



Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF

Cibelly Melo Ferreira

**SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A
VIOLÊNCIA URBANA NO TERRITÓRIO E AS REPERCUSSÕES NO TRABALHO
E NA SAÚDE**

Eusébio - CEARÁ

Agosto 2019



Cibelly Melo Ferreira

SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA URBANA NO TERRITÓRIO E AS REPERCUSSÕES NO TRABALHO E NA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – RENASF, vinculado ao Pólo Fiocruz/Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde.

Eusébio - Ce
Agosto 2019

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

F383s Ferreira, Cibelly Melo.

Saberes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre a violência urbana no território e as repercussões no trabalho e na saúde / Cibelly Melo Ferreira. -- 2019.
97 f.

Orientadora: Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Violência no trabalho. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Condições de Trabalho. 5. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 6. Estudo Qualitativo. 7. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD – 23.ed. – 331.25698131



CIBELLY MELO FERREIRA

**SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
A VIOLÊNCIA URBANA NO TERRITÓRIO E AS REPERCUSSÕES NO
TRABALHO E NA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – MPSF/RENASF, vinculado a Nucleadora da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz/Ceará como parte do requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

COMISSÃO JULGADORA:

Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Dra. Vanira Matos Pessoa

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

À minha família, por ser minha fonte de inspiração para superar os desafios, em especial aos meus pais, Jesus e Cléa, ao meu esposo Erlemus e aos meus filhos Gustavo e Lia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder tantas conquistas pessoais e profissionais.

Aos meus pais, por serem meus exemplos de vida e pelo amor incondicional.

Ao meu esposo Erlemus, por sempre me incentivar e me apoiar durante todos esses anos.

Aos meus filhos Gustavo e Lia, por serem minha razão de viver e por aceitarem minhas ausências.

Aos meus sogros pelo incansável apoio.

Às minhas irmãs, cunhados, sobrinhos e amigos pela torcida.

À minha querida orientadora Sharmênia, que me acolheu no momento mais difícil e me conduziu de uma forma excepcional, sempre me incentivando e apoiando. À você, minha eterna gratidão!

A todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial à professora Anya por coordenar o curso com maestria, sempre sensata e acolhedora.

Às professoras Vanira e Rocineide pelas contribuições tecidas em minha banca.

Às minhas colegas de turma, que tornaram mais leves os dias atribulados e que me ensinaram muito.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza e Coordenadoria Regional de Saúde II pela liberação para cursar o Mestrado.

Aos queridos Agentes Comunitários de Saúde, pelo compromisso e pela vontade de encontrar estratégias para desempenhar da melhor maneira as suas funções nos territórios, em especial à Eliene pelas ilustrações sobre o cotidiano dos ACS.

“A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de sobreviver”.

Rubem Alves

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família tem como finalidade garantir ações de saúde individuais, familiares e coletivas, na qual se incluem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Destaca-se a importância do agente comunitário de saúde (ACS), ao servir de elo de ligação entre as famílias e os demais profissionais da equipe de saúde. O contexto de violência urbana vivenciado no município de Fortaleza, Ceará, tem causado limitações ao trabalho multiprofissional, em especial dos ACS, com reflexos na saúde destes profissionais. O objetivo desse estudo foi analisar saberes e práticas dos ACS sobre a violência urbana e as repercussões sobre o trabalho e a saúde. Realizou-se um estudo transversal descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, no período de março a maio de 2019. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com 12 ACS de Fortaleza-CE com registro em diário de campo. A análise foi realizada através do método de interpretação dos sentidos, em que emergiram 48 temas empíricos separados em dois corpus: ACS que residem em áreas com estabilidade no comando da facção e ACS que residem em áreas com disputas entre as facções. Os temas empíricos foram agrupados em quatro categorias: comunidade; violência no território; consequências da violência sobre a saúde dos ACS e estratégias de enfrentamento à violência usadas pelos ACS. Eles relatam que presenciam e sofrem violência no trabalho, sendo necessário, em alguns momentos, suspender ou adiar atividades. Os efeitos da violência são singulares, sendo variável a sua forma de enfrentamento, acarretando rompimento de relações interpessoais, adoecimentos e absenteísmos. Ser cego, surdo e mudo foi a principal estratégia de enfrentamento à violência. Avalia-se que é preciso investir em formação profissional e em estratégias de apoio ao ACS, tais como as rodas de conversa, espaços de acolhimento e escuta, assim como é necessário elaborar um plano de cuidado em saúde (física e mental).

Descritores: Violência. Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy aims to ensure individual, family and collective health actions, which include promotion, prevention, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction, palliative care and health surveillance. The importance of the community health agent can be highlighted because they are a link between families and other professionals of the health team. The context of urban violence experienced in the city of Fortaleza, Ceará, has caused limitations to multidisciplinary work, in particular for community health agent, reflected in the health of these professionals. So the purpose of this study aims to analyze the knowledge and practices of community health agent about urban violence and the repercussions on work and health. A qualitative exploratory descriptive cross-sectional study was conducted from March to May 2019. The data were collected through semi-structured interviews with 12 community health agents from Fortaleza-CE with a field diary. The analysis was performed through the method of meaning interpretation, in which 48 separate empirical themes were merged into two corpora: ACS residing in areas with stable faction command and ACS residing in areas with disputes between them. The empirical themes were grouped into four categories: community; violence in the territory; consequences of violence on the health of community health agent and strategies for coping with violence used by them. They report that they witness and suffer violence at work, being necessary, at times, to suspend or postpone activities. The effects of violence are singular, and their form of coping is variable, leading to disruption of interpersonal relationships, illness and absenteeism. Being blind, deaf and dumb was the main strategy to confront violence. It is considered that it is necessary to invest in training and in strategies to support the ACS, such as conversation circles, welcoming and listening spaces, as well as the need to develop a health care plan (physical and mental).

Keywords: Violence. Community Health Workers. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CV	Comando Vermelho
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DeCS/bvs	Descritores em Ciências da Saúde / biblioteca virtual em saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programa Agente de Saúde
PCC	Primeiro Comando da Capital
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Habitação

PSF	Programa Saúde da Família
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral	21
2.2 Específicos	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 O processo de trabalho do ACS	22
3.2 A violência e sua relação com a saúde	26
3.3 Situações de violência vivenciadas pelos ACS ao realizar o tra- balho na ESF	29
4 METODOLOGIA	35
4.1 Tipo de estudo.....	35
4.2 Campo de estudo	35
4.3 Participantes	36
4.4 Coleta de dados.....	37
4.5 Processamento e análise de dados	38
4.6 Considerações éticas	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
Resumo	40
Abstract	41
Introdução	41
Metodologia	43
Resultados e discussão	44
Considerações finais	67
Referências	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7 REFERÊNCIAS	72

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS APLICADO AOS ACS	79
APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
APÊNDICE C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	85
ANEXO 1 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO	91

1 INTRODUÇÃO

O Programa Agente de Saúde (PAS) surgiu no Ceará, em 1987, como parte de um programa emergencial financiado pelo governo federal, com a finalidade de amparar regiões afetadas pela seca. Os trabalhadores, em sua maioria mulheres, eram eleitos pela comunidade em que residiam para atuarem como agentes de saúde local (LESSA, 2013; TINOCO, 2015).

De acordo com o sanitarista Carlile Lavor em Santana e Castro (2017), o projeto de agentes de saúde surgiu em Jucás-CE, expandindo-se posteriormente para a região de saúde de Iguatu-CE, baseado em uma experiência adquirida em Planaltina-DF, onde o auxiliar de saúde era uma pessoa da comunidade, treinada durante 6 meses. Antes da capacitação técnica, participava do trabalho no Centro de Desenvolvimento Social, discutindo formas de atuação na comunidade, como entrar no domicílio das pessoas e como abordar determinados assuntos. Uma das principais características trazidas da experiência de Planaltina era a necessidade de ser membro da comunidade e conhecer o modo de vida das pessoas, a fim de ganhar a confiança da família. Outra característica marcante referia-se à preocupação do treinamento com o aspecto social.

Inicialmente, a proporção era de um agente de saúde para cada 200 famílias na zona urbana e de um agente de saúde para cada 100 famílias na zona rural. A seleção era feita através de indicação da própria comunidade, a partir dos seguintes critérios: ser morador local, ter liderança, ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo. Outro requisito era ter um profissional disponível para supervisionar o agente de saúde. Havia uma capacitação e um treinamento dos agentes de saúde a fim de se realizar seguintes ações: encontrar gestantes e encaminhá-las ao pré-natal; encaminhar crianças para vacinação e puericultura; orientar sobre o uso do soro oral, inclusive o caseiro; identificar crianças doentes e encaminhá-las ao posto de saúde; e orientar sobre os cuidados com a higiene familiar (SANTANA; CASTRO, 2017).

Em 1988, com o fim do programa da emergência, o estado do Ceará passou a contratar os agentes com recursos próprios, tendo em vista o impacto positivo gerado pelo trabalho realizado (SANTANA; CASTRO, 2017). Em seguida, no ano de 1991, foi criado pelo Governo Federal o Programa de Agente Comunitário de

Saúde (PACS), visando modificar a organização dos serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população nos municípios brasileiros. As atividades realizadas por estes trabalhadores eram voltadas ao combate à mortalidade infantil e materna, e com a entrada da cólera no Brasil, o PACS iniciou sua atuação na perspectiva da prevenção e do controle dessa doença (LESSA, 2013).

O resultado das ações de promoção da saúde pelos agentes no Ceará foram destaques em nível nacional. Foram elas: realização de pré-natal e parto assistido; acompanhamento à puérpera e ao recém-nascido, com estímulo ao aleitamento materno; vigilância sobre o crescimento e estado nutricional das crianças, monitorando a cobertura vacinal e orientando quanto ao uso do soro oral nas diarreias e à busca de tratamento quando adoeciam; identificação dos óbitos infantis e maternos; notificação das doenças transmissíveis; auxílio no controle de epidemias, endemias e outras situações de risco; busca ativa de animais domésticos para a imunização contra a raiva; orientações sobre como clorar a água domiciliar e zelo pela melhoria das condições ambientais (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O Ceará deixou de ser o estado que apresentava a mais baixa cobertura vacinal e passou a ser campeão nacional de imunização. Quase todos os partos passaram a ser assistidos, houve aumento no número de mães amamentando seus filhos e a mortalidade infantil foi reduzida (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004). Alguns destaques do trabalho do ACS foram a solidariedade com as famílias e a criatividade, pois trabalhavam com objetivos e não com o cumprimento de rotinas, em que é preciso reforçar a criatividade e a autonomia do agente de saúde, embora não seja algo comum no serviço de saúde (SANTANA; CASTRO, 2017).

Os agentes de saúde, ao conversarem com as famílias, procuravam encontrar soluções para os seus problemas de saúde, de forma compartilhada. Não impõem, mas mostram as vantagens da vacinação, da realização do pré-natal, entre outros. Facilitam o acesso à imunização trazendo a vacina para dentro da comunidade. Estabelecem uma comunicação solidária com as famílias, visitando-as casa a casa, e fortalecem seus laços de vizinhança (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Estudos realizados por Santana, Burlandy e Mattos (2019) demonstraram que as práticas dos ACS passaram por transformações, assumindo características que apontam para a imposição de um saber-poder biomédico, através de prescrições semelhantes às realizadas pelos demais profissionais de saúde, inclusive utilizando

uma linguagem técnica do campo da saúde.

Após o sucesso do PACS, o Ministério da Saúde, em 1994, lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo, em substituição ao modelo tradicional baseado em especialidades médicas. O PACS foi então incorporado ao PSF, o qual foi considerado um projeto mais adequado para atender às necessidades de saúde da população, por contar com uma equipe multiprofissional (MOROSINI *et al.*, 2007; LESSA, 2013; TINOCO, 2015).

Considerando a expansão do PSF, que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, o PSF foi transformado em uma estratégia de abrangência nacional por meio da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a mudança de paradigma nos processos de trabalho e a reorganização dos serviços de saúde, objetivando ampliar a relação entre cuidado em saúde e território. Desta forma, ao se responsabilizarem por um território de abrangência relativamente pequeno, profissionais da ESF teriam mais oportunidades de atuar de forma consistente, compreendendo os processos de saúde e de adoecimento das famílias (TINOCO, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 tem a saúde da família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A família deve ser considerada o objeto de atenção no ambiente em que vive, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2017).

O fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma das estratégias mais importantes adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro na reorganização do modelo assistencial com a finalidade de garantir ações de saúde individuais, familiares e coletivas, na qual se incluem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, através de equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária sobre um território definido (BRASIL, 2017).

Segundo a PNAB 2017, cada equipe deverá ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Poderão fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgia-

dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada equipe será responsável pelo acompanhamento de 2.000 a 3.500 pessoas, residentes em seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Dentro das equipes, o território deverá ser dividido em microáreas, a fim de que se preste assistência integral, contínua e de qualidade.

Cada ACS ficará responsável por uma microárea, com no máximo 750 pessoas. A quantidade de ACS em cada equipe deverá ser estabelecida de acordo com a população do território, definida de forma local, seguindo critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017).

A PNAB (2017) trouxe algumas modificações referentes aos aspectos organizativos e funcionais em relação à PNAB (2011). É importante destacar as mudanças no quantitativo de ACS e nas suas atribuições. Na PNAB anterior, quatro era o número mínimo de ACS por equipe de saúde da família. Atualmente, não há definição sobre o mínimo, podendo haver equipes com apenas um ACS.

Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, sem parâmetros objetivos para esta definição, e não mais 100% da população. Além disso, lhes foram atribuídas novas competências, tais como aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos, por meio de formação específica, assistidos por profissional de nível superior (MELO *et al.*, 2018).

A diminuição do número mínimo de ACS por equipes e as iniciativas nacionais para sua formação em técnicos de enfermagem, se concretizadas, tendem a modificar fortemente o perfil e as competências dos ACS nos próximos anos, com impactos sobre os modos de organização da ESF (MELO *et al.*, 2018).

Através da ESF é possível alcançar a integralidade dos cuidados em saúde a partir da idéia de territorialização, que remete, ao menos, a três perspectivas distintas e complementares: 1) fornece uma demarcação dos limites das áreas sob responsabilidade das equipes; 2) permite o reconhecimento das dinâmicas sociais ali existentes; 3) possibilita a articulação das unidades da ESF com outros setores e serviços encontrados no mesmo local (intersectorialidade) (ALMEIDA, 2015).

O trabalho que o ACS desenvolve junto às comunidades adstritas contribui para aproximar as equipes das comunidades, através de visitas e acompanhamentos aos equipamentos, domicílios e territórios onde os usuários vivem, sendo de

fundamental importância para a PNAB. Em uma cidade como Fortaleza, Ceará, podemos perceber que há dificuldade na realização do trabalho devido a algumas características próprias de uma metrópole. O contexto de violência urbana proporciona medo, falta de confiança e individualismo, impactando no trabalho das equipes da ESF (SANTOS; DAVID, 2011; LESSA, 2013; MACHADO *et al.*, 2016).

Os profissionais que atuam nas ESF vivenciam a violência urbana em seus territórios ao realizarem ações intra e extramuros. A violência urbana tem causado limitações, pois além de dificultar as visitas domiciliares, muitas vezes inviabiliza atividades como grupos educativos, consultas agendadas e outras ações que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Ao gerar lacunas no processo de cuidar, têm-se como consequências sentimentos de frustração por parte dos profissionais (MACHADO *et al.*, 2016).

A implantação dos serviços de saúde da família, privilegiando áreas de maior vulnerabilidade social, determina o aumento do risco ao trabalhador, visto que a ESF prevê um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida. Regiões de maior vulnerabilidade social são também aquelas que geram intensificação da violência (LANCMAN *et al.*, 2009; ALMEIDA, 2015; MACHADO *et al.*, 2016).

Unidades de saúde situadas nos cinturões das grandes cidades, deparam-se, cotidianamente, com a violência urbana e social, devido à existência do tráfico de drogas, dos altos níveis de desemprego, da baixa escolaridade, da miséria e do isolamento social (MACHADO *et al.*, 2016).

O termo violência urbana revela distintos significados e consequências. Trata-se de uma construção social com demarcações temporais e espaciais. Toda violência tem continuamente um contexto, o qual corresponde não apenas aos atores ou vítimas, mas conjuntamente àqueles que a percebem. Eventos de violência urbana podem ocorrer em diferentes lugares, mas cada um está capturado por seu contexto espacial, ou seja, existe uma apropriação própria dependendo do seu contexto (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

Fortaleza é considerada a segunda cidade mais violenta do Brasil e a sétima do mundo, segundo estudo divulgado em março de 2017 pela organização não governamental (ONG) Mexicana "*Seguridad, Justicia y Paz*". A organização monitora os registros de homicídios em vários países. Para classificar a violência, a ONG

calcula a taxa de homicídio de 2017 de cada local, considerando o número de assassinatos em proporção à população do município. Em Fortaleza, a taxa de homicídio foi de 83,48 para cada mil habitantes. Em Natal, a quarta cidade mais violenta do mundo e primeira do Brasil, conforme o estudo, a taxa foi de 102,56.

Tendo como base os indicadores econômicos do Ceará em 2017, o Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará (IPECE) realizou uma análise dos dados retirados do sistema de informações sobre mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. O foco da análise era obter um panorama sobre as principais causas de mortes na população cearense de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Em 2017, 26% dos óbitos foram causados por doenças do aparelho circulatório, a qual se configurava como a principal causa de morte por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). As causas externas, que incluem mortes por agressão e no trânsito, representavam 17% dos óbitos no Ceará. Em seguida, 15% dos óbitos estavam associados às neoplasias, que é outra causa de morte relacionada às DCNTs. As doenças do aparelho respiratório, por sua vez, detinham 13% dos óbitos. As doenças endócrinas, do aparelho digestivo, assim como as doenças infecciosas representavam cada uma 5% dos óbitos totais no Ceará. Causas de mortes mal definidas 4%, sendo o restante por outras causas (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

As causas externas representaram a segunda maior causa de morte no Ceará em 2017 com uma considerável repercussão social. Dentre as principais causas externas de morte estão: as agressões, os suicídios (ou lesões autoprovocadas intencionalmente), e os acidentes de trânsito. As agressões representam 55,4% do total de óbitos da categoria (CAVALCANTE *et al.*, 2017). Os dados evidenciam uma necessidade urgente de intervenção das políticas públicas para a segurança pública no Ceará. Quando se comparam, as taxas de incidência de óbitos por agressão entre Ceará, Nordeste e Brasil, percebe-se o quanto o fenômeno da violência se agravou no estado. A taxa de incidência de óbitos por agressão saltou de 21,7 para 60,1 por 100.000 habitantes, entre 2006 e 2017, um crescimento de 177% em 11 anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é classificada como epidêmica, do ponto de vista da saúde pública, quando a taxa de incidência supera os 10 óbitos por 100.000 habitantes (KRUG *et al.*, 2002). A

epidemiologia tem permitido considerar que, na realidade de Fortaleza, os homicídios não ocorrem com distribuição homogênea, sendo mais presentes em regiões onde ocorrem outras doenças de determinação social.

Desta forma, a distribuição dos homicídios está relacionada às condições sociais de vida precária das populações e às fragilidades de acesso dessa população a políticas sociais nos denominados “assentamentos precários”, definido pela Política Nacional de Habitação (PNH), como o conjunto de assentamentos urbanos inadequados (tipologias: loteamentos irregulares; favelas e assemelhados) (BENÍCIO; BARROS, 2017). De acordo com dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2018), foram registrados 1.525 óbitos por homicídio em Fortaleza em 2018, sendo 352 em adolescentes (aproximadamente 23%).

O aumento dos índices de violência e a preocupação com este fenômeno não se restringem ao Brasil. Os reflexos são observados na saúde pública, tanto como uma das principais causas de comprometimento à saúde e ameaça à vida, como também na oferta de serviços em territórios mais vulneráveis (MACHADO *et al.*, 2016).

A reflexão sobre violência social e seus impactos sobre a saúde dos brasileiros requer mais estudos, visto que os mesmos se restringem quase sempre a diagnósticos de situações pontuais. A apropriação do assunto pelos serviços de saúde ainda é incipiente (MINAYO, 2006).

Ressalta-se a importância de se realizar mais estudos no Brasil sobre os reflexos da violência urbana na conformação e no desenvolvimento das ações dos serviços de saúde, na atenção primária, assim como também sobre as repercussões sofridas pelas equipes de saúde (ALMEIDA, 2015).

Para identificar o acúmulo bibliográfico no tema de estudo, realizou-se o relacionamento dos seguintes descritores controlados, presentes no DeCS/*bvs* (Descritores em Ciências da Saúde/*biblioteca virtual em saúde*): Violência (*Violence*); Agentes Comunitários de Saúde (*Community Health Workers*); Estratégia Saúde da Família (*Family Health Strategy*). A localização dos estudos ocorreu por meio de acesso a acervos disponíveis *on-line* de junho a julho de 2018.

Na LILACS, três descritores foram relacionados: “Violência” *and* “Agentes Comunitários de Saúde” *and* “Estratégia Saúde da Família”, nos limites dos anos de 2010-2018, em que foram encontrados 3 estudos que relacionavam diretamente a violência à prática profissional dos ACS na ESF. No relacionamento de “Violência” *and*

“Agentes Comunitários de Saúde”, no período de 2010 a 2018, foram obtidos 4 estudos.

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases *PUBMED* e *SCIELO* utilizando os descritores “Violência” *and* “Agentes Comunitários de Saúde” *and* “Estratégia Saúde da Família”, porém não foram encontrados novos artigos. Evidenciou-se uma lacuna de produções científicas acerca do tema violência no território sobre o olhar dos ACS, sendo um elemento que justifica a realização de um estudo sobre a temática. A identificação dos trabalhos foi complementada pela busca em cascata, incluindo a identificação de referências citadas nos trabalhos recuperados da busca inicial.

Poucas pesquisas abordam sobre a exposição à violência ocupacional dos profissionais da ESF, principalmente dos ACS, sendo bastante reduzido o número de estudos qualitativos em torno dessa temática e de suas implicações. Maior ênfase é dada aos estudos que procuram descrever a prevalência, a magnitude e os fatores de risco implicados no trabalho das equipes. É preciso aprofundar-se nas discussões baseadas nas relações que são estabelecidas entre as unidades de saúde e a violência presente nas comunidades (ALMEIDA, 2015).

Os reflexos da violência urbana sobre a estrutura, o funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde ofertados, assim como as repercussões da exposição continuada à violência indireta, tais como ouvir, escutar ou testemunhar agressões domésticas, mortes relacionadas tanto ao consumo quanto ao tráfico de drogas, devem ser mais pesquisados (ALMEIDA, 2015).

O presente estudo é norteado pela seguinte questão de pesquisa: como os ACS vivenciam e superam as situações de violência urbana no município de Fortaleza? Nesse sentido, mostra-se relevante, pois espera-se que seus resultados permitam uma análise da influência da violência sobre o trabalho dos ACS que residem em território onde trabalham, considerando os obstáculos, valores e as interações que são criadas com as famílias, a fim de auxiliar na compreensão formal das políticas públicas, por entender que estes profissionais são indispensáveis para a garantia da operacionalidade das ações propostas pela ESF.

A escolha dessa temática para a dissertação foi motivada pelo interesse em trabalhar com os ACS, visto que são uma categoria que exerce importante função dentro da ESF, sendo essenciais no enfrentamento aos problemas encontrados no

dia-a-dia das comunidades. O fato de muitas vezes residirem na comunidade onde trabalham faz com que a problemática da violência, incluindo o medo e a insegurança, sejam evidentes. A sensação de ameaça ao presenciarem cenas de violência é acentuada, visto que o agressor é geralmente algum conhecido do ACS e existe o medo de represálias a si ou à sua família.

Para que uma pesquisa seja realizada de forma ideal, deverá haver uma vontade e identificação do pesquisador com o tema estudado (MINAYO, 2013). Sou profissional de saúde, concursada como Cirurgiã Dentista no município de Fortaleza-Ce. Trabalhei durante sete anos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizada no centro da cidade, área marcada pela grande quantidade de moradores de rua, prostituição, uso e tráfico de drogas. Após esse período, através de uma seleção pública, tornei-me gestora, durante um ano, de uma UAPS localizada no bairro Conjunto Palmeiras, no mesmo município, caracterizado pelo elevado índice de violência.

Há cinco anos estou na gestão de outra UAPS, local também marcado pela alta vulnerabilidade social e violência urbana. Em toda a minha trajetória profissional, pude perceber o quanto a violência é um dos problemas que mais afeta cotidianamente os moradores e traz prejuízos diretos e indiretos ao trabalho dos ACS.

Além disso, sou filha de um servidor público federal, que no exercício de suas funções como auditor da Receita Federal, sofreu em 2008 um atentado em decorrência de estar investigando um contraventor. Foi perseguido e levou vários tiros. Atualmente, o mentor do atentado encontra-se preso em um presídio de segurança máxima, porém meu pai ficou com algumas sequelas físicas e emocionais, além de viver cercado pelo medo de se expor em locais públicos.

Diante do exposto, causa-me muita preocupação as questões relacionadas aos riscos ocupacionais, em especial as relacionadas à violência. Em territórios violentos, conseguir realizar o trabalho e as funções adequadamente requer muitas habilidades e atitudes por parte dos profissionais.

Pretende-se, portanto, analisar os saberes e práticas dos ACS, sobre a violência urbana e as repercussões sobre seu trabalho e sua saúde, em busca do desenvolvimento/aperfeiçoamento de estratégias de enfrentamento à violência pelos mesmos durante o trabalho na ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os saberes e práticas dos ACS sobre a violência urbana e as repercussões sobre seu trabalho e sua saúde.

2.2 Específicos

- Descrever a realidade vivenciada pelo ACS residente em território de alta vulnerabilidade e violência urbana;
- Identificar as estratégias de enfrentamento à violência utilizadas pelos ACS durante seu trabalho na ESF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O processo de trabalho do ACS

A criação do PACS permitiu a inserção dos ACS na equipe básica de saúde, fornecendo uma nova oferta de serviços no interior das comunidades (COSTA; CARVALHO, 2012). A profissão de ACS foi criada através da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, após o Decreto Federal nº 3189/99.

Tal Lei foi revogada pela Medida Provisória 297/2006 e convertida na Lei 11.350/2006 regulamentando o § 5º do artigo 198 da Constituição Federal e disciplinando as atividades do ACS. Essa lei explicitava que o âmbito de trabalho desse profissional é o SUS e estabelecia alguns requisitos para a profissão, tais como: ser residente na área de atuação, ter concluído o ensino fundamental e mostrar resultado satisfatório no curso de qualificação básica para a formação de ACS. Quanto aos agentes que já atuavam na ocasião da publicação da Lei, foram dispensados da obrigação de ter o ensino fundamental concluído (LESSA, 2013; TINOCO, 2015).

Em 5 de janeiro de 2018, foi sancionada a Lei 13.595, alterando a Lei 11.350/2006. Tal Lei dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais ACS e ACE (BRASIL, 2018).

Como novo requisito de ingresso na carreira de ACS, passou-se a exigir a formação mínima de nível médio e curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas, mantidas as demais exigências, como a residência no local de trabalho e processo seletivo público. Quando não houver candidato inscrito com ensino médio poderá ser realizada a contratação de profissional com ensino fundamental, desde que comprove a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos (BENÍCIO, 2018).

A área geográfica poderá ser alterada quando houver risco à integridade física do ACS ou algum familiar decorrente de ameaça por parte de membro da comunidade onde reside e atua. Caso o ACS adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde

da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida (BENÍCIO, 2018).

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, os ACS deverão realizar várias atividades, dentre elas: visitas domiciliares com coleta e registro de dados relativos as suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde e a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional (BRASIL, 2018).

A realização de visitas domiciliares regulares e periódicas terá como finalidades: acolhimento e acompanhamento da gestante no pré-natal, no parto e no puerpério; da lactante, nos seis meses seguintes ao parto; da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura; do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas; da pessoa em sofrimento psíquico; da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; e, da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças (BRASIL, 2018).

O ACS deverá ainda, com a assistência de profissional de nível superior e desde que tenha realizado o curso técnico e possua os equipamentos adequados, aferir pressão arterial, medir glicemia capilar, aferir temperatura axilar, orientar e apoiar para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade e verificar o peso corporal, altura e circunferência abdominal em sua área geográfica de atuação e durante a visita domiciliar, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2018). Essas novas atribuições dadas aos ACS fortalecem o pensamento e a lógica biomedicalizante e foram bastante criticadas pelos defensores da ESF.

O ACS é o profissional que promove a troca de saberes entre a comunidade e a equipe, sendo o elo fundamental para a eficiência e eficácia da proposta da ESF, por conhecer de perto a comunidade, uma vez que é lá que ele reside, sendo este,

inclusive, um dos critérios para exercer tal função (SANTOS; DAVID, 2011; SILVA *et al.*, 2014; LESSA, 2013; TINOCO, 2015). Através dele é possível perceber as potencialidades e adversidades da comunidade, sem que, sejam negadas a cultura e a vivência dos indivíduos (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Por serem moradores da comunidade, conhecem as necessidades e os problemas locais, mostrando-se familiarizados com os valores, costumes e linguagens. Podem atuar com maior eficiência, possibilitando o intercâmbio entre a comunidade e o serviço de saúde e produzindo uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais (MACIEL *et al.*, 2008; TINOCO, 2015; ALMEIDA, 2015). Geralmente é tido como um facilitador comunitário, uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, o que fortalece o vínculo entre profissionais e moradores (LOURENÇO *et al.*, 2010).

Segundo Merhy e Onocko (1997), o trabalhador de saúde opera em um espaço de “autogoverno” que lhe dá inclusive a possibilidade de “privatizar” o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando. Ao se tratar de trabalho em saúde, a autonomia do trabalho vivo em ato é bem ampla, havendo um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituosos, a partir de distintos formatos de necessidades (tanto como carência quanto como potência) e, também, de distintas formas de satisfazê-las.

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, mas do que dá e retira a potência. O que tira a potência não é suficiente para paralisar os sujeitos pois o processo de trabalho está sempre aberto, à presença do trabalho vivo em ato. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abrí-lo em outras direções não pensadas (MERHY; ONOCKO, 1997).

É fundamental que haja uma socialização e discussão entre os membros da equipe de saúde sobre os problemas identificados no território. O conjunto de trabalhadores em saúde representa uma dinâmica profundamente complexa se considerarmos o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as “cabeças” presentes neste cenário (MERHY; ONOCKO, 1997).

As reuniões de equipe constituem-se como um espaço de trocas de experiências e produção de conhecimentos e saberes entre as categorias profissionais, favorecendo a proposição de estratégias que visem atender às necessidades dos usuários e facilitando as relações com a comunidade (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Além de atuarem no trabalho de vigilância e promoção da saúde, servem de elo entre a equipe e a comunidade, ao permitir a integração do saber científico ao saber popular (NOGUEIRA et al., 2015).

Dentre as atividades que devem ser realizadas pelos ACS, a visita domiciliar destaca-se por permitir a entrada do ACS não apenas no espaço físico, mas em toda a representação do espaço de moradia. Através dela, torna-se possível o desvelamento das dificuldades a nível individual e familiar, assim como das fragilidades do território, permitindo o desenvolvimento de ações de promoção, controle, cura e recuperação, assim como a articulação e o fortalecimento comunitário (BRASIL, 2009).

As funções dos ACS ultrapassam o campo da saúde, visto que requerem atenção a diversos aspectos presentes na comunidade em que atuam. Torna-se, portanto, indispensável uma apropriação sobre a realidade local do território (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). A atuação destes profissionais ocorre tanto através de dinâmicas micro sociais (domicílio e comunidade), orientações e apoio aos moradores, quanto macro sociais (estruturas econômicas, políticas e de poder que emolduram as relações), identificando áreas e situações de risco (BRASIL, 2012).

Dentre as potencialidades do trabalho dos ACS destaca-se a importância de sua atuação no envolvimento com as pessoas diante do enfrentamento dos problemas, sobretudo para a modificação das condições de vida. As atividades por eles realizadas favorecem a qualificação dos indicadores de saúde, através do aumento da cobertura vacinal, pré-natal, vigilância à saúde, da redução dos índices de mortalidade infantil, entre outros (BRASIL, 2002).

O cotidiano de trabalho dos ACS abrange a existência de diversas questões sociais de agravos à saúde, tais como desigualdades sociais, insatisfação com o serviço de saúde, analfabetismo, precárias condições de higiene, moradia inadequada, dentre outros (MINAYO; GUALHANO, 2015).

O território de atuação destes profissionais geralmente destaca-se pela alta vulnerabilidade social e ambiental, em que predominam a violência no território, o

tráfico de drogas, a pobreza, o saneamento básico ineficiente e a presença de lixo no peridomicílio. O analfabetismo e a inacessibilidade aos serviços de saúde também são obstáculos que permeiam o cotidiano desse trabalhador. Os reflexos destas questões interferem diretamente no processo saúde-doença da população (SIMÕES; FREITAS, 2016).

O processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo age como uma dimensão que o abre para práticas criadoras de permanentes processos tecnológicos para enfrentar a complicada temática das necessidades de saúde, que deve ser vista também sob a perspectiva de sua instituição (MERHY; ONOCKO, 1997).

A ESF reconhece a família, seu espaço social e territorial, como núcleos básicos para o desenvolvimento de suas ações que não se limitam aos atendimentos feitos dentro das unidades. Entretanto, o foco central da ESF torna-se complexo no momento em que o principal desafio da equipe é redirecionar as práticas em um contexto de violência urbana (MACHADO *et al.*, 2016).

Os ACS traçam estratégias de proteção, para reduzir sua exposição aos riscos evitando falar de situações comprometedoras, principalmente em grupos, e são discretos quanto à falta de segurança do território (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

A exposição à violência sofrida pelos profissionais e suas repercussões podem comprometer a formação de vínculos entre os ACS e a população no território adscrito. A lógica de mediação é algo essencial para a produção dos serviços de saúde. Para garantir o vínculo, é preciso transitar entre diferentes códigos e esferas cotidianas locais de regulação, sejam formais ou informais, legais, ilegais ou ilícitas. Apresentar habilidades técnicas não é suficiente, sendo indispensáveis competências relacionais construídas nos limiares dessas fronteiras e sob um determinado contexto social e histórico específico (ALMEIDA, 2015).

3.2 A violência e sua relação com a saúde

Em 2002, a OMS divulgou o relatório mundial sobre violência e saúde, no qual define o problema como: uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma

comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002).

A violência é considerada um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, existindo em todas as sociedades em graus variados, sofrendo transformações ao longo do tempo (MINAYO, 2006).

A violência consiste em atos humanos individuais, de grupos, de classes e até mesmo de nações que levam à morte outros seres humanos ou comprometem sua integridade física, mental, espiritual e moral. Em muitos casos, este comprometimento não é identificado ou percebido pelos outros (MACHADO *et al.*, 2016). Ela abrange todas as classes sociais, apresentando variadas expressões: umas mais típicas dos pobres e outras, das classes média e alta (MINAYO, 2006).

A violência possui forte relação com as desigualdades sociais, portanto, a qualidade das políticas sociais de saúde, educação e assistência social deve ser conservada, assim como deve ser oferecido um suporte especial, educacional e econômico aos menos favorecidos (SOUZA *et al.*, 2011).

Segundo o relatório mundial sobre violência e saúde, a violência pode ser classificada em três níveis conforme sua expressão e natureza (física, sexual, psicológica ou decorrente de negligência):

- 1) Violência interpessoal - engloba a intrafamiliar e a realizada pela comunidade, nas ruas e em locais públicos, contra pessoas conhecidas ou desconhecidas;
- 2) Violência coletiva - realizada por Estados, grupos organizados, tais como o crime organizado, podendo também ser social, econômica ou política;
- 3) Violência autoinfringida - autoagressão, incluindo o suicídio (KRUG *et al.*, 2002).

Utilizando uma classificação mais minuciosa e detalhada acerca dos tipos de violência, Toledo e Sabroza (2013) classificaram-na em seis tipos:

-Violência criminal: referem-se as agressões às pessoas e aos seus bens, constituindo-se objeto de prevenção e repressão por parte da segurança pública. Alguns exemplos são as praticadas por: gangues, milícias, redes de exploração sexual de crianças/adolescentes, tráfico de seres humanos, de armas e de drogas, exploração do trabalho escravo;

-Violência coletiva: também denominada violência estrutural ou social, abrange todos os tipos de distinção, exclusão ou restrição referentes a atributos como raça, classe social, crença religiosa que anule ou prejudique os direitos humanos e liberdades fundamentais nos diversos campos (político, econômico, social, cultural, entre outros). Aqui se inclui a violência estrutural ou social que promove a manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas gerando a miséria, a fome e várias formas de submissão e exploração humana;

-Violência institucional: realizada dentro das instituições, através de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos;

-Violência interpessoal: relações que costumam produzir danos morais, físicos e psicológicos, baseadas na prepotência, discriminação, intimidação, raiva, vingança e inveja. Neste caso, o conflito é transformado em intransigência e pode atingir filhos, companheiros, subalternos, colegas de trabalho, pessoas de outra classe, grupo social ou país;

-Violência autoinfligida: refere-se aos suicídios, às tentativas e as ideações de se matar e de se automutilar. Expressam sintomas destruidores da sociedade, assim como os homicídios;

-Violência cultural: se expressa através de discriminações e preconceitos que passaram a ser vistos de forma natural por terem sido reproduzidos diversas vezes. Servem para oprimir, prejudicar e até eliminar os diferentes. No Brasil essa violência pode ser facilmente observada em crianças e adolescentes, mulheres na relação conjugal, homossexuais, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais, moradores de favela, seguidores de algumas crenças religiosas, migrantes, dentre outros.

A compreensão do fenômeno da violência requer além do conhecimento dos fatos, o entendimento das representações que se tem da mesma, considerando o modo como os indivíduos a percebem em suas realidades e contextos. Atualmente, é possível observar uma naturalização da violência urbana, compondo um evento do cotidiano de grupos sociais. Compõe um grande desafio social, retratada de diferentes formas nas mídias televisivas e impressas: homicídios, conflitos armados, roubos, sequestros, estupros, cerceamento do ir e vir dos indivíduos, entre outros (MACHADO

et al., 2016).

Trabalhadores da saúde relacionam a violência na comunidade ao consumo, cada vez mais precoce, de drogas, associado ao recrutamento de jovens para o tráfico, à imagem altiva dos traficantes bem sucedidos, representações nem sempre atreladas a definições de violência relacionadas ao uso da força física ou à ameaça dela (ALMEIDA, 2015).

Associado ao aumento da violência, houve a expansão do tráfico de drogas, que surge na comunidade como um componente da economia local, caracterizado por um mercado de fácil acesso e uma atraente possibilidade de ascensão social para os jovens (FERREIRA, 2013).

Neste cenário, o crime passa a coexistir e interagir com a família, o trabalho e a religião (ordenamentos estruturadores da vida social), mesmo para os indivíduos que nunca tiveram relação com este (ALMEIDA, 2015). Essa dinâmica anteriormente alheia à comunidade, imprimiu deslocamentos importantes no entendimento que se tem a respeito dela, sendo hoje tida como algo que é constitutivo à vida comunitária (FELTRAN, 2010; TELLES; HIRATA, 2010; ALMEIDA, 2015).

A convivência e proximidade entre trabalhadores e criminosos, favorece a existência entre eles de pontos de identificação e colaboração, não implicando em uma segregação relacional. A “porosidade” das relações, portanto, não significa que todos estejam envolvidos com atividades ilícitas, podendo-se observar um fluxo cada vez mais intenso entre essas e por onde circulam serviços e discursos (ALMEIDA, 2015).

O impacto causado pelo aumento da violência na qualidade de vida das pessoas repercute de diversas maneiras. De acordo com Marín-León *et al.* (2007), a realidade violenta apresenta-se de diversas maneiras: exposição acentuada a conteúdos violentos através dos meios de comunicação; testemunhos e sofrimentos de atos violentos em casa e na comunidade; sensação contínua de ameaça e impotência, entre outros. Esta realidade tem forte relação com o surgimento de problemas psicológicos e sociais, como a síndrome de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, tristeza profunda e com o comportamento de isolamento social.

3.3 Situações de violência vivenciadas pelos ACS ao realizar o trabalho na ESF

A violência urbana é uma realidade concreta no território das comunidades onde estão inseridas as unidades de saúde da família, repercutindo diretamente nas práticas de cuidado dos profissionais da ESF (MACHADO *et al.*, 2016).

Para Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017), o contexto de violência em algumas comunidades pode ser pensado a partir de três dimensões presentes no cotidiano dos serviços de saúde: a) a violência como agravo; b) a violência como barreira de acesso e c) a violência tomada como risco para os profissionais de saúde.

A violência como agravo, dentro dos aspectos clínicos ou agravos de natureza psicopatológica, ocorre na medida em que o indivíduo desenvolve sintomas sugestivos de saúde mental por meio de uma ou várias experiências de violências (BENÍCIO; BARROS, 2017). A violência urbana pode atingir diversos membros das famílias, fazendo com que necessitem de todo o cuidado e atenção que puderem ser oferecidos pelas equipes de ESF. Gera sofrimentos que podem atrapalhar a rotina familiar, trazendo consequências duradouras para os indivíduos. Nestes momentos, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento pelo ACS são essenciais (FELISBERTO e cols, 2013).

A violência como barreira de acesso tornou-se uma realidade frequente no cotidiano das comunidades. As regras de acesso são impostas por facções ligadas ao tráfico de drogas e armas. Tais facções proíbem a entrada de profissionais de saúde que não residem nas comunidades, comprometendo atendimentos na área e visitas domiciliares das equipes da ESF e, ao mesmo tempo, prejudicando a circulação de alguns moradores até o território onde se encontra a unidade de saúde. Mudanças nas agendas dos profissionais são realizadas devido a conflitos territoriais envolvendo jovens pertencentes às organizações criminosas, tais como o Primeiro Comando da Capital (PCC) e o Comando Vermelho (CV) (BENÍCIO; BARROS, 2017).

A atuação de profissionais da ESF em territórios de alta vulnerabilidade é um grande desafio, diante da limitação do processo de trabalho imposta pela violência, permitindo, em alguns casos, o desempenho de ações de saúde apenas no interior das unidades. Desse modo, ocorre a restrição do cuidado apenas aos usuários que conseguem acessá-las (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

Pesquisas realizadas por Palma (2009) e Dowbor (2008), relatam casos em que as equipes são impedidas de entrar em determinadas ruas, obrigadas a suspender visitas à comunidade devido a tiroteios entre facções criminosas rivais, e

ainda são impedidas de abordar temas como o uso de drogas, violência doméstica e abuso contra crianças em atividades educativas (ALMEIDA, 2015).

A violência afeta os profissionais de saúde, tanto no acesso territorial, como no desenvolvimento e planejamento de processos de trabalho. Gera também uma maior rotatividade profissional, causando descontinuidade nos processos de trabalho e enfraquecimento do vínculo entre usuário e profissional. Muitos entendem a violência urbana como um problema policial, exigindo respostas em termos de maximização de lógicas punitivo-penais. Não tem sido construída uma agenda em torno do problema da violência nos processos de trabalho e na formação dos serviços. O que existem são iniciativas pontuais de profissionais em alguns territórios. As necessidades da comunidade não orientam os projetos terapêuticos, limitando suas incidências territorializadas, longitudinais e integrais nos determinantes sociais, articulando questões individuais, familiares e comunitárias (BENÍCIO; BARROS, 2017).

Dinâmicas territoriais específicas, como a violência urbana, dificultam o desenvolvimento dos trabalhos das equipes e parecem adquirir cada vez mais importância na conformação atual das experiências de violência ocupacional sofridas pelos profissionais da saúde. A realidade complexa de violência urbana no Brasil, em que facções criminosas muitas vezes gerenciam o território através de dispositivos normatizadores, afeta em especial aos ACS, por morarem no território e precisarem lidar com situações que envolvem 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 (ALMEIDA, 2015).

De acordo com relatos de ACS, antigamente, os profissionais de saúde eram mais repetidos e valorizados. Atualmente, alguns profissionais são proibidos por traficantes de adentrar em algumas áreas da comunidade, prejudicando e limitando o acesso de moradores a alguns serviços (GOMES, 2016).

As crenças e os valores que subsidiam o trabalho dos ACS, sobretudo, as suas opiniões sobre a violência urbana e outras ilegalidades existentes na área onde atuam deve procurar fugir de “julgamentos normativos ou valorativos, pois o que interessa não é o legal ou normativamente correto, mas o efetivamente vigente”. Um aspecto interessante observado a partir da revisão bibliográfica refere-se ao fato de que, em alguns estudos, apesar da violência urbana não ser um objeto central de

análise, foi colocada como um fator de influência sobre a organização e desenvolvimento de ações na ESF (ALMEIDA, 2015).

O trabalho dos profissionais da ESF deve adequar-se à realidade do território, sendo por vezes necessário conviver com instâncias normativas como do “*mundo do crime*”. Neste contexto, são impostos limites às ações em saúde, que poderão ser desenvolvidas. Narrativas baseadas em experiências vividas por ACS em que os mesmos foram impedidos por traficantes de entrar em determinadas áreas, nem sempre são interpretadas negativamente por eles, como uma ameaça, mas sim como “avisos” com o propósito de garantir que o trabalhador possa atuar na comunidade com maior segurança (ALMEIDA, 2015).

As facções criminosas exercem controle sobre as pessoas, funcionando como uma espécie de instância normativa na regulação e mediação dos conflitos internos. Em muitos casos, as facções encarregam-se de averiguar e aplicar punições aos agressores, sem que as equipes tomem conhecimento. A atuação de policiais no território também traz repercussões no trabalho, podendo dificultar o acesso da equipe a determinadas áreas, prejudicando o estabelecimento de vínculos e aumentando a sensação de insegurança e risco dos profissionais (ALMEIDA, 2015).

O convívio cotidiano, intenso e prolongado dos ACS com a comunidade traz impacto sobre estes trabalhadores, pois presenciam situações de agressões e a miséria intensa (TINOCO, 2015). Entender esse local onde o ACS realiza suas atividades e onde também é seu local de moradia, ajuda na compreensão de como esse profissional atua frente a condições favoráveis ou desfavoráveis. Os ACS ficam expostos a algumas situações de violência social cotidiana tais como: ter conhecimento de situações criminosas no interior das comunidades, presenciar violência física, conviver com miséria intensa e até mesmo em alguns casos sofrer algum tipo de violência (LESSA, 2013).

Estudo realizado em Mato Grosso do Sul com 41 ACS entrevistados, mostrou que quase 70% já sofreu algum tipo de violência ou assédio, em que 73,5% ocorreu nos domicílios dos usuários ou nas ruas, contrapondo-se aos 26,5% das ocorrências dentro das unidades. Os agressores mais identificados, em consonância com outros estudos, foram os pacientes, familiares e colegas ou chefias (BORTOLOTTI; CONTRERA, 2006; ALMEIDA, 2015).

A impossibilidade de se afastar do local de trabalho por nele residir

intensifica as situações de sofrimento decorrentes da violência no trabalho, gerando medo e sensação de vulnerabilidade devido ao assédio das pessoas. Confunde-se o trabalho que é público, com o espaço de viver e conviver, que é particular (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; TINOCO, 2015).

O cotidiano de experiências frente à miséria e à alta vulnerabilidade social muitas vezes gera sentimento de impotência no exercício do trabalho do ACS, por sentirem-se responsáveis e envolvidos emocionalmente com as famílias e nem sempre conseguirem oferecer o que as pessoas necessitam. Além disso, também existe o medo de sofrer represálias por parte de usuários reconhecidamente violentos, que porventura encontrem-se descontentes com o atendimento ofertado (LANCMAN *et al.*, 2009; TINOCO, 2015). A falta de resolutividade durante os atendimentos no interior das unidades de saúde pode gerar conflitos e situações de violência, tais como ofensas e ameaças aos profissionais (FONTES *et al.*, 2013).

O convívio intenso dos ACS com situações de violência intrafamiliar e comunitária pode gerar problemas psicológicos e adoecimentos expressos pelo desgaste físico e emocional, raiva e medo diante das situações enfrentadas no cotidiano do trabalho. Repercussões da violência comunitária como insultos, ameaças ou testemunho de situações de violência sofridas aumentam as possibilidades dos profissionais apresentarem sintomas depressivos (BORTOLOTTI; CONTRERA, 2006; LANCMAN *et al.*, 2009). Uma das estratégias para o enfrentamento de situações estressoras durante o trabalho dos ACS foi a utilização de medicamentos antidepressivos (WEI; CARVALHO, 2009; LOPES, 2012).

Trabalhar em áreas em que existe o tráfico de drogas gera bastante estresse decorrente do medo de sofrer violência física e moral. As atividades cotidianas são, muitas vezes, realizadas sob tensão (TINOCO, 2015). A incapacidade para o enfrentamento de questões relacionadas à violência, às desigualdades e a sensação de impotência frente às diversas situações no trabalho propiciam frequentes situações de estresse por parte dos ACS (LUNARDELO, 2004).

O ato de matar ou morrer mostra-se como algo comum no território, preocupando e desestabilizando os profissionais de saúde, que também apresentam sentimentos antagônicos de medo e naturalização. O contexto de vida dos ACS também faz com que, muitas vezes, haja uma naturalização das diversas formas de violência presentes no seu trabalho e adotem, como defesa, o encobrimento da

realidade (SOUZA; FREITAS, 2011).

Desta forma, é preciso considerar o olhar do ACS sobre a violência urbana no seu território, na construção e consolidação da ESF, que é uma política construída no e pelo cotidiano, e cujos desdobramentos não estão predeterminados, acena para um debate importante relacionado às políticas públicas, do que elas são, em teoria, e de como elas se constituem na prática em determinadas conjunturas específicas (ALMEIDA, 2015).

Destaca-se a existência de cargas psíquicas no trabalho e a necessidade de encontrar medidas de proteção à saúde destes trabalhadores (TRINDADE *et al.*, 2007). Sentimentos como angústias e sofrimentos devem ser entendidos como uma questão de saúde pública, em que gestores, profissionais e educadores devem se unir a procura de soluções (FELISBERTO, 2013).

Situações vivenciadas dialogam com questões macrossociais, sendo observadas em diversas regiões, cidades e países. A identificação e a análise destes problemas podem auxiliar o processo de tomada de decisão e o estabelecimento de práticas, através do reconhecimento formal pelas esferas da gestão federal, estadual e municipal, auxiliando na preparação e atuação dos trabalhadores frente a estes desafios cotidianos dos serviços de saúde nas comunidades.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa é caracterizada por trabalhar com um universo de crenças, valores, sentimentos, aspirações e significados, correspondendo ao mais profundo espaço das relações. Não se baseia em critérios numéricos e constitui-se em uma técnica importante para o conhecimento das percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias no trato de uma dada questão (MINAYO, 2013).

Para Schutz (1982), o conhecimento do senso comum não deve ser superior ou inferior ao saber científico. Caberá ao cientista social revelar os significados subjetivos implícitos nas falas dos atores e explicitar a interpretação da realidade social. O autor elaborou alguns conceitos a fim de auxiliar na compreensão empírica da realidade:

- Situação: lugar ocupado na sociedade, papel desempenhado e posicionamentos políticos, intelectuais, religiosos, entre outros;
- Experiência biográfica: diz respeito ao contexto em que se pensa, sente e age;
- Estoque de conhecimento: relacionado às experiências e situações vivenciadas que servirão de base para interpretações e ações.

Desta forma, uma mesma experiência gera diversos conhecimentos de acordo com a bagagem biográfica e reflexiva dos atores sociais. O cientista encontrará, portanto, muitas diferenças de detalhes e aprofundamento, mesmo tratando-se de fatos semelhantes, em narrativas contadas por múltiplos atores.

4.2 Campo de estudo

O estado do Ceará apresenta alguns grandes desafios a serem melhorados, como a questão da infraestrutura domiciliar, como o acesso a abastecimento de água e saneamento básico, além da necessidade de redução da extrema pobreza. Na infraestrutura, apesar da universalização do acesso à energia

elétrica, cerca de 23% dos domicílios cearenses não tem acesso ao abastecimento de água pela rede geral de distribuição. Outro indicador em situação adversa é o percentual de domicílios com sistema adequado de esgotamento sanitário, apenas 63,1% dos cearenses, em 2017, possuíam escoamento adequado. Por fim, embora o Estado tenha reduzido a taxa de pobreza nos últimos anos, a extrema pobreza exige maior atenção, 9,9% dos cearenses ainda vivem em situação de subsistência (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Apesar dos sucessivos aumentos na expectativa de vida da população cearense entre 2006 e 2017, um maior foco das políticas públicas se torna imprescindível para solucionar alguns problemas de saúde pública, tais como a violência, que teve um aumento de 177% na taxa de incidência de óbitos com agressão, caracterizando uma situação epidêmica do ponto de vista da saúde pública (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Em termos administrativos, o município de Fortaleza, capital do Ceará está dividido em sete regionais, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas. São elas: Centro, I, II, III, IV, V e VI, sendo as ações de saúde da regional do Centro de responsabilidade da regional II.

A investigação foi realizada em uma UAPS do município de Fortaleza, Ceará, Brasil, responsável por aproximadamente 20.000 habitantes. A UAPS possui quatro equipes de saúde da família e não foi identificada para resguardar os ACS participantes da pesquisa, por tratar-se de um tema em que muitos têm medo de expor suas opiniões. 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.

4.3 Participantes

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador escolhe intencionalmente os elementos de acordo com seu julgamento, do que seria representativo da população. Deve permitir a investigação do problema em todas as suas dimensões (MINAYO, 2013).

Cada autor social é caracterizado no seu tempo histórico, por sua

participação em grupos sociais e apresenta uma cultura peculiar relacionada com a cultura prevalente de seu tempo. Deve-se considerar não a soma dos elementos, mas o entendimento dos modelos culturais e da singularidade das determinações. A escolha da amostra deve contemplar indivíduos específicos para análise, contendo elementos comuns e peculiares à totalidade social em análise (MINAYO, 2014).

A pesquisa teve 12 ACS como sujeitos, escolhidos de forma intencional. Foram incluídos os servidores públicos municipais lotados como ACS na UAPS selecionada. Foram excluídos os que estavam atuando como ACS há menos de seis meses.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente, foi realizada uma reunião com todos os ACS na UAPS selecionada para dar explicações sobre a pesquisa e sensibilizá-los sobre a importância da mesma (plano de recrutamento dos possíveis participantes). Após os esclarecimentos e de forma voluntária, foi realizado o agendamento dos que aceitaram participar. Antes da realização da entrevista foi solicitado que os ACS assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com os ACS, utilizando um roteiro de investigações (apêndice A) para guiar o relato das experiências pelos informantes. As entrevistas foram realizadas fora do território da UAPS selecionada.

Entrevistas constituem-se como a estratégia mais utilizada em trabalhos de campo e sua utilização visa construir informações relativas a um objeto de pesquisa. Segundo Minayo (2014), entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Iniciam-se por questionamentos prévios, de acordo com o objeto a ser pesquisado, permitindo a formulação de novas indagações que enriquecerão as informações (TRIVIÑOS, 1987). Ao contrário das questões de múltiplas escolhas, em que o problema é avaliado de forma mais superficial, as entrevistas permitem explorar nuances, conhecer significados que poderiam passar de forma despercebida (ANGROSINO, 2009).

Este tipo de entrevista obedece a um roteiro que facilita a abordagem e garante que os pressupostos e as hipóteses sejam contempladas nas falas. O roteiro de entrevista contém poucas questões e visa identificar o ponto de vista dos atores sociais, orientando uma “conversa com finalidade”, facilitando a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. Deve seguir algumas condições:

- a) As questões devem fazer parte do delineamento do objeto, objetivando dar forma e conteúdo;
- b) Deve permitir o aprofundamento da comunicação e sua ampliação;
- c) Deve ajudar a tornar claro o ponto de vista dos interlocutores (visão, juízo e relevância) acerca do objeto (MINAYO, 2014).

É importante ter cuidado para não analisar apenas os temas pré-estabelecidos, sendo preciso explorar também os assuntos relevantes trazidos do campo durante as entrevistas (MINAYO, 2014). Assim, realizou-se o registro em diário de campo das emoções, angústias, dos gestos e comportamentos dos entrevistados no momento das entrevistas.

De acordo com Minayo (2014), o diário de campo é um instrumento pessoal e intransferível, devendo ser usado de forma sistemática em todos os momentos da investigação. Tais impressões e notas são capazes de tornar mais verdadeira a pesquisa de campo, favorecendo a profundidade das análises (MINAYO, 2014).

4.5 Processamento e análise de dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Foi utilizado o método de interpretação dos sentidos (MINAYO, 2013). Após a leitura exaustiva e compreensiva do material, visando a impregnação dos depoimentos, foi realizada a distribuição das unidades que estavam presentes nas falas dos entrevistados. A montagem da estrutura de análise foi feita através da decomposição das falas em 48 temas empíricos. Foram identificadas as ideias explícitas e implícitas, e feitas as problematizações. As falas foram separados em dois *corpus*: ACS que residem em áreas com estabilidade no comando da facção e ACS que residem em áreas com disputas entre os comandos das facções. Todas as áreas adstritas à unidade de saúde são comandadas por alguma facção criminosa. Este comando não é homogêneo em todo o território, resultando em muitos conflitos, sendo identificadas diferenças nas

falas e na relação com a violência em função das disputas ou não nos comandos das facções no território de cada ACS.

Os temas empíricos foram agrupados em quatro categorias ou eixos orientadores para a interpretação: comunidade; violência no território; consequências da violência sobre a saúde dos ACS e estratégias de enfrentamento à violência usadas pelos ACS. Buscou-se fazer diálogos entre os referenciais teóricos, estudos anteriores, registros em diário de campo, depoimentos e seus contextos, almejando-se um referencial interpretativo.

4.6 Considerações éticas

O presente estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza, por meio do documento 3.192.862 (ver apêndice C).

Todos os participantes assinaram o TCLE em obediência às regras da Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/12), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, tomando-se o cuidado para garantir o monitoramento dos padrões éticos durante a pesquisa. O referido termo continha todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, para o completo esclarecimento sobre a pesquisa, e participação de forma autônoma, consciente, livre, esclarecida e gratuita.

Os participantes tiveram suas identidades resguardadas, não foram identificados pelo nome, iniciais ou qualquer outra característica e seus bem-estares físico, moral e social foram plenamente respeitados, sendo coletados apenas os dados necessários. Foi-lhes garantida a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

As coletas de dados trouxeram mínimos riscos no que se refere a constrangimentos. Esse risco foi minimizado pelos esclarecimentos pertinentes, pois a opinião individual dos profissionais não foi divulgada pelo pesquisador. Os dados e informações desta pesquisa não serão utilizados para outros fins que não os exclusivamente previstos neste protocolo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados no modelo de artigo científico. A normatização do Mestrado Profissional em Saúde da Família permite que o mestrando defenda a dissertação neste formato. Foi, então, elaborado um manuscrito que será submetido ao periódico Interface (Botucatu). As normas de publicação do periódico encontram-se no Anexo 1. Eis o documento a ser apresentado ao periódico:

Ser cego, surdo e mudo: repercussões da violência no trabalho e na saúde dos agentes comunitários de saúde.

Cibelly Melo Ferreira

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Resumo

O objetivo do estudo é analisar saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre a violência urbana e as repercussões sobre o trabalho e a saúde. Foi feito um estudo transversal, descritivo exploratório, de abordagem qualitativa em entrevistas com 12 ACS. As entrevistas foram analisadas através do método de interpretação dos sentidos. Emergiram 48 temas empíricos separados em dois *corpus*: ACS que residem em áreas com estabilidade no comando da facção e ACS que residem em áreas com disputas. Os temas foram agrupados em quatro categorias: comunidade; violência no território; consequências da violência sobre a saúde e estratégias de enfrentamento à violência usadas pelos ACS. Ser cego, surdo e mudo foi a principal estratégia de enfrentamento à violência. A identificação destes problemas podem auxiliar no estabelecimento de práticas de cuidado, visando prepará-los frente aos desafios dos serviços.

Palavras-chave: Violência. Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The objective of the study is to highlight the knowledge and practices of community health agent on urban violence and the repercussions on labor and health. A descriptive exploratory cross-sectional study was carried out, with a qualitative approach in which 12 community health agent were interviewed. The analysis was through the method of interpretation of the senses. And they merged 48 separate empirical themes into two *corpus*: community health agent residing in areas with stability in command of the faction and community health agent residing in areas with disputes between them. The empirical themes were grouped into four categories: community; violence in the territory; consequences of violence on the health of community health agent and strategies for coping with violence used by them. Being blind, deaf and dumb was the main strategy to confront violence. The identification of these problems can assist in establishing care practices, aiming to prepare them forward to the challenges of services.

Keywords: Violence. Community Health Workers. Family Health Strategy.

Introdução

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma das estratégias mais importantes adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro na reorganização do modelo assistencial com a finalidade de garantir ações de saúde individuais, familiares e coletivas, na qual se incluem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, através de equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária sobre um território definido¹.

Através da Estratégia Saúde da Família (ESF), é possível alcançar a integralidade do cuidado em saúde a partir da ideia de territorialização, que remete, ao menos, a três perspectivas distintas e complementares: a) fornece uma demarcação dos limites das áreas sob responsabilidade das equipes; b) permite o reconhecimento das dinâmicas sociais ali existentes; c) possibilita a articulação das

unidades da ESF com outros setores e serviços encontrados no mesmo local (intersetorialidade)².

O trabalho que o ACS desenvolve junto às comunidades adstritas contribui para aproximar as equipes das comunidades, através de visitas e acompanhamentos aos equipamentos, domicílios e territórios onde os usuários vivem, sendo de fundamental importância para a política nacional de atenção básica.

O contexto de violência urbana proporciona medo, falta de confiança e individualismo, impactando no trabalho das equipes da ESF^{3,4,5}. Profissionais que nela atuam vivenciam a violência urbana em seus territórios ao realizarem ações intra e extra-muros. A violência tem causado limitações, pois além de dificultar as visitas domiciliares, muitas vezes inviabilizam atividades como grupos educativos, consultas agendadas e outras ações que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Ao gerar lacunas no processo de cuidar, têm-se como consequência sentimentos de frustração pelos profissionais⁵.

O termo violência urbana revela distintos significados e consequências. Trata-se de uma construção social com demarcações temporais e espaciais. Toda violência tem continuamente um contexto, o qual corresponde não apenas aos atores ou vítimas, mas conjuntamente àqueles que a percebem. Eventos de violência urbana podem ocorrer em diferentes lugares, mas cada um está capturado por seu contexto espacial e temporal⁶.

A cidade de Fortaleza, capital do Ceará é considerada a segunda mais violenta do Brasil e a sétima do mundo, segundo estudo divulgado em março de 2017 pela Organização Não Governamental (ONG) Mexicana "*Seguridad, Justicia y Paz*". A organização monitora os registros de homicídios em vários países. Para classificar a violência, a ONG calcula a taxa de homicídio de cada local, considerando o número de assassinatos proporcional à população. Em Fortaleza, a taxa de homicídio em 2017, foi de 83,48 para cada mil habitantes. Em Natal, capital do Rio Grande do Norte, a quarta cidade mais violenta do mundo e primeira do Brasil, conforme o estudo, a taxa foi de 102,56.

O aumento dos índices de violência e a preocupação com este fenômeno não se restringem ao Brasil. Os reflexos são observados na saúde pública, tanto como

uma das principais causas de comprometimento à saúde e ameaça à vida, como também na oferta de serviços em territórios mais vulneráveis⁵.

Os reflexos da violência urbana sobre a estrutura, o funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde ofertados, assim como as repercussões da exposição continuada à violência indireta, tais como ouvir ou testemunhar agressões domésticas, mortes relacionadas tanto ao consumo quanto ao tráfico de drogas, devem ser mais pesquisados².

Assim, este estudo possui como objetivo analisar os saberes e práticas dos ACS sobre a violência urbana e as repercussões sobre seu trabalho e sua saúde. Pretende-se conhecer a realidade vivenciada pelo ACS residente em território de alta vulnerabilidade e violência urbana, compreender como a violência urbana interfere no trabalho e na saúde dos ACS e identificar as estratégias de enfrentamento à violência utilizadas pelos ACS durante seu trabalho na ESF. Espera-se que seus resultados possam auxiliar na elaboração formal das políticas públicas, por entender que estes profissionais são indispensáveis para a garantia da operacionalidade das ações propostas pela ESF.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. A investigação foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil, responsável por aproximadamente 20.000 habitantes. A UAPS possui quatro equipes de saúde da família e não foi identificada para resguardar os ACS participantes da pesquisa, por tratar-se de um tema em que muitos têm medo de expor suas opiniões. 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.

A pesquisa teve 12 ACS como sujeitos. Foram incluídos os servidores públicos municipais lotados como ACS na UAPS selecionada. Foram excluídos os que estavam atuando como ACS há menos de seis meses.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com todos os ACS na UAPS para o esclarecimento da pesquisa e a explicação sobre a importância da mesma. Os ACS assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, fora do território da UAPS selecionada, através de roteiro de investigações para guiar o relato das experiências pelos informantes. Foi realizado o registro em diário de campo das emoções, angústias, dos gestos e comportamentos dos entrevistados durante as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Foi realizada a leitura exaustiva do material e utilizado o método de interpretação dos sentidos⁷. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza, por meio do documento 3.192.862.

Resultados e discussão

Os nomes dos entrevistados são fictícios e foram escolhidos por eles no momento das entrevistas. Dos doze entrevistados, dez são do sexo feminino. A feminização dos agentes de saúde não se refere apenas ao contexto pesquisado, sendo encontradas as mesmas características em outros estudos^{2,5}. Tal situação parece expressar um traço comum a essa categoria profissional, remetendo às origens da profissão, em que foi dada a oportunidade de trabalho a mulheres que viviam sozinhas com seus filhos, para atuarem como agentes de saúde e serem pagas com o dinheiro da seca no estado do Ceará⁸.

A média de idade foi 44,5 anos, variando entre 33 e 59 anos. Todos são pardos, oito são católicos, um é protestante, um testemunha de Jeová e dois não possuem religião.

Dez possuem ensino médio completo e dois ensino superior. O tempo de atuação na unidade variou entre 5 e 20 anos. Alterações no trabalho dos ACS decorrentes da mudança do seu perfil de escolaridade e formação, das mudanças no escopo de ações, nas ofertas da ESF e no perfil demográfico e epidemiológico da população geral indicam a necessidade de aprofundar o debate sobre o ACS nos tempos atuais, em um movimento orientado pelas necessidades dos usuários, pelo fortalecimento da APS e desenvolvimento profissional do ACS, não isento de tensões

e de riscos.

Os entrevistados desenvolveram um grande envolvimento com a comunidade, pois acredita-se que o tempo de atuação na unidade demonstrado pelo grupo pesquisado, possibilita a formação de vínculo, a longitudinalidade do cuidado e o conhecimento do território.

Dentre os entrevistados, seis trabalham em territórios com disputas entre facções e seis em áreas sem disputas entre estes comandos. Geralmente, essas áreas com disputas causam maior adoecimento aos ACS, entretanto, mesmo os que trabalham em áreas sem disputas, relatam adoecimentos. Apenas quatro dizem não se sentirem afetados pela violência.

A partir da análise das falas dos entrevistados emergiram 48 temas empíricos separados em dois *corpus*: ACS que residem em áreas com estabilidade no comando da facção e ACS que residem em áreas com disputas entre os comandos das facções. Todas as áreas adstritas à unidade de saúde são comandadas por alguma facção criminosa. Este comando não é homogêneo em todo o território, resultando em muitos conflitos, sendo identificadas diferenças nas falas e na relação com a violência em função das disputas ou não nos comandos das facções no território de cada ACS.

Os temas empíricos foram agrupados em quatro categorias: comunidade; violência no território; consequências da violência sobre a saúde dos ACS e estratégias de enfrentamento à violência usadas pelos ACS.

Comunidade

O território em que foi realizada a pesquisa abrange dois bairros de Fortaleza, em que se distribuem diversas comunidades com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado muito baixo: 0,29 em um bairro e 0,17 no outro. Verifica-se a existência de elevado contraste social, como pode-se observar em vários bairros de Fortaleza: "... onde você vê assim a comunidade carente frente-a-frente, lado-a-lado com os grandes casarões que formam o bairro e você vê os condomínios de luxo" (Helena).

A comunidade pode ser entendida como uma construção ideológica baseada em algumas necessidades como a da segurança individual, do conforto, da familiaridade e do sentimento de pertencimento. Dentro da comunidade existe o familiar (nós) e o estranho (outros). Ao pertencer a uma comunidade, o indivíduo renega sua individualidade a fim de satisfazer as necessidades coletivas de intimidade e da construção de uma “identidade”⁹.

As redes de relações e organizações entre pessoas, são bens inalienáveis da comunidade que fortalecem a cidadania e apresentam impacto direto na prevenção do crime. Tais redes de relação têm sido entendidas como capital social. Sociedades com altos níveis de capital social são supostamente mais igualitárias, com pessoas mais envolvidas na vida pública e mais solidárias¹⁰.

Apesar dos relatos de sofrimento e violência, os ACS afirmam que gostam da comunidade em que trabalham, pois lá moram pessoas boas e que gostam de fazer o bem. A maioria dos ACS mora na área em que trabalha há muito tempo. O fato de conhecer bem o bairro trás uma sensação de proteção, por serem conhecidos da maioria dos moradores. Também ajuda a entender o cotidiano e a maneira de ser de cada pessoa, assim como a dinâmica do território.

Uma característica muito forte do ACS é ter uma relação de acompanhamento longitudinal das pessoas, compartilhando do seu desenvolvimento e da sua passagem pelos ciclos de vida. Assim, alguns vêem os moradores como membros da sua família. A proximidade entre os ACS e a comunidade permite a criação de vínculos, que favorece o aumento das relações de confiança entre ambos, como se observa nas falas a seguir:

Eu conheço beco, eu conheço vizinho, eu conheço que aquela adolescente agora cresceu e formou aquela família. (MARIA)

Porque, devido já ao tempo de serviço, tempo de trabalho, tempo de convivência com elas, hoje facilita muito o trabalho que eu faço e também a credibilidade que eles têm por mim como profissional da saúde. (GADELHA)

A minha comunidade é como se fosse a minha família! (FLORZINHA)

A legitimidade da presença do ACS no território tem relação com o fato de ser um morador do bairro, ter habilidades individuais para conquistar a confiança das pessoas e ainda, através dos vínculos relacionais (não normativos e prescritivos) existentes¹¹. Uma característica intrínseca à atuação das equipes, principalmente no

que se refere aos ACS compreende a lógica da mediação, estabelecendo pontes entre as diferentes esferas cotidianas de regulação¹².

A ESF tem como princípio norteador, o estabelecimento do vínculo entre a equipe e os moradores, potencializando a corresponsabilização das ações em saúde a fim de garantir melhor qualidade na assistência ofertada. Conhecer e conviver com a realidade da comunidade em dupla inserção, como trabalhadores e moradores, faz com que o ACS tenha seu acesso facilitado e sua presença ofereça maior credibilidade e confiança em relação aos demais profissionais de saúde².

Os ACS sentem-se um pouco “responsáveis” por aquelas “crianças” que cresceram e entraram no mundo do crime. Este sentimento é comum para os ACS que trabalham em territórios com estabilidade e com disputas de comando:

Veja só como é a situação do ACS: eu pesei esta criança, e hoje eu vejo ele no mundo da criminalidade! É como se fosse um filho pra mim! Porque eu o pesei, o vi crescendo, adolescente, e hoje adulto eu vejo desta forma!
(GADELHA)

A proximidade entre os ACS e os traficantes fica evidente nas falas ao se referirem aos contraventores como “meninos”, “meninos levados da breca”, “amiguinhos”, grupos (facções), dificilmente utilizando o termo “traficante” o que realça o vínculo existente entre eles por se conhecerem há bastante tempo. Existe uma troca entre proteção e cuidado naqueles locais em que existe o vínculo. Para os ACS que residem em áreas com estabilidade no comando da facção, a segurança advém do fato deles cuidarem de mães, tias, primos, irmãos das pessoas que são líderes dessas facções dentro do território onde trabalham.

Os vínculos estabelecidos entre os trabalhadores e o “mundo do crime” são construídos através de diferentes estratégias relacionais utilizadas por eles, com pontos de aproximação, mas também com limites e constrangimentos. Potencializam o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde em uma população geralmente refratária e de difícil abordagem².

Quando não existe esta relação de proteção entre os ACS e os traficantes, alguns ACS podem ser inclusive expulsos do território pelas facções rivais, mesmo sem ter envolvimento direto com o crime. Isto pode ser observado em áreas com disputas entre os comandos das facções.

Atualmente, a alta rotatividade dentro da comunidade, com a presença de muitos “novatos” e de “muitas casas de aluguel” tem causado uma sensação de insegurança entre os ACS por dificultar o fortalecimento dos vínculos, principalmente em áreas com disputas entre os comandos das facções, em que os discursos recorrentes são: “tem pessoas diferentes”, “nem o morador antigo tem mais segurança”. A tranquilidade existiu no passado, porém não é mais observada atualmente. Nas áreas com maior estabilidade, as frases recorrentes são: “eu conheço”, “eu tenho credibilidade”, “ele é nosso agente de saúde”, sendo relatado como uma “área tranquila”.

A fala de uma ACS que reside em uma área de disputa ilustra bem o sentimento de quem se sente desprotegida diante da mudança de perfil dos moradores da comunidade, pois passam a ser vistos como ameaças por terem informações privilegiadas sobre os moradores:

Porque assim, apesar de eu morar no local, conhecer todo mundo, saber de tudo, mas ainda assim, eu temo. Porque, você entra muito na casa, você sabe muito das pessoas e isso você pode ser mal vista, né? Dependendo do ambiente. Na comunidade hoje tem muitas pessoas diferentes. Não são mais aquelas pessoas, só as mesmas pessoas. Tem pessoas de diversos bairros. Toda hora você encontra pessoas diferentes. (PATRÍCIA)

Em um território marcado pela violência criminal, poucos ACS relatam não se sentirem afetados pela mesma. Ficou evidente a vontade da maioria em mudar de moradia para um local menos violento. Isso mostra que a violência está atingindo a vida dos ACS e causando-lhes preocupações diversas, principalmente relacionadas à segurança de seus familiares.

Os ACS sabem, em maior ou menor intensidade, de tudo o que acontece na comunidade. O acesso a estas informações pode muitas vezes expô-los, assim como a seus familiares, a constrangimentos e situações de risco². No presente estudo, alguns ACS não moram em sua micro-área e nem mesmo no bairro em que trabalham. Uns por opção própria e outros por terem sido expulsos da comunidade em que residiam.

A violência no território

As grandes desigualdades sociais acarretam diversos problemas como o aumento da criminalidade, da prostituição, da violência psicológica (causa de grande adoecimento da população) e paralelo a isto, temos também a violência doméstica e tantos outros tipos de violência que não foram citados pelos entrevistados.

O termo “violência urbana” refere-se a um fenômeno social designado como um conjunto de expressões que afetam o sentimento de continuidade das rotinas diárias e da segurança individual de pessoas com ou sem laços de parentesco fora do ambiente doméstico^{5,12,13}. É um fenômeno de abordagem multifacetada, intersetorial e interdisciplinar, que pode afetar indivíduos, grupos, classes e instituições. Suas relações empregam diversos métodos e meios de coerção e aniquilamento pessoal¹⁰.

Ser ACS em territórios com grandes vulnerabilidades sociais requer algumas características e habilidades para conseguir realizar o trabalho de forma adequada e satisfatória. É imprescindível ter vontade de ajudar as pessoas, saber escutar, fazer amizades, ser ético, cauteloso e discreto como forma de enfrentamento da violência no trabalho.

Os ACS relatam que tanto sofrem alguns tipos de violência no trabalho, tais como assédio sexual e violência verbal, como também presenciam situações como homicídios, pessoas andando armadas pela comunidade, brigas entre familiares, vizinhos, entre outras.

Ao sofrer assédio sexual eu me sinto, sei lá, humilhada, com vergonha, não queria nem mais estar trabalhando. Dá uma coisa ruim, né? Só por isso mesmo, mas eu finjo que não escuto e continuo andando e rezo para que não me chame. E continuo andando. (LETÍCIA)

Por exemplo, às vezes as pessoas agredem uma a outra com palavras... O que é muito forte também! Pessoas agredidas com palavras. Às vezes um pai que não trata seu filho tão bem quanto deveria tratar. Às vezes uma mãe. (MARTA)

As experiências negativas sofridas pelos profissionais em decorrência da violência provocam sentimentos de solidão e de vulnerabilidade no exercício do trabalho¹¹.

Em áreas com domínio de uma única facção, os relatos de violência são mais amenos que nas áreas onde existe a disputa. Nestes casos, percebe-se a presença mais forte da violência.

Deste último homicídio eu estava chegando, estava lá o sangue, todo mundo, o corpo saindo... Já vi briga de mulheres (risos), eu chegar para deixar encaminhamento, destes que a gente agenda, e as vizinhas estarem brigando. E com relação à facção eu já entrei numa casa onde estava todo mundo se drogando e eu fiquei querendo voltar só que não podia, porque eu já estava lá dentro... (HELENA)

Os conflitos entre facções acabam afetando inclusive pessoas que não possuem envolvimento com as drogas. Ter alguma relação ou parentesco com pessoas envolvidas, ou simplesmente morar em territórios rivais, pode ocasionar uma série de restrições, inclusive de acesso à unidade de saúde. A violência mostra-se como um evento negativo, desanimador e limitante de práticas de cuidado, comprometendo a demanda e a adesão dos usuários aos serviços de saúde. Machado⁵, também afirma em seu estudo que devido à violência no território, algumas atividades como vacinações, busca de medicamentos e consultas precisam ser adiadas.

Essa restrição também afeta o deslocamento de familiares que moram em outras comunidades.

Agora com as facções ficou difícil porque você não pode fazer nada na sua casa, por exemplo. Se você tiver um amigo que mora em outro bairro, que o outro bairro não é a sua mesma facção, você já é chamado atenção. Por exemplo, meus irmãos moram em bairros diferentes. Acho que está com uns dois anos que eles não vão até a minha casa. (PATRÍCIA)

ACS relatam que moradores foram impedidos de transitar em comunidades com outro comando devido à cor do cabelo ser vermelha. A cor dos cabelos faria uma referência a uma determinada facção criminosa.

Eu só vim acreditar quando uma amiga minha, que tinha o cabelo vermelho, foi pra outra comunidade e lá a chamaram e mandaram ela pintar de outra cor. Então ela pintou... (LETÍCIA)

Alguns ACS sofrem de forma mais acentuada os efeitos da violência por terem alguma relação de parentesco com pessoas envolvidas com o tráfico. Quando existe a disputa por território, eles podem inclusive ser forçados a abandonar suas casas, sofrendo ameaças de morte. No quadro 2 está descrito o relato da ACS Mara sobre sua expulsão do território em que morava e trabalhava. Neste caso, a ACS foi duplamente afetada, pois precisou mudar seu território de domicílio e sua equipe de trabalho na ESF.

Quadro 2. Descrição da expulsão do território da ACS Mara.

O caso da Mara: ACS há 8 anos, solteira, sem filhos, ensino superior completo, foi expulsa da sua casa por ter uma sobrinha que se relacionava com um traficante da facção que fora expulsa do território em que morava.

Eu tenho uma sobrinha, que namorou com um rapaz do outro comando... Eu também atendia o pessoal que era do outro comando. Eles não queriam mais essa ligação. Eu morava na micro área e dava assistência a duas micro áreas que eram descobertas.

Eu sou católica e fazia parte de um projeto, um trabalho social dentro da comunidade que também abrangia outras comunidades. E a gente acabava dando assistência a quem viesse. Eu não sou envolvida com nada! Sempre trabalhei com todos os públicos. E a gente acabava atendendo realmente, todo mundo, inclusive os “amiguinhos”, né? Que eram do outro lado. [amiguinhos = traficantes]

Houve um problema por conta da violência e a minha família foi expulsa da comunidade. Eu não estou trabalhando e nem estou morando mais na área. Todos saíram! Todos foram expulsos, alguns mortos... Se você conhecia alguém... Um comerciante, o comerciante vendia fiado, eles expulsaram o comerciante. Se a família tinha alguém que namorava, expulsava, se você conversava com a pessoa, a pessoa estava lá na sua casa. Por isso que a comunidade ficou uma comunidade deserta, porque foram muitas famílias.

É difícil! Não foi fácil! ... porque até hoje parece assim que a ficha não caiu... Eu não cheguei em casa. Eu estava numa Conferência, quando ligaram avisando que eu não podia voltar pra minha casa... porque os caras tinham passado lá e estavam expulsando todo mundo. Foi o dia que houve mais expulsão.

Eles chegam batendo nas portas... Quando eu estava lá, eu vi várias expulsões ainda. Porque eles são muitos. Eles se juntam, tipo assim, se juntavam os caras de 3, 4 bairros para expulsar famílias daquela localidade. Então, quando eles chegam, eles chegam muitos. Uns 30. E a gente via que era muita criança. Muita criança e adolescente, mesmo. Crianças de 8, 10 anos. A gente via, assim, dificilmente, tinham 10 adultos, dificilmente... eles são muito violentos. Eles já chegam chutando as portas, derrubando as portas mesmo, mandando sair! Para algumas famílias, quando eu estava lá ainda, eles davam um prazo. Diziam assim: “Você tem até amanhã pra tirar as suas coisas”. Outros já diziam: “Você vai sair sem direito a levar nada”! Era assim que eles faziam.

Eu estava no Centro de Eventos quando ligaram avisando que os caras tinham passado na casa da minha irmã e da minha família expulsando todo mundo e dizendo que a gente não podia mais voltar pra lá. E nesse dia, a gente não estava em casa! Estava todo mundo trabalhando. Ninguém tinha voltado ainda. Quando nos ligaram avisando, a população, assim, os vizinhos ficaram preocupados da gente voltar e eles fazerem alguma coisa com a gente, porque não estávamos sabendo, por isso que eles ligaram...

Meu irmão que foi depois com a polícia pra tirar as coisas. Da minha casa, eu perdi muita coisa, porque não tive como tirar, não tinha onde guardar. As casas que eles invadiram, eles que entram e saem. Eles não botaram ninguém para morar, as casas todas estão vazias lá, mas eles ficam entrando e saindo pra ver se vai alguém entrar nas casas. Eles não aceitam que ninguém entre.

Na maioria das vezes, a briga de facções é motivada por uma disputa por territórios para o tráfico de drogas.

[...] matam um traficante, aí o outro fica querendo tomar o lugar, aí vai nisso, foi questão de 8 a 10 jovens mortos em 1 mês. (ESTER)

As pessoas brigam porque querem ser “o mandão”. Querem ser o chefe. Querem ser “os cabeças”, tipo mandar na comunidade inteira. Então, através de alguém querer ser maior do que o outro, eles vão matando, vão passando por cima de quem eles acharem na frente. (PATRÍCIA)

Nos anos 70, durante o regime militar, jovens que iniciavam carreiras no crime perceberam que assaltar bancos era muito arriscado e que o tráfico de drogas era mais fácil e lucrativo. Transformaram então a composição e a organização das chamadas ‘bocas de fumo’ no Rio de Janeiro, e das ‘biqueiras’ em São Paulo¹⁴.

A criminalidade organizada surgiu a partir de agrupamentos dentro dos presídios, localizados nestas duas cidades, como formas de união contra a repressão às adversidades carcerárias (roubos, violências sexuais, ambientes insalubres, dentre outras). Desta forma, o crime organizado foi criado dentro de instituições do Estado. Os comandos fundados na prisão no final dos anos 70 favoreceu o início da guerra entre traficantes nos anos 80. Havia uma rivalidade mortal entre eles devido ao interesse pelo tráfico como forma de financiar as organizações¹⁴.

O dono da “boca de fumo” era integrante da comunidade, conhecido pelos vizinhos. Esse caráter de pequeno negócio local, do varejo das drogas, baseado nas relações de reciprocidade, vai marcar as facções cariocas que nunca chegaram a virar empresas modernas, nem mesmo depois de sua vinculação com os comandos¹⁴.

As organizações criminosas deixaram o eixo Rio-São Paulo e expandiram-se por todo Brasil. Segundo relatos, o uso e o tráfico de drogas nas comunidades sofreu uma mudança de perfil. Apesar de sempre ter existido, antigamente acontecia de forma mais discreta e em menor quantidade. De uns dez anos para cá, tem-se percebido um volume bem maior de atividades relacionadas ao tráfico em Fortaleza.

Essa constatação também foi feita por Almeida (2015) em seu estudo, ao afirmar que o comércio e consumo das drogas tornaram-se bem mais explícitos com o decorrer do tempo².

A gente via que esta droga era ilícita, ela existia e antes, não entendo o porque, mas era uma coisa oculta, difícil, a gente sabia por a gente estar dentro da comunidade, mas a gente não vivenciava. Então assim, a gente não via o tráfico, a gente não via o usuário. Então era uma coisa mais, muito discreta. Hoje não, hoje é visível! Você já vê, você já entra, adentra no domicílio, você já vê a droga ilícita alí na sua frente. Você passa nos becos, você vê as pessoas traficando... visivelmente... as pessoas com crianças, com mulheres... [...] e hoje é totalmente diferente: eu vejo filhos, eu vejo pais, eu vejo mães, todos envolvidos com este tipo de situação. (GADELHA)

Todos os ACS entrevistados relacionam a violência urbana ao uso de drogas. Alguns chegam a afirmar que a violência em si é uma consequência das drogas. Colocar toda a culpa da violência sobre as drogas é uma forma simplificada de enxergar um problema bem mais amplo que tem por trás toda uma questão social.

A violência é multideterminada, causada pela associação de elementos socioeconômicos, políticos e culturais, que juntamente com a omissão do Estado, no tocante aos seus equipamentos públicos e na oferta dos direitos humanos fundamentais, deixam os indivíduos em contexto de vulnerabilidade social e programática¹⁵.

O Estado é diretamente responsável pela construção de políticas de segurança pública para e com a comunidade. Pode-se supor que a baixa associação entre violência e políticas públicas sociais e de segurança é um reflexo da desatenção do setor público. O descaso por parte do Estado pode decepcionar e afastar as pessoas da ação e da participação política, gerando desprezo, perplexidade, cansaço, revolta e descrédito¹⁰.

É preciso também considerar a influência dos discursos midiáticos que trazem com frequência uma abordagem aproximada entre drogas e violência, refletindo-se na fala dos ACS.

As drogas acabam sendo algo sedutor para aqueles que enxergam o tráfico como “uma forma mais fácil de conseguir dinheiro”. Além disso, existe o fato de estarem inseridos em um contexto em que os traficantes são pessoas que exercem

poder sobre a comunidade e isso desperta em alguns a vontade de ter este poder também.

Esta atração que os traficantes locais exercem sobre uma parcela de jovens da comunidade, é focada no presente, no consumo e na realização pessoal a curto prazo^{2,16}. Existe uma disputa entre a dimensão moralmente legitimada (o trabalho) e um contexto social marcado por perspectivas incertas de construção de projetos pautados pelo esforço, a longo prazo.

Diante deste cenário de disputa entre facções, pode-se perceber a grande instabilidade nos territórios. Quando apenas uma facção está no comando, pode-se dizer que o cenário fica mais “tranquilo e estável”, com uma maior sensação de proteção por parte dos moradores. Porém, a partir do momento em que outra facção entra na disputa por este território, ele torna-se altamente instável e a sensação de que conflitos armados poderão acontecer a qualquer hora e momento deixa os moradores em estado de alerta.

Hoje o maior ponto negativo de se fazer um trabalho dentro de uma comunidade é a violência [...] Quem está dominando está de bem e quem está sendo dominado está de mal. Então assim, pode inverter: quem hoje está se dando de bem, amanhã pode se dar mal, então o que eu estou passando bem aqui, amanhã eu posso passar o ruim e quem está sendo ruim aqui pode passar bem aqui. Então não há diferença, é desse jeito, só enquanto está comandando é que alivia, depois que passa a ser comandado a situação fica periódica. (GADELHA)

Infelizmente a comunidade vive momentos bem... de muita turbulência em relação à violência. E a gente vê aquilo dali, praticamente todos os dias. Tem época que é MUITO DIFÍCIL [...] é como se fosse assim uma onda do mar, tem momentos que é uma onda bem alta e momentos que ela está mais tranquila. Então, quando ela está bem alta é difícil pra gente passar, na questão da violência. (MARTA)

Nas áreas em que não existe disputa entre as facções os chefes geralmente são pessoas da comunidade, conhecidos dos ACS. Devido a essa proximidade e por se conhecerem há bastante tempo, os ACS sentem uma maior sensação de segurança.

[...] fulaninho cresceu comigo, a gente nunca imaginou! E agora ele é tipo um dos chefinhos [...] Eu falo normal! Acho que porque conheço desde pequena. Meu esposo que fala: “Não é porque tu conhece desde pequena que tu deve confiar!” (LETÍCIA)

Nestes locais, algumas pessoas da comunidade se sentem parte da facção mesmo sem ter envolvimento direto com o crime e torcem para que a estabilidade do comando se perpetue em função da tranquilidade, visto que a disputa territorial traz um certo pavor.

Como a gente mora num bairro que é uma facção, meu filho fala do outro bairro como se o outro bairro fosse inimigo da gente! E eu digo: meu filho, isso não é assim! A gente NÃO é da facção! [...] Aí ele diz assim: mãe, mas a senhora é de qual mesmo? Eu digo claro que nós somos dessa daqui! (PATRÍCIA)

Nas áreas de conflitos, os traficantes são pessoas vindas de fora, que não conhecem e não possuem vínculo com os moradores. Diante disso, a sensação de proteção é substituída pelo medo e pela insegurança.

Eu morei mais de 30 anos. Era uma comunidade que eu me dava bem com as pessoas que moravam lá, inclusive com os "amiguinhos" eu também me dava muito bem com eles, eles sempre respeitaram a gente, todos os nossos trabalhos, tanto os trabalhos voluntários, quanto o trabalho da unidade de saúde. Eles sempre deixaram a gente trabalhar tranquilamente, nunca impediram. Era um ambiente muito, assim, tinha violência, mas eles respeitavam a gente. E essa turma nova que chegou, que a gente não conhecia, eles não respeitaram. (MARA)

O uso de armamentos na comunidade como estratégia de proteção por parte dos criminosos se apresenta como algo natural para alguns moradores. Eles estão habituados com isso e não sentem medo. É como se houvesse a banalização da violência. Para outras pessoas, no entanto, isso gera muito desconforto, sendo inclusive causa de adoecimentos.

No Brasil, a lei federal 10.826 de 23 de dezembro de 2003, regulamentada pelo decreto 5.123 de 1º de julho de 2004 trata sobre o Estatuto do Desarmamento que "dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição (...)". A lei proíbe o porte de armas por civis, com exceção para os casos onde haja necessidade comprovada. Um exemplo dessas situações são as pessoas que moram em locais isolados, que podem requerer autorização para porte de armas para se defenderem.

O porte pode ser cassado a qualquer momento, principalmente se o portador for abordado com sua arma em estado de embriaguez ou sob efeito de

drogas ou medicamentos que provoquem alteração do desempenho intelectual ou motor.

No dia 15 de janeiro de 2019, o atual presidente assinou um decreto com regras que facilitam o porte de armas no Brasil. O objetivo seria o de oferecer "oportunidade de legítima defesa ao cidadão de bem". Apoiadores ao porte de arma, defendem a ineficácia do desarmamento pois, segundo eles, desarma os cidadãos mas não consegue desarmar os criminosos, elevando, portanto, o índice de crimes violentos. Entretanto, em 18 de Junho de 2019, o plenário do Senado revogou o decreto presidencial por entender que se trata de um assunto polêmico e que requer ampla discussão antes de ser modificado.

Quanto a isto estou tranquilo até mesmo porque a gente sabe que de 3 em 3 casas tem arma ali dentro, né? Mas aí, quanto a isto eu sou tranquilo. (GADELHA)

Quando eles passam na comunidade armados, a gente vê as crianças observando, a gente vê os adolescentes, os adultos ficam mais doentes. Então aquilo ali pra gente é uma violência, que não é só, é uma violência gritante mesmo, que a população pede socorro sem conseguir falar, acaba que realmente adoecendo, todo mundo fica mais doente. Tanto é que se, a procura maior pelos grupos, por tudo, não é nem pela questão da doença física, é a psicológica. (MARA)

Consequências da violência sobre a saúde do ACS

Ao trabalhar em um território violento, o ACS convive com uma constante tensão emocional causada pela instabilidade territorial. Percebe-se que nas falas daqueles em que o território é dominado por apenas uma facção, esta tensão é menos evidente. Alguns ACS não se sentem atingidos pela violência no território. Relatam que sabem da sua existência, porém não sentem medo e nem têm a saúde afetada pela dinâmica territorial. Estes ACS moram há bastante tempo em áreas onde não há disputa pelo território para o tráfico de drogas. Os efeitos da violência e suas consequências são singulares, sendo variável a forma de enfrentar ou entrar em processo de adoecimento¹⁷.

Entretanto, a maioria expressa um grande sofrimento causado pela violência, que traz como uma das consequências o afastamento dos ACS de suas atividades laborais. A experiência da violência psíquica apresenta um caráter subjetivo, devendo ser tratada em variados níveis, por causar impacto e custo para o

trabalhador. Os efeitos incluem sintomas psicossomáticos que tendem a se agravar, acarretando rompimento de relações interpessoais, adoecimentos, absenteísmos, dentre outros¹¹.

A exposição à violência repercute diretamente no trabalho, produzindo tensão e alguns problemas de saúde, além da realização do trabalho de forma prejudicada, sem a construção de vínculos relacionais e programáticos baseados na empatia e na corresponsabilização das ações em saúde².

O adoecimento dos ACS pode ser decorrente do medo constante, das preocupações familiares, de não conseguir dormir de forma adequada, da sensação de impotência diante das necessidades das pessoas e pode ser traduzido em sintomas físicos e emocionais. Dentre as formas de adoecimento encontram-se o pânico, a depressão, a ansiedade, a hipertensão, a psoríase, a fibromialgia, o lúpus, o alcoolismo, dentre outros, como se observa na fala a seguir:

E eu digo que hoje eu adquiri a hipertensão de acordo com o estresse do trabalho, por encontrar o problema e não conseguir solucionar. Porque hoje, a maioria dos problemas das famílias é querer alguém para ouvir. E assim, está difícil trabalhar nesta situação, porque você não sente segurança, porque hoje você não pode mais nem falar do vizinho, porque você pode estar se comprometendo com isso. É muito difícil. Então, hoje a gente adoce muito mais do que antes. (GADELHA)

O medo pode ter vários motivos. Alguns ACS sentem medo por terem muitas informações sobre os moradores da comunidade e por todos saberem onde eles residem. Outros referem ter medo de conflitos entre traficantes e policiais, de serem alvos de balas perdidas, de sofrerem algum tipo de violência por parte de usuários de drogas:

A gente não pode é ter tanta certeza e nem ter tanta segurança, NÃO! Ele sabe onde eu moro. Eu moro ali naquela casa, [...], porque eles drogados, não sabem o que é que estão fazendo. (MARIA)

Também há relatos de medo relacionado diretamente aos familiares. Pelo risco de envolvimento deles com o tráfico e também por serem mais susceptíveis a sofrer algum tipo de violência. O uso, o tráfico de drogas e o envolvimento de jovens com outras atividades ilícitas causa preocupações, aflições e incertezas a muitas mães quanto à perspectiva de futuro dos seus filhos².

Eu fico com medo. Medo de tudo! MEDO por a comunidade ser violenta [...] Não tinha muito medo comigo, não era comigo o medo! É que como eu tenho filho adolescente, o meu medo é com meu filho, entendeu? (PATRÍCIA)

Os jovens estão sujeitos a precarização do trabalho, evasão escolar, ao envolvimento com substâncias ilícitas, entre outras situações que acabam vitimando-os e os tornando mais vulneráveis. Estes fatores não estão presentes de forma tão acentuada nas outras faixas etárias¹⁸.

Alguns trabalhadores expressam medo em lidar com temas que abordem o consumo de drogas em atividades coletivas, o que corrobora com outros estudos em que são citadas limitações nas intervenções realizadas pelas equipes no que se refere a conscientização a respeito do uso abusivo de drogas e na promoção da cultura de paz. Também existe o receio em se notificar casos de violência. Tais situações estão condicionadas às restrições abertas ou implicitamente colocadas pelas dinâmicas sociais presentes no território^{2,12}.

Alguns ACS não moram em suas micro-áreas de trabalho e isto traz para eles alguns benefícios, ao sentirem uma maior proteção em relação ao contato de seus familiares com a violência e alguns prejuízos por morarem em bairros dominados por outras facções.

Pra mim é mais fácil. Porque, assim, tem o ponto positivo e o ponto negativo. É mais fácil porque eles não sabem onde eu moro, não vão até a minha casa, me sinto um pouco mais protegida, a minha família também. E é difícil porque eu moro na área que a facção é inimiga da facção do meu território de trabalho. Às vezes um pergunta: “você mora aonde?” Pra algumas pessoas eu falo, pra outras eu fico meio temerosa de falar. (HELENA)

Devido à proximidade dos ACS com a comunidade, eles acabam absorvendo os problemas dos pacientes. Como trabalham em áreas de grande vulnerabilidade social, as dificuldades se sobressaem no cotidiano.

E assim, o ACS, por mais que queira, ele não consegue deixar de se envolver com os acontecimentos e isso adoce também. Porque numa perda, numa morte, por consequências de trocas de violência, ele sente. E isso adoce muito. Não adoce só o corpo, como também o espírito, porque, quando mexe com o seu psicológico, mexe com tudo do seu organismo. (GADELHA)

Segundo os ACS, o sono e a fome muitas vezes são afetados pelas situações de violência no território, sendo preciso, em muitos casos, o uso de medicações para dormir. Uns relatam ansiedade e necessidade de se alimentar de forma compulsiva. Já outros relatam a falta de apetite diante de alguns acontecimentos.

Hoje eu peço é para a noite se estender mais e não amanhecer o dia porque eu sei que posso encontrar algumas situações... então eu já fiquei sem dormir por conta de acontecimentos na área várias vezes. Além de ter o problema pessoal, familiar, você ainda tem que conviver com o problema da área. Você não deixa de se envolver, porque você já conhece, já está há muito tempo lá e cada acontecimento você se envolve mesmo e isso atinge muito a saúde no psicológico também. E tira sim noites de sono, às vezes a gente fica sem poder se alimentar porque não sente fome, pensando na situação.
(GADELHA)

Alguns ACS relatam a necessidade de suporte e tratamento psiquiátrico e psicológico para conseguirem conviver com as dificuldades e adoecimentos. Os ACS estão adoecendo com frequência devido à grande carga emocional, além de estarem utilizando remédios controlados para suportarem os efeitos negativos do trabalho¹⁷.

A visibilidade das consequências da violência sobre a saúde e trabalho dos ACS pode contribuir para a construção de estratégias individuais, grupais e organizacionais, a fim de tornar o trabalho mais saudável, permitindo aos trabalhadores realizá-lo, apesar das ameaças e do medo que vivenciam.

Estratégias de enfrentamento à violência usada pelos ACS

No exercício das atividades de ACS, são desenvolvidas algumas estratégias de enfrentamento à violência de forma consciente e inconsciente. Elas são as formas que os trabalhadores encontram para lidar com os problemas. A elaboração de estratégias é importante para evitar danos à saúde do trabalhador, motivando-o e melhorando a sua satisfação com o trabalho¹⁷.

As estratégias encontradas nas entrevistas foram classificadas em três tipos: comportamentais, estratégias de utilização de práticas preventivas e medidas de proteção mental.

As estratégias comportamentais identificadas foram agrupadas em duas: cego, surdo e mudo e eu procuro fazer amizades.

A categoria cego, surdo e mudo foi utilizada por todos os ACS, independente de território de disputa de facções ou não. Os ACS são pessoas com amplo conhecimento sobre a realidade das famílias e muitas pessoas confidenciam segredos a eles. Por estarem muito próximos, eles acabam vendo e sabendo de tudo que se passa em sua micro-área. Ser uma pessoa discreta, que não se expõe e não comenta o que vê pela comunidade é uma das características essenciais para ser um ACS. Esta é uma das principais estratégias para promover a própria segurança dentro do território.

Eu digo que a estratégia é se fingir de cego, surdo, mudo... A gente ouve sem mostrar que está escutando, porque a gente tem que escutar! Você tem que saber o que está em sua volta acontecendo, porque senão você não vai montar uma estratégia para se proteger. (HELENA)

A credibilidade profissional e pessoal dos ACS junto à população depende desse “contrato de convivência” de ser discreto. Entretanto essa “ética” é questionável a partir do momento em que denúncias necessárias e indispensáveis são omitidas².

Os trabalhadores da ESF vivenciam cotidianamente situações de agressões e de miséria intensa, vivenciando conflitos causadores de dilemas éticos quanto às intervenções adequadas a cada situação. Segundo os autores Lancman *et al.*¹¹, em estudo realizado nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Embu (SP) alguns ACS evitam saber de situações comprometedoras.

Apesar de haver uma obrigação legal de se denunciar casos suspeitos ou confirmados de abusos e negligências, as equipes de saúde só notificam os fatos aos órgãos competentes quando se certificam sobre a gravidade do problema. A postura de alheamento tem sido adotada como forma de segurança, sem o necessário aprofundamento¹⁹.

É importante estar atento à dinâmica territorial, evitar circular em determinados locais, evitar exposição desnecessária e conversas que ponham em risco a sua vida e de seus familiares. Esta estratégia de proteção é unanimidade entre os ACS.

Porque assim, como eu moro lá naquela comunidade e sei, praticamente de tudo, É COMO SE EU NÃO SOUBESSE, né? Porque eu não saio contando pra ninguém... então, quando você chega pra me contar uma situação que eu já sei, eu digo não, eu não sabia! Mentira? Não, eu não sabia, não sei! Pode

me contar tudo de novo, que vai ficar ali, do mesmo jeito. Ainda que você me conte de uma forma, e eu sei de outra. (PATRÍCIA)

Eu procuro fazer amizades também foi muito explicitada pelos ACS. Por ser morador da área e estar inserido no mesmo contexto social, é mais fácil para o ACS adentrar as famílias e garantir um vínculo com elas. Ser conhecido e amigo dos moradores é um fator de proteção relacionado com a violência.

Para ser um ACS, o exercício da empatia é fundamental para que ele consiga produzir um bom vínculo com a comunidade. Além disso, independente de concordar o não com as atitudes individuais, é preciso haver respeito pelo outro:

Trate as pessoas como você gostaria de ser tratado. Não vejo nenhuma diferença em ninguém. Pode ser o maior marginal, pode ser quem for. É seu modo de viver, então eu vou tratá-lo normalmente. (FLORZINHA)

Evitar exposições desnecessárias, uso do fardamento, não entrar sozinho em casas suspeitas, suspender as atividades em momentos de conflito e manter distância da polícia foram as estratégias de utilização de práticas preventivas.

Uma das estratégias citadas pelos ACS foi de evitar exposições desnecessárias, através de objetos de valor ao andar pela comunidade, a fim de evitar assaltos. Alguns objetos podem ter grande utilidade para os criminosos, não só referente ao valor de venda, como também ao uso para realizar atividades criminais.

Antigamente os ACS utilizavam uma balança portátil durante as visitas para pesar as crianças. Uma ACS relatou uma situação inusitada sofrida por ela:

Eu lembro que uma vez, a gente andava com as balanças digitais e eu cheguei e entrei, não sabia... empurrei a porta, entrei e quando eu entrei, me deparei com todos... lá usando, empacotando, pesando... e aí eu fui fazer a visita neste dia, aí um falou: "me empresta essa balança aí! Você vai deixar essa balança aqui!" Eu falei: "mas eu não posso!" Aí eu fiquei toda nervosa, aí viram que criou até água nos meus olhos, aí: "não, pois vai, vai, vai embora e não volta mais aqui mais hoje não! Vai, vai, vai! (MARIA)

Também foi relatado que existem locais na comunidade que são pontos de encontro para as disputas territoriais. É importante saber da existência destes locais, que podem ser esquinas, casas de forrós, bares, entre outros, e evitar frequentá-los, visto que existe maior probabilidade de haver confrontos entre criminosos.

O medo da violência faz com que os ACS evitem fazer comemorações em suas casas. Em áreas com disputas entre os comandos das facções, parentes dos ACS evitam visitá-los por morarem em comunidades com outros comandos, por medo de represálias, apesar de não terem relação com o tráfico.

A importância do uso do fardamento é controverso. Para os ACS que trabalham em áreas com estabilidade no comando da facção, o fardamento é considerado um importante instrumento de identificação na comunidade. Já para os que trabalham em territórios com disputas entre os comandos das facções, o uso do fardamento já foi importante, porém atualmente é considerado como um risco, visto que estão ocorrendo roubos dos mesmos com a finalidade de uso de forma ilícita.

Não entrar sozinho em casas suspeitas também foi bastante reforçado pelos ACS. Pois o medo de entrar nas residências e sofrer algum tipo de violência como o assédio ou violência pelo uso/tráfico de drogas, faz com que muitas vezes o ACS não entre no domicílio, realizando a visita do lado de fora da casa.

Tem algumas casas, que eu sei que são pessoas que, que são pessoas do tráfico, essas coisas, eu não entro. Eu chego, chamo, peço a dona da casa pra conversar, mas eu NÃO ENTRO! Eu fico receosa de entrar. Eu fico fora, converso com ela, às vezes fico na área, né? Mas como eu sei que lá é uma casa onde mora o homem do tráfico eu não entro, porque eu sei que alí é perigoso. (FLORZINHA)

Na comunidade são observados momentos de tensão que afetam a rotina de moradores e trabalhadores, por isso uma das medidas utilizadas é suspender as atividades em momentos de conflitos. Áreas dominadas por apenas uma facção são afetadas com menor intensidade e frequência quando comparadas às áreas de conflitos entre facções.

Alguns acontecimentos do território fazem o ACS perceber se eles podem ir trabalhar normalmente ou se precisam se resguardar até que a situação se acalme. Muito movimento de criminosos na rua, pouco movimento de cidadãos, a morte de alguém e recados dados pelos contraventores são sinais de alerta para os ACS. Em todas as áreas existem pessoas que dão dicas sobre a possibilidade ou não de circular no território.

A fala de uma ACS residente em território dominado por apenas uma facção exemplifica a sensação de maior tranquilidade entre os moradores:

Bom, na minha área tá mais tranquilo. Já foi mais pesado, mas está mais tranquilo. Pesado é quando eles estão lá na área, não pode andar na área e tranquilo é quando a gente pode andar na área, sem medo. (LETÍCIA)

A violência urbana afeta diretamente o trabalho da equipe de saúde no território, dificultando ou até mesmo impedindo a realização de atividades no território.

Já deixamos de fazer vacina marcada, atendimento com médico, visita domiciliar com o médico, as minhas próprias visitas domiciliares do ACS, já deixei de fazer algumas vezes quando estava com estes conflitos. (HELENA)

Por conta da violência, nós estamos parados com um grupo muito importante, que é o grupo das crianças! Um trabalho que a gente vinha fazendo dentro da comunidade junto com o NASF, residentes e outros acadêmicos que a gente tinha que poderia trabalhar dentro da comunidade, de grande importância para a comunidade. E hoje por conta disso a gente deixou, a gente deu um tempo, parou com este grupo. (GADELHA)

Os ACS utilizam a estratégia de não realizar suas atividades no território em momentos de conflitos entre facções por medo de serem alvos de balas perdidas. Preferem se resguardar na unidade de saúde até que o conflito amenize. Eles relatam a necessidade de se sentirem apoiados pela coordenação da unidade de saúde nos momentos de disputas territoriais, realizando trabalhos internos.

Ao se limitar a realizar atendimentos no interior das UAPS, evidencia-se uma descaracterização das práticas de cuidado na ESF em decorrência da violência⁵.

É muito importante que a equipe de saúde encontre alternativas para que as atividades no território não deixem de ser realizadas, principalmente naquelas situadas em áreas mais distantes da unidade de saúde. A aproximação com líderes comunitários e com pessoas que exerçam influência no território é fundamental. Eles podem estar direcionando as alternativas de cuidado, tais como outras possibilidades de locais, horários, entre outros.

Neste período do grupo que tem uns 7 anos, e que depois que começou esta violência, a gente já teve que mudar para 5 locais diferentes [...] (GADELHA)

Manter distância da polícia é uma estratégia relatada pelos ACS. A instituição polícia surge como a possibilidade de ordenamento ou reordenamento social, diante das constatações de que a violência presente nos territórios é motivada pelo descompromisso com o social. Porém, o que se pode verificar é que o *modus*

operandi da mesma fortalece a violência no cotidiano nas comunidades⁵. Existe uma estigmatização de que os moradores das comunidades são em sua maioria criminosos, ou que apoiam as atitudes ilícitas de quem lá reside. Isto se reflete nas atitudes de alguns policiais, ao abordarem de forma violenta os moradores que não possuem qualquer relação criminal. Pode-se observar um certo receio dos ACS diante da presença da polícia.

Pelo local que eu moro, não todos, mas a grande maioria acha que todos que moram lá estão coniventes com os bandidos. E por eles pensarem isso eles abordam as pessoas, por igual! Assim tipo, eu, ninguém nunca disse nada comigo, nem polícia. Mas eles já abordaram um dos meus filhos, e perguntaram o que é que ele devia à justiça e eu não gostei. (PATRÍCIA)

A presença da polícia nas comunidades é vista pela maioria dos ACS como um fator de risco. Sua presença gera medo de conflitos armados entre policiais e traficantes. Os ACS se sentem mais protegidos pelos traficantes do que pela polícia. Segundo eles, os traficantes geralmente avisam quando haverá algum risco, já a polícia, entra armada no território, disposta a trocar tiros com os traficantes e não avisa aos moradores para manterem distância.

Machado⁵ desenvolveu um estudo em Niterói (RJ) e traz a fala de um ACS que diz que a violência é desanimadora, “porque a gente tem que ir à casa do paciente, aí tem tiro, tem polícia e não se pode ir. Não conseguimos desenvolver o trabalho como gostaríamos”.

Esta avaliação negativa a respeito da polícia permite, do ponto de vista dos ACS, que os grupos ligados ao tráfico ofereçam sensação de segurança aos moradores, através de uma mistura entre coerção e proteção. Em alguns momentos, o canal de interlocução é completamente fechado, como acontece nos toques de recolher. Desta forma, a produção dos serviços de saúde no território está sempre sujeita a novas configurações e rearranjos, dependendo das circunstâncias.

Eu me sentia bem, mesmo sabendo que tinha os meninos que estavam lá de olho no que a gente estava fazendo. Mas a gente se sentia seguro mais do que com a própria polícia. Porque quando a polícia chegava era quebrando tudo e já com os meninos não. Se eles viam algum movimento diferente eles faziam era avisar pra gente: “olha, vocês não vão entrar na comunidade, que vai acontecer algo”. Eles sempre avisavam pra gente quando alguma coisa ia acontecer, pra gente não entrar na comunidade e então era muito tranquilo assim. (MARA)

A presença dos agentes estatais de segurança pública proporcionam situações de risco não controladas. A atuação arbitrária por parte da polícia e a indiferenciação dos alvos suspeitos influencia no grau de confiança que é oferecido a esta instituição². Os profissionais de saúde analisam de forma bastante crítica as incursões policiais que geram muita insegurança devido à sua presença e modo de agir nos territórios⁵. Devido a isto, pelo menos para a maior parte dos ACS entrevistados, esta instituição parece não apresentar legitimidade suficiente.

A presença da polícia também causa desconforto, pois os traficantes podem suspeitar que foram denunciados pelos moradores ou ACS. Neste caso, eles podem sofrer ameaças por parte dos criminosos para saber quem foi o autor da denúncia. Diante do exposto, os ACS relatam que o acesso a informações privilegiadas faz com que eles tenham ainda mais medo da polícia e que procuram afastar-se dela, distanciando-se da instituição que deveria oferecer proteção aos cidadãos.

“Se a gente descobrir quem foi que chamou... vai morrer!”. E tanto é que você vê que a comunidade não ajuda a polícia. (MARIA)

Também eu evito ao máximo polícia, conversar com polícia, me aproximar da polícia dentro do território porque é uma coisa que chama muito a atenção deles. Eles acham que você sempre sabe de muita coisa, pode estar dedurando. Eu não me aproximo de jeito nenhum de policial! Sempre eles estão na comunidade. Eu evito ao máximo! Quando eu vejo um carro da polícia eu passo bem longe pra eles nem me verem! (HELENA)

Então se eu ver a polícia na comunidade, é hora de desespero mesmo, até mesmo porque se eles veem a gente fardado, a primeira coisa que eles olham pra gente é assim: “você sabe onde é a casa de fulano”? Se você disser: “não, não sei”. “Como é que você é ACS daqui e não sabe?” Eles perguntam assim, mesmo a gente dizendo que não sabe e já vai se saindo exatamente pra eles não perguntarem mais nada. (ESTER)

O vínculo e a credibilidade entre ACS e traficantes parecem frágeis, visto que se expressam em preocupação por parte dos ACS ao surgimento de mínimos sinais de desconfiança pelos traficantes. Isso se reflete na postura de muitos ACS ao tentarem deixar claro a dissociação existente entre a sua ação em saúde da área de segurança pública².

Transformações importantes, tais como o recuo dos Estados no exercício das suas funções clássicas, na garantia inclusive de assegurar o monopólio legítimo do controle da violência, assim como a aceleração dos processos de globalização da economia que contribuíram com o desenvolvimento de redes informais de mercado

por onde circulam mercadorias ilegais e ilícitas, têm fortalecido o crime organizado, estruturado sobretudo em torno do tráfico de drogas. Grupos e facções passaram então a competir com o Estado pelo controle territorial².

É preciso colocar em prática as propostas da política de proximidade para melhorar as relações entre a polícia e as comunidades. O policiamento ostensivo deveria ouvir os moradores, com a aplicação das práticas adotadas para a solução de problemas que tantos bons resultados já obteve em cidades dos Estados Unidos onde também se enfrenta a violência entre gangues. As organizações da segurança pública precisam resgatar a transparência e a legitimidade para que possam trabalhar com mais eficácia nos territórios¹⁴.

A adoção de medidas de proteção da saúde mental para trabalhar numa área com violência foi ressaltado pelos ACS, no sentido de preservar sua saúde mental e espiritual num contexto marcado por tantas vulnerabilidades. A realidade social é geralmente precária e as condições de sobrevivência das pessoas exigem muito além do que o ACS pode ofertar.

O processo de trabalho desenvolvido na ESF proporciona perspectivas interessantes para os profissionais através da junção entre o ato técnico e atividades inovadoras, gerando satisfação e envolvimento profissional com o outro². O ACS precisa usar a criatividade para superar os desafios do cotidiano, que incluem a violência urbana. Utilizar o humor é uma maneira que foi encontrada para transformar a forma de encarar os problemas existentes e facilitar a comunicação com os demais moradores.

Pra que as pessoas, pelo menos no momento em que eu esteja lá, as pessoas possam esquecer o que vivem no dia-a-dia. E isso, de fazer assim, de eu mudar, de ser um pouco de humorista, mesmo agente de saúde, mas um pouco de humorista naquele domicílio que eu estou visitando, eu estou vendo que na realidade esta dando resultado. (GADELHA)

A reza diária e a fé dão um suporte pra enfrentar e superar os desafios cotidianos. Apenas dois ACS dizem não ter religião, sendo a maioria católicos, religião que predomina no Brasil.

Não é só do material que eu vivo, eu também vivo o espiritual. E o espiritual me dá um suporte em suportar essas dificuldades do dia-a-dia. (MARTA)

Os ACS precisam encontrar outras motivações e atividades a serem desenvolvidas fora do seu horário de trabalho como forma de cuidado com a sua saúde mental. A arte pode ser um destes caminhos.

Meus colegas estão todos doentes. Quase todos tomando remédios. Graças a Deus até agora eu não. [...] Meu refúgio é a arte. (HELENA)

As situações vivenciadas e enfrentadas pelos ACS dialogam com questões macrossociais, que podem ser observadas em diversas regiões, cidades e países. A identificação e a análise destas questões podem contribuir com o processo de tomada de decisão e o estabelecimento de práticas de cuidado ao ACS, auxiliando na sua preparação diante dos desafios diários dos serviços de saúde em áreas com alta vulnerabilidade social e violência estrutural.

É preciso investir em espaços coletivos de acolhimento, em que os trabalhadores possam falar e escutar, possibilitando a transformação da organização do trabalho. É fundamental a participação dos trabalhadores na elaboração das políticas de saúde do trabalhador¹⁷.

Considerações Finais

A proximidade entre ACS e comunidade permite um acompanhamento longitudinal das pessoas, assim como a criação de vínculos, o que favorece o aumento das relações de confiança entre ambos. A lógica da mediação estabelece pontes entre as diferentes esferas cotidianas de regulação e amplo acesso a informações sobre os moradores pode muitas vezes expô-los, assim como a seus familiares, a constrangimentos e situações de risco.

Atualmente, a alta rotatividade dos moradores dentro da comunidade tem causado uma sensação de insegurança entre os ACS por dificultar o fortalecimento dos vínculos. Tem-se observado uma crescente disputa entre comandos das facções criminosas, geralmente associado ao uso e tráfico de drogas, fazendo com que os reflexos da violência urbana tenham repercussões diretas sobre o trabalho e a saúde dos ACS.

Os ACS relatam que tanto sofrem como presenciam situações de violência no trabalho e que em alguns momentos, precisam suspender ou adiar atividades como a realização de grupos, visitas domiciliares, dentre outros. Os efeitos da violência sobre os trabalhadores são singulares, sendo variável a sua forma de enfrentamento. Causam impacto e custo elevado, acarretando rompimento de relações interpessoais, adoecimentos, absenteísmos, devendo ser tratados em variados níveis.

A visibilidade das consequências da violência sobre a saúde e trabalho dos ACS pode contribuir para a construção de estratégias individuais, grupais e organizacionais, a fim de tornar o trabalho mais saudável, permitindo aos trabalhadores realizá-lo, apesar das ameaças e do medo que vivenciam. Algumas dessas estratégias são desenvolvidas, de forma consciente e inconsciente, sendo importantes para evitar danos à saúde do trabalhador. As estratégias aqui encontradas foram classificadas em comportamentais, estratégias de utilização de práticas preventivas e medidas de proteção mental.

Merecem destaque a estratégia citada por todos os ACS de ser “cego, surdo e mudo” na medida em que se refere a um “contrato de convivência” para ser discreto, em detrimento de se eximir da obrigação legal de denunciar algumas questões por motivos de segurança individual e familiar e “manter distância da polícia” ao demonstrar que existe um descaso por parte do Estado em relação as políticas de segurança pública para e com a comunidade.

A análise das falas dos ACS revela a necessidade de se discutir o território da políticas públicas, em especial as relativas à saúde. Nesse contexto, é preciso repensar as práticas do Estado, na medida em que a polícia deveria ser parceira e aliada do ACS e de todos os profissionais da ESF, porém esse diálogo não acontece e o que se observa é que os ACS repudiam o contato com a polícia e o princípio da intersetorialidade é posto como um desafio.

É preciso investir em espaços coletivos de acolhimento, em que os trabalhadores possam falar e escutar, possibilitando a transformação da organização do trabalho. A identificação e a análise destas questões podem contribuir com o processo de tomada de decisão e o estabelecimento de práticas de cuidado ao ACS.

Também é necessário investir em espaços de formação destes profissionais que precisam se preparar para sobreviver em territórios violentos e ainda

cuidar de pessoas em situações adversas, visto que não realizam apenas ações de promoção e educação em saúde, mas também estão expostos a situações de emergências.

Referências

- 1 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [acesso em 2019 ago 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- 2 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 da Universidade de São Paulo; 2015.
- 3 Santos, LFB.; David, HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. Rev Enferm. 2011; 19(1):52-7.
- 4 Lessa MGG. O agente comunitário de saúde em Fortaleza: vivências profissionais [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2013.
- 5 Machado, CB, *et al.* Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. Rev Enferm UERJ. 2016; 24(5):1-6.
- 6 Gonçalves HCB, Queiroz MR, Delgado PGG. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? Fractal Rev Psicol. 2017; 29(1):17-23.
- 7 Minayo MCS (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
- 8 Santana JP, Castro JL. Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor. Natal: UNA; 2017.
- 9 Bauman Z. (tradução Plínio Dentzien). Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
- 10 Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado PS, Pattussi MP. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. Rev Panam Salud Publica. 2010; 28(4):289-297.
- 11 Lancman S, *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009; 43(4):682-688.
- 12 Almeida J, Peres MF, Lima TF. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade. Saúde Soc. 2019; 28(1):207-221.

- 13 Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. *The Lancet*. 2002; 360(9339):1083-1088.
- 14 Alba MZ. Retomar o debate logo. *Reciis Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2018; 12(4):357-363.
- 15 Santos LIC, Oliveira AM, Paiva IL, Yakamoto OH. Juventude e violência: Trajetórias de vida e políticas públicas. *Estud Pesqui Psicol*. 2012; 12(2):521-538.
- 16 Feltran GS. Periferias, direito e diferença: notas de uma etnografia urbana. *Rev. Antropologia*. 2010; 53(2):565-610.
- 17 Tinoco MM. A relação saúde / doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
- 18 Waiselfisz JJ. Mapa de violência 2013: Mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos; 2013.
- 19 Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin DA. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc*. 2011; 20(1):147-155.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção de práticas de cuidado ao ACS é fundamental para a melhoria do seu processo de trabalho, entendendo o contexto em que eles vivem e trabalham, assim como as dinâmicas territoriais que favorecem a execução de estratégias de apoio ao cuidador.

É preciso investir em espaços de acolhimento e escuta aos ACS, assim como atuar no fortalecimento dos locais destinados às trocas de experiências entre eles, tais como as rodas de conversa, em busca de se obter promoção de saúde aos trabalhadores. Os integrantes da equipe de saúde da família e gestores das UAPS precisam compreender a realidade vivida pelo ACS e oferecer apoio para a resolução das demandas da comunidade trazidas por ele.

Também é preciso investir na formação destes profissionais a fim de prepará-los para enfrentar situações adversas de forma a não prejudicar sua saúde física e mental. A prefeitura municipal, assim como o Ministério da Saúde devem organizar, numa perspectiva macro, as políticas de formação, apoio e cuidado a estes trabalhadores. Por sua vez, o conselho de saúde precisa atuar na formação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

Como desdobramento dessa pesquisa, identifica-se a necessidade de se apresentar os resultados para a gestão municipal de Fortaleza com o intuito de se elaborar um plano de cuidado em saúde para os ACS e de se discutir estratégias de fortalecimento da intersetorialidade, em especial relacionadas à saúde e segurança pública.

Este estudo foi realizado em apenas um território de Fortaleza, o que foi identificado como uma limitação. Percebe-se, a necessidade de realização de outros estudos que possam comparar a existência de diferenças entre as realidades no município para analisar de forma mais ampla os efeitos da violência sobre a saúde e o trabalho dos ACS, visto que, de acordo com as falas dos ACS, a grande maioria tem sido afetada.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. F. **Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo**. 2015. 193 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138 p.

BENÍCIO, L. C. Lei Federal 13.595/2018: o novo regime jurídico dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 23, n. 5479, jul. 2018.

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

BORTOLOTTI, M. M.; CONTRERA, M. L. A. Prevalência da Violência no Trabalho do Agentes Comunitários de Saúde do Município de Sidrolândia, MS. **Ensaio e Ciência**, Campo Grande, v.10, n. 3, p. 151-160, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 13.595 de 05 de janeiro de 2018**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº. 2436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: Um Pacto Tripartite**. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 661-667, mai. 2012.

CAVALCANTE, A. L., *et al.* **Indicadores Sociais do Ceará**. IPECE, Fortaleza, 2017.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2931-40, nov. 2012.

DOWBOR, T. P. **O trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2008, 254 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FELISBERTO, A. C. e Cols. **O cuidado ajuda a reatar laços**. Cartilha sobre saúde mental e violência para os agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: CICV, 2013. 68 p.

FELTRAN, G. S. Periferias, direito e diferença: notas de uma etnografia urbana. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 565-610, ago. 2010.

FERREIRA, G. **Juventudes: trajetórias interrompidas pelos caminhos da inclusão precária**. 2013, 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FONTES, K. B., *et al.* Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 758-764, jun. 2013.

GOMES, P. I. J. **Território, criminalidade e tráfico de drogas ilícitas em Montes Claros/MG**. 2016. 220 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

GONCALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal Revista Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 17-23, abril. 2017.

KLUTHCOVSKY, A.; TAKAYANAGUI, A. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 957-963, dez. 2006.

KRUG, E. G., *et al.* Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. **The Lancet**, Genebra, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

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

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **SANARE**, Sobral, v. 5, n.1, p. 121-128, jan-mar. 2004.

LESSA, M. G. G. **O agente comunitário de saúde em Fortaleza: vivências profissionais**. 2013. 99f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

LOPES, D. M. Q., *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, jun. 2012.

LOURENÇO, L. M., *et al.* Estudo das crenças dos agentes de saúde a respeito da violência doméstica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 108-128, jun. 2010.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MACHADO, C. B., *et al.* Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1- 6, out. 2016.

MACIEL, E. L. N., *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: Conhecimentos e percepções. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, jun. 2008.

MARÍN-LEÓN, L., *et al.* Desigualdade social e transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 250-253, jul. 2007.

MELO, E. A., *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, set. 2018.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Problemas sociais e de saúde na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, nov. 2015. (Press release)

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 108 p.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 132 p.

MOROSINI, M. V. C. G., *et al.* **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

NOGUEIRA, M. L., *et al.* A educação popular em saúde como base da preceptoria na formação técnica de agentes comunitários de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 4, p. 438-46, out/dez. 2015.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. 33p.

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**. 2009. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2009.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 935-42, out/dez. 2013.

SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor**. Natal: UNA, 2017. 151 p.

SANTANA, V. C.; BURLANDY, L.; MATTOS, R. A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 159-169, jan-mar. 2019.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-7, jan/mar. 2011.

SCHUTZ, A. Collected Papers I. **Common-sense and Scientific Interpretations of Human Action**. 2. ed. Haia: Martinus Nijhoff, 1982.

SILVA, C. R. C., *et al.* Extensão universitária e prática dos agentes comunitários de saúde: acolhimento e aprendizado cidadão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 677-688, jun. 2014.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 47-58, jun. 2016.

SOUZA, F. M., *et al.* A Violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 363-376, jun. 2011.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. S. C. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, jan/mar. 2011.

TELLES, V.; HIRATA, D. "Illegalismos e jogos de poder em São Paulo". **Tempo Social**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 39-59, nov. 2010.

TINOCO, M. M. **A relação saúde / doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**: uma revisão de literatura. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado

em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

TOLEDO, L. M.; SABROZA, P. C. (Org). **Violência**: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013. 40p.

TRINDADE, L. L., *et al.* Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 473-9, dez. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

WEI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-8, out/dez. 2009.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS APLICADO AOS ACS

ID: _____ Pesquisador: _____ CORES: _____

Data: ____/____/____ UAPS: _____ EQUIPE: _____

A- CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A):

1. Idade: _____
2. Gênero: () 1. Feminino () 2. Masculino
3. Em relação à cor da pele, você se considera: () 1. Branco () 2. Pardo
() 3. Negro () 4. Amarelo () 5. Indígena () 6. Prefiro não declarar
4. Religião:
() 1. Católica () 2. Protestante () 3. Espírita () 4. Outra _____
5. Naturalidade: _____
6. Estado civil: () 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Divorciado () 4. Viúvo
() 5. União Estável () 6. Outro: _____
7. Nº de filhos () () Não tem
8. Escolaridade:
() 1. Ensino fundamental incompleto
() 2. Ensino fundamental completo
() 3. Ensino médio incompleto
() 4. Ensino médio completo
() 5. Superior _____
() 6. Pós-graduação
() 7. Mestrado _____
() 8. Doutorado _____
9. Renda mensal:
() 1. Até um salário mínimo (S.M) - R\$ 954,00
() 2. Entre um e dois S.M - R\$ 954,00 - R\$ 1.908,00
() 3. Entre dois e quatro S.M - R\$ 1.908,00 e R\$ 3.816,00
() 4. Acima de quatro S.M - acima de R\$ 3.816,00
10. Tempo de serviço na ESF: () 1. Menos de 1 ano

- () 2. De 1 – 5 anos
- () 3. De 5 – 10 anos
- () 4. De 10 – 20 anos
- () 5. Mais de 20 anos

11. Possui outros empregos? () 1. Sim () 2. não Se sim, Qual? _____

B- ROTEIRO DE INVESTIGAÇÕES (baseado em Almeida, 2015)

EIXO 1: Percepções sobre a realidade vivenciada pelo ACS residente em território de alta vulnerabilidade e violência urbana.

Pergunta norteadora: Como é a comunidade onde você vive? E como você se relaciona com a vizinhança?

Ao longo da entrevista explorar:

1. A relação com o território, os motivos que o levaram a morar ali;
2. Como o ACS descreve a comunidade, com especial atenção às referências, à presença de violência, ao sentimento de insegurança, etc.

EIXO 2: O trabalho do ACS na ESF.

Pergunta norteadora: Como é o seu trabalho de ACS nessa comunidade?

Ao longo da entrevista explorar:

1. A trajetória profissional. Buscar definir há quanto tempo trabalha nesta UAPS e se já trabalhou em outra unidade antes. Caso tenha mudado de unidade explorar o(s) motivo(s), com especial atenção aos relacionados à violência, insegurança, medo;
2. O cotidiano de trabalho do(a) entrevistado(a), os pontos positivos e negativos de trabalhar/atuar nesta comunidade.

EIXO 3: A violência comunitária e sua relação com o contexto de trabalho do ACS.

Pergunta norteadora: Como é a violência na sua comunidade?

Ao longo da entrevista explorar:

1. Tipos/situações/formas mais comuns de violência no território de atuação;
2. A interferência da violência com o trabalho.

EIXO 4: A violência comunitária e sua relação com a saúde do ACS.

Perguntas norteadoras: A violência urbana tem afetado a sua saúde física e/ou mental? Como você enfrentou/enfrenta os problemas de saúde relatados?

Ao longo da entrevista explorar:

1. De que maneira a saúde esta sendo afetada.

EIXO 5: Estratégias de enfrentamento à violência utilizadas pelos ACS durante seu trabalho na ESF.

Pergunta norteadora: 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?

Pergunta norteadora: Você sente vontade de morar em outro local por causa da violência no seu território?

Pergunta norteadora: Quais as estratégias que você e seus colegas realizam para continuar trabalhando no território, mesmo diante de situações de violência?

Gostaria de comentar alguma coisa? Colocar sua opinião sobre esta entrevista?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PESQUISADOR: Cibelly Melo Ferreira FONE: (85) 3265-7933

ENDEREÇO: Rua José Cláudio Gurgel Costa Lima, 100, Caça e Pesca

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, desenvolvida por Cibelly Melo Ferreira, dentista, sob a orientação da Prof.(a) Sharmênia de Araújo Soares Nuto, que irá investigar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência urbana no seu território e as repercussões em seu trabalho e sua saúde. Nós estamos desenvolvendo esta pesquisa porque queremos saber como os Agentes Comunitários de Saúde percebem a violência e qual a influência dela sobre o trabalho e a saúde.

Você é Agente Comunitário de Saúde de Fortaleza, por isso está sendo convidado a participar desta pesquisa, que será através do compartilhamento da sua experiência em uma entrevista. Queremos saber qual a sua percepção sobre a violência urbana em um território de alta vulnerabilidade, buscando promover uma análise do território (espaço onde você mora e trabalha) com ênfase em várias dimensões; reafirmando a relação com o espaço em que você mora e trabalha, e seu interesse pela solução dos problemas levantados.

Você será entrevistado e utilizaremos um roteiro de investigações. As entrevistas serão gravadas. Lembramos que sua participação é voluntária, isto é, você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento, você pode desistir, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo a você. Contudo, é muito importante sua participação para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, através dos contatos explicitados neste Termo.

Somente o pesquisador responsável e sua equipe saberá que você está participando desta pesquisa. Todos os dados e informações que você fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações, em que serão utilizadas somente para esta pesquisa.

O material será armazenado em local seguro e guardado em arquivo por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados. Os riscos são mínimos, mas possíveis de ocorrer, principalmente no que se refere a constrangimentos durante a coleta dos dados. Para tanto, serão minimizados na medida em que os pesquisadores tratarão os participantes com delicadeza e respeito, além de orientá-los sobre suas expectativas.

A entrevista será realizada pelos pesquisadores, e se trouxer algum desconforto, você pode solicitar esclarecimentos ou negar-se a responder perguntas caso o assunto lhe incomode. Os resultados servirão de base para publicações científicas referentes ao tema, fonte de outras pesquisas e para discussão com os gestores e população sobre os efeitos da influência da violência urbana sobre o Agente Comunitário de Saúde em território de alta vulnerabilidade social.

Se desejar obter informações sobre seus direitos e aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética. O Comitê tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Se estiver de acordo em participar, deve preencher e assinar este documento, rubricando todas as folhas do TCLE, que será elaborado em duas vias: uma via deste Termo ficará com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

Esperamos contar com sua valiosa participação, pois é fundamental para o alcance dos objetivos do estudo. Agradeço, antecipadamente, sua colaboração e coloco-me a seu dispor para qualquer esclarecimento necessário. Para tanto forneço meus contatos: e-mail: cibellymf@uol.com.br e telefone: 3265-7933.

Página 2 de 3

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas, devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente das atividades que estará participando, e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou representante legal

Assinatura do pesquisador

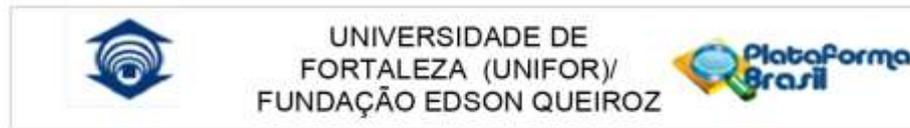
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – COÉTICA

Av. Washington Soares, 1321, Bloco M, sala 30. Bairro Edson Queiroz, CEP 60.811-341.

Horário de Funcionamento: 08:00hs às 12:00hs e 13:30hs às 18:00hs.

Telefone (85) 3477-3889 - Fortaleza-CE

APÊNDICE C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saberes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre a violência urbana no território e as repercussões no trabalho e na saúde

Pesquisador: Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07914818.0.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

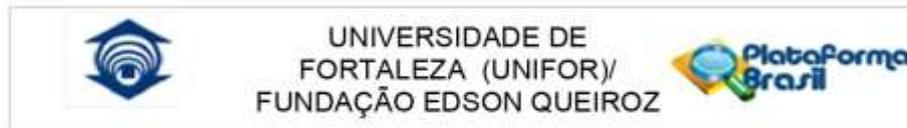
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.192.862

Apresentação do Projeto:

O Programa Agente de Saúde (PAS) surgiu no Ceará, em 1987, como parte de um programa emergencial financiado pelo governo federal, com a finalidade de amparar regiões afetadas pela seca. Os trabalhadores, em sua maioria mulheres, eram eleitos pela comunidade em que residiam para atuarem como agentes de saúde local (GUIMARÃES, 2014; TINOCO, 2015). Em seguida, no ano de 1991, foi criado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), visando modificar a organização dos serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população nos municípios brasileiros. As atividades realizadas por estes trabalhadores eram voltadas ao combate à mortalidade infantil e materna, e com a entrada da cólera no Brasil, o PACS iniciou sua atuação na perspectiva da prevenção e do controle dessa doença (GUIMARÃES, 2014). Após o sucesso do PACS, o Ministério da Saúde, em 1994, lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo, em substituição ao modelo tradicional baseado em especialidades médicas. O PACS foi então incorporado ao PSF, o qual foi considerado um projeto mais adequado para atender às necessidades de saúde da população, por contar com uma equipe multiprofissional

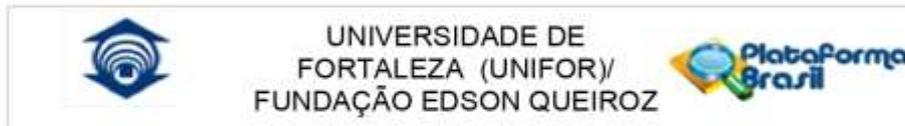
Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coeticas@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.192.862

(MOROSINI et al., 2007; GUIMARÃES, 2014; TINOCO, 2015). Elevado à categoria de Estratégia por meio da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe a mudança de paradigma nos processos de trabalho e a reorganização dos serviços de saúde, objetivando ampliar a relação entre cuidado em saúde e território. Desta forma, ao se responsabilizarem por um território de abrangência relativamente pequeno, profissionais da ESF teriam mais oportunidades de atuar de forma consistente, compreendendo os processos de saúde e de adoecimento das famílias (TINOCO, 2015). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A família deve ser considerada o objeto de atenção no ambiente em que vive, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2017). O fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma das estratégias mais importantes adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro na reorganização do modelo assistencial com a finalidade de garantir ações de saúde individuais, familiares e coletivas, na qual se incluem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, através de equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária sobre um território definido (BRASIL, 2017). Segundo a PNAB 2017, cada equipe deverá ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Poderão fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada equipe será responsável pelo acompanhamento de 2.000 a 3.500 pessoas, residentes em seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Dentro das equipes, o território deverá ser dividido em microáreas, a fim de que se preste assistência integral, contínua e de qualidade. Cada ACS ficará responsável por uma microárea, com no máximo 750 pessoas. A quantidade de ACS em

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coelica@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.192.862

cada equipe deverá ser estabelecida de acordo com a população do território, definida de forma local, seguindo critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017). Através da ESF é possível alcançar a integralidade dos cuidados em saúde a partir da idéia de territorialização em saúde, que remete, ao menos, a três perspectivas distintas e complementares: 1) Fornece uma demarcação dos limites das áreas sob responsabilidade das equipes; 2) Permite o reconhecimento das dinâmicas sociais ali existentes; 3) Possibilita a articulação das unidades da ESF com outros setores e serviços encontrados no mesmo local (intersetorialidade) (ALMEIDA, 2015). O trabalho que o ACS desenvolve junto às comunidades adstritas contribui para aproximar as equipes das comunidades, através de visitas e acompanhamentos aos equipamentos, domicílios e territórios onde os usuários vivem, sendo de fundamental importância para a PNAB. Em uma cidade como Fortaleza, podemos perceber que há dificuldade na realização do trabalho devido a algumas características próprias de uma metrópole. O contexto de violência urbana proporciona medo, falta de confiança e individualismo, impactando no trabalho das equipes da ESF (SANTOS e DAVID, 2011, GUIMARÃES, 2014; MACHADO et al., 2016). O tamanho dos bairros e a forma de viver em uma cidade grande também dificultam hábitos de conhecer e compartilhar com a vizinhança o cotidiano da vida de cada um. Assim, o ACS, mesmo nascido em determinado bairro, não necessariamente compartilha de amizade e convívio com pessoas daquele lugar. Esta constitui-se em uma diferença considerável em relação ao ACS de pequenas localidades (GUIMARÃES, 2014). Os profissionais que atuam nas ESF vivenciam a violência urbana em seus territórios ao realizarem ações intra e extramuros.

Objetivo da Pesquisa:

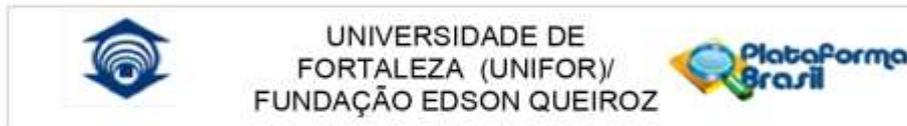
Objetivo Primário:

Analisar os saberes e práticas dos ACS sobre a violência urbana e as repercussões sobre seu trabalho e sua saúde.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a realidade vivenciada pelo ACS residente em território de alta vulnerabilidade e violência urbana;- Compreender como a violência

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coelica@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.192.862

urbana interfere no trabalho e na saúde dos ACS;- Identificar as estratégias de enfrentamento à violência utilizadas pelos ACS durante seu trabalho na ESF;- Identificar a prevalência de ACS afetados pela violência urbana durante seu trabalho na ESF em Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão pequenos, mas possíveis de acontecer, principalmente no que se refere a constrangimentos. Para tanto, serão minimizados na medida em que os pesquisadores tratarão os participantes com delicadeza e respeito, além de orientá-los sobre suas expectativas.

Benefícios:

a oportunidade de se conhecer a realidade vivenciada pelo ACS residente em território de alta vulnerabilidade e violência urbana; de se compreender a violência urbana e sua relação com o trabalho e a saúde dos mesmos; e de se estudar as estratégias de enfrentamento à violência utilizadas por eles durante seu trabalho na ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto deixa clara a sua relevância na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Orçamento Orcamento.docx

Outros Carta_de_anuencia.JPG

Cronograma Cronograma_UNIFOR.docx

Orçamento Orcamento.docx

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto_violencia.docx

Cronograma Cronograma.docx

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE_etapa2.docx

Outros Questionario.docx

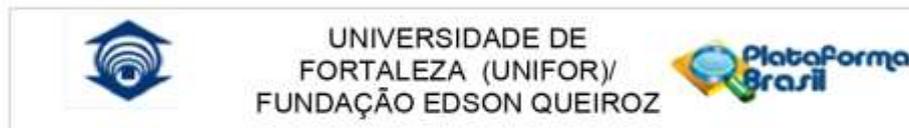
Outros Carta_de_anuencia.JPG

Comprovante de Recepção PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1245964.pdf

Orçamento Orcamento.docx

Outros Roteiro_de_investigacoes.docx

Endereço: Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coelica@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.192.862

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto_violencia.pdf
 Outros carta_anuenciana.pdf
 Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto_violencia_UNIFOR.docx
 Outros Roteiro_de_investigacoes.docx
 Outros Roteiro_de_investigacoes.docx
 Outros Questionario.docx
 Outros Carta_de_anuencia_UNIFOR.jpg
 TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência
 TCLE_etapa1_UNIFOR.docx

Recomendações:

Após a leitura da nova versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

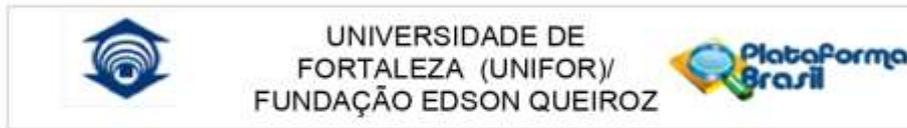
O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, às determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1245964.pdf	02/03/2019 10:31:32		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	02/03/2019 10:30:27	Sharmênia de Araújo Soares Nuto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_violencia.pdf	28/02/2019 21:22:49	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito
Outros	carta_anuenciana.pdf	02/02/2019 10:22:28	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_UNIFOR.docx	29/01/2019 19:53:21	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coelica@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.192.862

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa2_UNIFOR.docx	10/12/2018 23:37:07	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa1_UNIFOR.docx	10/12/2018 23:36:01	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito
Outros	Questionario.docx	27/10/2018 10:08:50	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito
Outros	Roteiro_de_investigacoes.docx	27/10/2018 10:03:23	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	27/10/2018 09:56:27	CIBELLY MELO FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 12 de Março de 2019

Assinado por:
ALDO ANGELIM DIAS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coelica@unifor.br

ANEXO 1 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO



ISSN 1807-5726 *versão
online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL](#)
- [FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS](#)
- [SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS](#)

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol), com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumos e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nas três línguas da revista. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nas três línguas. As resenhas devem dispor do título da obra resenhada no seu idioma original.

As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN[eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

Nota

O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (Main Document) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

- Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

- Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

Notas

Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

- Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (Main Document), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota: no caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

8 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação:

1 Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo: Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”² (p. 13).

Nota

No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”¹ (p. 47).

No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4 cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. ² (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus <http://www.nlm.nih.gov/>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

* * Sem indicação do número de páginas.

Nota

Autor é uma entidade: SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

SÉRIES E COLEÇÕES:

Exemplo: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu

– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

* * Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS.

Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OBSERVAÇÕES

Títulos e subtítulos

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

Nota

Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

Palavras-chave

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

Notas de rodapé

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota

Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota

Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Destaque de palavras ou trechos no texto

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

Uso de caixa alta ou caixa baixa (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. *Manual de urgências médicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

Nota

Emprega-se **caixa baixa** em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

Nota

Emprega-se **caixa baixa** na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo ou de um exame: História da Educação, Psicologia, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº

9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Lagoa dos Quadros, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo, etc.

Uso de numerais

Escrever por extenso:

- de zero a nove;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m.

Uso de cardinais

Escrever por extenso:

- de zero a dez.