”, “(...) não é uma coisa que chega aqui todo mundo atirando”, “(...)uma violência o adolescente que tá lá se drogando tentar subir correndo e cair morto de overdose”.

Em suma, os significados atribuídos pelos trabalhadores à violência na comunidade parecem estar relacionados com o consumo, cada vez mais precoce, de drogas, com o recrutamento de jovens para o tráfico, da exposição visual a esse comércio que acontece à luz do dia na porta das escolas, da influência exercida, mesmo que indiretamente, de outros códigos de sociabilidade ligados aos discursos do funk, do “dinheiro fácil”, da imagem altiva dos traficantes bem sucedidos; todos estes, aspectos que compõem um mosaico de representações nem sempre atreladas a definições de violência relacionadas ao uso da força física ou à ameaça dela.

Essas hipóteses levantadas não se prestam, contudo, a generalizações. Isso porque 5 ACS responderam que não consideram a violência um problema presente, apesar de reconhecerem as mesmas dificuldades comuns apresentadas pelos colegas que responderam positivamente a essa questão. Um exemplo, neste sentido, é a presença do tráfico e consumo difuso de drogas e as interferências no processo de trabalho, mas sem qualquer menção de uma relação desses eventos com violência na comunidade:

“É eu acho que só seria isso mesmo, o uso e a venda, né, de drogas, porque tem pessoas que escondem a droga perto da casa de pessoas que a gente tem que chamar, né, não tem jeito, e às vezes eu chamo, a pessoa sai “olha, vamos atravessar para o lado de lá”, ou a gente entra, não sei, as pessoas percebem, elas sabem que tá escondido aqui, mas é só isso mesmo, o problema do uso e da venda que é constante.” (ACS Mirian, atua há 3 anos)

“(...) Não tem problemas de violência lá não, às vezes tem uma briga ou porque a pessoa tá alcoolizada, mas violência assim realmente não tem. Na minha área o ponto mais negativo dela é a drogadição. Em algumas famílias tem muito também e no território que às vezes até dificulta na visita.” (ACS Maria, atua há 4 anos)

“Então, nem comum e nem frequente, não são frequentes e não são comuns, às vezes acontece de ter uma briga, de ter uma agressão, quando acontece que eu fico sabendo geralmente são brigas, então outros casos eu não tenho conhecimento de ter acontecido.” (ACS Adriana atua há 4 anos)

“(...) Mas a questão de ter armas, das pessoas passando com armas ou brigando na rua não existe isso.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

A complexidade e ambiguidade das narrativas indicam ainda que embora esses ACS tenham negado que a violência seja um problema presente – nas suas diferentes expressões – isso não significa que não tenham percebido, assistido ou vivido situações que poderiam ser entendidas como tais, se tomarmos como referência as descrições de determinados eventos nos quais houveram ameaças ou uso concreto da força física. O mesmo pode ser dito sobre essas repercussões na vida pessoal e no trabalho cotidiano, revelando-se o medo de ameaças e circunstâncias em que as atividades precisaram ser alteradas, mas que não foram percebidas como expressão de uma interferência direta da violência.

Como exemplo, neste sentido discutido, pode ser destacado um trecho *ipsis litteris* da entrevista feita com o ACS Fábio. No primeiro momento, as respostas do trabalhador foram abreviadas e permeadas por instantes de silêncio. Como pesquisadora, considero que essas pausas também representam um tipo de fala não verbal que expressa significados como receio de falar sobre questões tão delicadas. No transcorrer da entrevista, contudo, as contradições começaram a aparecer e o ACS que, inicialmente não admitia a existência de situações de violência na comunidade, começou a mencionar episódios que inclusive impactam a sua vida pessoal:

Fábio, você considera a violência um problema na tua área? [silêncio por alguns instantes do entrevistado] Não. Você já presenciou situações no território onde você atua de alguma violência? Não. (...) E quando você diz que a violência é presente, mas não é um problema chave, que

tipos de violência que é presente, mas que não é problema? Uso de drogas, tráfico. (...)

Interfere, por exemplo, a presença do tráfico de drogas ou dos usuários você já foi impedido de entrar em determinada área, ou você já teve que modificar o seu projeto, tiroteio, coisas desse tipo? “Não. Até porque muitas dessas pessoas que estão ali eu conheço porque cresceu comigo a gente brincava, jogava, então não interfere no meu trabalho não”. (...)

“Então eu acho assim... e a questão também da violência porque se você não tem um ... eu diria amizade não sei a palavra... sim, um contato com os usuários acaba influenciando porque ali tá a sua família então ele tem acesso às pessoas que moram com você, acesso às pessoas que é da sua família e de certa forma eles acabam coagindo, porque assim... Fizeram uma pesquisa aqui com relação à violência [faz referência a um mapeamento das áreas de risco no território que foi solicitado aos ACS e que acabou sendo alterada a proposta] e a gente acaba ficando assim de mãos atadas por quê? Sendo que você mora ali, você tá dentro, tá incluso porque como você vai denunciar um meio de trabalho [tráfico] da sua área? Porque muitas vezes eles acham que é polícia, que é isso e que é aquilo e que é caguetta, então é a sua família que tá ali, que tá em jogo, então é por isso que muitas vezes a gente fica meio assim de dar informações, de falar onde que tem um ponto de uso de drogas porque uma vez fizeram para a gente pontuar mesmo na rua, no número tal tem um ponto de droga. Como você fala isso, como que chegou essa informação sendo que só você passa por ali, então, essas questões que a gente fica meio assim de violência mesmo na área que eu tenho medo é isso, certas coisas...que tem a questão ética de não falar.”

No capítulo seguinte, pretende-se explorar mais as interferências da violência que ocorrem na comunidade e do tráfico de drogas sobre o funcionamento da ESF e do trabalho realizado, englobando as opiniões de todo o grupo, a partir da leitura aprofundada dos casos mencionados. Será ainda discutido, em um outro tópico, situações que apareceram nas entrevistas de modo muito frequente e que os ACS, de um modo geral, interpretam como violência, mas de uma natureza distinta da violência até aqui discutida. São violências relacionadas a xingamentos e a ameaças contra os trabalhadores praticadas pelos usuários do serviço insatisfeitos com a assistência que é ofertada no território.

“É bom? É. Nós estamos levando promoção da saúde para as pessoas, principalmente os idosos, acamados, crianças de baixo peso, criança que fica em casa que a mãe não leva para vacinar. Nosso serviço é excelente, esse Programa que o governo fez é maravilhoso, o único problema é que o governo não dá suporte necessário, que também é risco, a gente não pode estar cutucando muito.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“É uma parceria condicionada ao trabalho, ou você mantém esse tipo de relacionamento de uma forma clara de que é assim e passa a confiança de ambas as partes ou quem sai no prejuízo é a população em geral, é o povo que tá lá porque a região todinha é uma área de risco com relação ao tráfico, violência, a vulnerabilidade da região é muito grande.” (ACS Marta atua há 9 anos)

4 EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA NA COMUNIDADE E REPERCURSSÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE

São muitos fatores que influenciam e conformam a atuação e as ações cotidianamente desenvolvidas pelos agentes de saúde. Lipsky (2007) e Lotta (2012) afirmam que ainda são poucos os estudos que exploram esta perspectiva através dos “*trabalhadores ao nível de rua*”, que atuam na ponta dos serviços e que garantem a operacionalidade das ações das políticas públicas. Lançar luz sobre os trabalhadores, considerando os obstáculos, valores e as interações que são criadas com o público, é um ponto importante capaz de auxiliar na compreensão formal das políticas públicas, do que elas se propõem e os seus resultados finais (Lipsky: 2007).

Nos capítulos anteriores, foram abordadas questões referentes ao modo como os ACS se percebem dentro do contexto da APS e os sentidos que empregam a sua atuação profissional, bem como aspectos conflituosos que emergem da ambiguidade dessa inserção de morar e atuar na comunidade. Discutiu-se, ainda, as representações sociais que permeiam a comunidade, revelando-se problemas como a presença da violência, o tráfico e o consumo de drogas. Pretende-se agora, tentar compreender como os ACS executam o seu trabalho e estabelecem relações e vínculos com a população, interagindo com esses fatores na área de abrangência da ESF.

A análise integral de todas as entrevistas permite afirmar que os problemas apresentados interferem tanto na organização das práticas como nas atividades que

são efetivamente realizadas. São interferências, por vezes, graves, que acabam expondo os ACS a situações de violência no exercício do seu trabalho.

De modo específico, a ESF e o trabalho dos profissionais apresentam-se conformados à realidade do território, no qual é necessário conviver com instâncias normativas como do “*mundo do crime*”. Esse, além de se fazer presente de modo concreto, produz conteúdos discursivos e simbólicos (representações) que repercutem igualmente no contexto estudado, definindo limites aos ACS até onde é possível seguir com as ações em saúde.

Neste sentido, as repercussões – diretas e indiretas – mais comuns relacionam-se à presença do tráfico de drogas e ao modo como é presente a instituição policial. No primeiro caso, foram narradas experiências que os ACS são impedidos por traficantes de entrarem em determinadas áreas. Esses impedimentos, a depender das circunstâncias, não são interpretados negativamente como uma ameaça que é colocada, mas sim como “avisos” com o propósito de garantir que o trabalhador possa atuar na comunidade com maior segurança, informado pelas condições locais das microáreas. O temor de ameaças por parte do tráfico fica mais evidentes entre os trabalhadores com relação às abordagens comunitárias e às estratégias educativas em torno do consumo de drogas, deixando de ser exploradas, de modo mais eficiente, pelas equipes de saúde.

O modo de atuar da instituição policial no território também traz repercussões no trabalho, podendo dificultar o acesso não só dos ACS, mas de outros membros da equipe, a algumas áreas, prejudicar o estabelecimento de contatos com a população e aumentar a sensação de insegurança e risco dos ACS. Acreditamos ser este um

achado importante no estudo para pensarmos o quanto o setor da segurança pública apresenta-se desconectado das demais esferas do poder público, como a saúde.

Neste capítulo ainda serão discutidas outras situações que os ACS interpretam como violências sofridas principalmente durante o período que trabalham fora da UBS, como assédio sexual e xingamentos, repercutindo singular e subjetivamente nas suas elaborações como trabalhadores que lidam diretamente com a população.

4.1 Imposições e restrições de acesso ao território, ameaças e interações com o público

“Foi o princípio do PSF aqui, né, na implantação, então nós saímos nas ruas para fazer o cadastramento das famílias, muitos tinham medo, não davam documento, davam nome falso, data de nascimento errada, eles tinham medo, nunca tinham visto aquilo. A princípio, pelo tráfico de drogas muito grande, fomos impedidos de entrar na comunidade, no começo eles achavam que nós éramos espião, a gente tava indo lá para espionar e para denunciar, eles não entendiam o que era o trabalho do PSF. Foi obrigado a gente fazer reunião lá dentro da comunidade com os chefes, entendeu, nos apresentar, mostrar crachá, chamar a direção, o conselho gestor para ir lá na comunidade e falar que nós estávamos lá para ajudar eles na parte de saúde, fazendo o nosso trabalho de prevenção e promoção de saúde, não era interferir nos pontos de droga, nem nada, a gente não tava lá para denunciar ninguém, a gente tava lá para ajudar. (...) Nós falamos que era a implantação de um Programa da Saúde da Família, que a gente tava ali para cadastrar as famílias, porque todas as famílias que fossem cadastradas iam ter acesso a UBS, a passar em consultas, sabe, tudo mais, a ter acesso livre aqui dentro da UBS, que a UBS estava à disposição deles para o que precisasse. Fomos ameaçadas, teve uns homens lá que falou assim que se a gente entrasse na favela para vigiar que eles iam pisar a nossa cabeça, estourar o nosso pescoço (...) Foi falado diretamente para a gente. Eu fiquei com medo, né, nós ficamos com medo porque nós também não sabíamos como era o trabalho do agente. Eu fiquei com medo no começo, mas depois que houve essa reunião, que houve essa conversa, que a diretora teve que ir conversar com eles... a primeira gerente, né, ela foi, conversou com eles, eles entenderam que era o nosso trabalho e eu não fiquei com mais medo não. (...), aí foram que eles foram abrindo as portas para a gente, entendeu?” (ACS Dena, atua há 14 anos).

A narrativa da agente de saúde nos chama atenção, primeiramente, para as relações sociais que são construídas em um território que não é neutro, isto é, um mero espaço onde pode-se operar uma política assistencial de saúde sem levar em consideração as dinâmicas, as materialidades impressas e os sentidos produzidos em torno das experiências dos sujeitos.

A segunda questão revela a importância de analisarmos as interações criadas no território para além de um viés normativo, subordinado a uma ordem institucional/legal. A fala da ACS expressa uma característica intrínseca daqueles que atuam na ESF que é trabalhar com a lógica de mediação, o transitar entre diferentes códigos e esferas cotidianas de regulação, sejam elas formais, legais, informais ou ilícitas³⁴.

Como se verificou no trecho da entrevista, o início da implementação da ESF exigiu um esforço de articulação informal da antiga gestora da UBS, do conselho gestor da unidade e dos profissionais para fazer com que a população conhecesse e aceitasse o serviço, incluindo os traficantes locais. Foram agenciamentos práticos, sem os quais as atividades seriam inviabilizadas e o acesso dos trabalhadores – ameaçados de morte – obstaculizado.

Nesta fase inicial de implementação da ESF, a ACS Diva, que àquela época ainda não era uma agente de saúde, também recorda que muitas pessoas na comunidade se sentiam temerosas quando os ACS iam às suas casas fazer o cadastro, pois possuíam alguma pendência judicial a ser resolvida ou envolvimento com o tráfico de drogas. Por esse motivo, era comum repassarem informações falsas como nome, data de nascimento e número de RG. Contudo, os profissionais, ao iniciarem o

³⁴ O transitar em esferas ilícitas não implica em adesão a essas.

trabalho de tentar aproximar o serviço de saúde de todos – o que é um direito universal – conseguiram, mesmo diante das circunstâncias desfavoráveis, amenizar as barreiras iniciais encontradas nos contatos e entrar no território e nas casas das pessoas.

Os últimos registros de acesso negado à entrada dos profissionais data de cerca de 3 ou 4 anos atrás. A análise das entrevistas permitiu distinguir essas experiências daquelas cujo acesso ao território é controlado ou restrito. Os motivos relacionados à primeira referiram-se aos toques de recolher que ocorreram na comunidade durante o período, por conta de um episódio no qual os traficantes associaram a presença ostensiva da polícia em uma microárea a uma suposta denúncia por parte de um ACS. Sobre essa situação específica, a ACS Marta diz que o gestor da UBS teve que intervir, colocando-se à disposição para explicar como funcionava o trabalho dos ACS, justificando que as suas atribuições eram restritas ao âmbito do cuidado e da saúde, e não da segurança pública.

O dia a dia de trabalho dos ACS parece estar mais conformado pelas experiências em que o acesso ao território é controlado, verificando-se a existência de regras de convivência estabelecidas entre os traficantes e os trabalhadores. Isso ocorre, a exemplo, quando os traficantes estão negociando alguma venda importante ou recebendo produtos ilícitos em uma microárea. E os ACS, por sua vez, são avisados nessas ocasiões:

“(...) Teve casos de como tá chegando, acho, material deles, o rapaz que era responsável vinha aqui no posto perguntava: “você tem alguma coisa importante para fazer lá?”, “se você não tiver, não entra lá, tal dia”. Ele vem aqui na unidade, quando ele vem avisar que foram umas 3 vezes que aconteceu isso, ele veio e falou com a minha enfermeira e com diretor na época, o ano passado eles vieram de novo a gente ia fazer inclusive a visita de puerpério da mulher dele, que tinha acabado de ganhar bebê e

ele trouxe aqui para a gente fazer as orientações porque não era para a gente entrar, a gente tava acabando de se arrumar para ir para lá aí foi quando ele chegou aqui e falou para a enfermeira: “não, não é para ir para lá eu já trouxe a bebê e a minha esposa aqui, vocês falam com ela aqui”. Aí a gente entendeu que não era para a gente ir para lá naquele momento. Vimos o que tínhamos que fazer aqui e depois fomos em outros lugares fazer outras visitas. Quando tem um encaminhamento agendado, né, se tem uma consulta que foi agendada, transferida e remarcada eu olho da ponta [da rua] sempre fica alguém lá, então eles sabem que eu quero entrar aí um deles desce, pergunta o que tá acontecendo e aí eu tenho que explicar: “ó, foi mudada a consulta de tal pessoa aqui dentro e eu preciso entregar”, porque não é justo uma pessoa perder uma consulta, “não, tudo bem, vai lá”, e eles ficam de olho, só vou especificamente naquela casa e já saio.”(ACS Elis, atua há 9 anos)

“A gente mantém um bom relacionamento, tem um momento que a gente não pode entrar na viela, coisas assim. Eles avisam a gente, eles não impedem da gente passar porque a gente sabe como funciona o ritmo e sabe o que deve fazer e a maneira de se comportar naquele momento. Não dá para entrar quando eles têm as coisas deles para resolver e a gente nunca sabe se é porque com relação a chegar alguma coisa ou não, ou venda maior dos produtos deles lá, ilícitos, a gente nunca sabe o porquê, a gente sabe que é para ouvir a recomendação e a gente segue e depois entra, mesmo porque a população tá lá dentro e a gente precisa desse espaço aberto para estar entrando, a gente tem que ter esse acesso, então a gente não tem como nem bater de frente, nem deixar de cumprir com a nossa parte, pediu para a gente não entrar, a gente não entra. Geralmente são coisas deles lá e a gente já não entra para não saber mesmo o que que acontece lá.” ACS (ACS Marta, atua há 9 anos)

A atual gestora da UBS, que atua há pouco mais de 1 ano, apontou também que estratégias aparentemente simples para a melhoria da comunidade, como a limpeza no entorno de uma quadra esportiva de uma escola, estão condicionadas aos limites e constrangimentos dados pelo contexto na interação com os traficantes:

“A gente tem uma proposta de fazer uma parceria junto com o pessoal da UBS das Flores e a escola que tem uma área que é a quadra que é o dono da quadra é ligado ao crime, ao tráfico, e aí para a gente conseguir limpar, sabe, uma coisa básica tem um monte lixo, entulho, a gente tem que conversar com eles. Porque acaba tendo também um lugar de esconderijo, por exemplo, tem uma área que é ela é uma viela de córrego ela tem uma caçamba aqui e outra caçamba ali, então se tentou limpar córrego, tirar caçamba de lixo, mas ali é esconderijo quando tem que correr [da polícia] os caras correm para lá, então assim, a gente tem que ir muito tatear é ... São coisas que você não pensava, então, por mais boa vontade que eu chego lá e vou querer cortar todo aquele mato de 3 metros de altura, é o lugar que as pessoas escondem quando tem polícia, então se eu tirar aquilo lá eu posso criar mais 10 problemas, então, eu

*acho que isso é uma coisa que não dá para você chegar lá simplesmente falar e fazer. Está neste processo de negociação, né, a gente tem até um projeto que veio daquele “Juventude Viva” que até você foi e aí o Jonatas que vai ser o articulador desta região, ele veio numa reunião do Conselho, ele que vai fazer essa articulação junto com...como é que ele fala?, sociedade civil organizada **[tom irônico referindo-se aos traficantes]** para a gente começar a fazer um trabalho junto com as escolas, porque se eu chegar lá junto com a escola e o outro posto, acabou, nunca mais entro no território. Não consigo, e a gente tem que conversar qual que é o nosso objetivo, o que que a gente vai estar fazendo, então é uma coisa bastante delicada para você...desde o começo a gente tem pensado como fazer isso.” (Gestora)*

Para a maioria dos ACS, a presença de pontos de venda e de consumo de drogas nas microáreas dificulta a execução do trabalho, podendo alterar a ordem de programação das visitas feitas no dia. Por esse motivo, se possível, evitam entrar em determinadas ruas e mudam o trajeto. Retornam a fazer as visitas previstas quando percebem que não existe mais essa movimentação na casa e/ou na rua.

Os ACS ainda mencionaram a alteração de uma proposta vinda da Secretaria de Saúde para UBS em fazer um mapeamento dos fatores de risco e vulnerabilidades existentes no território, identificando, entre outros aspectos, pontos de venda e uso de drogas. Os trabalhadores se negaram a preencher a ficha que identificava as áreas e os locais específicos dessa concentração, alegando ao gestor riscos que poderiam estar sujeitos, como ter a imagem associada à figura de “caguetas” pelos traficantes, uma vez que eles detêm informações detalhadas do território. Não saber ao certo o que seria feito depois com os dados levantados, foi uma questão ainda que influenciou a decisão dos ACS.

A análise das entrevistas exigiu grande esforço em identificar interferências no trabalho que não foram interpretadas ou percebidas enquanto tais pelos ACS, mas que acabaram surgindo indiretamente nas contradições das falas, destacando-se,

neste sentido, repercussões sobre a abordagem comunitária e as estratégias educativas em torno do consumo de drogas.

A maioria dos ACS afirmou que só aborda o consumo de drogas quando as famílias ou os indivíduos “dão brechas”, ou seja, quando trazem espontaneamente esse problema, sendo priorizado nesses casos, o critério auto referido. Os profissionais justificaram que, por questões éticas, deve-se prevalecer a vontade do usuário ou dos seus familiares em expressar-se para pedir apoio. Contudo, outros fatores parecem sobrepor-se a esse argumento, como a própria dificuldade que os ACS reconhecem possuir em trabalhar com a questão:

“Muito complicado. Como que eu vou abordar? Só se um paciente chegar para mim ou da família, da minha microárea... eu só posso abordar esse tema que é diferente eu te prevenir de uma doença sexualmente transmissível do que te falar sobre a droga. Então eu só posso te abordar esse assunto se você der espaço para mim. Se eu chegar na família e aí eu tiver relato “Ó, meu filho, meu marido” aí é diferente, ali eu tenho a liberdade de orientar, agora, se não, não. Porque até então, o meu trabalho aqui não é prevenção de drogas, entendeu? O meu trabalho aqui é certo que aborda, que engloba a saúde, mas não é diretamente ligado. Agora se eu tenho essa brecha de orientar aí sim, aí eu entro, eu falo, né, a gente vem, fala dos grupos que a unidade tem aí, leva o caso para a reunião de equipe, aí a reunião de equipe vê qual o melhor condicionamento dar para aquele assunto, aí é diferente. Eu sei que o meu papel chegar na sua casa te orientar sobre uma gravidez, uma doença sexualmente transmissível, sobre hipertensão, sobre diabetes, dengue, tuberculose é diferente do que eu chegar lá e perguntar sem você mencionar, porque a hipertensão, a diabete, a gravidez pode acontecer em qualquer lugar, mesmo você não mencionando eu vou chegar na sua casa e falar assim: “Olha, tem alguém gestante na sua casa nesse mês” do que chegar assim: “Então, tem algum usuário de droga na sua”? Então, quer dizer, eu vou querer tomar um tapão na cara, tipo, é da sua conta? É diferente eu falar a gente sempre fala para comer menos sal, menos gordura, por causa do colesterol, do triglicerídeos do que chegar e abordar um tema “a sua filha é adolescente, você sabe se ela tá usando droga?” (ACS Lia, atua há 7 anos)

“Sim, são diferente, eles são assim peito de aço porque eles têm alguém que cuida deles, o traficante cuida desses adolescentes. Então eles têm um outro pai, eles são adotados pelos traficantes. A gente orienta, né, que não pode fumar, mas mesmo assim a gente não consegue muita coisa não porque a gente tem até medo de ir mais a fundo devido os traficantes, né, os pai que adotam eles. Seu for mexer com o peixinho dele como eles falam, é... eu corro sério risco porque eu tô querendo tirar o menino do mundo dele, entendeu. No que eu puder ajudar, é logicamente que eu vou

ajudar, eu vou falar, mas com muita sabedoria, né, porque você não pode ir muito a fundo né, cada um tem a sua vida e eu tenho a minha vida aqui nesse bairro há 40 anos então não dá.

Insegurança de entrar, de falar, só não entro afundo, entendeu? Eu vou no meu limite. Por exemplo, esse menino que tá no portão fumando a maconha: “Filho, para com isso, isso vai te prejudicar”, eu tenho que falar porque se eu não falar eu me sinto mal, eu falo, “puxa, vida, qual que é o meu trabalho, afinal de contas?”, “O que que eu estou fazendo aqui”?, né, eu tenho que levar saúde para eles, esse menino tá fumando maconha e eu não vou falar nada?, então eu me sinto impotente se eu não falar.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

Os trechos das entrevistas ilustram bem a problemática. De fato, é fundamental que os profissionais respeitem a autonomia dos usuários e das famílias, não sendo estes obrigados a falarem tudo aos ACS sobre suas vidas. Isso não impede, no entanto, que a UBS juntamente com a equipe do NASF tente criar estratégias ativas para identificar necessidades que não são ditas abertamente. Nesse sentido, a orientação, promoção e prevenção da saúde nas visitas podem ser trabalhadas sem, necessariamente, focar no indivíduo em específico, uma vez que o consumo de drogas se apresenta como um problema muito sensível à toda a comunidade.

A ACS Lia questionou na entrevista como abordar dentro das famílias o consumo de drogas, o qual, segundo ela, exige um cuidado diferenciado diversamente de falar sobre hipertensão, diabetes ou doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, Lia não foi a única ACS que não considera a drogadição como uma questão que faz parte das suas atribuições. Em uma outra entrevista, a ACS Adriana, que atua há 4 anos, referiu que procura não se envolver e perceber muita coisa nesse aspecto durante o seu trabalho no território, pois isso não faz parte do seu serviço. Essas afirmações colocam como questão pensarmos se, de fato, os profissionais estão preparados para o enfrentamento do problema. O ACS Fábio reforça essa hipótese ao afirmar que, embora esteja sendo iniciado na UBS um

trabalho de capacitação, considera que existe falta de preparo e sensibilidade específica dos trabalhadores com relação a essa abordagem:

“Atualmente, a gente está sendo capacitado para isso, eu fiz um curso com relação às drogas e vai ser feito um momento com os funcionários para que a gente possa também ter esse acolhimento com os usuários, porque antigamente, no meu ponto de vista, eu via que nem todo mundo não tem esse olhar, não tem esse manejo de conversar com o usuário de drogas, porque eles, muitas vezes, podem chegar aqui mal cheiroso ou com a roupa rasgada e as pessoas acabam deixando de lado, “Ah, não, pera aí o que você veio fazer aqui”? “Eu vim fazer isso” e acaba deixando de lado. Muitas vezes a gente tem que aproveitar o gancho para ele vir aqui para encaminhar para um outro serviço, então eu acredito que a partir dessa capacitação que a gente vai ter vai conseguir trabalhar com essas questões mais hoje, para mim no meu ponto de vista, não tem uma escuta bem objetiva para eles aqui.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

Estudos têm apontado a crescente demanda por esse tipo de assistência no âmbito da ESF (Barros e Pillon: 2007; Rosentock e Neves: 2010), destacando que a maioria dos profissionais – incluindo enfermeiros – reconhece que encontram dificuldades na assistência dirigida a esse público (Barros e Pillon: 2007). Dentre os motivos, está a carência de formação inicial e contínua para o desenvolvimento de habilidades, o que acaba restringindo as ações quase sempre a encaminhamentos a serviços de saúde mental (Rosentock e Neves: 2010).

Ademais, em diferentes entrevistas verificou-se o medo que os ACS sentem em abordar e aprofundar-se sobre essa temática, colocando-se, como no caso da ACS Diva, certos dilemas entre não falar ou correr o risco de mexer com os adolescentes que “são adotados pelos traficantes”: *“(...) eu tenho que falar porque se eu não falar eu me sinto mal, puxa, vida, qual que é o meu trabalho, afinal de contas? Eu me sinto impotente se eu não falar”*.

Outra questão a ser levantada, diz respeito às estratégias de caráter menos individualizado e mais comunitário desenvolvidas pela UBS. Para as ACS Dena e

Célia as parcerias que existem entre a UBS e as escolas da comunidade, no não desenvolvimento de ações em saúde, abrangem atividades para discutir, especificamente, o consumo de drogas:

“Então, é o que eu falo para você... quem manda na escola é o tráfico, entendeu. A escola mesmo é comandada pelo tráfico de drogas, então se a gente vai para falar assuntos relacionados a drogas, os traficantes já não quer, entendeu. Isso é uma barreira para a gente. (...) Eu sei que é uma escola que tá ali dentro do tráfico de drogas, então o pessoal da escola respeitam eles e eles respeitam o pessoal da escola. Abordar assuntos de drogas e grupos a gente até aborda, só que falar diretamente lá... Quando nós temos grupo de adolescentes aqui a gente fala, a gente chama os adolescentes e a gente fala quando tá aqui dentro, nas visitas, quando a família é....a gente fala sobre drogas, entendeu, a gente orienta sobre a droga, que vicia, que acaba matando. A gente acaba falando essas coisas que a droga tá batendo aí todo momento na porta da gente, para a gente incentivar os nossos filhos estudar (...) só que tem lugar que a gente não consegue chegar e falar assim diretamente porque a gente sabe que tem.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“A gente foi fazer um trabalho uma vez sobre cigarro, tudo, aí a diretora própria já falou para não focar muito no negócio da droga, né, porque sabe que tem represália. Você tem vontade de chegar e expor, mas, ao mesmo tempo, você tem receio de falar com medo de ser barrado e pode ser mesmo.” (ACS Celia, atua há 14 anos)

Com relação à notificação de casos de violência doméstica, a ACS Elis que atua há 9 anos revelou que não repassava para equipe informações a esse respeito com receio de que o seu nome fosse identificado na ficha. Soube apenas em 2008, através de um curso de formação, que os profissionais não eram identificados, apenas o nome da UBS. Já a ACS Cida mencionou que presenciou uma das enfermeiras da UBS ter se negado a notificar um caso também por medo de retaliações do agressor:

“Geralmente quem faz a notificação é a enfermeira. De uma paciente que apanhava bastante, uma enfermeira se recusou a fazer porque o cara é bandido, então ela falou que não ia fazer a notificação, ela falou: “Não, o cara é bandido eu não vou me meter, vou morrer”. Elas mesmas [as enfermeiras] falaram para a gente que não vai para a polícia, que é só para sinalizar como está a violência contra a mulher na região, então porque que você não quer fazer? Então tem gente que nem faz a notificação. A gente acha que às vezes é em vão algumas coisas que eles mandam a gente fazer porque se você vê a gente traz a informação e a pessoa se recusa, pior sou eu que estou indo lá.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

Para a ACS Marta, as notificações não deixam de ser realizadas, sendo importantes para a elaboração de políticas públicas na região. Reconhece, contudo, que a violência na comunidade interfere no andamento de determinados casos que chegam à UBS. Segundo ela, as equipes da unidade juntamente com o NASF procuram trabalhar sem acionar a rede intersetorial de apoio como o conselho tutelar e o conselho do idoso, fazendo isso apenas em casos que consideram “extremos”. Isso seria uma estratégia para tentar não agravar as situações de abuso e de violência das vítimas, buscando resolver os casos de forma mais passiva e indireta e através da sensibilização das famílias. Paralelamente, são ações que visam resguardar a UBS e a segurança dos ACS que são, muitas vezes, os que detectam e atendem primeiro esses casos:

“Ah, interfere sim. Um caso que seria de enviar para o conselho tutelar, um conselho do idoso, por maus tratos assim, a equipe é obrigada a trabalhar com esse caso porque se ela manda para a frente surge que é a unidade que tá envolvida, quem é que morre na rua? É o ACS, e as equipes já sabem disso, que tudo que reflete da unidade para a comunidade é o ACS que vai ser penalizado porque o ACS que tá no território, é a família do ACS que tá no território, a represália vai vir em cima de quem tá mais perto, então acaba que afeta, né, porque tem coisas que é para ser acionado, conselho tutelar, conselho do idoso, às vezes uma violência doméstica mais acentuada que chega aqui, aí já não dá para se fazer muita coisa, por quê? Porque a gente tá lá na comunidade, então já não dá mesmo, porque eles sabem dos nossos horários, eles sabem como funcionam. Então se há algum caso como esse, a gente discute em reunião de equipe, aí leva para o NASF, aí roda, roda e roda e tenta ajudar sem fazer algo que vá prejudicar todo o resto. Porque a intervenção externa só vai acontecer se for uma coisa extrema assim e não pode nem estar claro que foi algum de nós que fez. A gente chama a família e faz essa intervenção com ela “Olha, vocês correm o risco disso...” aí a gente fala: “se algum vizinho denunciar, algum vizinho tá falando...” a gente joga assim, né, de uma forma que ele consiga mudar ali o movimento dele sem se prejudicar, ajudando ele sem prejudicar ninguém. É uma forma, uma estratégia, a gente tem que montar uma estratégia para ajudar ele, mas não pode ser nada que traga prejuízo para o desenvolvimento do nosso trabalho e não pode deixar de fazer nada porque tem alguém em situação de risco (...). A gente tem que estar

bem ativamente fazendo alguma coisa, alguma ação, mas de forma bem passiva.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

A violência doméstica é uma questão muito complexa, exigindo-se da ESF e da formação oferecida aos trabalhadores, a definição de critérios claros capazes de distinguir uma intervenção de uma intromissão. Esses critérios nem sempre são muito bem definidos e compreendidos pelos usuários e talvez pelos os próprios ACS, podendo culminar em casos limites, como um assassinato ocorrido alguns anos atrás de um agente de saúde que atuava em uma região próxima à UBS.

Seguindo esta perspectiva, podemos questionar a efetividade e o alcance dos atendimentos de violência doméstica no âmbito da Estratégia Saúde da Família em sentido mais amplo. Saber até onde é possível seguir com uma intervenção, pode se traduzir em uma conduta profissional muito arbitrária, individual e baseada no senso comum, sem o necessário respaldo teórico e técnico que as atribuições formais do cargo exigem. A ACS Elis, por exemplo, que já tinha mencionado que antigamente não repassava para a equipe essas informações, destacou as dificuldades que possui em trabalhar nas suas visitas com um caso que envolve abuso e negligência de crianças e, em outro, de violência praticada pelo parceiro contra a mulher:

“Atrapalha sim, porque às vezes a gente quer tomar certas atitudes e a gente não pode tomar certas atitudes por causa dessa violência comunitária. A família não aceita certas coisa, aceita a minha visita sim, faço as minhas orientações, faço minha prevenção e orientação, mas é uma coisa que eu tô indo lá, a mesma coisa que eu entro eu saio, que não tem melhoras, esse homem é extremamente ignorante e ruim e eu tenho medo dele machucar os próprios filhos ou a própria esposa se eu quiser e aprofundar mais. Eu me aprofundar mais ele pode até fazer alguma coisa porque eu moro na mesma comunidade, na mesma rua, então quer dizer, se a gente tomar certas atitudes quem é a primeira pessoa que ele vai pensar que fez alguma coisa? Eu.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“Sentia muita insegurança pelo histórico de violência que ele vem desde de adolescente, né, aos 14 anos parece que ele já matou, né, e ele é muito violento. A minha visita era rotineira, eu procurava não me aprofundar

muito no assunto na questão da violência porque eu não sabia o que que ele poderia fazer com ela depois que eu saísse da casa. É preocupante, né, porque enquanto eu tô lá vestida de uniforme é uma coisa, né, mas acabou o horário já é outra coisa, a gente não sabe até que ponto é o ser humano.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

Na UBS, além da ACS Dena, outros dois trabalhadores disseram ter sofrido ameaças diretas no exercício do trabalho. O ACS Fábio, durante uma visita realizada na casa de uma jovem, sentiu-se constrangido pelo tom ameaçador da fala do marido – traficante – mesmo explicando que era um funcionário da UBS que estava ali para atender a sua família. Preocupado, Fábio chegou a contar o fato para parentes e levou a situação para ser discutida com a sua equipe de trabalho, sendo decidido que o ACS passaria a ser acompanhado por uma colega nas próximas visitas. A segunda visita chegou a ocorrer do lado de fora da casa e depois disso o casal mudou-se de área.

Já a violência ocupacional vivenciada pela ACS Cida, dois processos simultâneos ocorreram: a violência praticada por usuários e no interior da UBS pelo gestor, podendo ser caracterizada como assédio profissional. A ACS conta que, certa vez, ao realizar uma visita, presenciou o marido e o cunhado de uma usuária entrar na casa portando armas dizendo para a mulher guardá-las, pois tinham matado naquele instante um homem no bairro. A ACS, que estava grávida na ocasião, foi ameaçada de morte escutando deles que se ela “abrisse a boca” não veria o seu filho nascer. Continuou a ser ameaçada por mais alguns dias através de recados enviados pela mulher que atendeu. Ao mencionar o ocorrido para o gestor, este disse para ela ir à casa dos pais onde eles estavam escondidos tentar conversar, isto é, perguntar se queriam mudar o cadastro para a microárea onde estavam naquele momento. Questionada Cida sobre os motivos que levaram o gestor a fazer esse pedido, ela

considera que isso seria como uma desculpa para tentar mostrar aos usuários que nada tinha sido alterado na relação estabelecida com a UBS e, consequentemente, com os trabalhadores, mas também como um “teste” para ver se ela tinha capacidade de lidar com essa situação:

“Conversei, eles chegaram para mim e disse: “Ó, fica quieta senão vai sobrar para você, se você falar que a gente tá aqui já sei que foi você que falou”. De novo, sim, [referindo-se que foi ameaçada novamente nesse encontro] mas aí eu tive que ir, o gerente pediu e eu fui. Sabe aquele medo, eu tinha acabado de entrar, grávida, sou mãe solteira, então eu tive que garantir o emprego porque minha filha tava para chegar, então tudo que pedia para eu fazer eu ia. Foi um teste, para mim ele [gestor] me testou nesse sentido de ir atrás, ele me testou. Eu tenho certeza que ele fez um teste, eu tinha acabado de entrar eu tava aqui 2 meses e pouco. Um teste para ver se eu conseguia ir, para ver se eu tinha o perfil (...). Ele não pôs a dele para bater, ele pôs a minha cara e a dele ele não colocou. Ele ficou lá em cima, no lugarzinho dele enquanto eu, que sou de baixo, fui para lá.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

O sentimento de ameaça, constrangimento ou receio, é algo que atinge abertamente ou indiretamente todos os ACS. Por esse motivo, nas abordagens que realizam, foi identificada a preocupação que possuem em mostrar para os usuários, qual é o trabalho deles e o serviço que estão oferecendo:

“A gente tem que abordar o paciente, a gente tem que prestar atenção no que a gente vai falar, a gente tem que mostrar para eles qual o nosso serviço, deixar bem claro o que a gente tá fazendo lá, a gente não tá indo olhar e nem fazer denúncia, a gente só tá fazendo a nossa parte da área da saúde.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“A gente tem que ter cuidado com que a gente fala, a gente tem que ter cuidado como a gente chega na abordagem, entendeu, pra de qualquer maneira eles não influenciarem no trabalho da gente, na vida pessoal da gente, porque como nós moramos aqui na comunidade a gente é muito marcado.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Entro dentro da casa do traficante, falo “Ó, eu vim fazer a minha visita, tá, não quero saber da tua vida particular, a única coisa que eu quero saber é sobre a dengue, sobre a tuberculose, se tem gestante, criança prematura, menos de 2 anos, ó, a única coisa que eu quero saber é isso, da tua vida particular não importa, não me interessa(...)”. (ACS Diva, atua há 11 anos)

“Eles sabem que a gente tá ali para prestar um serviço com relação à saúde e nada mais, porque o que se trata de outro setor é segurança pública, não é a gente, a gente se atém ao nosso trabalho que é de saúde

pública, então a gente chega lá e fala: “Olha, estou aqui para isso.”
(ACS Marta, atua há 9 anos)

Essas narrativas nos revelam o posicionamento adotado pelos ACS e o conhecimento que possuem do contexto social e da população atendida pelo serviço. Verifica-se, também, a existência de uma linguagem adaptada na qual tenta-se deixar claro suas atribuições, procurando distanciar-se de temas espinhosos que poderiam remeter ao âmbito da segurança pública. Em outro sentido, através das falas, dos seus conteúdos e da minúcia da abordagem, os ACS estão interagindo com os sujeitos tentando negociar as relações para produzir o serviço de saúde conformado a uma realidade específica (Lotta: 2012). As reciprocidades estão sendo construídas no contexto analisado, demarcando certos limites, hierarquizando conteúdos que parecem ser mais importantes que outros: *“ó, eu vim fazer a minha visita, tá, não quero saber da tua vida particular” (...)* *“eles sabem que a gente tá ali para prestar um serviço com relação à saúde e nada mais, porque o que se trata de outro setor é segurança pública (...).”*

4.2 A UBS, as proximidades e as relações negociadas?

Já foi mencionada a importância de considerar as interconexões que são estabelecidas entre a unidade de saúde, os trabalhadores, a população e o território. Neste sentido, uma das perguntas dirigidas aos ACS buscou explorar se o fluxo dos atendimentos dentro da UBS é alterado por conta de circunstâncias que envolvam imposições e ameaças de usuários. Todos consideram que dentro da unidade não existem repercussões dessa natureza, muito menos atendimento privilegiado. As equipes procuram priorizar o cuidado, independentemente de ser um paciente

hipertenso, uma criança vítima de abuso ou um traficante. Dentro, as únicas exceções que podem influenciar o fluxo dos atendimentos são usuários cujo acesso é muito difícil, que raramente buscam apoio do serviço e apresentam uma questão de saúde que precisa ser monitorada regularmente. É necessário, ainda, algumas vezes, passar na frente na fila dos atendimentos da UBS aqueles que costumam brigar e arranjar confusões e usuários drogados que apresentam um estado físico e emocional alterado, podendo, em ambos os casos, causar transtornos, mas não propriamente medo.

Segundo a ACS Diva:

“E tem hora que sim, se atende ele primeiro para que ele vá embora... drogado, bem bravo, até melhor tirar ele do meio do fluxo do que deixar... se vem um paciente meu e ele tá drogado, alterado aí um olha e fala assim “É da Diva”, então eu já desço para amenizar a situação, porque eu não posso deixar que aquilo tome conta da UBS, então ele tem mais que respeitar ela, porque funciona assim: tá todo mundo quieto, um começa a levantar a voz, todo mundo levanta junto, então você procura tirar esse paciente, põe dentro de uma sala, conversa, ameniza a situação porque senão gera um conflito muito grande.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

Com relação às ameaças dirigidas aos trabalhadores no interior da UBS, essas situações foram pouco mencionadas, embora já tenham ocorrido casos envolvendo não apenas os ACS, mas ainda atendentes e enfermeiros. Em um dos episódios recentes, a ACS Cida falou sobre uma usuária que, durante a abertura da sua ficha de acompanhamento do pré-natal, não gostou de saber que não poderia ser atendida naquele mesmo dia. O marido dela, traficante, que estava a acompanhando, por sua vez, chegou a ameaçar a enfermeira dizendo: “ó, fala para aquela mulher que ela não sabe com quem tá mexendo”, fazendo ainda referência com o dedo de estar apertando um gatilho de uma arma. Essa situação não alterou, contudo, o fluxo do atendimento e a usuária voltou ainda duas vezes a UBS até ser acompanhada por um plano de saúde no período da gestação.

Outro ponto a ser destacado, é que não são apenas os ACS que possuem no território um papel importante na mediação construída entre a UBS com a população. No interior dessa, o gestor também estabelece articulações de dentro para fora e vice-versa. No caso da atual gestora, esta menciona uma situação extremamente embaraçosa que foi obrigada a intervir depois da existência de um furto que ocorreu dentro da UBS, no mesmo período que estavam sendo realizadas as entrevistas para esse estudo. Segundo ela, traficantes locais descobriram os responsáveis pelo furto e telefonaram para a UBS para perguntar a ela, se poderiam fazer alguma coisa contra os acusados. Preocupada, Cora disse:

“Não pelo amor de Deus, não faz isso”, não, você fica morrendo de medo porque qualquer coisa que você fala você acaba assumindo a responsabilidade do outro. Já queriam fazer, só pediram a autorização. Pedi pelo amor de Deus, pelo amor de Deus, rezei muito e falei para ele umas 3 vezes que eu não queria que fizesse nada porque não tinha acontecido nada, para deixar quieto, que nada, mas ele ia ter uma conversa, “Pelo amor de Deus, não faça, se você fizer eu vou ficar muito chateada com você.” (Gestora da UBS)

Uma parte dos ACS considera que os traficantes possuem respeito pela UBS e pelos profissionais, uma vez que eles e seus familiares também utilizam o serviço que está situado em uma área que carece de muitos recursos, sendo um lugar de referência. Esse respeito ainda justificaria a interferência deles neste e em outros casos dentro da UBS, como o furto de uma carteira de um médico na sala de atendimento praticado por um usuário que, dias depois, retornou para devolvê-la e pediu desculpas pelo ocorrido.

As ambiguidades que emergem a partir das representações construídas a respeito dos traficantes – capazes de exercer coerção, mas, ao mesmo tempo, possuir estima e respeito pelos trabalhadores – é algo interessante a ser ressaltado. Essa visão positiva parece ser reforçada ainda, conforme discutido no capítulo anterior, devido à

avaliação negativa a respeito da polícia, condição que permite, na perspectiva dos ACS, o reconhecimento de uma certa influência dos grupos ligados ao tráfico na garantia ou na sensação de segurança oferecida aos moradores.

Neste sentido, nem sempre os ACS vão interpretar situações cujo acesso ao território é controlado – pág. 125 – como ações impositivas do tráfico, mas como um aviso para garantir a segurança deles no trabalho, na maioria das vezes, por conta de rumores de que a polícia vai entrar no território:

“Eles têm muito respeito pelos ACS, eles olham assim “Poxa, elas vêm aqui para cuidar da nossa saúde, para cuidar dos nossos filhos, para cuidar das nossas esposas”, entendeu? Eles são pessoas que respeitam demais o ACS, tanto que na minha área não acontece, mas tem áreas de colegas minhas que quando a polícia vai entrar eles avisam “Olha, não vem porque a gente já sabe que a polícia vai entrar” ou “Não vem porque vai chegar droga, por favor, não venham”, eles respeitam muito a gente. Eu acho que é questão de segurança, eles já avisam como te falei, eles têm muito respeito pelo ACS.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

“No dia que não pode entrar na favela, não é para entrar. Pessoas que é traficantes, né, “Ó, não é pra entrar hoje”, mas tem horas que eu até vejo isso como uma questão de segurança para a gente, você entendeu, para a gente mesma.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“Não, mais como uma proteção porque eu, no começo, me sentia ameaçada por não conhecer o lugar, as pessoas. Eu já morava nessa área antes de ser agente comunitária, mas eu não conhecia ninguém porque eu não saía na rua, né, mas eu vejo mais como uma medida de respeito e proteção, né, nunca vi uma intimação falar “Ó, você não vai fazer e pronto”, não, sempre vi como uma proteção e respeito até pelo meu trabalho.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“Eles avisam a gente, eles não impedem da gente passar, tem respeito com o trabalhador da área da saúde, eles deixam o acesso livre para nós porque sabe que a comunidade precisa e também fazem parte da comunidade e são atendidos na UBS. Então a gente já sabe que não é para entrar, a gente não se sente ameaçada, a gente se sente avisado mesmo. Por nós mesmos quando passa pela a gente mesmo “Olha, não é para entrar” eles já sabem de nós qual é de cada território tal e já pede para avisar.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

Considerando os impactos das representações em torno da performance policial, a maioria das narrativas sobre o cotidiano de trabalho dos ACS

apresentaram-se permeadas pelo receio dessa presença, evitando os trabalhadores de passarem no mesmo local onde existe, por exemplo, concentração de viaturas e motos em patrulhamento. Riscos de confrontos, tiroteios ou acertos de contas entre a polícia e traficantes foram apontados como situações possíveis em ruas e vielas onde concentram-se pontos de venda, uso de drogas e descargas de produtos roubados.

Os trabalhadores ainda revelam preocupação de serem confundidos com bandidos disfarçados e levados presos, fato já ocorrido com um agente de saúde em uma região próxima, mesmo estando com uniforme e material de trabalho. A ACS Mirian aponta, além disso, a atuação de policiais à paisana na comunidade, a exemplo de uma abordagem feita por um enquanto atendia uma usuária na calçada, próxima a uma “biqueira”. A ACS sentiu-se constrangida com a pergunta feita pelo policial – que ela já sabia que estava à paisana – se conhecia todas as pessoas que circulavam por ali, respondendo apenas que conhecia os moradores e não todos que subiam e desciam a viela. Horas depois, o policial juntamente com outros estouraram a “biqueira” e ainda perseguiram dois jovens que acabaram assassinados ilegalmente em um carro roubado.

A gestora da UBS reforça que existe, de fato, medo por parte dos trabalhadores de retaliações e de ações arbitrárias da polícia em casos de grande repercussão no território. Menciona um caso com morte de policiais na região e que durante as investigações foram mobilizados muitos policiais, causando grande apreensão nos trabalhadores da UBS, que trabalhavam sob esses olhares desconfiados, até ser descoberto o autor do crime:

“Mas quando teve [aquele caso] ... quando eu cheguei aqui tava todo mundo de cabelo em pé. Por medo de ter retaliação da polícia porque assim... até que foi uma das coisas que mais me chamou a atenção: quando apareceu [um suspeito] deu um alívio para todo mundo, todo

mundo ficou aliviado e eu fiquei escandalizada “Por que? Como?” “ai, graças a Deus que foi o [ele] senão isso daqui ia virar um inferno”, porque no mesmo dia até apareceu polícia florestal aqui no território, um monte de PM, os agentes e o médico iam fazer visitas “escoltados” pela polícia porque eles tavam querendo achar quem foi que fez o crime. Os funcionários para fazer visita, entrar em certas áreas consideradas mais visadas, de risco foi a pessoa da área vermelha para o córrego com a polícia andando e conferindo quem que era, então isso interfere no trabalho. As pessoas ficaram com medo de sair, isso até se esclarecer que foi [ele]. A médica com o agente de saúde na hora que ela passou tinha viatura da PM... não foi escoltada, não foi escoltada, mas eles ficaram literalmente em algumas áreas seguindo, verificando quem que era, a polícia. Então, assim, para a gente que já trabalha com este tipo de usuário acaba atrapalhando porque pode alguém relacionar a nossa ida com a presença da polícia. Sentiram-se desconfortáveis porque a gente atende todo dia todo mundo que a gente sabe quem é, então assim, até para você estabelecer esse vínculo com o usuário(...)” (Gestora da UBS)

A partir da análise das entrevistas, verifica-se que a presença da polícia no território traz aos ACS uma sensação de imprevisibilidade no desfecho dessas incursões que são realizadas, sendo potencializados os riscos de ações arbitrárias que produzem uma indiferenciação dos alvos, isto é, das imagens e representações construídas em torno daqueles considerados “trabalhadores” e “bandidos”³⁵.

Nas interações entre os traficantes com os ACS – marcadas por receios, desconfianças, ameaças e coerções – a diferença é que as relações parecem ser mais claras e estáveis, estabelecendo-se por meio desses contatos e mediações, um conhecimento sobre o que acontece na comunidade, a sua rotina e do que está previsto para acontecer, conforme expresso na frase: “quando a polícia vai entrar eles avisam “olha, não vem porque a gente já sabe que a polícia vai entrar” ou “não vem porque vai chegar droga, por favor, não venham.” Isso permite que os ACS

³⁵ Estudo realizado em um município do sul do Brasil em duas UBS revelou que os profissionais da saúde possuem uma visão diferente dessa apresentada na dissertação pelos ACS sobre a atuação policial no território. Segundo eles, em determinadas microáreas, a falta de policiamento ostensivo e de um posto policial não só contribui com a intensificação de insegurança, crescimento de vandalismo, uso e tráfico de drogas, como também da violência, incluindo roubos na comunidade (Budó *et al.*: 2012).

desenvolvam as suas atividades compreendendo os limites desse contexto comunitário. Além disso, nessas interações estão presentes regras e previsibilidade com relação ao que se espera de cada um dos atores:

“(...) A minha microárea é tranquila, né, eu tenho pontos de tráfico como muitas das colegas têm no território, mas a gente mantém um bom relacionamento com relação à questão de horários, tem um momento que a gente não pode entrar na viela, coisas assim. Porque a gente sabe como funciona o ritmo e sabe o que deve fazer e a maneira de se comportar naquele momento, então quando você tem conhecimento, você tá mais segura. Pediu para a gente não entrar, a gente não entra. É uma parceria condicionada ao trabalho, ou você mantém esse tipo de relacionamento de uma forma clara de que é assim e passa a confiança de ambas as partes ou quem sai no prejuízo? É a população em geral, é o povo que tá lá porque a região é uma área de risco com relação a tráfico, violência, a vulnerabilidade é muito grande.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

“Então eu respeito, eu sei até onde eu posso ir, entendeu, e eles me respeitam também, né, eu sei o limite, eu sei até onde eu posso chegar, dali pra lá eu sei que eu não posso então eu não vou, entendeu? E quando tem alguma coisa que você vai correr risco eles avisam para gente não ir.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

As regras e a previsibilidade das condutas regulam essas aproximações e tornam as situações potenciais de ameaças na comunidade para os trabalhadores mais calculadas e, por conseguinte, evitadas. Previsibilidade e “respeito” ainda se expressam nos rituais assumidos pelos ACS de tentar deixar claro o modo como compreendem suas atribuições, ou seja, demonstrando que evitam entrar e aprofundar-se em determinados temas e ações comunitárias – como o consumo de drogas – em suma, em uma tentativa, conforme já salientado, de negociar para produzir o serviço de saúde, condicionado a certos limites.

4.3 Agressões verbais e assédio sexual

Nas entrevistas realizadas com os ACS emergiram questões que permeiam o cotidiano de trabalho que são interpretadas como violências pelos trabalhadores,

ocupando um lugar importante no universo das suas representações sociais. São situações que se referem a uma discussão sobre exposição à violência na comunidade de natureza diversa daquela que estava sendo discutida até então, isto é, a agressões verbais e assédio sexual praticados por usuários da UBS.

Com relação às agressões verbais, os motivos atribuídos estão associados à ambivalência dos papéis dos ACS na comunidade como moradores e trabalhadores, outros relacionados com a percepção de má qualidade do serviço público, e ainda como um reflexo dos problemas pessoais vividos pelo usuário que acaba direcionando sua agressividade para o profissional.

A maioria dos ACS disse que já sofreu agressões verbais no exercício do trabalho. Cida, que atua há 5 anos, destacou que é xingada por usuários quando diz que não está em seu horário de trabalho e tenta evitar esses constrangimentos atendendo na rua quando é solicitada, mesmo aos finais de semana, nos períodos em que está em férias ou a caminho da faculdade.

Comentários lançados principalmente quando os ACS estão circulando no território causam grande aborrecimento como: “*De novo de férias?*”? “*Você está de folga?*”? “*Esse trabalho só ficam passeando*”, assim como palavras depreciativas ligadas à violência de gênero:

“Passando na rua, xingam, falam ‘Ah, essas vagabundas não trabalham só ficam batendo perna’. Eu fico chateada porque a gente procura fazer o nosso trabalho da melhor forma. E eu realmente, sou casada, sou mãe de família, então assim, quando as pessoas falam ‘essas vagabundas’ esse nome de puta, nossa, isso acaba comigo.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“Chamou ela de vagabunda porque veio aqui no posto e não conseguiu resolver alguma coisa dele, não sei se foi consulta ou encaminhamento, só que eles direcionam muito para o ACS, como a gente que é a linha de frente na comunidade, eles não vêm até a unidade reclamar, reivindicar ou vê o que tá acontecendo, eles usam a gente para soltar as frustrações, o que não dá certo, que a gente tem culpa, e não é assim (...). Ela ficou

afastada uns 3 dias que ela tava com o sistema nervoso abalado(...).”
(ACS Marta, atua há 9 anos)

“Então, somos em 30, eu acho que os 30 já ouviram isso. Tem coisas também de paciente ofender, chamar de vagabunda, essas coisas.” (ACS Adriana, atua há 4 anos)

Uma parte dos trabalhadores tenta elaborar as agressões que sofrem como problemas que são fruto da insatisfação com a qualidade e funcionamento da UBS. A unidade de saúde, contudo, não atua isolada e depende da presença e da articulação mais eficaz da rede intersetorial de apoio no território e dos encaminhamentos dentro da rede de saúde destinados à assistência de média e grande complexidade, questões que, para os ACS, ainda estão muito aquém da demanda. Por não compreenderem os meandros desses fluxos, os usuários acusam os trabalhadores de agirem discricionariamente, ou seja, de não terem vontade de trabalhar e de não quererem marcar as consultas. Muitas vezes, a demora em agilizar um atendimento e o estado de saúde do usuário no momento, o torna mais suscetível de desferir palavras agressivas:

“É mais agressão assim... de palavras mesmo. De colocar para baixo, de falar que é porcaria, que o seu serviço não presta, “O que você está fazendo aqui, fazendo a mesma pergunta”? Porque normalmente a gente tem um roteiro das perguntas que é a dengue, prevenção, então, algumas perguntas são fechadas, mas tem outras que a gente vai destrinchando conforme o mês com aquela família. Então, como é todo mês que a gente tá ali, então as pessoas já colocam o problema do posto porque não funciona algo e acaba descontando na gente: “eu já falei que eu não quero que você venha mais aqui!” “Aquele posto não presta, para quê você vem aqui?” Então, é mais isso, mais as palavras mesmo. Não é a questão do posto, é a questão do sistema em geral, então acredito que isso é uma violência porque a gente tá ali para fazer da melhor forma possível, a gente se coloca no lugar porque eu também sou usuário do posto, eu também preciso, eu também tenho as minhas questões aqui que não estão sendo resolvidas e nem por isso eu tô xingando ninguém e nem por isso eu estou maltratando, então eu acredito que é uma violência sim. E aí a gente tenta explicar para os pacientes que não é a questão do funcionário que não quer marcar. Eles acham que a gente pega o papel e esconde e não quer marcar, mas não é, é o sistema, da disponibilização das vagas aí esse é um problema que a gente enfrenta quase todos os dias. Tem encaminhamento que fica 1 ano, fica 6 meses: “É, quando esse encaminhamento sair já não preciso mais, já estou curado.” ou então “Eu já morri”. Eu vou falar o que? “Não, vai mudar, a gente vai

conseguir marcar para você”, a gente fica de mãos atadas porque não tem uma pílula mágica para mudar essa situação. Como você fala para uma pessoa que está tendo uma enfermidade, com aquele problema que está doendo ou sentindo um desconforto que vai demorar o seu encaminhamento, o seu exame para fazer. Não existe palavras para falar, porque eu não estou passando o que ele está passando, não tem como e a gente acaba escutando e só balança a cabeça e fala que “Não, vamos tentar ver, conversar lá, fazer de uma outra forma”, mas não existe uma outra forma, tem que esperar.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

Os ACS consideram que existe uma certa desvalorização social da sua atuação enquanto trabalhadores da UBS que estão na ponta do serviço e que, de um modo geral, os usuários cobertos por planos de saúde são os que mais agredem com palavras. Da mesma forma, acreditam que recebem um tratamento melhor da população quando são acompanhados em todos os domicílios pelos profissionais “vestidos de branco” como médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

As normas e os procedimentos que devem ser seguidos pelos trabalhadores também acabam gerando brigas e agressões. A ACS Elis menciona que era responsável por uma usuária que, após ter se mudado de microárea em 2006, não aceitou ser desvinculada da UBS conforme o procedimento padrão. Inconformada, procurou Elis em sua casa para ofendê-la. A ACS ficou preocupada com as agressões verbais e com a possibilidade de que algo fosse feito contra ela ou contra seus filhos, decidindo fazer um boletim de ocorrência sem antes comunicar a antiga gestora da UBS, que segundo ela, não a teria deixado fazer.

A mesma situação ocorreu com a ACS Diva que ainda sofreu dentro da UBS uma tentativa de agressão física da usuária. A ACS conta que não conseguiu aceitar essa agressão e procurou, após o seu horário de trabalho, a usuária em sua casa para tirar satisfações. Ambas acabaram discutindo novamente, mas Diva menciona que depois desse episódio não a encontrou mais. A ACS destaca em sua entrevista outras

agressões gratuitas que sofreu durante as suas tentativas de fazer visitas

domiciliares:

“Eu tinha perdido o meu filho fazia, mais ou menos, uns 3 meses aí cheguei lá e fui fazer a visita, eu estava trabalhando nesta rua fazia pouco tempo então eu tinha que me apresentar, aí eu bati palma e falei “Oi, tudo bem com a senhora?” e ela, “Tudo, o que você quer na minha porta”? “Olha, eu sou a sua agente comunitária, meu nome é Diva e eu gostaria de falar um pouco com a senhora”, “Some da minha porta sua égua, some daqui!”. Aí peguei, “mas, não, eu preciso conversar com a senhora” Ela me maltratou tanto, tanto, tanto que eu tava assim muito triste ainda que eu saí da porta dela, ela pegou até um cabo de vassoura falou que se eu não saísse ela ia me agredir. Eu saí da porta dela muito triste, sentei na calçada e chorei, chorei, chorei muito aquele dia aí sequei bem os olhos, né, respirei fundo e falei “Vamo Diva, a luta de novo, pode parar, não desista e fui na casa de uma outra”. (ACS Diva, atua há 11 anos)

Nos relatos verifica-se que confrontos diretos entre os ACS com usuários apresentaram-se como situações limites não muito comuns. Elis, por exemplo, narra que conseguiu estabelecer uma relação muito melhor com a usuária com quem discutiu depois que essa voltou a morar na microárea dois anos depois. Acredita que essa mudança no tratamento que passou a receber ocorreu, justamente, porque foi obrigada a tomar uma atitude drástica, mostrando que não aceitaria ser xingada passivamente:

“E acho que porque ela achou alguém... porque como ela sempre foi assim na rua aterrorizante ninguém na rua gostava dela, ninguém nunca peitou ela, então quando ela achou uma pessoa que tomasse uma atitude mais drástica, eu acho que isso baixou um pouco a bola dela, ela viu que ela precisava ser um pouco mais humilde e hoje ela fala: “Elis, como eu vejo como eu preciso das pessoas” e lá achava que não precisava de ninguém, hoje ela é totalmente diferente. É a melhor paciente que eu tenho na área.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

A ACS Diva destacou que conseguiu também melhorar o relacionamento com algumas usuárias que costumavam agredi-la verbalmente quando tentava fazer as visitas domiciliares, através da sua insistência em estabelecer vínculos de proximidade, pois, segundo ela, esta é a característica principal do seu trabalho,

“insistir, independente do que se trata e ganhar a pessoa para a gente, e se você não ganhar, o seu trabalho não serve de nada.”.

Os ACS ainda procuram lidar com as agressões sofridas elaborando um julgamento mais distanciado sobre o usuário, ou seja, como questões relacionadas estritamente aos problemas que esse está vivendo no momento:

“No começo eu ficava nervosa, eu ia para casa chorava, eu vinha para cá reclamando. Hoje eu já começo a ver com um outro olhar, a gente vê que as pessoas... todo mundo tem problema, né? Que às vezes a pessoa tá brava ali que ela deve tá passando por algum problema, então eu procuro entender, na hora eu fico chateada, mas depois eu começo a tirar de letra, já não fico tão nervosa assim como eu ficava antes. Ficava até doente, às vezes até não dormia, pensando “fulano xingou.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“Ela falou para eu procurar o que fazer porque ela tinha e o tempo dela não era para ficar dando atenção para quem ficava de porta em porta querendo cuidar da vida dos outros, aí não teve problema. Sai de lá também muito triste e quando foi no outro mês eu voltei, quando voltei eu falei assim para ela: “Posso conversar com você?” e ela, “Pode, entra, senta”. Então foi um tratamento completamente diferente. Chegando lá ela falou para mim “Olha, eu gostaria de pedir perdão, não é nem desculpa, é perdão porque eu tive naquele dia uma briga muito feia com o meu marido, a gente tinha se separado, tinha ido embora e eu tava assim muito revoltada com o mundo, com todos, eu sei que que você não tem culpa de nada, mas eu descarreguei tudo em cima de você porque você foi a primeira pessoa que apareceu, então descarreguei tudo em cima de você, você me perdoa?”, eu falei: “Normal, meu trabalho é esse, ir e voltar.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

Já outros trabalhadores afirmam que procuram não se afetar com os comentários agressivos e evitam o envolvimento com discussões utilizando-se da estratégia de procurar uma acomodação no meio dessas tensões, a exemplo da ACS Marta que emprega o “jeitinho brasileiro”:

“Eles falam que a gente só passeia e aí eu falo “Tô passeando, daqui a pouco vou aí na sua casa passear também, hein”, aí a pessoa já dá risada. Você tem que ter o jeitinho brasileiro para lidar, você não pode bater de frente, você tem que esperar a pessoa respirar fundo e saber que aquilo não é com você, porque se a gente se apegar nas coisas que as pessoas falam você adoce mesmo(...). Eu não tomo remédio porque eu aprendi esse limite(...). Já pensou se eu fosse reagir à cada agressão? Eu não trabalharia mais.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

Considerando as repercussões no desenvolvimento do trabalho, a maioria dos ACS referiu que não deixa de fazer as visitas, mesmo sofrendo as agressões verbais. Nesses casos, procuram ir acompanhados por um colega de trabalho, suspendem por um tempo as visitas ou tentam ainda conversar com outro membro da família que não tenha envolvimento direto com as agressões. Apenas dois ACS mencionaram que já utilizaram como recurso ter solicitado ao usuário que esse fizesse por escrito um pedido formal para se desligar das ações programáticas da ESF. É importante ressaltar, neste sentido, que o usuário possui total liberdade em não receber em sua casa as visitas dos ACS.

Ademais, a qualidade e a densidade dos contatos entre ACS e usuários após situações de agressão verbal irão depender muito da abertura do usuário e da disponibilidade e superação do constrangimento vivido pelo ACS para ser estabelecido um novo aporte. A carga emocional que recai sobre eles, resultante das agressões verbais é introjetada na dimensão subjetiva do trabalho, afetando suas expectativas individuais de atuação e de desenvolvimento profissional:

“Então, tem hora, tem dia que eu chego em casa e eu choro muito porque eu me olho no espelho e falo: você viu o que você fez hoje? Você entendeu porque se eu não falar para o espelho, eu não descarrego aquela energia que eu peguei na rua. Então é assim, gente, a vida do agente comunitário é uma vida de altos e baixos.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“Era assim uma reação que eu não esperava porque você tá fazendo o seu trabalho e você tem uma resposta desse tipo, dessa forma, então você acaba ficando assustado. Falei, “Será que é aqui mesmo que tenho que trabalhar? Será que é sempre assim?”, veio essas incertezas tanto que no início eu fiquei meio assim de trabalhar, fiquei pensando “Será que é isso mesmo que eu...”. Eu vinha de um ambiente tranquilo de escritório, de você tá ali no seu computador e aqui mais agitado.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

Nas narrativas não apareceram as figuras dos enfermeiros responsáveis e da gestão no sentido de tentar intermediar os atritos e as agressões, a fim de dar um

suporte maior aos trabalhadores para que estes não tomem decisões sozinhos, a exemplo do que aconteceu com as ACS Elis e Diva.

A atual gestora da UBS, quando questionada sobre as agressões verbais que sofrem os ACS, disse que só teve conhecimento, até o momento, de um caso e considera que, fora isso, não sabe de nada que tenha ocorrido de significativo com os trabalhadores. Os ACS, por sua vez, consideram essa questão muito importante, mas não foi mencionada a existência de um espaço no interior da UBS para discussão, reflexão e prevenção dessas condutas.

As situações que envolvem assédio sexual apareceram nas narrativas menos frequentes que as agressões verbais, mas atingem uma parte das agentes comunitárias de saúde em vias públicas ou durante as visitas domiciliares. O perfil dos usuários que assediam são homens casados, solteiros, jovens e idosos ou com algum histórico de problema com bebidas alcoólicas. Durante as visitas, costumam convidar as ACS para entrar em casa quando estão sozinhos, às vezes usando trajes íntimos ou enrolados em uma toalha. Mesmo as ACS não entrando nas casas, o assédio pode ser praticado do lado de fora:

“Eu fiz a visita, eu já não entrava na casa dele por conta que ele ficava sozinho, preferia conversar com ele na porta, preferi não passar para dentro, fiquei do lado de fora e aí eu fiz a visita, perguntei como estava, fiz uma pesquisa com ele sobre saúde do homem, tudo direitinho e aí quando terminei ele falou assim “Você tá muito gostosa, vamos sair.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

Nesses casos, as ACS afirmaram que não deixam de fazer as visitas seguintes, mas procuram ir acompanhadas por uma colega de trabalho ou retornam em outro horário na casa depois de perguntar a que horas podem encontrar as esposas. A maioria das ACS, além disso, disseram que, apesar do assédio, conseguem posicionar-se, exigindo respeito e expondo que estão ali para trabalhar:

“Sim, de paciente bêbado que ele quer vir passar a mão em você, porque vem mesmo com a mão e quer passar a mão. Eu já sou meio estressadinha eu já falo: “Tira a mão de mim, fala comigo sem pôr a mão, você me respeita”, porque vem mesmo ou sabe: “Ah, você não é casada, e aí eu tô de olho em você”, tem as cantadinhas, os safadinhos, casados também, só que você tem que se colocar, se posicionar porque eu sou mulher, não, ele tem que respeitar por eu ser profissional e não estar indo na casa dele para brincar, estou lá só para trabalhar.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“Eu falei assim pra ele: “Olha, eu estou aqui pra trabalhar, vim aqui pra fazer o meu serviço e eu quero que você me respeite como agente comunitária”. E assim, no mês seguinte eu voltei, porque é o meu dever voltar na casa, só que aí ele nunca mais me recebeu, entendeu? Ele quando me vê, ele abaixa a cabeça. Eu acho que ele se sentiu envergonhado.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Principalmente idoso, o idoso ele é meio... eu não sei se ele é safado ou se ele põe alguma coisa na cabeça, né, porque o meu trabalho é andar assim bem fechadinha, nada mostrando porque nem deve também, né? E eu cheguei na casa de um idoso aí ele falou assim para mim, né: “Nossa, como você tá gostosinha hoje.”, aí eu falei assim para ele: “Gostosinha em que termos”? aí ele falou “Em todos”, aí eu respirei bem fundo, né, fiquei bem brava e falei, “Então, desde que eu respeito o senhor, o senhor também tem que me respeitar e hoje eu não estou própria para fazer a sua visita eu voltarei outro dia”. E assédio todas nós sofremos.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

A ACS Mirian disse que já passou por situações de escutar comentários e cantadas de um rapaz responsável por ajudar a cuidar de uma boca de fumo na sua microárea, mas que esses episódios foram resolvidos depois que o traficante o repreendeu e o fez pedir desculpas a ela:

“E aí quando foi no outro dia eles veio me pedir desculpas aí eu “Desculpa pelo o quê?”, “Ah, pela brincadeira que eu fiz ontem tal, que eu falei que você era bonita” aí eu falei “Não, tudo bem, eu levei como elogio” aí ele, “Mas então, né, o rapaz me falou que você é casada, que você trabalha aqui, que é uma senhora de respeito e brigou comigo, então eu queria te pedir desculpas e que você falasse para ele que eu te pedi desculpas”, eu falei “Não, tudo bem”. Aí eu fui até ele e falei, “Olha, o rapaz veio me pedir desculpas, tal” aí ele falou assim, “Ah, tá bom, eu falei para ele e para todos que isso não pode se repetir, que você não tá passando aqui porque você gosta de ficar subindo e descendo, você tá trabalhando.” (ACS Mirian, atua há 3 anos)

De um modo geral, verifica-se que o assédio sexual assim como as agressões verbais que ocorrem com os ACS são temas que se entrelaçam transversalmente à

discussão de gênero e trabalho, impactando de um modo singular as trabalhadoras. Essa associação revela-se nos xingamentos e comentários específicos enquanto circulam no território, chamadas de “vagabundas” ou acusadas de gostar de “cuidar da vida dos outros”, manifestações que são fruto de relações desiguais naturalizadas, reproduzidas na sociedade. São observações importantes que mereceriam ser discutidas dentro da UBS com os profissionais, a fim de respaldar melhor as trabalhadoras, possibilitando estratégias coletivas mais organizadas para prevenir as agressões. Estas questões ainda abririam espaço para uma discussão interessante acerca dos impactos e das repercussões específicas da violência de gênero sobre as dimensões subjetivas e objetivas do trabalho em saúde.

As narrativas dos ACS nos mostraram, até aqui, que a exposição à violência e a esses tipos de agressões repercutem diretamente no trabalho, produzindo, conforme mencionado, de um lado, tensão, alguns problemas de saúde e, por outro, o desenvolvimento mais burocratizado das ações a partir do contato estabelecido com esses usuários, através da realização de procedimentos meramente de praxe. Isso inclui fazer as visitas mesmo não havendo total disponibilidade e abertura suficientes dos usuários, por conta da necessidade de bater as metas previstas pela ESF junto à Prefeitura, sem o olhar singularizado, tal como preconizado idealmente, e sem a construção de vínculos relacionais e programáticos pautados na empatia e na corresponsabilização das ações em saúde. Desse modo, no capítulo seguinte, pretende-se discutir a construção dos vínculos e levantar algumas hipóteses acerca das possíveis repercussões do contexto comunitário sobre as ações em saúde.

“Se você não tiver vínculo, você não consegue nada, tem que ter sim. Eu tenho que ter vínculo com todos, com o traficante, com o assassino, com todos.” (ACS Diva atua há 11 anos)

5. VÍNCULOS, DIMENSÃO NORMATIVA E A VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA

Nas entrevistas realizadas com os agentes de saúde, emergiram representações a partir das experiências que podem ser qualificadas como produção de vínculos entre eles e a população adscrita, estabelecendo-se pontos de correspondência com a literatura apresentada na primeira parte da dissertação.

Tanto a discussão teórica quanto as falas dos trabalhadores remetem-se a dois núcleos de sentidos relacionados aos vínculos na ESF, um expressando uma acepção mais fluida, ligada à esfera da afetividade e o outro, a uma dimensão programática/normativa. São dimensões que estão imbricadas – inclusive conceitualmente – intermediadas pela prática terapêutica, caracterizada essa como uma escuta afetiva orientada por propósitos mais técnicos (Ayres 2004; Teixeira: 2005).

A literatura refere que afetividade, dependendo da compreensão do profissional e do seu nível de preparo, pode sobrepor-se à dimensão normativa, ou seja, o profissional pode ter disposição para realizar o seu trabalho da melhor forma possível, assim como a sensibilidade para reconhecer a qualidade da escuta e do diálogo como aspectos centrais nos contatos estabelecidos, mas pode não saber operar e encaminhar essas questões no plano das habilidades técnicas mais específicas (Fontanella *et al*: 2013).

Para a maior parte dos entrevistados, as experiências vinculares são afetivas e terapêuticas. O profissional gosta do que está fazendo, demonstra envolvimento e

comprometimento com o usuário, com seus valores e expectativas de vida (Carvalho *et al*: 2006; Camargo Junior *et al*: 2006; Ayres 2004). Essa perspectiva vincular é revelada em vários trechos das narrativas que foram apresentadas na pág.76 – Percursos, Trabalho e Representações do trabalho – relacionada aos significados positivos atribuídos por eles sobre a atuação profissional. Pode ser ilustrada, ainda, através da fala da ACS Marta sobre a necessidade de conhecer as diferentes alteridades, fugindo de um padrão de interações formatado por uma noção essencialista dos sujeitos no campo da saúde (Teixeira: 2005):

“(...)O ACS só consegue trabalhar com a comunidade em geral se ele consegue se identificar com o outro. É se colocar no lugar do outro, não adianta você querer levar os seus valores, seus princípios, sua moral, porque isso é seu para a sua casa, aqui nesse serviço você tem que lidar com a realidade do outro(...)” (ACS Marta, atua há 9 anos)

Em algumas relações estabelecidas, os vínculos passam a ser imbuídos de um investimento afetivo diferenciado, que extrapola o contexto terapêutico da atenção, sendo atribuídos laços de proximidade, empatia e afinidade muito íntimos:

“Aí no início eu achei meio diferente, né, porque é totalmente oposto porque aqui você trabalha na rua, trabalha com o pessoal na rua, acaba conhecendo as pessoas do seu bairro (...) porque você acaba se envolvendo, de certa forma, na vida das pessoas, você acaba fazendo amigos, pessoas que você passava na rua e nem cumprimentava e hoje você tem uma amizade, você tem um amigo, companheiro de dar coisas para você, te presentear, diversas coisas assim, então tá sendo muito bacana para mim. Eu acho é o fato da amizade mesmo que você faz com as pessoas, que existem pessoas que você conhece que acaba marcando e você leva para o resto da vida essa amizade, tem pessoas no meu território que se um dia eu sair daqui eu acredito que eu vou ter bastante amizade.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

É interessante atentar na narrativa do ACS que a sua inscrição oficial como trabalhador possibilitou um alargamento das suas fronteiras relacionais e uma intensificação dos seus contatos, criando-se vínculos para além daqueles

provenientes do campo profissional. Este traço evidencia uma perspectiva vincular de caráter flexível, não estática, sujeita a desdobramentos sempre imprevisíveis.

Considerando ainda a dimensão afetiva, os vínculos compreendem um processo de ressignificação das relações e dos sujeitos (Carvalho *et al*: 2006; Ayres: 2004), envolvendo não apenas os ACS, mas também os usuários que passam a sentir-se identificados com um determinado agente de saúde, reconhecendo nele, conforme mencionado em uma parte das entrevistas, um amigo:

“Mas assim eles criaram um vínculo tão grande, tão grande que eles vê a gente não como um agente comunitária, mas como uma pessoa que tá ali para cuidar deles, que ajuda.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

“Então, tem coisas, por exemplo, o paciente fala para mim que o médico não sabe porque ele fala “Não vou contar para o médico porque eu tenho você como uma amiga, eu estou te falando não porque você é a minha ACS, mas porque eu te considero um amigo.”. Então, é mesmo você chegando com cuidado, você chegando com carinho, você demonstrando para o paciente a sua preocupação, entendeu? Isso você cria um vínculo muito grande.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

Esse reconhecimento afetivo, construído por meio da relação terapêutica, tem potencial de concretizar-se normativamente, (Brasil: 2004; 2012), em termos de mobilização de técnicas e habilidades mais específicas na produção da saúde, respaldando-se nessa qualidade do ACS de ser visto como uma pessoa de confiança para o usuário. Portanto, é dessas experiências concretas e particulares que resulta o vínculo, entendido, antes de tudo, como uma experiência afetiva que tem como base a confiança (Carvalho *et al*: 2006; Ayres: 2004, Teixeira: 2005), abrindo possibilidades para o compartilhamento e negociação de respostas às necessidades de saúde de modo não burocratizado e impessoal (Merthy: 1994).

Como já visto anteriormente nas entrevistas – pág. 83 – essa perspectiva vincular não exprime, segundo os próprios ACS, um consenso para uma parte dos usuários que desconfiam do papel desempenhado pelo trabalhador. Vimos também

que a potencialidade da criação de vínculos normativos torna-se fragilizada diante da carência de uma formação inicial e contínua dos trabalhadores para o desenvolvimento das habilidades – pág.131– de acordo com os casos mencionados envolvendo violência doméstica e consumo de drogas na comunidade. A intervenção dos trabalhadores nestas situações parece dar-se sem o necessário respaldo teórico e técnico que as atribuições formais do cargo exigem:

“A gente achava quando se falava de notificação [de violência] que iam nomes: “A agente comunitária Maria foi e fez uma notificação para o conselho tutelar”... então lá na comunidade “Maria fez o comunicado e o conselho tutelar vai vir” e não é assim. Eu mesma, sinceramente, eu não sabia, eu digo por mim, até que eu participei do grupo Violência Doméstica e o pessoal começou a vir aqui para falar sobre o tema da violência, foi aí que a gente descobriu que foi mais casos de notificação, né, e não de nomes.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

“Por exemplo, esse menino que tá no portão fumando a maconha: “Filho, para com isso, isso vai te prejudicar”, eu tenho que falar porque se eu não falar eu me sinto mal, eu falo, “Puxa, vida, qual que é o meu trabalho, afinal de contas”, “o que eu estou fazendo aqui?”. Eu tenho que levar saúde para eles, esse menino tá fumando maconha e eu não vou falar nada?” (ACS Diva, atua há 11 anos)

Cabe ressaltar, entretanto, que a relação de proximidade e confiança, quando presente, pode produzir resultados que os trabalhadores consideram satisfatórios, como o engajamento dos usuários com a sua condição de saúde.

Considerando as interações do trabalhador e usuários envolvidos em atividades ilícitas como o tráfico ou o uso de drogas, essa relação vincular baseada na confiança e no afeto facilita, de acordo com as possibilidades, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, constituindo-se, neste sentido, em uma via de acesso a essa população, geralmente refratária e de difícil abordagem:

“Se você não tiver vínculo, você não consegue nada, tem que ter sim. Eu tenho que ter vínculo com todos, com o traficante, com o assassino, com todos. Porque, por exemplo, esse vínculo é legal porque... esse traficante ele tem uma família, esse traficante tem um adolescente dentro de casa que ela pode ficar gestante, então eu tenho que orientar ele, essa mãe como cuidar dessa filha para que ela não engravide antes da hora, se eu

não tiver esse vínculo com ele eu não consigo chegar na casa dele e falar.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“Enquanto eu tiver naquele miolinho que é um lugarzinho pequeno, enquanto eu tô ali, eles procuram não usar as drogas que eles tavam usando, muitos deles até se dispersam, saem, vão fazer outras coisa, voltam, mas eu vejo que eles respeitam muito o meu trabalho(...). São mais os DSTs, entendeu, aí vem perguntar, tem dúvida, tem queixas e eu oriento tá procurando o posto, né, se tiver casos de suspeita sintomáticos de TB [tuberculose] mesmo que eles não morem na área, que tem uns que mora no Vale Alto, eu peço BK [exame] para eles e falo se eles quiserem fazer um tratamento eles podem fazer em qualquer posto de saúde, né. Tanto é que um teve tuberculose e ele tratou aqui pelo posto e ele é de outra área, mas ele tratou(...)” (ACS Elis, atua há 9 anos)

Do ponto de vista normativo, a dimensão vincular apareceu inscrita em termos metafóricos como uma ponte (Tomaz: 2002; Nunes *et al*: 2002; Sakata *et al*: 2007; Albuquerque e Bossi: 2009;. Santana *et al*:2009). Essa imagem revela o modo como os ACS se percebem dentro do contexto da ESF, ressaltando o seu papel estratégico como intermediadores e facilitadores das relações e das ações:

(...) “O ACS é a ponte aqui dentro, em todas as UBS, o ACS é a ponte, é o vínculo que o gerente não tem, que o médico não tem, que o enfermeiro não tem, que o auxiliar não tem. Nós somos essa ponte”. (ACS Lia, atua há 7 anos)

Os ACS ainda fizeram menção, na maior parte das entrevistas, à longitudinalidade como condição para a criação do vínculo e da confiança (Carvalho e Rubiano: 2004) e ainda para obtenção de outros resultados satisfatórios no trabalho realizado com os usuários e com a comunidade em geral (Starfield: 2002). O trabalhador, ao assumir esse papel de referência ao longo do tempo, consegue adentrar em questões familiares delicadas, minimizando as resistências e as desconfiças pouco a pouco, facilitando a costura de estratégias que consideram mais eficientes para os casos juntos com as equipes:

“(...) A gente vai devagarzinho até conquistar a confiança dele. Porque dessa menina, ela quando tava no final da gravidez é que ela começou a me falar da agressão, dos tiros, dessas coisas... ela foi criando confiança. Ela viu que eu não tava indo na casa dela para ver se a casa dela tava limpa ou não, se tem ou não tem nada. Ela viu que o tempo inteiro eu tava oferecendo um serviço para ela, só. Então ela acabou criando a confiança e começou a se abrir.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“Ah, então é... você não pode querer um vínculo no primeiro momento que você vê a família, jamais, porque a pessoa não te conhece, a pessoa não tem confiança em você, então assim, como fala os mineiros “comendo pelas beiradas” mesmo, é chegando de mansinho, querendo saber como a pessoa está, tentando criar ali uma amizade primeiro, uma proximidade até certo ponto da pessoa criar e ter em você uma certa confiança de abrir mesmo a sua própria vida para você.” (ACS Lia, atua há 7 anos)

Foi ainda mencionado que o vínculo mantido através dessa referência profissional ao longo do tempo, propicia ao usuário que desenvolva habilidades e um melhor entendimento das questões de saúde que lhes são repassadas:

“(...) Assim, é gratificante em relação como a gente trabalha muito com prevenção, promoção de saúde então é muito gratificante quando você vê que o paciente não tem orientação nenhuma de nada e você começa a orientar o paciente, às vezes ele tem sintomas que você vê que é que é pressão alta, de uma glicemia muito alta e aí ele não sabe nem o que é isso e você começa a orientar e você vê que aquele paciente no mês seguinte já procurou o médico, o médico já diagnosticou o que ele tem e você vê ele começa a se cuidar(...)” (ACS Lia, atua há 7 anos)

“(...) Ele nem sabia que aquilo existia igual às DSTs. A gente aborda muito adolescente hoje, os adolescentes que eu tenho na minha área já tão mais assim sabidos, mas na época que eu entrei eles nem sabiam o que era uma gonorreia(...)” (ACS Paula atua há 2 anos)

5.1 Obstáculos nas relações vinculares

Considerando os aspectos que podem dificultar a criação e manutenção dos vínculos com os usuários, na fala dos entrevistados um dos pontos mais sensíveis foi a insuficiência de recursos dentro da rede de serviços, incluindo a demora na

marcação de consultas médicas, exames e encaminhamentos para serviços especializados.

A ACS Paula evidencia que, apesar de conseguir estabelecer uma vinculação pessoal, de orientar e encaminhar as demandas, os vínculos – na dimensão programática – acabam sendo comprometidos, pois não há uma continuidade na assistência ofertada dentro da rede:

“Ao mesmo tempo em que você consegue trazer o paciente para você, consegue promover a saúde, às vezes vem o problema, você consegue assim, na teoria você consegue ajudar, mas na prática não muito. Eu consigo orientar super bem o meu paciente tal com medicação, mas às vezes ele precisa... já passa da minha alçada, né, precisa passar com o médico e não consegue, aí tipo, todo o trabalho que você fez às vezes acaba ficando por isso mesmo (...). Precisa melhorar e muito porque assim a gente tem prevenção é, mas o que tem que ser cuidado logo não é cuidado logo depois não adianta mais e a gente já perdeu um paciente que ...de câncer porque passou aqui, teve meio que um pré-diagnóstico, só que ficou esperando tanto na fila, que o paciente morreu e a vaga não saiu.” (ACS Paula, atua há 2 anos)

O ACS Fábio afirma que as metas que devem ser cumpridas com relação à cobertura das visitas domiciliares realizadas mensalmente, bem como número de usuários, diminuem o tempo que o trabalhador possui nos atendimentos, influenciando na qualidade da atenção que está sendo oferecida:

“A questão do tempo porque como a gente tem muita família a gente não consegue, principalmente os idosos a gente não tem tempo para ouvir, porque a gente tem que chegar na visita e tem 20 visitas por dia então, a gente chega “Oi, tudo bem?, e aí gente”?, “A receita, deixa eu ver” rapidinho, tem que ser algo muito rápido, não tem como você sentar e ouvir aquela pessoa, então ela acaba sentindo essa carência e a gente também porque a gente tem que apresentar metas, metas e metas e isso acaba atrapalhando bastante o nosso trabalho.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

Além desses fatores, a gestora da UBS ressalta dificuldades de trazer resolutividade às demandas que chegam, devido a uma crescente complexificação das condições de saúde e adoecimento dos usuários que não estão respaldados por

outras redes de apoio social para além do campo da saúde. Segundo ela, faltam investimentos e recursos nesta direção, impactando diretamente o serviço de atenção básica que acaba muitas vezes “enxugando gelo”:

“Eu posso ter 50 médicos aqui, todas as medicações, as pessoas vão continuar adoecendo porque a diferença de um PSF que eu faço hoje com que eu fazia em 1996 [quando ingressou] hipertensos é hipertensos, diabéticos é diabético, acabou. Hoje eu tenho hipertenso com o filho usuário de droga, a diabética que apanha do marido, a filha adolescente que foi abusada pelo pai, tudo na mesma família, então assim, não é uma coisa simples de resolver tem mais questões sociais que faz com que as pessoas adoeçam que as questões biológicas, entendeu? Hoje eu tenho pressão alta porque eu fico ouvindo funk o final de semana inteira todinho e a polícia chega atirando em todo mundo, então assim, não tem problemas de saúde resolvendo desse jeito se não tiver investimentos em outras coisas, a gente vai sempre acabar enxugando gelo. Então, a gente faz o básico, do básico, que eu acho a essa altura, 20 anos de PSF em São Paulo se poderia ter indicadores melhores do que tem. Não é que a Estratégia falhou, é que as outras coisas não caminharam junto, se eu não tenho outros recursos eu vou ficar doente e vou ficar doente e vou no serviço vou querer que o serviço resolva outras coisas que é da minha estrutura social e pessoal.” (Gestora da UBS)

Ademais, as demandas dos usuários que acabam não sendo atendidas de acordo com o que ele precisa e deseja acabam repercutindo na relação que esse estabelece com o ACS, fragilizando, desse modo, a credibilidade pessoal e profissional do trabalhador, podendo aumentar as chances de conflitos e agressões verbais:

“Aquele posto não presta, para quê você vem aqui”? Então, é mais isso, mais as palavras mesmo. Não é a questão do posto, é a questão do sistema em geral, então acredito que isso é uma violência porque a gente tá ali para fazer da melhor forma possível (...). E aí a gente tenta explicar para os pacientes que não é a questão do funcionário que não quer marcar. Eles acham que a gente pega o papel e esconde e não quer marcar, mas não é, é o sistema, da disponibilização das vagas aí esse é um problema que a gente enfrenta quase todos os dias.” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

A discussão na pág. 142 relacionada às situações de insultos e agressões contra os ACS mostrou que o profissional acaba tendo que lidar com essas questões sozinho, não se apresentando nas entrevistas menção a qualquer tipo de respaldo ou

intermediação dos responsáveis pelas equipes. Disso resulta que os contatos posteriores vão depender totalmente da abertura do usuário e da capacidade do ACS de superar o constrangimento vivido. Neste sentido, em algumas entrevistas subentende-se que é criado um outro problema, isto é, uma relação distanciada entre o usuário e o trabalhador, o qual, via de regra, segue fazendo as visitas mensais de praxe evitando o contato o quanto possível com o agressor:

“(...) A paciente perdeu uma consulta aqui no posto e ela queria que a Joana [ACS] remarcasse, a Joana falou que não era assim que funcionava e ela ofendeu a Joana, xingou a mãe da Joana, umas coisas assim e falou para ela “Ah, eu não quero você mais aqui, se você vir na minha porta vou quebrar a sua cara toda” e aí depois ela veio aqui, falou para a enfermeira que a Joana que tinha ameaçado ela, só que assim, eu tava presente e aí até a dona da casa que ela morava veio aqui a favor da Joana e falou que não, que a história era ao contrário e até hoje a Joana não faz a visita dela mais. Quando é as filhas dela que tá lá, aí ela chama, né, as filhas dela saem e ela faz a visita dela normal, agora quando sabe que é a mãe que tá em casa que ela sempre pergunta para a vizinha: “quem tá em casa hoje”? “Ah, é a fulana”, “Ai, então eu vou não.” (ACS Mirian, atua há 3 anos)

Na discussão teórica sobre a construção dos vínculos na primeira parte da dissertação – pág. 16 – foram apresentados obstáculos que podem dificultar o estabelecimento dessas relações no campo da saúde atrelados às condições de oferta da assistência, o modo de produção do trabalho e o preparo e formação do profissional. Nas entrevistas realizadas com os ACS, as falas apresentam, ainda, uma outra faceta, o desejo que alguns usuários expressam de não se vincularem afetiva e normativamente à UBS por motivações particulares. Essa questão precisa ser enfatizada aqui, pois desloca o ponto de vista dos debates que costumam estar muito mais centrado nos trabalhadores, nas suas responsabilidades de vincular-se e não nos usuários. Esses, no entanto, possuem diferentes concepções e estratégias na busca por saúde que não se resume apenas à proposta de vinculação a partir da ESF. Isso ajudaria, talvez, a explicar os motivos de algumas agressões e insultos que ocorrem

nas situações de visita domiciliar, nas quais os usuários afirmam que não querem receber o ACS em sua casa.

5.2 Violência comunitária, a ESF e a construção dos vínculos

As questões apresentadas até aqui na dissertação revelam que a violência comunitária, a partir dos significados atribuídos pelos ACS, é um fenômeno importante que ajuda a compreender o modo como se conformam os limites e as possibilidades de atuação dos trabalhadores e, por conseguinte, da própria política da ESF no território. A sua interferência se dá de diferentes maneiras, a começar pelas interações estabelecidas entre a gestora da UBS e os ACS com o público nas fronteiras legais/formais das práticas e ações em saúde, com instâncias informais e ilegais, que funcionam também com os seus dispositivos microrreguladores na vida cotidiana (Telles e Hirata: 2010; Feltran: 2010). A mediação, sendo a característica primeira daqueles que atuam na ESF (Tomaz: 2002; Nunes *et al.*: 2002; Sakata *et al.*: 2007; Albuquerque e Bossi: 2009; Santana *et al.*: 2009), deve ser analisada neste contexto como uma estratégia necessária para viabilizar o trabalho das equipes de saúde na comunidade. Uma vez fechados esses canais de interlocução, as repercussões tornam-se improváveis.

As instâncias que remetem à esfera do “mundo do crime”, entendidas como um conjunto de referências simbólicas e de experiências em torno das atividades ilícitas, não estão apartadas do convívio social mais amplo no território. Caldeira (2011) ressaltou que a violência e as suas representações, incluindo o medo, influenciam e moldam as interações produzindo-se estratégias de proteção e

segregação entre uma parcela da população que assim pode fazer através do consumo de serviços privados. Contudo, para a maior parte da população, esta possibilidade não é dada, sendo necessário construir outras estratégias para garantir segurança e manter-se distante dos perigos.

A dupla inserção dos ACS como trabalhadores e moradores que conhecem e que convivem com essa realidade pode ser, neste sentido, um critério de distinção com relação ao demais trabalhadores que não habitam na comunidade ou que tem pouco tempo de experiência na profissão. Ser um ACS reconhecido pode facilitar o seu acesso às microáreas e imprime maior credibilidade e confiança à sua presença, fundamental para que os traficantes percebam que as ações realizadas no campo da saúde não lhe causarão prejuízos:

“(...) Eu moro no bairro há muito tempo e conheço muita gente, então eu tenho uma segurança que eles não vão fazer mal para mim porque eu não estou fazendo para eles. A malandragem mais velha tem assim uma certa consideração pelo agente comunitário e por mim também, então eu não tenho essa insegurança de entrar, de falar, só não entro afundo, entendeu? As minhas amigas de trabalho [as mais novas] elas têm sim, medo de envolvimento, medo de entrar, medo de fazer... elas já têm esse certo medo porque são pessoas que não nasceram aqui, que moram aqui que não tiveram ligação com a comunidade, como eu já moro aqui há 40 anos eu tive ligação em tudo o quanto é lado, todo o trabalho que as minhas amigas fazem hoje eu já fiz o trabalho delas, tudo quanto é lado que elas entram no trabalho delas, eu já fui.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

“Esse trabalho não existiria se não fosse o ACS ser do território, né, fazendo com que eles já conhecem “Ah, a vizinha mora ali e tal” e nada vai acontecer, não vai trazer prejuízo nenhum para eles. A gente consegue ter credibilidade com eles pelo fato de ser morador do território.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

“Até porque muitas dessas pessoas que estão ali eu conheço porque cresceu comigo, a gente brincava, jogava junto, tem essas questões, então eu passo “Oi, e aí, beleza?”. É porque tanto quando eu vou para uma área que eu sei que tem essas questões eu fico meio assim, que eu não conheço as pessoas, o novo dá medo, então, por exemplo, a área da Adriana lá é assim, é diferente, então eu fico com medo ali, de fazer as casas, de entrar quem mora lá, mas na minha área não, eu faço de boa. E a questão também da violência porque se você não tem um... eu diria amizade não sei a palavra... sim, um contato com os usuários acaba influenciando porque ali tá a sua família então eles têm acesso as pessoas que moram com você (...).” (ACS Fábio, atua há 2 anos)

Em outros termos, possuir acesso mais fácil à comunidade e “credibilidade” nem sempre dependem apenas da inscrição oficial do ACS como trabalhador da UBS. A legitimidade da sua presença no território está atrelada à experiência de ser um morador do bairro, das suas habilidades individuais de saber conquistar a confiança e ainda, provavelmente, pelos vínculos relacionais – não normativos e prescritivos – já existentes, de acordo com as narrativas acima e em algumas outras encontradas nas entrevistas. A importância de tais competências relacionais como estratégia de segurança e a viabilização do trabalho foram apontadas também no estudo de Lacman et al (2009). Esses atributos dos ACS podem, ademais, influenciar no processo de adesão dessas pessoas às ações de vinculação normativa à saúde, conforme já mencionado na pág.76. Todas essas questões indicam a existência de pontos de intersecção, aproximação e vinculação entre a UBS, os trabalhadores e o “mundo do crime”. De modo mais específico, estão sendo construídas formas de se vincular nos limites das fronteiras que, apesar de serem transitáveis e de se comunicarem entre si, são dimensões sociais muito bem demarcadas (Feltran: 2008). Neste sentido, é necessária sempre a cautela dos trabalhadores, existindo limites a serem respeitados, traduzindo-se em expressões como da ACS Dena: *“eu sei o limite, eu sei até onde eu posso chegar, dali pra lá eu sei que eu não posso então eu não vou, entendeu?”*.

Neste sentido, apesar de ser mencionada a importância da credibilidade e da confiança, esta parece ser frágil, bastando uma fagulha de desconfiança dos traficantes para aparecer o receio de retaliações. Isso se expressa na preocupação que os ACS demonstram de serem confundidos com “caguetas”, de relacionar a presença da polícia no território com alguma denúncia feita por eles. Essa preocupação

também se exprime no conteúdo das falas do trabalhador que tenta deixar claro na situação de interação, quais são as suas atribuições, procurando dissociar a sua ação em saúde da área de segurança pública:

“Entro dentro da casa do traficante e falo “Ó, eu vim fazer a minha visita, tá? Não quero saber da tua vida particular, a única coisa que eu quero saber é sobre a dengue, sobre a tuberculose, se tem gestante, criança prematura, menos de 2 anos, ó, a única coisa que eu quero saber é isso, da tua vida particular não importa, não me interessa.” (ACS Diva, atua há 11 anos)

A vinculação existente e as tentativas de negociar a produção do serviço de saúde no território estão sempre sujeitas a rompimentos ou novas configurações dependendo das circunstâncias. Algumas vezes o canal de interlocução é fechado totalmente, a exemplo dos toques de recolher na comunidade. Os trabalhadores estão em uma condição desigual na relação e na comunicação estabelecida com os traficantes que detêm os meios coercitivos para fazer valerem, quando necessário, as suas vontades. Por isso, o próprio termo “negociação” deve ser relativizado nestas interações. Tal como afirma a ACS Marta:

“Então, nesse trabalho que a gente exerce aqui, não é que nós sejamos cúmplices, né, mas não tem como não ter parceria senão você não consegue desenvolver o seu trabalho. É uma parceria que não é uma parceria legal, né, mas é uma parceria condicionada ao trabalho, ou você mantém esse tipo de relacionamento de uma forma clara de que é assim e passa a confiança de ambas as partes ou quem sai no prejuízo? É a população em geral. Não chega a ser uma relação negociada, chega a ser uma relação assim... de que você pode vir aqui falar da saúde, você pode vir aqui fazer o seu trabalho, mas não atrapalhe o meu.” (ACS Marta, atua há 9 anos)

Apesar das dificuldades, dos receios e das ambiguidades presentes nas relações – pág. 118– as falas indicaram que existem certas regras de reciprocidade, mediadas, inclusive, pela noção de “respeito”, assim como a previsibilidade com relação à rotina da comunidade que garantem para uma parte dos ACS, ao menos uma sensação de segurança durante a execução do trabalho no território:

“(...) E o vínculo que eu tenho com eles, né, eu fiz um vínculo com eles, então eu respeito, eu sei até onde eu posso ir, entendeu, e eles me respeitam também(...). E quando tem alguma coisa que você vai correr risco eles avisam para a gente não ir. A escola mesmo é comandada pelo tráfico de drogas, então se a gente vai para falar assuntos relacionados a drogas, os traficantes já não quer, entendeu? Isso é uma barreira para a gente. E aí para a gente continuar tendo vínculos com eles de respeito, a gente não fala.” (ACS Dena, atua há 14 anos)

Contudo, essa representação de segurança não é não é um consenso. As ACS Cida e Célia argumentam que se sentem expostas à violência na comunidade como moradoras e profissionais:

“(...) Se o cara tiver que falar alguma coisa para mim, ele vai vir falar, se ele tiver que vir me ameaçar ele vai me ameaçar, independente de eu ser vizinha, que eu cresci junto, que eu sou agente de saúde, não tem essa: “Não, eu respeito ela”, não tem nada, não respeita senhora de idade vai respeitar a agente de saúde? O bom é assim que você conhece a pessoa há anos, mas é lógico que você não vai confiar de jeito nenhum, não confio muito não.” (ACS Cida, atua há 5 anos)

“Se tiver que acontecer, vai acontecer alguma coisa com a gente. Porque eu acho que tem um respeito deles porque a gente mora na comunidade, mas eu acho que se tiver que acontecer... talvez não seja eles... mas pode ser com outro que não conhece o nosso trabalho, não conhece a gente, então assim, eu sei que eu vou estar na rua, mas eu não vou estar protegida, eu estou na rua, mas se eu falar para você que eu estou segura lá ou aqui... porque também a gente não tá segura, é aberto, e aqui...[a UBS] é aberto também, a gente tá aqui trabalhando mas também a gente não sabe se de repente pode acontecer alguma coisa.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“Casas que você vai que você sabe que já foi presa por roubo, por tráfico, você vê que a pessoa é toda marcada, você fica com medo de tá ali fazendo a visita e de repente acontecer alguma coisa, eu tenho medo, faço a visita, não deixo de fazer, mas eu falo uma coisa para você, enquanto eu tô ali eu tô meio apreensiva, com medo, porque você não sabe se vai chegar alguém de repente ali, se a pessoa pode também querer ir atrás de alguém de repente, ter alguma reação assim. Dá medo, mas é o nosso trabalho, a gente vai e faz, só que a gente fala que não, mas todos nós coremos risco, nas ruas, nas vielas, dentro das casas.” (ACS Célia, atua há 14 anos)

“Sentia muita insegurança pelo histórico de violência que ele vem desde de adolescente, né, aos 14 anos parece que ele já matou, né, e ele é muito violento e como tem uma pessoa que conhece ele desde pequeno, que tem um vínculo maior com ele, eu levava sempre essa pessoa comigo na visita para ver se assim ele respeitava um pouco mais, mas nunca aconteceu nada, ele nunca fez nada, sempre ficou quieto lá na dele, mas é preocupante, né, porque enquanto eu tô lá vestida de uniforme é uma coisa, né, mas acabou o horário já é outra coisa, a gente não sabe até que ponto é o ser humano.” (ACS Elis, atua há 9 anos)

A toda essa teia complexa de significados construídos, acrescentam-se ainda as situações de risco não controladas, quando existe a presença dos agentes estatais de segurança pública. A violência comunitária e o reforço dessa através da atuação arbitrária da polícia e da sua indiferenciação dos alvos suspeitos, repercute no grau de confiança que é depositado nesta instituição que parece não dispor de legitimidade suficiente, ao menos para uma parte dos ACS entrevistados:

“Chama-se propina” [referência à atuação da polícia com relação ao tráfico de drogas no território] (ACS Paula, atua há 5 anos)

“Você confia na polícia?”, “Então, a gente fica assim também em dúvida até que ponto eu posso confiar. Às vezes você acaba até ajudando, né, sabia? Sabe como? Já cansei de fazer isso, de avisar que tem polícia, que tem alguma coisa, entendeu? Você acaba ajudando, você acaba passando: “Ô, tem polícia na área”. E eles já sabem, entendeu, e eles já... falou que tem polícia eles já saem fora.” (ACS Laura, atua há 2 anos)

Desse modo, a violência comunitária e as representações a seu respeito, apresentam-se como categorias coprodutoras de vínculos no seu sentido mais amplo, na medida em que interliga/vincula os sujeitos a determinadas experiências e os munem com representações que podem influenciar nas suas decisões e nas ações que são tomadas, de modo consciente ou não. Disso decorre que os vínculos, comumente qualificados nas discussões teóricas como uma dimensão positiva que remete a noções como *empowerment* e fortalecimento das relações em um sentido mais consensual e igualitário (Arendt: 2009), ainda podem ser qualificados de modo negativo, baseados no medo, na desconfiança e no desequilíbrio de força. Os vínculos, nesta perspectiva, também produzem e fortalecem determinadas relações, mas em uma direção contrária, nas quais as possibilidades de negociação que são colocadas apresentam-se restritas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, por meio operacionalização da ESF, tem sido uma estratégia adotada que tem contribuído na ampliação e democratização do acesso à saúde. Apesar das dificuldades e das críticas que a permeiam, essa estratégia apresenta importantes avanços e rupturas com relação ao paradigma clínico tradicional focado em práticas curativistas e hospitalocêntricas.

Como princípio norteador, a ESF estabelece uma maior aproximação das equipes de saúde com as diferentes realidades das populações nos territórios através da vinculação, com potencial de intermediar as relações de corresponsabilização das ações em saúde e garantir melhor qualidade na assistência ofertada. Enquanto técnica de trabalho, a produção dos vínculos compreende duas dimensões: a afetiva e a normativa, intermediadas pela prática terapêutica.

Na dissertação, foram exploradas as representações e repercussões da violência comunitária no desenvolvimento do trabalho e na vinculação que é criada com o público. Um primeiro aspecto a ser ressaltado, neste sentido, refere-se ao fato de que o vínculo (ou a tentativa de vincular-se) do ACS com os usuários é permanentemente tensionado, ambíguo e contraditório. Está sujeito a reconfigurações e a apropriações distintas de modo concreto nas relações.

O tensionamento em parte é justificado pela ambiguidade dos papéis assumidos pelos ACS na comunidade. Os usuários encontram dificuldades em dissociar a imagem do ACS trabalhador do ACS vizinho, situação que obstaculiza o

acesso a algumas casas, alimenta desconfiças da credibilidade do profissional, por conta das informações que dispõem, e ainda a demanda por atendimentos fora do expediente de trabalho. Isso gera constrangimentos aos ACS quando estão circulando na comunidade – a trabalho ou não – sendo apontados como responsáveis por espalhar boatos e de estar usando seu horário de trabalho como lazer. Os ACS disseram que as agressões verbais e as ameaças à integridade física acontecem porque alguns usuários possuem problemas pessoais que, não sendo resolvidos, acabam descontados no trabalhador e ainda devido à insatisfação com a qualidade dos serviços oferecidos pela UBS.

Esses constrangimentos são interpretados como uma violência que acontece de modo frequente, repercutindo nas suas disposições pessoais para o trabalho, sendo mencionados problemas de saúde, sofrimento, desvalorização social da profissão e vontade de desistir da função. Os trabalhadores não deixam de fazer a visitas e procuram utilizar estratégias como ir acompanhados por um colega de trabalho, suspensão por um período de tempo das visitas ou tentam ainda conversar com outro membro da família que não tenha envolvimento com as agressões. Nas falas dos ACS não emergiram às figuras dos enfermeiros chefes e da gestão como agentes intermediadores desses conflitos a fim de respaldar melhor os ACS diante das situações apresentadas.

Um segundo aspecto referente às agressões verbais e ao assédio sexual é que estes são temas que se entrelaçam transversalmente à discussão de gênero e trabalho e, por isso, mereceriam ser discutidos dentro da UBS com os profissionais e também com os usuários com intuito de criar estratégias coletivas mais organizadas para prevenir as agressões.

As repercussões da violência comunitária sob a ótica aqui apresentada, mesmo não afetando diretamente o cronograma mensal das visitas, coloca como questão a qualidade dos contatos mantidos após essas situações, ou seja, se de fato ocorrerá a vinculação afetiva e normativa ou se os contatos estabelecidos com os usuários serão mantidos de uma forma burocratizada, através da realização de procedimentos meramente de praxe. Esse é outro tema que poderia ser problematizado entre as equipes de trabalho da UBS, isto é, como tentar conseguir se adequar às metas estabelecidas externamente pela Prefeitura sem comprometer a qualidade da assistência e a integridade física e moral dos trabalhadores envolvidos.

As discussões realizadas em torno das representações sociais do território evidenciam que a organização das relações sociais é pautada por códigos de sociabilidades informais/locais que também influenciam o modo como a assistência à saúde está sendo produzida.

Do ponto de vista das ações normativas/programáticas, a concentração de pessoas traficando, consumindo drogas, brigas e o modo como se faz presente a instituição policial no território prejudicam a circulação dos trabalhadores. Estes procuram evitar passar por ruas ou entrar em determinadas casas quando percebem que a movimentação na comunidade parece diferente do habitual. Já o policiamento ostensivo dificulta o trabalho dos profissionais na comunidade, que começam a ser acompanhados de perto, situação que gera constrangimento e que repercute na confiança dos usuários com relação às equipes de saúde. A presença da polícia, não necessariamente aumenta a sensação de segurança dos trabalhadores, sendo vista como uma instituição que contribui em reforçar a violência comunitária existente. Toques de recolher e restrições do acesso à comunidade impostos pelos traficantes

interrompem a continuidade dos trabalhos desenvolvidos em meio aberto, principalmente as visitas.

Ademais, os trabalhadores expressaram medo em lidar com temas e estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito comunitário principalmente o consumo de drogas, interferindo na integralidade do cuidado em saúde. As falas ainda apontaram o receio de notificar e aprofundar-se em casos de violência doméstica, abuso e negligências e de expor a UBS e os ACS, procurando, desse modo, apenas acionar a rede intersetorial de apoio como o conselho tutelar e o conselho do idoso em casos extremos. Esse é um dos pontos que mais chamaram a atenção em todo estudo, ou seja, a regulação das ações no campo da saúde, a possibilidade de essas efetivarem-se em ações de promoção, prevenção e recuperação nos moldes do que é preconizado normativamente, condicionadas às restrições abertas ou implicitamente colocadas pelas dinâmicas sociais presentes no território.

Cabe ressaltar que as restrições de não entrar em uma determinada microárea, nem sempre vão ser interpretadas pelos ACS como imposições do tráfico ou que as suas ações no campo da saúde estejam sujeitas a tal interferência, embora ambigualmente nas falas tenham emergido os limites dessa atuação. A sensação de segurança e o medo que os trabalhadores possuem dos traficantes locais apareceram, também, ambigualmente associados.

Os vínculos tecidos entre os trabalhadores com o “mundo do crime” não estavam previstos nem implicitamente e nem explicitamente nos documentos oficiais. São construídos com maior ou menor aproximações – a depender das estratégias relacionais mobilizadas por cada trabalhador – com pontos de aproximação, mas também com limites e constrangimentos. Neste sentido, buscou-

se, a partir das contribuições teóricas das ciências sociais, dar destaque a essa dimensão relacional e à mediação que é exercida pelos ACS nas fronteiras legais/formais das práticas e ações em saúde com as instâncias informais e ilegais, que funcionam igualmente com os seus dispositivos microrreguladores na vida cotidiana.

A violência comunitária não é o único fenômeno que interfere no desenvolvimento do trabalho e na produção dos vínculos, mas para os objetivos deste estudo, buscou-se dar visibilidade a essa contribuindo com o debate na interface da saúde coletiva com os problemas sociais mais amplos. Informalmente, a presença da violência comunitária na atenção primária apresenta-se como uma realidade com a qual os trabalhadores já convivem há muitos anos. Formalmente, essa questão no espaço público, nas esferas da gestão federal, estadual e municipal da ESF precisa ser também reconhecida e discutida para auxiliar na preparação e atuação dos trabalhadores que estão na ponta desses serviços nas comunidades.

7. ANEXOS

Anexo 1

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **29/05/2013**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **190/13** intitulado: **“EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA DOS AGENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E REPERCUSSÕES SOBRE SUAS PRÁTICAS DE TRABALHO: UM ESTUDO QUALITATIVO”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Maria Fernanda Tourinho Peres
Pesquisador (a) Executante: Juliana Feliciano de Almeida

CEP-FMUSP, 07 de Junho de 2013.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fm@usp.br

Anexo 2

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS	COMITÊ DE ética EM PESQUISA SMS
--	--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Título: EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA DOS AGENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E REPERCUSSÕES SOBRE SUAS PRÁTICAS DE TRABALHO: UM ESTUDO QUALITATIVO

Pesquisador principal: Maria Fernanda Tourinho Peres

CAAE: 11/13*-CEP/SMS - PB 13.389.313.5.0000.0065

Instituição proponente: Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: FAPESP

Dados do parecer:

Número do Parecer: 40/13 – CEP/SMS

Data da Relatoria: 16/12/2013

Apresentação do Projeto:

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório sobre a violência no território de atuação sob a percepção dos profissionais e gestor, nos vínculos com a comunidade.

O projeto será desenvolvido na [REDACTED], zona norte de SP, com atendimento médio de 22 mil hab e com 5 equipes da ESF, cada uma com 6 agentes comunitários.

Será utilizada entrevista semiestruturada e quanto ao número da amostra, pretende-se recorrer à técnica por saturação. Serão selecionados os agentes comunitários que atuam no território há, pelo menos, dois anos e de ambos os sexos. O gestor também será entrevistado.

Será feita análise dos relatos por uma prévia categorização como eixo facilitador de compreensão do conteúdo.

Objetivo Geral:

Explorar qualitativamente as representações dos agentes comunitários de saúde e de gestores de UBS com ESF sobre a violência comunitária no território onde atuam e a possível interferência no trabalho desenvolvido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco reduzido, benefício indireto pois o estudo poderá contribuir para o aprimoramento das estratégias para a segurança dos profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi analisada, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Orçamento detalhado foi apresentado, os custos do projeto estarão a cargo da FAPESP.

Há benefícios previstos na realização do estudo.

Continuação do Parecer: 40/13 – CEP/SMS

O cronograma da pesquisa será reajustado, conforme informação da pesquisadora, aguardando o parecer deste Comitê

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi considerado adequado.

II. Situação do Protocolo - projeto APROVADO

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 16 de Dezembro de 2013

Simone Mongelli de Fantini
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Anexo 3

Roteiro de entrevistas com Agentes Comunitários (ACS)

EIXO 1: informações gerais sobre o entrevistado

1. Gostaria que você falasse um pouco sobre a sua trajetória profissional até chegar a esta instituição/UBS.

(OBS: buscar definir há quanto tempo trabalha nesta UBS e se já trabalhou em outra unidade antes. Caso tenha mudado de unidade explorar o(s) motivo(s), com especial atenção para motivos relacionados à violência, insegurança, medo).

EIXO 2: características gerais do contexto de trabalho

2. Você poderia contar um pouco sobre o seu trabalho aqui na UBS. O que você faz? Que tipo de atividades você desenvolve?

3. Como você percebe a realidade do seu território de atuação (área de abrangência, a comunidade)?

(OBS: Explorar como o profissional descreve o seu território, com especial atenção às referências, à presença de violência, ao sentimento de insegurança, etc.)

4. Como é atuar, trabalhar nesta comunidade?

(OBS: explorar como é o cotidiano de trabalho do entrevistado (a), os pontos positivos e negativos de trabalhar/atuar nesta comunidade)

5. Teria no seu território de atuação características que dificultam, atrapalham, impedem o exercício de seu trabalho?

(Atenção: é possível que o entrevistado já aponte as dificuldades de atuação na questão 4. OBS: Caso tenha mencionado VIOLÊNCIA espontaneamente ir para questão 6. Caso não tenha mencionado VIOLÊNCIA espontaneamente ir para questões 6.a e 6b)

EIXO 3: percepções sobre a violência comunitária, definições causas e tipos

6. Entre as questões que você falou sobre o seu território você se referiu à presença de violência. Você poderia dizer o que é, para você, violência e quais são, na sua opinião, as causas da violência?

6.a. Um dos problemas que mais preocupa, hoje, a população de São Paulo é a violência. Você poderia dizer o que é, para você, violência e quais são, em sua opinião, as causas da violência?

6.b. Gostaria de saber se violência está presente na comunidade onde você atua e, caso esteja presente, se isso para você é um problema no seu território de atuação.

7. Quais são os tipos/situações/formas mais comuns de violência aqui no seu território de atuação?

8. Durante o seu trabalho como ACS você já presenciou/viu alguma situação de violência na sua área de atuação? Você poderia me contar o que viu ou presenciou e como se sentiu diante da situação?

(Explorar qual (is) foi (foram) a(s) situação (ões) de violência com ênfase na violência interpessoal comunitária - não familiar – “violência da cidade”)

(OBS. Caso não tenha visto/presenciado perguntar se algum colega de trabalho (ACS) já viu/presenciou).

9. Durante o seu trabalho como ACS você já sofreu algum tipo de violência por pessoas na sua área de atuação? Você poderia me contar como foi e como se sentiu diante da situação?

(OBS: Explorar qual (is) foi (foram) a(s) situação (ões) de violência com ênfase na violência interpessoal comunitária – não familiar – “violência da cidade”. Tentar caracterizar bem o(s) fatos, circunstâncias, que atividade estava desenvolvendo, onde ocorreu, as consequências (lesão, afastamento, sentimentos de medo, insegurança etc).

(OBS. Caso não tenha sido vítima direta perguntar se algum colega de trabalho (ACS) já foi e explorar qual (is) foi (foram) a (s) situação (ões) de violência com ênfase na violência interpessoal comunitária – não familiar – “violência da cidade”. Tentar caracterizar bem o (s) fatos, circunstâncias, que atividade estava desenvolvendo, onde ocorreu, as consequências (lesão, afastamento, etc).

10. Durante o seu trabalho como ACS você já se sentiu ameaçado de alguma forma por pessoas em função do trabalho e das atividades que realiza? Você poderia me contar como foi e como se sentiu diante da situação?

11. Existe um tipo de violência que é muito comum em cidades grandes, é a violência do crime organizado ou do tráfico de drogas, dos homicídios, dos roubos, das brigas de rua, tiroteios e da polícia. Em sua opinião, algum ou alguns desses tipos de violência está presente no seu território de atuação? Qual ou quais? Como você percebe estas violências no seu território e atuação?

EIXO 4: interferência da violência nas ações desenvolvidas com a comunidade, famílias e usuários e na construção de vínculos

12. Você já sentiu necessidade de mudar alguma coisa no seu trabalho ou já teve que deixar de exercer alguma atividade prevista por causa da violência presente no seu território de atuação? Você poderia me dizer como isso aconteceu e como você se sentiu?

(OBS: caso a resposta não aborde explicitamente perguntar diretamente na questão 13)

13. Isso já aconteceu por causa da violência da “cidade”, do crime organizado e do tráfico de drogas em seu território de atuação? Você poderia me dizer como isso aconteceu? Como você se sentiu diante dessas situações?

(Explorar qual (is) foi (foram) a (s) situação (ões) de violência, o que o profissional mudou ou deixou de fazer, como se sentiu).

14. Você acha que essa violência interfere nas suas atividades com a comunidade? Se sim, como se dá essa interferência?

(OBS: explorar como se dá essa interferência, se o profissional já deixou, por exemplo, de circular em alguma área, de fazer alguma atividade em algum outro lugar, deixou de abordar/tratar alguns temas, se já se sentiu sem vontade de atuar na comunidade ou com medo por causa da violência)

15. Há algum tipo de interferência da presença da violência em seu território no seu contato com as famílias que você atende (atendeu), acompanha (acompanhou)? Por exemplo, já deixou de acompanhar uma família, de ir sozinha a uma visitação, ou transferiu esse acompanhamento para um outro colega de trabalho, por medo de situações de violência? Ou alguma outra situação que você lembre de mudança na sua forma de atuar com uma família por medo, insegurança?

16. Durante o contato com alguns membros das famílias você já se sentiu ameaçado, ou mudou a forma de tratá-lo por sentir que ele representasse algum risco de violência a você?

17. Dentro da UBS você ou algum outro colega seu já teve que mudar a forma trabalhar (durante as consultas marcadas ou espontâneas) para atender algum usuário que representasse alguma situação de risco de violência ou algum envolvimento com a criminalidade no território?

18. Você gostaria de comentar mais alguma coisa? Colocar sua opinião sobre esta entrevista?

Anexo 4

Roteiro de entrevista com Gestor da UBS

EIXO 1: informações gerais sobre a entrevistada

1. Gostaria que você falasse um pouco sobre a sua trajetória profissional até chegar a esta instituição/UBS.

(OBS: buscar definir há quanto tempo trabalha nesta UBS e se já trabalhou em outra unidade antes. Caso tenha mudado de unidade, explorar o (s) motivo (s), com especial atenção para motivos relacionados à violência, insegurança, medo).

EIXO 2: características gerais do contexto de trabalho

2. Você poderia contar um pouco sobre o seu trabalho como gestora nessa UBS. O que você faz? Que tipo de atividades você desenvolve?

3. Como você percebe a realidade da área de abrangência desta unidade?

(OBS: Explorar como a profissional descreve o seu território, com especial atenção às referências à presença de violência, ao sentimento de insegurança, etc.)

4. Você identifica alguma ou algumas características da área de abrangência que interferem, atrapalham, impedem a atuação das equipes de saúde, o desenvolvimento de ações na comunidade ou a sua atuação como gestor dessa unidade?

(Atenção: é possível que o entrevistado já aponte as dificuldades de atuação na questão 3. OBS: Caso tenha mencionado VIOLÊNCIA espontaneamente ir para questão 5. Caso não tenha mencionado VIOLÊNCIA espontaneamente ir para questões 5.a e 5b)

EIXO 3: percepções sobre a violência comunitária, definições causas e tipos

5. Entre as questões que você falou sobre este território você se referiu à presença de violência. Você poderia dizer o que é, para você, violência e quais são, na sua opinião, as causas da violência?

5.a. Um dos problemas que mais preocupa, hoje, a população de São Paulo é a violência. Você poderia dizer o que é, para você, violência e quais são, em sua opinião, as causas da violência?

5.b. Gostaria de saber se a violência está presente na área de abrangência desta unidade, e caso esteja presente, se isso para você é um problema que interfere com ações da UBS e com o seu trabalho como gestora.

6. Quais são os tipos/situações/formas mais comuns de violência aqui neste território?

7. Você já presenciou/viu alguma situação de violência na área de abrangência da UBS? *(Explorar qual (is) foi (foram) a (s) situação (ões) de violência com ênfase na violência interpessoal comunitária – não familiar – “violência da cidade”)* *(OBS. Caso não tenha visto/presenciado perguntar se algum profissional da UBS (em especial os ACS) já viram/presenciaram)*

8. Você já sofreu algum tipo de violência por pessoas na área de abrangência da UBS? Você poderia me contar como foi e como se sentiu diante da situação? (*OBS: Explorar qual (is) foi (foram) a(s) situação (ões) de violência com ênfase na violência interpessoal comunitária – não familiar – “violência da cidade”. Tentar caracterizar bem o (s) fatos, circunstâncias, que atividade estava desenvolvendo, onde ocorreu, as consequências (lesão, afastamento, sentimentos de medo, insegurança etc.).*)

9. Você já se sentiu ameaçado de alguma forma por pessoas em função do seu trabalho e das decisões que já teve que tomar pela UBS?

10. Existe um tipo de violência que é muito comum em cidades grandes, é a violência do crime organizado ou do tráfico de drogas, dos homicídios, dos roubos, das brigas de rua, tiroteios e da polícia. Em sua opinião, algum ou alguns desses tipos de violência está presente na área de abrangência desta UBS? Qual ou quais? Como você percebe estas violências?

EIXO 4: interferência da violência nas ações desenvolvidas com a comunidade, famílias e usuários e na construção de vínculos

11. Alguma estratégia, ação, iniciativa desenvolvida pela UBS já teve que ser modificada ou deixou de ser feita por conta da presença da violência na área e abrangência da Unidade?

(*OBS: caso a resposta não aborde explicitamente perguntar diretamente na questão 10*)

12. Isso já aconteceu por causa da violência da “cidade”, do crime organizado e do tráfico de drogas em seu território de atuação? Você poderia me dizer como isso aconteceu? (*OBS: Tentar caracterizar bem o (s) fatos, circunstâncias, a atividade que estava sendo desenvolvida, onde ocorreu, os profissionais estavam envolvidos na ação e consequências*)

13. São pensadas estratégias, ações para atender pessoas em consultas ou fazer visitas domiciliares que possuem algum nível de envolvimento com a criminalidade no território ou que representem, no entender dos profissionais, algum tipo de risco, ameaça?

14. Você gostaria de comentar mais alguma coisa? Colocar sua opinião sobre esta entrevista?

Anexo 5

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Fernanda Tourinho Peres

CARGO/FUNÇÃO: Professora do Departamento de Medicina da Universidade de São Paulo

AValiação DO RISCO DA PESQUISA: risco de desconforto do participante ao participar da pesquisa

DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 meses

Esta é uma pesquisa que tem como objetivo investigar as opiniões e percepções dos agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da gestora da UBS acerca da violência comunitária na área onde atuam, bem como uma possível interferência desse fenômeno nas suas práticas cotidianas de trabalho.

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que será registrada em um gravador e as questões que serão abordadas se referem sobre suas experiências e opiniões em relação ao território de atuação e a violência comunitária presente no local.

As informações obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa e poderão ser publicadas ou apresentadas em eventos acadêmicos ou científicos sem, contudo, divulgar o seu nome e os nomes das pessoas mencionadas. Ou seja, serão garantidas a **confidencialidade** e **anonimato**. Não haverá também, da mesma forma, nenhum tipo de benefício direto pela sua participação na entrevista, mas o conhecimento produzido por este projeto poderá contribuir para debates que incentivem a formulação de iniciativas que visem uma maior segurança dos profissionais da saúde.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá solicitar os devidos esclarecimentos e ter acesso à pesquisadora responsável pela pesquisa, Profa. Dra. Maria Fernanda Tourinho Peres que pode ser encontrada no endereço Av Dr. Arnaldo, 455, Departamento de Medicina Preventiva, sala 2177, Telefone 3061-8278, email mftperes@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde no endereço Rua General Jardim, 36, 1º andar, telefone 3397-2464 ou email smscep@gmail.com.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você pode recusar-se a participar e retirar o seu consentimento sem que essa decisão lhe traga nenhum tipo de prejuízo. Não haverá nenhum tipo de despesa pessoal, assim como não haverá nenhum tipo de compensação financeira relacionados à sua participação neste estudo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) entrevistado (a) neste estudo.

Assinatura do pesquisador responsável
pela aplicação do questionário.

Data / /

8. BIBLIOGRAFIA

Adorno, S. A Gestão Urbana do Medo e da Insegurança. Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo, USP, Brasil, 1996.

_____. Monopólio estatal da violência na sociedade brasileira contemporânea. In: Miceli, S (ORG). O que ler na ciência social brasileira (1970-2002), v. 4. São Paulo: Anpocs/Sumaré; Brasília: Capes 2002.

Adorno, S; Pasinato, W. A justiça no tempo, o tempo da justiça. Tempo Social (USP Impresso) v. 19, p. 131-155, 2007.

Albuquerque, A.B. B, Bosi, M. L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza/ Ceará. Cad. Saúde Publica, RJ, 25 (5): 1103-1112, mai0, 2009.

Amaro MCP, Andrade SM, Garanhani ML. A Atuação do Serviço de Saúde na Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina (PR). Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.171-180, 2008.

Andrade, E. M; Nakamura, E; Paula, C. S; Nascimento, R.; Bordin, I. A; Martin, D. A visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n.1, p-147-155, 2011.

Arendt, H. Sobre a Violência. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

Ayres, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as praticas da saúde. Saúde e Sociedade, v. 13, n.3 p. 16-29, set-dez 2004.

Bachilli, R. G; Scavassa, A. J; Spiri, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, v. 13, n.1, p.51-60, jan-fev, 2008.

Barros, M. A; Pillon, A. C. Assistência aos Usuários de Drogas: A Visão dos Profissionais do Programa Saúde da Família. *Ver. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, abri/jun; 15 (2): 261-6, 2007.

Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as estâncias do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Bispo, TCF. Rompendo o silencio: estudo de vitimização de agentes comunitários de saúde no âmbito do trabalho em Salvador- BA. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2011.

Bortoloti, M. M; Contrera, M. L. A Prevalência da Violência no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Sidrolândia, MS. *Ensaio e Ciência*, Campo Grande, v.10, n.3, p.151-160, dez, 2006.

Bourdieu, P. A economia das trocas simbólicas. Ed. Perspectiva, 1992.

Bourdieu, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.

Bousquat, A; Cohn. A; Elias, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio espacial no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Publica, RJ, 22(9):1935-1943, set, 2006.

Brunello, M. E. F; Ponce, M.A. Z; Assis, E.G; Andrade, R. L. P; Scatena, L. M; Palha, P. F.; Villa, T. C. S. O vínculo atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998- 2007). Acta Paul Enferm, 2010, 23 (1), 131-35.

Budó, M. L. D; Schimitih M. D; Silva, S. O; Rosa, A. S; Almeida, P. B. Percepções sobre a violência no cenário de uma unidade de saúde da família. Cogitare Enfermagem, jan/mar 17 (1):28-1.

Cal/Osha. Guidelines for worplace security. Available from: <http://www.osha.gov>

Caldeira, T. P. Cidade de Muros. Crime, segregação e cidadania em São Paulo. Editora. 34. 3 ed. 2011.

Campos, GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, LCDO (ORG). Inventando a mudança na saúde. São Paulo, Hucitec: 1994.

Camargo Junior KR, Campos SEM, Teixeira MTB, Mascarenhas MTM, Muad NM, Franco TB. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica: In: Pinheiro, R, Mattos R, (ORG). Gestão em redes: praticas de avaliação, formação e participação em saúde. RJ (RJ): CEPESC; 2006. P 223-41.

Caprara, A, Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1): 139-146, 2004.

Carvalho, A. M. A (ORG). Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Carvalho, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no Projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Publica, RJ, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

Carvalho, A. M. A; Bastos, A. C. S. B; Rabinovich, E. P; Sampaio, S. M. R. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n. 3, p589-598, set/dez. 2006.

Carvalho, A. M.A; Politano, I; Franco, A.L.S. Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre a diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. Estudos de Psicologia, Campinas, 25(2) p-233-240, abr/jun. 2008.

Capozzolo, A. A. No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, UNICAMP, 2003.

CONASS, Brasília. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores/Para entender a gestão do SUS, v. 8, 2007, 1 ed. Acesso: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf

Dias, C. C.N; “O Estado vendeu o preso, e o PCC o comprou”: consolidação do PCC no sistema carcerário paulista, XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 2009.

Dowbor, T. P. O trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. Tese de Mestrado em Saúde Pública, USP-SP, 2008.

FELTRAN, G. S. Trabalhadores e bandidos: categorias de nomeação, significados políticos. Temáticas (Unicamp), ano15, p.11 – 50, 2008.

_____. Crime e Castigo na Cidade: os repertórios da justiça e a questão dos homicídios nas periferias de São Paulo. CADERNO CRH, Salvador, v. 23, n. 58, p. 59-73, Jan./Abr. 2010.

Fontanella, B.J. B; Ricas, J; Turato, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, RJ, 24 (1):17-27, jan., 2008.

Fontanella, B. J; Setoue, C.S; Melo, D. G. Afeto, proximidade, frequência e uma clinica hesitante: bases do “vínculo” entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde?. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (7):19881-1892, 2013.

Fortes, P.A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização à saúde. Revista Saúde e Sociedade, v.13, n. 3, p-30-35, set-dez, 2004.

Foucault, M. “Aula de 17 de março de 1976”, In: Em Defesa da Sociedade, Ed. Martins Fontes, 2000.

Fraser, M. T. D; Gondim, S. M. G. Da Fala do Outro ao Texto Negociado: Discussões Sobre A Entrevista Na Pesquisa Qualitativa. Paidéia, Universidade Federal da Bahia, 14 (28), 139-152, 2004.

Freeman, G; Hjortdahl, P. What future for continuity of care in general practice? Br Med J, 314: 1870, 1997.

Georges, I. P. H. Entre a participação e o controle: os (as) agentes comunitários de saúde da região metropolitana de São Paulo. Sociedade e Cultura, Goiânia, v.14, n.1, p-73-85, jan/jun.2011.

Gomes, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, R.J, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

Gomes, A. L. C; Sá, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev. Esc. de Enferm. USP, 43(2):365-72, 2009.

Jardim, T. A; Lancman, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelos agentes comunitários de saúde. *Interface* (Botucatu. Impresso), v. 13, p. 123-135, 2009.

Jorge, M. S. B; Pinto, D. M; Quinderé, P. H. D; Sousa, F. S. P; Cavalcante, C. M. Promoção da Saúde Mental- Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (7):3051-3060, 2011.

Kingma M. Workplace violence in the health sector a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review* 2001,48: 129-30.

Krug et al. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002.

Lancman, S; Ghirardi, M. I. G; Castro, E. D; Tuacek, T. A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 3 (4):682-8,2009.

Lipsky, M. Stree-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. Wilson Wong, 2007.

Lotta, G. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso do agentes comunitários de saúde. In Faria, C. A (ORG). *Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática*. Ed. PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

Luz, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80. *Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n.1, 1991.

Machado, S.L.A. *Etnográfica*, 15 (1):67-82, fev 2011.

Manzini, J. E. Entrevista Semi-Estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Programa de Pós-Graduação em Educação, UNESP (Marília) [sem data]. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/consagro/files/2012/03/MANZINI-José-Eduardo-Entevista-semi-estruturada-Análise-de-objetivos-e-de-roteiros.pdf>

Mello-Jorge, M.H. Adolescentes e jovens como vítimas da violência fatal em São Paulo. In “São Paulo sem medo: um diagnostico da violência urbana”. (ORG), Pinheiro, P.S. RJ, Garamond, 1998.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

Minayo, M.C. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(Sup):1259-1267, 2007.

Misse, M. O papel do inquérito policial no processo de incriminação no Brasil. *Sociedade e Estado* (UnB. Impresso), v. 26, p. 15-27, 2011.

Morosini, M.V.G.C; Corbo, A. A; Guimaraes, C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e do trabalho e da formação profissional. (ORGs) Ferreira, A; Stauffer, A. B. O processo histórico do trabalho em saude. RJ, EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

Nolan, P. Soares, J; Dallender, J; Those, S; Arnetz, B. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *Internacional Journal of Nursing Studies*, v.38, p.419-426, 2001.

Norbert, E. O processo Civilizador, v.2 Formação do Estado e Civilização, p. 193-225. Ed. Zahar, 1993.

_____. Os Alemães. A luta pelo poder e a revolução do habitus nos séculos XIX e XX, p.7-31 e p. 159-187. Ed. Zahar, 1997.

Núcleo de Estudos da Violência. Violência, Risco e Vulnerabilidade: homicídios e graves violações de Direitos Humanos em São Paulo (Relatório Impresso), 2011.

Nunes, M. O; Trad, L. B; Almeida, B.A; Homem, C. R; Melo, M.CI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse agente híbrido e polifônico. Cad. Saúde Publica, RJ,18 (6): 1639-1646, nov-dez 2002.

Oliveira, C. C; Almeida, M. A. S.; Morita, I. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 35 (3): p-412-420, 2011.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Directrices marco para afrontar La Violencia Laboral en el Sector de La Salud. Ginebra, 2002.

Paim, J; Travassos, C.; Almeida, C; Bahia, L; Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, Saúde no Brasil, p. 11-31, maio, 2011.

Palma, A. M.: Representações da comunidade para o trabalho em saúde: demandas e necessidades médico-sociais no cotidiano das práticas do Programa Saúde da Família. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, USP-SP, 2009.

Peralva, A. Violência e Democracia: o paradoxo brasileiro. Ed. Paz e Terra, 2000.

Pereira, M. P; Barcellos, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, 2 (2): 47-55, jun 2006.

Porto, M. S. Grossi. Crenças, valores e representações sociais da violência. Sociologias, p. 250-27. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006.

_____ A sociologia da violência: do conceito às representações Sociais. Brasília, Editora Francis, 2010.

Pupin, V; Cardoso. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de ser agente. Revista estudos de psicologia, Natal, v.13, n.2, p.157-163, 2008.

Queiroz, M. V; Jorge. M. S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e do ensinar em pediatria: a interface, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface Comunicação, Saúde, Educação. V.10, n. 19 p 117-30 jan/jun 2006.

Rosenstock, K. J. V; Neves, M. J. O papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. Ver Bras Enferm, Brasília, jul/ago: 63 (4) 581-6, 2010.

Santana, J. C. B; Vasconcelos, A.L; Martin, C.V.; Barros, J. V; Soares, M.J. M; Dutra, B.S. O agente comunitário de saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enfer 14 (4):645-52, out-dez, 2009.

Sakata, K. N; Almeida, M. C. P; Alvarenga, A. M; Pereira, M. J. B. Concepções da equipe da saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 nov-dez, 60 (6):659-64.

Scharaiber, L. Profession Medica: Representacion, Trabajo y Cambio. Educación Médica y salud, 1991; 25(1): 58-71.

Schimith, M. D; Silva Lima, M. A. D. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 20 (6):1487-1494, Nov-dez,2004

Silva, J. A; Dalmaso, A. S. W. O agente comunitário de saúde: o ser, saber, o fazer. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

Silva, A. T. Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2008.

Silva, A. T. C; Peres, M.F.T; Lopes, C.S; Schraiber, L.B; Susser, E; Menezes, P.R. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; março de 2015.

Souza, E. R de. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde publica na década de 80. Cadernos de Saúde Publica RJ, 10 (supl.1): 45-60, 1994.

Souza, LJR. Trabalho a Céu Aberto: Situações de Violência no Ambiente de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Candeal de Brotas, Salvador-Bahia. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Departamento Medicina Preventiva e social, 2009.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde 2002.

Teixeira, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3): 585-597, 2005.

Telles, V. Silva da; Hirata, D. V. Ilegalismos e Jogos de Poder em São Paulo. Tempo Social, Revista de Sociologia, USP, v.22, n. 2010.

Tomaz, J, B, C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super- herói”. Interface, Comunic, Saúde, Educ, v. 6, n10, p.75- 94, 2002.

Trivinos, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

Veloso, ISC. A interferência da violência social no trabalho em uma unidade básica de saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2005.

Velloso, I. S. C; Araujo, M. T; Rocha, A. M; Alves, M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. REME-Ver. Min. Enf; 9 (4):302-308, out-dez, 2005.

_____. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na Interface com a violência. Acta Paul Enferm 24 (4): 446-71 2011.

Viana, A.L.D.A; Poz, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saude no Brasil e o Programa Saude da Familia. PHYSIS. Rev. Saude Coletiva, RJ. 8(2):11-48, 1998.

Viana, H. O mundo funk carioca. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2d. 1997.

Viegas, S. M. F; Penna, C. M. M. Rev Rene. 201; 13 (2):375-85. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família, 2012.

Weber, M. Economia e Sociedade. Fundamentos da Sociologia Compreensiva, v. 2, p. 525-529. Ed. Universidade de Brasília, 2004.

Wieviorka, M. O novo paradigma da violência. Tempo Social, Ver. Sociol. USP, SP, 9(1): 5-41, 1997.

Zaluar. A. A máquina e a revolta. As organizações populares e o significado da pobreza, p-132-171, Ed. Brasiliense, 2d. 2000.

_____. Integração Perversa: pobreza e tráfico de drogas. Ed. FGV, 2004.