

O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica

The territory and implications of urban violence for the work process of community health agents in a primary healthcare unit

Juliana de Almeida^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4467-9863>

E-mail: juliana_feliciano@yahoo.com.br

Maria Fernanda Peres^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7049-905X>

E-mail: mftperes@gmail.com

Thais Fonseca Lima^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7179-4862>

E-mail: thais.lima.to@gmail.com

^aUniversidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

No contexto da atenção primária à saúde, a violência urbana é um desafio que tem impactado diretamente o setor por conta da localização geográfica dos equipamentos de saúde em áreas de vulnerabilidade e da maior interação dos trabalhadores com situações que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança. O artigo discute as implicações desse fenômeno no trabalho e na construção dos vínculos estabelecidos entre os agentes comunitários de saúde (ACS) com a população em um território. Foi utilizada a metodologia qualitativa e o referencial teórico das representações sociais para compreender como a execução das políticas de saúde se concretiza no cotidiano à luz das interações, dos conflitos e das decisões que permeiam os contatos com o público na produção do serviço. Como resultado, destacamos que a violência e as representações em torno desta interferem na produção de estratégias de promoção e prevenção e na produção dos vínculos, tornando os canais de negociações mais restritos. É fundamental que o processo de trabalho das equipes de saúde esteja fortalecido com discussões e articulação em rede na minimização dos riscos individuais sobre seus trabalhadores e como possibilidade de efetivação dos pressupostos da integralidade do cuidado e redução das iniquidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Violência Urbana; Agentes Comunitários de Saúde; Território; Vínculos.

Correspondência

Juliana de Almeida

Av. Doutor Arnaldo, 455, 2 andar, sala 2.177, Pacaembu. São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-903.

Abstract

In the context of Primary Health Care, urban violence is characterized as a challenge that has direct impact on the health sector due to the geographical localization of health equipment in vulnerable areas and strong interaction of the workers with situations that endanger them, implicit or explicit to their safety. In this study we discuss the implications of this phenomenon for the work and the development of the bonds established between the Community Health Agents and the population within a territory. We used a qualitative methodology and theoretical approach of the social representations, aiming at increasing the understanding of how health policies are implemented on the daily routine in the light of interactions, conflicts and decisions that permeate the contacts with the public in the provision of the service. As a result, we emphasize that community violence and its representations interfere in the development of healthcare promotion and prevention strategies and in the development of bonds, making negotiation channels more restricted. It is fundamental to strengthen the work process of the health team through collective discussion and networking in the prevention and minimizing individual risks about their workers and with a possibility of accomplishing a straight work with the assumptions of integrality of care and reduction of inequalities.

Keywords: Primary Health Care; Urban Violence; Community Health Workers; Territory; Bonds.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo adotada como novo modelo de reorganização da assistência e dos cuidados desde 2006, buscando fortalecer a atenção primária (APS) por meio da ampliação do acesso da população à saúde e, concomitantemente, impactar nos indicadores de qualidade de vida, no monitoramento e na vigilância aos agravos existentes (Scherer; Pires; Soratto, 2014). É a porta de entrada do Sistema Único de Saúde para milhões de brasileiros – principalmente em áreas socioeconômicas mais vulneráveis –, pautando-se nos pressupostos de uma atenção integral e equânime, reconhecendo a importância do território na compreensão ampliada dos processos de saúde e doença (Junges; Barbiani, 2013).

O processo de trabalho em saúde e as ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2004, 2012) devem estar alinhados, por conseguinte, com estratégias voltadas para a territorialização do cuidado, no qual está previsto maior proximidade das equipes de saúde com a população, o que traz potencial para qualificar melhor as diferentes demandas, hierarquizando-as por nível de complexidade e buscando-as de modo ativo, não as esperando chegarem aos serviços, mas indo até elas. Isso imprime um deslocamento na maneira de conceber e executar uma política pública tradicionalmente pensada como intervenção feita de “cima para baixo”, ou seja, limitada ao âmbito hospitalar, centrada na figura do médico e na doença.

O atual modelo de atenção caracteriza-se, assim, como um desafio complexo para as equipes de saúde, pois delas são exigidas respostas a demandas que passaram a ser progressivamente incorporadas como parte do escopo de atuação do setor, incluindo, entre outras, as iniquidades sociais, as violências de gênero e contra crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas (Minayo, 2006). Com isso, o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) é de fundamental importância, envolvendo ações como visitas domiciliares e atividades de promoção e prevenção à saúde, intervindo no microespaço compreendido em suas diferentes dimensões, que abrangem fatores como a renda, o trabalho, a cultura, as relações interpessoais, as condições de moradia da

população, sua escolaridade e os agravos em saúde (Junges; Barbiani, 2013).

Os ACS são trabalhadores que estão “na linha de frente dos serviços” a todo momento, interpretando e ajustando as políticas públicas no contato com o público por meio das suas atribuições (Lipsky, 1980). Exercem a função de mediação e gerenciamento acerca do que se pode fazer em determinadas situações com os recursos disponíveis e do que está previsto nas diretrizes que seguem (Scherer; Pires; Soratto, 2014). Este trabalho está ancorado, portanto, em saberes práticos que combinam valores, avaliações, crenças e decisões mobilizadas nas contingências do cotidiano, a fim de contornar os problemas em diferentes contextos.

Embora sejam discutidos em distintos estudos epidemiológicos e qualitativos no âmbito da ESF, os desafios subjacentes que essa diretriz imprime à consolidação de um novo modelo, poucos ainda se debruçaram nas repercussões da violência urbana, sobretudo nos grandes centros urbanos, sobre o processo de trabalho das equipes e nas dimensões do cuidado que perpassam as relações entre trabalhadores e usuários (Almeida, 2015; Lancman et al., 2009; Lima, 2017).

O termo “violência urbana” pode ser compreendido como um fenômeno social genericamente designado como conjunto de expressões que afetam o sentimento de continuidade das rotinas diárias e da segurança pessoal (Machado, 2011) de pessoas com ou sem laços de parentesco fora do ambiente doméstico (Kruger et al., 2002). Tecida por uma rede de relações, representações e ordenamentos sociais (Feltran, 2008; Machado, 2011) no contexto da assistência à saúde, a violência tem sido um problema crescente dentro do próprio setor, sendo relacionado, em parte, à localização geográfica dos equipamentos de saúde em áreas de vulnerabilidade e risco, onde são comuns tensionamentos e conflitos diversos que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, a segurança, o bem-estar social e a saúde das populações e dos trabalhadores.

Diante do exposto, este artigo busca situar a discussão acerca das implicações da violência urbana na conformação do trabalho dos ACS em uma unidade de atenção primária no município de São Paulo sob a ótica das suas representações sociais. Destacamos em nossa análise três elementos

centrais que emergiram enquanto realidade que é partilhada: obstáculos e constrangimentos no acesso ao território, limites na prática profissional e vínculos relacionais/terapêuticos construídos com usuários nesse contexto. A discussão apresentada pretende ainda contribuir com um debate incipiente na saúde coletiva e nos estudos em políticas públicas (Lotta, 2012), ampliando a análise do modo como a execução das políticas de saúde se concretiza no cotidiano, à luz de interações, valores e conflitos que permeiam os contatos entre os profissionais e o público na produção do serviço no território.

Percurso teórico e metodológico

A pesquisa adotou a abordagem qualitativa por meio da análise das representações sociais dos ACS. As representações sociais foram trabalhadas inicialmente por Moscovici (2003), responsável por elaborar e sistematizar um construto teórico a respeito dessa modalidade de conhecimento, oriunda do senso comum que circula no dia a dia, com o intuito de produzir comunicação e compreensão do mundo (Caldeira, 2000; Machado, 2011; Moscovici, 2003; Porto, 2010). Esse conhecimento é fruto da apreensão da realidade pelos sujeitos a partir dos seus contextos sociais, materiais e simbólicos de existência, mas é capaz de adquirir autonomia, deslocando-se das suas bases de origem, de modo a ser articulado a outros repertórios específicos de representações. As representações sociais podem ainda ser elaboradas de diferentes formas e ser expressas em narrativas, piadas, conversas compartilhadas e imagens, entre outras dinâmicas sociais que funcionam de modo a organizar, estruturar, classificar e dar sentido à vida cotidiana (Caldeira, 2000; Moscovici, 2003; Porto, 2010).

Caldeira (2000), em seu estudo acerca das representações sociais da população de São Paulo sobre a violência urbana, chamou atenção para o fato de que elas, em seu núcleo, não apenas procuravam organizar e dar sentido para as experiências de desorganização e ruptura causadas nas trajetórias impactadas por um crime violento: as representações elaboradas por grupos específicos, ao mesmo tempo, reforçavam e amplificavam as sensações de perigo, produzindo, por conseguinte, estratégias de reação

e proteção, como segregação espacial, regras de evitação e preconceito, situações capazes de moldar as interações sociais e o modo de experienciar o espaço público. Segundo Porto (2010), é possível compreender a violência urbana e social tanto em suas manifestações objetivas, por meio dos dados, condutas e práticas sociais, quanto em suas dimensões subjetivas, em vista dos sentidos que os sujeitos estão atribuindo aos eventos.

Neste artigo, consideramos que essa realidade objetiva partilhada pelos ACS, no que diz respeito à atuação em um território marcado por diferentes situações de violência, pode ser acessada e explicada a partir das suas representações - algumas das quais são construídas com base em suas experiências comuns como moradores e trabalhadores e por meio de outros canais mais amplos, como a comunicação de massa (Caldeira, 2000) - influenciando suas disposições e práticas no trabalho e nos vínculos que são construídos com os usuários. Em outras palavras, não é apenas o “fato em si”, a violência no território, que nos interessa, mas como os componentes dessa realidade são concebidos, depurados e realinhados sob a ótica dos ACS, engendrando avaliações e justificativas na tomada de decisões no exercício profissional. Essa abordagem da teoria das representações sociais (TRS), usada no percurso de investigação, nos auxiliou como espécie de “guia” no aprofundamento das questões trazidas pelos nossos interlocutores.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro com perguntas semiestruturadas, abertas e flexíveis, complementadas, no decorrer da interação com os entrevistados(as), com outras perguntas (Manzini, 2004). Silva e Ferreira (2012), por meio de uma revisão da literatura, sublinham que os principais elementos encontrados em roteiros de entrevistas alinhados com a TRS, continham perguntas que obedeciam a um tipo de ordem e estrutura, partindo-se de questões mais concretas e particulares a perguntas que contemplam reflexões e julgamentos mais gerais do fenômeno estudado. Em nosso roteiro, incluímos perguntas de cunho mais descritivo: informações gerais sobre o entrevistado, percurso profissional, o trabalho cotidiano no território, os tipos e situações de violência consideradas mais frequentes e perguntas que convidaram os ACS a refletir e expressar suas visões - quais eram as

definições atribuídas para aquilo que identificavam como violência e, principalmente, violência urbana; quais eram as implicações que tais eventos tinham no planejamento e desenvolvimento do trabalho e na relação com os usuários; se já tinham se sentido ameaçados(as) direta ou indiretamente; e quais foram as decisões que tomaram em decorrência dos eventos.

A coleta de dados foi feita entre fevereiro e julho de 2014, e o critério de seleção adotado para as entrevistas foi a inclusão de trabalhadores com tempo mínimo de atuação de dois anos no território. Foram entrevistados 12 ACS do sexo feminino e um ACS do sexo masculino. A maior participação de mulheres associa-se ao fato de aquela Unidade Básica de Saúde (UBS), naquele período, contar com três ACS do sexo masculino, um apenas inserido no critério de inclusão do estudo. Além disso, a pesquisa não estabeleceu um número predeterminado de entrevistados(as), buscando recorrer à representatividade dos sujeitos no que concerne à qualidade das informações obtidas e ao grau de homogeneidade do grupo. (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). A representatividade na TRS aponta que “uma representação existe se é acompanhada por correspondência nas práticas realizadas por uma quantidade razoável de pessoas em um grupo” (Wachelke; Camargo, 2007, p. 381), espelhando, portanto, certas dimensões do contexto social no qual este está inserido e, ao mesmo tempo, evidenciando como os sujeitos se conectam com determinados aspectos estruturais de modo a recriar essa dimensão a partir das suas trajetórias singulares.

A análise do material foi feita tendo por inspiração a análise de conteúdo (Bardin, 1994) - uma estratégia comumente empregada em pesquisas que utilizam-se da abordagem teórica das representações sociais, incluindo o campo da saúde (Silva; Camargo; Padilha, 2011) -, seguindo três etapas no percurso metodológico: leitura exaustiva do material obtido e retorno aos questionamentos da fase inicial de formulação dos pressupostos; separação dos temas que emergiram em torno de categorias/temáticas; e agregação dos dados, buscando construir inferências e interpretações sobre o fenômeno estudado (Minayo, 2007).

O estudo obteve autorização da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal

de Saúde (CEP-SMS), que analisaram e emitiram os Pareceres nº 190, de 29 de maio de 2013, e nº 40, de 16 de dezembro de 2013, respectivamente. Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento, ao mesmo tempo em que lhes foi garantido o direito ao anonimato, sendo todos os nomes aqui mencionados fictícios.

O território e os constrangimentos no acesso

São muitos os fatores que influenciam a performance das equipes de saúde. Um deles, embora considerado estratégico do ponto de vista da efetivação das ações, não tem sido muito discutido nas análises: a centralidade do território e suas conexões com a unidade de saúde, as equipes e a população adscrita. A esse respeito, sobressaíram na pesquisa às dificuldades que os ACS possuem em acessá-lo, com imposições e restrições que permeiam o percurso do trabalho diariamente. As implicações mais comuns nesse contexto estão atreladas à noção de violência urbana, com a presença de grupos, facções e pessoas envolvidos em atividades ilícitas, sobretudo com o tráfico de drogas, e a presença arbitrária da polícia.

Uma das ACS mais antigas da UBS destaca os obstáculos iniciais na implementação da ESF e o receio do público com essa proposta de maior aproximação dos trabalhadores, sendo necessário estabelecer uma “negociação”, com o intuito de as equipes de saúde conseguirem de fato entrar na comunidade:

Foi o princípio do PSF aqui, né, na implantação, então nós saímos nas ruas para fazer o cadastramento das famílias, muitos tinham medo, não davam documento, davam nome falso, data de nascimento errada, eles tinham medo, nunca tinham visto aquilo. A princípio, pelo tráfico de drogas muito grande, fomos impedidos de entrar na comunidade, eles achavam que nós éramos espião, a gente tava indo lá para espionar e para denunciar, eles não entendiam o que era o trabalho do PSF. Foi obrigado a gente fazer reunião lá dentro da comunidade com os chefes, entendeu, nos apresentar, mostrar crachá, chamar a direção, o conselho gestor para ir lá na comunidade e falar que nós estávamos

lá para ajudar eles na parte de saúde, fazendo o nosso trabalho de prevenção e promoção de saúde, não era interferir nos pontos de droga, nem nada, a gente não tava lá para denunciar ninguém, a gente tava lá para ajudar. [...] Porque todas as famílias que fossem cadastradas iam ter acesso a UBS, a passar em consultas, a ter acesso livre aqui dentro da UBS, que a UBS estava à disposição deles para o que precisasse. Fomos ameaçadas, teve uns homens lá que falou assim que se a gente entrasse na favela para vigiar que eles iam pisar a nossa cabeça, estourar o nosso pescoço. (ACS 1, atua há 14 anos)

A fala chama a atenção para uma característica intrínseca à atuação das equipes, sobretudo dos ACS, que compreende a lógica da mediação, isto é, o estabelecimento de pontes e o transitar entre as diferentes esferas cotidianas de regulação. No contexto mencionado, essa tarefa de intercessão exigiu um esforço de articulação informal dos atores envolvidos diretamente com essa política, como os ACS, os membros do conselho gestor e a direção da UBS, a fim de informar e convencer a população da legitimidade do serviço que estava em processo de implementação. Foram agenciamentos práticos imprescindíveis, sem os quais não haveria como garantir a segurança das equipes de saúde e as atividades previstas.

Esses episódios de acesso negado ao território não parecem, contudo, ser mais uma constante para as equipes de saúde nos dias de hoje, apesar de ainda ocorrerem de modo esporádico. Ao que parece, a progressiva mudança na mentalidade da população corresponde paralelamente a uma crescente vinculação ao serviço e à aceitação e legitimação do trabalho que é realizado no território, sendo importante, desse modo, a figura que representa os ACS como trabalhadores e moradores na dissolução de algumas barreiras no acesso e no contato. Essa mudança veio ainda acompanhada, como veremos mais adiante, de certas regras de convivência que passaram a ser incorporadas ao trabalho e à rotina das equipes, tornando-se hoje mais comum a acessibilidade ao território estar condicionada à regulação de alguns limites:

Teve casos de como tá chegando, acho, material deles, o rapaz vinha aqui no posto perguntava:

“você tem alguma coisa importante para fazer lá? Se você não tiver, não entra lá, tal dia”. Ele falou com a minha enfermeira e com [o] diretor na época, a gente ia fazer inclusive a visita de puerpério da mulher dele e ele trouxe aqui para a gente fazer as orientações porque não era para a gente entrar, a gente tava acabando de se arrumar para ir para lá, aí foi quando ele chegou aqui [...]. Quando tem um encaminhamento agendado, se tem uma consulta que foi agendada, transferida e remarcada eu olho da ponta [da rua] sempre fica alguém lá, então eles sabem que eu quero entrar, aí um deles desce, pergunta o que tá acontecendo e aí eu tenho que explicar: “ó, foi mudada a consulta de tal pessoa aqui dentro e eu preciso entregar”, porque não é justo uma pessoa perder uma consulta, “não, tudo bem, vai lá”, e eles ficam de olho, só vou especificamente naquela casa e já saio. (ACS 2, atua há 9 anos)

Não raro, as restrições de acesso que ainda permeiam esse trabalho também estão associadas a rumores e informações que chegam até os ACS de que a polícia pode entrar no território, acentuando a possibilidade de confrontos e tiroteios. Os trabalhadores receiam ser alvo indiscriminado dessas ações ou serem confundidos com “bandidos disfarçados de ACS” pelos agentes de segurança, os quais se encontram algumas vezes à paisana, sem identificação.

As incursões policiais à procura de pessoas envolvidas em atividades ilícitas geram uma sensação de desconforto e constrangimento nos ACS ao tentar acessar e estabelecer contato com os usuários. O clima de instabilidade que essas ações trazem ao território acaba, ademais, influenciando-os na suspensão das visitas domiciliares e na não circulação em determinadas ruas e vielas. Ao tomarem essa precaução, estão tentando evitar, ao mesmo tempo, que sejam confundidos e designados pela população pelo termo “caguetas” – ou seja, pessoas que gostam de “denunciar” –, tensão sempre latente ao exercício dessa função desde o início da implementação da UBS.

Limites na prática profissional

A partir das questões apresentadas, destaca-se como relevante a noção de território elaborada pelos trabalhadores no delineamento das suas estratégias

e nas suas abordagens. Essa pressuposição remete a uma perspectiva abrangente, que leva em consideração as dinâmicas, as relações e os sentidos produzidos em torno das experiências vividas pelos sujeitos nesse contexto. É ainda nesse espaço que se processam, ao menos em parte, os conteúdos dos valores dos ACS e as normas que informam suas práticas sociais e condutas.

Cotidianamente, a atuação dos ACS é ajustada e interpretada no contato com cada família e usuário, mas é possível identificar nessas abordagens certas regularidades, como limites e desafios que se impõem no exercício da função, embora não sejam costumeiramente verbalizados, percebidos ou até mesmo discutidos coletivamente entre os trabalhadores. Assim, foi muito comum emergirem nas entrevistas constrangimentos implícitos ou explícitos na atuação das equipes no trabalho com certos temas, sobretudo, de promoção e prevenção ao consumo de drogas nas famílias e na comunidade.

Nas abordagens individuais durante as visitas domiciliares, os ACS mencionaram que essa entrada é feita apenas quando são dadas “brechas” na relação com o usuário, ou seja, quando surge como uma demanda espontânea. A justificativa utilizada para respaldar essa prática está relacionada a uma orientação interna do serviço acerca dos limites éticos e de privacidade na relação que devem ser respeitados, na medida que a vontade do usuário e de seus familiares de se expressarem para solicitar auxílio deve prevalecer.

Contudo, ainda que o critério autorreferido seja um componente de avaliação na abordagem, outros fatores estão interagindo e modulando as decisões profissionais, como o sentimento de insegurança em trabalhar com o tema e a experiência prática que alerta os ACS para possíveis problemas e mal-entendidos com a população:

Muito complicado. Como que eu vou abordar? Só se um paciente chegar para mim ou da família... eu só posso abordar esse tema [por]que é diferente eu te prevenir de uma doença sexualmente transmissível do que te falar sobre a droga. Eu só posso te abordar esse assunto se você der espaço para mim. Se eu chegar na família e aí eu tiver relato “ó, meu filho, meu marido”, aí é diferente, ali eu tenho a liberdade

de orientar, agora, se não, não. Porque até então, o meu trabalho aqui não é prevenção de drogas, entendeu? O meu trabalho aqui é certo que aborda, que engloba a saúde, mas não é diretamente ligado. (ACS 3, atua há 7 anos)

A gente orienta né, mas mesmo assim não consegue muita coisa não porque a gente tem até medo de ir mais a fundo devido [a]os traficantes, os pais que adotam eles [adolescentes]. No que eu puder ajudar, é logicamente que eu vou ajudar, mas com muita sabedoria, porque você não pode ir muito a fundo, cada um tem a sua vida e eu tenho a minha vida aqui nesse bairro há 40 anos, então não dá. Insegurança de entrar, de falar, só não entro a fundo, entendeu? Eu vou no meu limite. Por exemplo, esse menino que tá fumando a maconha eu tenho que falar porque se eu não falar eu me sinto mal, eu falo, “puxa, vida, qual que é o meu trabalho, afinal de contas. O que eu estou fazendo aqui?” (ACS 4, atua há 11 anos)

As falas acenam para importantes desafios que são encontrados no processo de trabalho em saúde na APS e na consolidação dessa política, como a incorporação da noção ampliada dos aspectos sociais da saúde e da doença – incluindo o consumo de drogas e a violência comunitária –, as dificuldades em ampliar as ações voltadas para os conceitos de promoção e prevenção à saúde e, ainda, os impactos que essas diferentes demandas produzem na dimensão subjetiva do trabalhador e na dimensão objetiva do seu trabalho.

Os ACS, até então, mencionaram que nunca receberam ameaças ligadas ao trabalho de prevenção, mas suas avaliações, representações e experiências no território revelam uma sensação de vulnerabilidade que se traduz na adoção de medidas que visam, primeiramente, sua segurança e de seus familiares. A porosidade das relações que extrapola a linha do cuidado é uma preocupação recorrente que acaba suscitando, em alguns trabalhadores, questionamentos ligados à dimensão ética dos limites de sua atuação, quando interagem, trabalham e moram muito próximos do seu público.

A organização do trabalho das equipes não parece, ademais, suficientemente estruturada para apoiar a

execução das ações dos ACS e atender as demandas comunitárias referentes ao consumo e ao uso abusivo de drogas, apesar de esse ser um problema central, segundo os trabalhadores. Trata-se de questão que tem afetado de modo negativo a saúde física e emocional das famílias – inclusive famílias de ACS – e todo o território onde esse consumo é mais concentrado nos espaços de socialização juvenil, como nos entornos e dentro das escolas públicas da região.

De acordo com as entrevistas, as intervenções realizadas pelos ACS são pontuais e espontâneas, conduzidas muitas vezes nos grupos educativos que tratam de assuntos diversos dentro do espaço interno da UBS. Além disso, as parcerias intersetoriais com as escolas públicas são frequentemente direcionadas a ações de saúde bucal, calendário vacinal e meio ambiente, mas com limitações acerca dos demais pressupostos preconizados pela Política Saúde na Escola (Barbieri; Noma, 2013; Brasil, 2007), isto é, a atenção integral e ampliação dos direitos da infância e juventude por intermédio de ações focadas na conscientização a respeito do uso abusivo de drogas e na promoção da cultura de paz. Esse problema torna-se acentuado, segundo os ACS, por conta ainda da insegurança que afeta os profissionais da educação, que já recomendaram, em algumas abordagens realizadas nas escolas, não focar na temática:

A gente foi fazer um trabalho uma vez sobre cigarro, aí a diretora própria já falou para não focar muito no negócio da droga, né, porque sabe que tem represália. Você tem vontade de chegar e expor, mas ao mesmo tempo você tem receio de falar com medo de ser barrado. (ACS 5, atua há 14 anos)

Na pesquisa emergiram, de modo muito frequente, outras situações no território de atuação que não estão diretamente associadas aos conflitos e às representações da violência urbana, mas que influenciam o trabalho e a configuração dos vínculos estabelecidos entre os ACS e a população durante as abordagens comunitárias e nas visitas domiciliares. Tratam-se de relatos envolvendo constrangimentos vividos que extrapolam as circunstâncias relacionadas ao “mundo do crime”, não se restringindo apenas aos usuários dos serviços que estão inseridos nessa dinâmica.

Desse modo, é importante salientar que as posturas defensivas assumidas pelos ACS também implicam discussão de gênero. Na UBS, a maior parte das equipes é composta por mulheres, e essa condição, associada ao tipo de trabalho que realizam, é um aspecto que precisa ser levado em consideração no entendimento de como as práticas e as interações em saúde são afetadas por essa dimensão.

Destacamos as “cantadas”/assédios que todas as ACS disseram já ter recebido de usuários durante as visitas, com falas, gestos obscenos e convites para contatos mais íntimos. Nessas circunstâncias, a maioria assume como estratégia evitar entrar na casa de homens solteiros ou que não estão acompanhados de suas esposas, sendo feita uma abordagem rápida do lado de fora das residências com perguntas de praxe, a fim de cumprir a meta estabelecida das visitas mensais. As visitas seguintes não deixam de ser realizadas, mas as ACS procuram ir acompanhadas de outro(a) trabalhador(a), evitando-se ainda a possibilidade de serem criados boatos maliciosos no território. Foram ainda mencionados xingamentos destinados às trabalhadoras – principalmente quando estão circulando no território durante alguma atividade prevista –, como ofensas pautadas em estereótipos de gênero e que reforçam a ideia de que o trabalho das ACS consiste, por exemplo, apenas em “passear” e “focar sobre a vida alheia”, ou que são “vagabundas”. Tais condutas depreciativas acabam gerando situações-limite de tensionamento com os usuários, como bate-bocas, fofocas e brigas.

Nas abordagens domésticas, os problemas apresentam ainda diferentes nuances. Se o usuário está, por exemplo, ligado a atividades como tráfico de drogas e roubos, ou se faz uso abusivo de álcool e outras drogas, com histórico agressivo, ou ainda se costuma rejeitar e xingar os trabalhadores durante as visitas, via de regra, os ACS assumem a mesma postura de procurar fazer o trabalho o mais rápido possível – de preferência, acompanhados e não entrando na residência – para se blindarem de certas informações que consideram comprometer sua segurança pessoal ou de ameaças diretas a sua integridade física e moral.

Em casos nos quais são identificados sinais de violência doméstica, os ACS continuam a exercer

sua discricionariedade, embora reconheçam que essa abordagem não seja apenas de sua responsabilidade, mas de toda a equipe de saúde. Na prática, entretanto, suas representações acerca do problema indicam que os recursos técnicos existentes de que dispõem são insuficientes para apoiar de modo profissional e seguro as ações. Os critérios que definem uma intervenção em saúde de uma intromissão familiar nem sempre são muito bem compreendidos pelos usuários e pelos próprios ACS, que evidenciaram tal preocupação em muitas falas. Isso permite questionar a efetividade e o alcance dos atendimentos, pois saber até onde é possível seguir com uma intervenção pode se traduzir em uma conduta profissional muito arbitrária, individual e baseada no senso comum, sem o necessário suporte teórico e técnico que as atribuições formais para o cargo exigem.

Uma ACS que atua na unidade de saúde há nove anos disse que não costumava repassar para sua equipe as dificuldades que tinha em trabalhar nas suas visitas com algumas famílias do território. Somente há dois anos, quando fez um curso de aperfeiçoamento sobre violência doméstica, soube que, ao seguir determinada conduta profissional e relatar algum desses problemas, não haveria perigo de seu nome estar vinculado diretamente à notificação dos casos. O receio, contudo, ainda hoje é uma constante, tanto para essa ACS como para os demais, que admitem não conseguir aprofundar seu trabalho em determinados contextos, sentindo que suas intervenções, quando não bem respaldadas, podem agravar ainda mais a situação familiar:

Atrapalha sim, porque às vezes a gente quer tomar certas atitudes e a gente não pode por causa dessa violência comunitária. A família não aceita certas coisa[s], aceita a minha visita, faço as minhas orientações, faço minha prevenção, mas é uma coisa que eu tô indo lá, a mesma coisa que eu entro eu saio, que não tem melhoras. Esse homem é extremamente ignorante e ruim e eu tenho medo dele machucar os próprios filhos ou a própria esposa se eu quiser me aprofundar mais. Se eu me aprofundar mais ele pode até fazer alguma coisa porque eu moro na mesma comunidade, na mesma rua, então quer dizer, se a gente tomar certas atitudes quem é a primeira

pessoa que ele vai pensar que fez alguma coisa?
Eu. (ACS 2, atua há 9 anos)

A postura individualizada dos ACS em não repassar para as equipes todas as suas impressões sobre os problemas familiares e comunitários observados é um traço que marcou todas as falas. O filtro e a seleção das informações não repassadas evidenciam certo grau de desconhecimento e incerteza em relação aos desdobramentos práticos que um relato ou uma notificação são capazes de produzir. Além disso, implicitamente, atribuiu-se à notificação um peso equivalente ao de uma denúncia. O medo de sofrer retaliações e a confusão dos termos – que na prática de trabalho podem assumir significados intercambiáveis – não se restringem ao trabalho desses ACS, sendo destacadas em outras pesquisas as repercussões dessa insegurança para outras categorias profissionais, refletindo na subnotificação de casos de violência doméstica e infantil (Kind et al., 2013; Silva, 2012).

Como é sabido, os ACS não são responsáveis por notificar violências e outros agravos existentes no território, mas são eles que conseguem muitas vezes identificar antes dos demais membros da equipe os pontos de maior vulnerabilidade onde vivem as famílias e de maior concentração de venda e uso de drogas e álcool. Em nossa pesquisa, foram citados certos episódios nos quais os ACS se negaram a preencher informações e repassá-las ao antigo gestor da UBS, alegando correrem perigo, uma vez que a população sabe que são eles os únicos que têm esse tipo de informação mais detalhada da área de adstrição.

Convém destacarmos que o exercício de discricionariedade profissional, seja dos ACS ou dos demais membros que atuam no âmbito da APS, pode produzir consequências nos registros de informações em saúde, contribuindo com a invisibilidade de questões relevantes para o planejamento e monitoramento local (Kind et al., 2013; Silva, 2012; Velloso; Araújo; Alves, 2013). Na pesquisa, apesar de não podermos dimensionar numericamente esse fenômeno na UBS estudada, foi mencionado que as enfermeiras também se sentem afetadas pela realidade local, negando-se a notificar certos casos de violência doméstica temendo sofrer retaliações de usuários.

No campo da avaliação das políticas públicas, há uma lacuna nas discussões sobre essa fase de implementação das estratégias, na qual os atores envolvidos na construção do trabalho cotidiano usam sua discricionariedade em diferentes contextos que influenciam a conformação do serviço e da assistência (Lipsky, 1980; Lotta, 2012).

No âmbito da ESF, é incentivada a autonomia do profissional – que, amparada pelas diretrizes, estabelece as linhas de cuidado com os usuários a partir da construção de vínculos, sendo adaptadas essas técnicas também em função dos recursos existentes do contexto. Essa base “não material” do trabalho combina, portanto, valores, subjetividades e plasticidade (Ayres, 2004; Merhy, 2002). O que a pesquisa sublinha, no entanto, é que nem sempre existe alinhamento entre as práticas e as representações dos trabalhadores que estão atuando na ponta do serviço com as diretrizes das políticas que são propostas. Como salienta Lotta (2012, p. 223), nesse processo de execução há uma diversidade de atores que operam em diferentes níveis – federal, estadual, municipal –, em “uma cadeia de decisões e interações que geram contextos específicos, os quais, por sua vez, levam tanto a práticas diferenciadas como formas de interação entre implementadores e usuários que determinam o acesso às políticas”.

No âmbito da micropolítica local, enfatizamos na análise dois aspectos que contribuem para esse processo de práticas diferenciadas. A primeira questão abrange um conjunto de tensões, conflitos, sentimentos de insegurança e violências no território que produzem especificidades no trabalho individual e coletivo, aprofundando as desigualdades locais relativas à promoção e prevenção da saúde e, por conseguinte, à mobilização da população para o acesso a outros direitos. O segundo aspecto diz respeito à organização do serviço diante dessa realidade. Se o trabalho das equipes não estiver fundamentado na educação e na formação continuada dos trabalhadores, em protocolos e abordagens comprometidas com a promoção de direitos e da cultura de paz (UnB, 2014), além de discussões por meio de fóruns e redes colaborativas, as decisões dos ACS no exercício das suas funções serão vagas, pautadas no senso comum e limitadas em sua efetividade. Não menos importante, se não

houver espaço comunicativo para o acolhimento do sofrimento e a elaboração de estratégias de resiliência em cenários adversos, esses elementos contribuirão ainda para a reprodução de outros padrões de violência a que os ACS estão expostos para além da urbana, como a ocupacional e a de gênero.

A construção dos vínculos no território

Ao abordar o uso das tecnologias relacionais, a literatura destaca a densidade das relações como um componente de inovação e qualificação do cuidado, valorizando os vínculos na ressignificação das relações e das práticas, pressupostos de uma nova dimensão ética e técnica do trabalho (Ayres, 2004; Carvalho, 2004; Teixeira, 2005).

A construção dos vínculos relacionais e terapêuticos na saúde é, portanto, um processo dinâmico que está sujeito à incorporação de diferentes significados (Campos, 1994) e que assume feições flexíveis com desdobramentos não totalmente determinados, seja nas relações ou sob os contextos nos quais se encontram circunscritos (Almeida, 2015). Em nossa pesquisa, as interações estabelecidas nas fronteiras legais e formais das práticas em saúde com as fronteiras informais e, por vezes, ilegais existentes no território também são uma particularidade que redefine os significados atribuídos e a qualidade das relações na produção da saúde.

Parece-nos, assim, relevante enfatizar as estratégias que os trabalhadores utilizam na realização de suas funções, a exemplo das ocasiões em que o acesso ao território é negado ou restrito. O que está em jogo nas tentativas dos ACS de negociar essas situações não é apenas colocar em prática o cuidado, mas, igualmente, a construção de uma narrativa capaz de “legitimar” sua presença e de toda a equipe no território e na vida das pessoas atendidas, informando-as e convencendo-as sobre a importância do serviço por meio da produção de “consensos” – ainda que estes sejam sempre provisórios. Esse aspecto assinala um deslocamento nas análises sobre a execução das políticas públicas, tradicionalmente centradas, quase que de modo exclusivo, apenas no poder das decisões formais e intencionais dos atores institucionais, desconsiderando as dinâmicas de poder e as pressões que são exercidas de “baixo”,

por meio do protagonismo dos atores não estatais nesse processo (Marques, 2013).

A progressiva aceitação e adesão da população aos serviços é tecida pelos múltiplos pertencimentos dos ACS no território, não sendo sua inscrição oficial como trabalhadores da UBS a única condição capaz de dissolver as barreiras relacionais e de acesso. De modo geral, a credibilidade dos ACS é conquistada porque estes são ainda moradores que conhecem e convivem há anos com a realidade do local, conectados a esse espaço por uma rede composta por familiares, amigos, vizinhos e conhecidos mais distantes. Essas diferentes inserções aparecem nas falas dos ACS mais antigos como critérios facilitadores de uma via de acesso à parte da população geralmente refratária e de difícil abordagem, inserida em circuitos ilícitos do tráfico e/ou uso de drogas:

Enquanto eu tiver naquele miolinho, que é um lugarzinho pequeno, eles procuram não usar as drogas que estavam usando [...]. Eu vejo que eles respeitam muito o meu trabalho [...]. São mais DSTs, que vem perguntar, tem dúvida, tem queixas e eu oriento tá procurando o posto, se tiver casos sintomáticos de suspeitas de tuberculose, mesmo que eles não morem na área, que tem uns que moram lá no Vale Alto, eu peço o exame do bacilo de Koch para eles e falo se quiserem fazer um tratamento eles podem fazer em qualquer posto de saúde. Tanto é que um teve tuberculose e ele tratou aqui pelo posto, ele é de outra área, mas ele tratou. (ACS 2, atua há 9 anos)

Ademais, as habilidades relacionais e comunicacionais dos ACS, potencializadas por essas sobreposições de vínculos, são credenciais que dão maior segurança de circular em diferentes microáreas e diferenciam os trabalhadores mais antigos daqueles que não moram no mesmo local – técnico em saúde, médicos e enfermeiros – ou estão atuando há pouco tempo na profissão:

Eu acho que é porque eu moro no bairro há muito tempo e conheço muita gente, então eu tenho uma segurança que eles não vão fazer mal para mim porque eu não estou fazendo mal para eles.

A malandragem mais velha tem assim uma certa consideração pelo ACS e por mim também. Elas, as ACS mais novas, já têm esse certo medo porque são pessoas que não nasceram aqui, que moram aqui mas que não tiveram ligação com a comunidade. Como eu já moro aqui há 40 anos eu tive ligação em tudo o quanto [é] lado, todo o trabalho que as minhas amigas fazem hoje eu já fiz o trabalho delas, tudo quanto [é] lado que elas entram no trabalho delas, eu já fui. (ACS 4, atua há 11 anos)

A transitividade entre as fronteiras permite ainda a circulação de informações sobre o que está acontecendo ou ainda está por acontecer no território. Por isso, os rumores e avisos que chegam diretamente na UBS ou durante o trabalho dos ACS nas ruas de que não podem acessar as áreas não são interpretados, na maioria das vezes por eles, como uma imposição, mas uma iniciativa que tem por finalidade alertá-los para o cuidado com sua segurança. Isso lhes permite antecipar que potenciais situações de ameaça sejam calculadas e evitadas quando necessário. Os ACS conseguem, dessa maneira, compreender as conjunturas políticas do local onde atuam e vivem:

A gente mantém um bom relacionamento, tem um momento que a gente não pode entrar na viela, coisas assim. Eles avisam a gente, eles não impedem da gente passar porque a gente sabe como funciona o ritmo e sabe o que deve fazer e a maneira de se comportar naquele momento. Não dá para entrar quando eles têm as coisas deles para resolver e a gente nunca sabe se é porque [é] com relação a chegar alguma coisa ou venda maior dos produtos deles lá, ilícitos. A gente sabe que é para ouvir a recomendação e a gente segue e depois entra, mesmo porque a população tá lá dentro e a gente precisa desse espaço aberto para estar entrando, a gente tem que ter esse acesso. A gente não tem como nem bater de frente, nem deixar de cumprir com a nossa parte; pediu para a gente não entrar, a gente não entra. (ACS 3, atua há 9 anos)

Já nas situações em que a polícia entra no território para fazer incursões, uma série de questionamentos é feita em relação às condutas

discriminatórias dos agentes de segurança contra os moradores e os comportamentos extralegais comumente empregados sob a pretensa alegação de lidar com “bandidos”. Nesse processo de compreensão das conjunturas e dos conflitos existentes no território, os próprios ACS revelam constante receio de serem confundidos com “bandidos disfarçados” com o uniforme de trabalhador pelos agentes de segurança. Essas avaliações acentuam, por um lado, as preocupações e as dificuldades de trabalhar no território, principalmente quando a presença da polícia é associada a alguma “denúncia” – real ou não – que alguns moradores acreditam ter sido realizada pelos ACS. Por outro lado, os ACS acreditam que, mesmo existindo essa desconfiança, os imprevistos, como tiroteios ou acertos de conta, são minimizados devido à presença de grupos ou pessoas ligadas ao tráfico de drogas da mesma microárea, que garantem certa previsibilidade da rotina do trabalho mesmo com condicionalidades e restrições colocadas, diferentemente da presença da polícia.

Destacamos as representações sociais dos ACS porque elas situam a discussão acerca da construção dos vínculos com os usuários para além do interpessoal das relações, isto é, o nível comunitário. Os vínculos construídos são ambíguos, contraditórios e permanentemente tensionados. Em relação aos usuários envolvidos com atividades ilícitas, para os ACS, eles são figuras que possuem certo respeito e estima pelos trabalhadores, envolvendo-se inclusive diretamente na resolução de alguns problemas ocorridos dentro da UBS (Almeida, 2015). No entanto, os vínculos terapêuticos e relacionais que os ligam são perpassados por desconfianças que tornam essas relações sujeitas a rompimentos, dependendo da conjuntura do território. Os vínculos são, dessa maneira, frágeis, pois os próprios trabalhadores sabem que estão em condição desigual no contato e na comunicação estabelecidos com pessoas que possuem meios coercitivos para fazer valer sua vontade – a exemplo da ocorrência dos toques de recolher na comunidade, nos quais são fechados totalmente os canais de interlocução com o serviço. Na perspectiva interpessoal, o que as representações vinculares expressam são formas de reciprocidade e vinculação demarcadas por limites pela adaptação da linguagem nas falas dos ACS, nas quais são

manifestas preocupações em tentar deixar claro suas atribuições.

Entro na casa do traficante e falo: “Ô, eu vim fazer a minha visita, tá? Não quero saber da sua vida particular, a única coisa que eu quero saber é sobre a dengue, tuberculose, se tem gestante, criança prematura, menos de 2 anos, da tua vida pessoal não me interessa”. (ACS 4, atua há 11 anos)

Nos conflitos em que os trabalhadores mencionam ser alvo de xingamentos, assédios e acusações de fofocas, também se verifica que são construídas formas de vinculação mais burocratizadas, limitadas a perguntas de praxe durante os contatos mensais. Das situações nas quais os trabalhadores conseguiram reverter esses tensionamentos, isso se deu devido à elaboração de um julgamento mais distanciado acerca das agressões sofridas, ou seja, em decorrência dos problemas pessoais e da insatisfação dos usuários em relação ao funcionamento da UBS (Almeida, 2015). Essa relação vincular construída com os moradores parece, contudo, centrar-se muito nas habilidades, na experiência e nas decisões pessoais de cada trabalhador de levá-la adiante, sendo capaz de superar os constrangimentos vividos, não deixando-se impactar totalmente por esses problemas.

Nas falas dos ACS, entretanto, não são apresentados outros recursos que poderiam sustentar melhor essas vinculações para além da predisposição e boa vontade pessoal, como a importância do trabalho em equipe e dos suportes técnicos como estratégias eficientes na resolução dos conflitos.

Ao revisarmos algumas discussões sobre a importância das tecnologias leves, verificamos ser pouco problematizado o modo como os vínculos são apropriados no cotidiano do trabalho a depender da formação, dos contextos de atuação e das habilidades individuais mobilizadas pelos trabalhadores (Brunello et al., 2010; Carvalho et al., 2006; Carvalho, 2004; Fontanella; Setoue; Melo, 2013). Teoricamente, no entanto, essas discussões trazem diferentes possibilidades de explorar a dimensão vincular de forma positiva, ligada a uma perspectiva de empoderamento individual, intersubjetivo, familiar, comunitário, de autonomia e responsabilização

do usuário com sua situação de saúde (Ayres, 2004; Carvalho, 2004; Teixeira, 2005).

As questões apresentadas pela pesquisa tornam pertinente o questionamento de como o serviço de referência no território composto pelas equipes de saúde está mediando esses vínculos e contribuindo para alterar o *status quo* que abrange as múltiplas vulnerabilidades existentes no território. Podemos ainda extrapolar o questionamento para outros contextos, como possibilidade de pensarmos nos desafios que são colocados aos serviços diante da violência urbana em um país que possui índices alarmantes de homicídios e exposição a outros eventos traumáticos que minam o sentimento de segurança pessoal e comunitária e afetam a saúde da população, resultando em vários problemas. Afinal, qual é o papel da ESF quando confrontada com esses fenômenos? Como os serviços de atenção primária estão se estruturando para responder a esses problemas de saúde, que tradicionalmente não fazem parte do seu escopo de atuação, mas estão previstos nas diretrizes gerais, que preveem uma concepção ampliada dos processos de saúde e doença, atuando em diferentes eixos, incluindo a promoção da cultura de paz e prevenção da violência?

Outra questão que a pesquisa permite levantar diz respeito à possibilidade de qualificar e definir a noção vincular - interpessoal e comunitária - a partir de outra perspectiva, diferentemente daquela que a situa enquanto recurso capaz de gerar *empowerment* (Carvalho, 2004). A violência comunitária e as representações a esse respeito interferem na produção dos vínculos intersubjetivos e comunitários e, ao mesmo, tempo, os produzem. Isto é, são dimensões que criam as condições de vincular os trabalhadores a determinadas experiências que os influenciam em suas ações e decisões, de modo consciente ou não. Seguindo essa perspectiva, esses vínculos também são capazes de fortalecer e engendrar determinadas relações, mas em uma direção contrária à construção do *empowerment*, redefinindo contextos e interações cujas possibilidades de “negociação” são conduzidas de forma mais restrita e assimétrica. É preciso reconhecer, portanto, que a dimensão simbólica e factual que compreende a violência urbana não necessariamente produz diminuição dos contatos,

isolamento e destruição de vínculos. Pode funcionar como instância produtiva, de modo a engendrar determinadas interações e vinculações pautadas, por exemplo, pelo sentimento de insegurança e ameaça.

Considerações finais

Apartir das discussões apresentadas, gostaríamos de concluir acenando para a importância e responsabilidade do processo de trabalho das equipes em relação ao planejamento, monitoramento e tomada de decisões no enfrentamento da violência urbana e outros conflitos que afetam todos os envolvidos na implementação da política pública de saúde no território, incluindo os demais profissionais, muito embora não tenhamos trabalhado neste artigo com uma análise para as outras categorias de trabalhadores.

A construção de estratégias de trabalho e cuidado, adaptadas às diferentes realidades locais, é um grande desafio à APS, que depende de uma vasta e densa articulação em rede. Quanto mais fortalecidos e estruturados internamente os serviços para lidar com determinantes sociais em saúde por meio de ações e parcerias com a comunidade e do apoio intersetorial, envolvendo troca permanente de experiências e saberes, menos riscos recaem individualmente sobre os próprios trabalhadores, que se sentem mais apoiados e seguros em suas intervenções. Deve-se procurar produzir dados e informações para os próprios profissionais envolvidos, para que, assim, possam ser partilhados com outros gestores de UBS, membros dos conselhos gestores de saúde das comunidades, dos conselhos comunitários de segurança, dos conselhos tutelares, dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), de organizações não governamentais (ONG) e igrejas, entre outros. Não podemos negligenciar o peso que assume a influência dos fatores contextuais do território no processo de trabalho das equipes, que podem facilitar ou não a abertura dos canais de interlocução dos trabalhadores com a população. Esse pode ser considerado um dos aspectos que mais fragilizam a tomada de decisões. Contudo, pelos achados do artigo, argumentamos que a insegurança presente está associada não apenas às próprias características do território de atuação, mas ainda ao fato de não serem discutidas e trabalhadas coletivamente pelas equipes

algumas questões que acabam sobrecarregando emocionalmente o(a) trabalhador(a), que parece dispor, tão somente, de algumas habilidades pessoais pautadas no senso comum para tentar driblar os problemas que se apresentam.

O não reconhecimento da violência urbana e os diferentes conflitos que permeiam a interação com a população como objeto de intervenção pode tornar o escopo de atuação da APS limitada, comprometendo outros pressupostos essenciais para sua consolidação, como a integralidade do cuidado e a reversão do modelo biomédico, centrado em uma prática curativista, pontual e frágil na promoção dos direitos e redução das iniquidades sociais em saúde.

Para os objetivos deste artigo, buscou-se dar visibilidade maior para as implicações da violência urbana no desenvolvimento do trabalho e na produção dos vínculos, contribuindo com a discussão na interface da saúde coletiva com problemas sociais mais amplos que estruturam o debate na sociedade brasileira.

Referências

- ALMEIDA, J. F. *Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família: um estudo qualitativo*. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2FaknI1>>. Acesso em: 17 fev. 2016.
- AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2FfHi3E>>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- BARBIERI, A. F.; NOMA, A. K. Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, 12., 2013, Maringá. *Anais...* Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2CUqjSN>>. Acesso em: 8 maio 2017.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*: a

humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão de todas as estâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/1QozFbu>>. Acesso em: 14 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2LXLKoW>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/1wiLCE6>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulistana de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2sgLY6C>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CALDEIRA, T. P. *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. D. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CARVALHO, A. M. A. et al. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2GZWnsM>>. Acesso em: 7 jan. 2018.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no Projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2LWNv5Y>>. Acesso em: 9 out. 2015.

FELTRAN, G. O legítimo em disputa: as fronteiras do mundo do crime nas periferias de São Paulo. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-126, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2LVqvEm>>. Acesso em: 6 out. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas

qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kxf05v>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; SETOUE, C. S.; MELO, D. G. Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do “vínculo” entre pacientes com síndrome de Down e a atenção primária à saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1881-1892, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2GYwUQr>>. Acesso em: 28 maio 2015.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 207-217, 2013. Disponível em <<https://bit.ly/2LY3gJR>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2SHJ7dw>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

KRUGER, J. et al. (Ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental dos trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2H1N37w>>. Acesso em: 25 set. 2014.

LIMA, T. F. *Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte-transversal no município de São Paulo*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2CVyRJk>>. Acesso em: 3 maio 2017.

LIPSKY, M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

LOTTA, G. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso do agentes comunitários de saúde. In: FARIA, C. A. (Org.). *Implementação de políticas públicas:*

teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 221-259. Disponível em: <<https://bit.ly/2SGU3Iv>>. Acesso em: 22 maio 2015.

MACHADO, S. L. Polícia e violência urbana em uma cidade brasileira. *Etnográfica*, Marseille, v. 15, n. 1, p. 67-82, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Vw7o8e>>. Acesso em: 22 out. 2015.

MANZINI, J. E. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. *Anais...* Bauru: Universidade Sagrado Coração, 2004. CD-ROM. Disponível em: <<https://bit.ly/2CWJxaF>>. Acesso em: 8 jan. 2018.

MARQUES, E. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, E.; PIMENTA, C. A. F. *A política pública como um campo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 23-46.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

PORTO, M. S. G. *A sociologia da violência: do conceito às representações sociais*. Brasília, DF: Francis, 2010.

SILVA, J. L. *Entre as amarras do medo e o dever sociosanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva da rede na atenção primária*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-612, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2FIWFSE>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SILVA, S. E.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. T. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2CXNsE7>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

SCHERER, A. D. A.; PIRES, D. E. P.; SORATTO, J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, M. F. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p. 521-571.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2LVAJEE>>. Acesso em: 26 out. 2014.

UNB - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. *Saúde e cultura de paz*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2CXEs1O>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

VELLOSO, I. S. C.; ARAÚJO, M. T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. *Acta Paulistana de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 446-471, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2CX8zGI>>. Acesso em: 4 jun. 2014.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamentos. *Revista Interamericana de Psicologia*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2FbjUFe>>. Acesso em: 27 maio 2017.

Contribuição dos autores

Almeida concebeu o estudo, coletou e sistematizou os dados e redigiu o artigo. Almeida e Peres revisaram o manuscrito. Todas as autoras analisaram o material coletado, contribuíram com a revisão da literatura e aprovaram a versão a ser publicada.

Recebido: 24/08/2018

Aprovado: 06/11/2018