



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**O IMPACTO DA VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE A SAÚDE MENTAL DO
TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

SIMONE PIRES E SILVA

Rio de Janeiro
2019

SIMONE PIRES E SILVA

**O IMPACTO DA VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE A SAÚDE MENTAL DO
TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre Profissional em Atenção Psicossocial.

Orientador: Marcelo Santos Cruz

Rio de Janeiro

Outubro 2019

Ficha catalográfica

Silva, Simone Pires e.

O impacto da violência armada sobre a saúde mental do trabalhador da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. /Simone Pires e Silva. Rio de Janeiro: UFRJ, IPUB, 2019.

xi, 80f.: il.; 31 cm.

Orientador: Marcelo Santos Cruz

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Instituto de Psiquiatria / Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, 2019.

Referências Bibliográficas: f. 84-89.

1. Violência Armada. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Trabalho em Saúde. I. Cruz, Marcelo Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. III. O impacto da violência armada sobre a saúde mental do trabalhador da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro.

FOLHA DE APROVAÇÃO

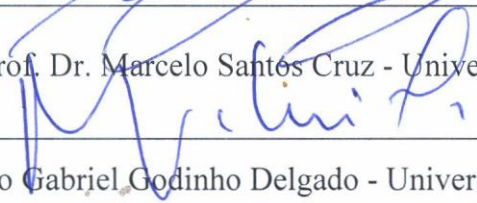
SIMONE PIRES E SILVA

**O IMPACTO DA VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE A SAÚDE MENTAL DO
TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOMUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO**

BANCA EXAMINADORA



Presidente - Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz - Universidade Federal do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado - Universidade Federal do Rio de Janeiro



Prof.^a. Dra. Edinilsa Ramos de Souza - Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir viver e seguir em frente com meus planos pessoais e profissionais.

A minha família, em especial meu marido e minha filha, pelo amor, apoio incondicional as minhas escolhas e por compreender minhas ausências nos momentos necessários.

Ao meu orientador, Marcelo Cruz, pelo acolhimento e disponibilidade em me apoiar na elaboração deste trabalho, ampliando meus conhecimentos e capacidade reflexiva acerca do tema.

A Coordenação do Mestrado Profissional e a todos os professores e professoras, pela dedicação, apoio e importantes discussões nas aulas ministradas, e principalmente pelo exemplo de luta e resistência em tempos de ataques à universidade pública.

A Coordenadoria de Geral de Atenção Primária da Área Programática 5.1, em especial às últimas Coordenadoras Tatiane Caldeira e Simone Costa, por confiarem no meu trabalho e autorizarem minha participação neste Mestrado.

Aos colegas de trabalho, em particular Marco Aurélio de Rezende e Ana Paula Celestino por compartilharem comigo o desafio de apoiar as Unidades de Saúde da AP 5.1.

Aos trabalhadores da AP 5.1, em particular os gestores e profissionais das Unidades selecionadas para este estudo, pela disponibilidade em contribuir de forma generosa comigo e pela troca de experiências e aprendizados acerca dos desafios cotidianos do trabalho em saúde em territórios conflagrados pela Violência Armada.

Ao Grupo de Trabalho do Acesso Mais Seguro da Secretaria Municipal de Saúde, em particular à Fernanda Prudêncio, pelo compartilhamento de ideias e ações voltadas para o suporte às Unidades e o avanço da metodologia de trabalho como estratégia de proteção aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

“A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota.”
Jean-Paul Sartre

RESUMO

O presente estudo tem como principal objetivo investigar as repercussões da violência armada no processo de trabalho e os impactos deste tipo de violência sobre a saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) que atuam em territórios vulneráveis. Para isso, utilizou o conceito de Violência Coletiva, aqui denominada “Violência Armada”, que ocorre em territórios onde a presença de grupos armados, em conflito com a polícia e entre grupos rivais. Esse tipo de violência repercute diretamente no contexto comunitário, acarretando diversas consequências para os trabalhadores que atuam na APS e no surgimento ou agravamento de quadros de adoecimento físico e mental entre esses profissionais. A pesquisa adotou o método qualitativo e consistiu em etapas de revisão bibliográfica sobre o tema, coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante. O referencial teórico utilizado na análise dos dados foi o da Análise do Discurso, o qual busca compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso. As etapas desenvolvidas nesta pesquisa possibilitaram o entendimento acerca do fenômeno estudado. A pesquisa bibliográfica sobre aspectos relacionados à Violência Armada no país e mais especificamente no Rio de Janeiro, a direção da atual política de segurança voltada para a “Guerra às Drogas” e a recente Intervenção Militar no Estado do RJ, bem como a análise sobre o trabalho em saúde em contextos de violência armada, permitiu uma compreensão mais profunda acerca do impacto da violência armada sobre a saúde mental do trabalhador da APS. Na etapa de observação e coleta de dados através da amostra do estudo foi possível descrever as experiências e percepções dos profissionais de saúde acerca do impacto da violência no processo de trabalho no nível da Atenção Primária à Saúde, bem como sobre a saúde mental destes trabalhadores. A pesquisa também apontou as estratégias de proteção adotadas pelos profissionais, que vão desde ações individuais e coletivas, bem como algumas experiências de cunho institucional, conforme identificado no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Desta forma, espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para a realização de novas pesquisas sobre a problemática aqui estudada, possibilitando avanços no conhecimento dos impactos da violência armada sobre o trabalho na APS, sobretudo no que se refere à saúde dos trabalhadores que atuam neste nível de atenção, e em particular das Equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: Violência Armada, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Saúde do Trabalhador, Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to investigate the repercussions of armed violence on the work process and the impacts of this type of violence on the mental health of Primary Health Care (PHC) professionals working in vulnerable territories. For this, it used the concept of Collective Violence, here called “Armed Violence”, which occurs in territories where the presence of armed groups, in conflict with the police and between rival groups. This type of violence directly affects the community context, causing several consequences for workers working in PHC and in the emergence or aggravation of physical and mental illness among these professionals. The research adopted the qualitative method and consisted of steps of literature review on the subject, data collection through semi-structured interviews, focus group and participant observation. The theoretical reference used in the data analysis was the Discourse Analysis, which seeks to understand the meanings that the subject manifests through his speech. The steps developed in this research allowed the understanding about the studied phenomenon. Bibliographic research on aspects related to Armed Violence in the country and more specifically in Rio de Janeiro, the direction of the current security policy focused on the “War on Drugs” and the recent Military Intervention in the State of RJ, as well as the analysis of the health work in contexts of armed violence has allowed a deeper understanding of the impact of armed violence on the mental health of the PHC worker. In the observation and data collection stage through the study sample it was possible to describe the experiences and perceptions of health professionals about the impact of violence on the work process at the level of Primary Health Care, as well as on the mental health of these workers. The research also pointed out the protection strategies adopted by professionals, ranging from individual and collective actions, as well as some institutional experiences, as identified within the Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat. Thus, it is hoped that the results of this study may contribute to the conduct of new research on the problem studied here, enabling advances in the knowledge of the impacts of armed violence on work in PHC, especially regarding workers' health that work in this level of attention, and in particular of the Family Health Teams.

Keywords: Armed Violence, Mental Health, Primary Health Care, Occupational Health, Health Work.

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS

Gráfico 1. Proporção (%) dos homicídios por Arma de Fogo.....	15
Tabela 1. Taxas de óbitos (por 100 mil) por Arma de Fogo	16
Quadro 1. Profissionais incluídos na etapa de coleta de dados	59

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Justificativa.....	19
1.2 Objetivos.	22
CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZANDO	23
2.1 Estudos sobre violência no Brasil e no mundo.	23
2.2 Violência Armada no Rio de Janeiro.	27
CAPÍTULO 3. GUERRA ÀS DROGAS, ESTADO DE EXCEÇÃO E A INTERVENÇÃO MILITAR	31
CAPÍTULO 4. TRABALHO EM SAÚDE EM CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA ARMADA	40
4.1 Exposição à violência armada e o impacto sobre a saúde mental do trabalhador da Atenção Primária à Saúde e no cotidiano dos serviços.....	47
4.2 Estratégias de proteção individuais e coletivas adotadas pelos profissionais de saúde.	51
CAPÍTULO 5. METODOLOGIA.....	56
5.1 Desenho da Pesquisa.....	56
5.2 Desenho do Campo.....	60
CAPÍTULO 6. EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS: IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.	64
6.1 Prática profissional, percepção e sensação de risco.	64
6.2 Impactos percebidos na saúde física e mental do trabalhador	70
6.3 Apoio Institucional e estratégias de proteção	72
6.4 Discussão	75
CAPÍTULO 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	80
REFERÊNCIAS.....	84
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Anexo 2. Roteiro de Entrevista Semiestruturada	91

LISTA DE SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

AF Arma de Fogo

APS Atenção Primária à Saúde

APVP Anos Potenciais de Vida Perdidos

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CAP 5.1 Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento 5.1

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CBMERJ Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

CICV Comitê Internacional da Cruz Vermelha

ESF Estratégia de Saúde da Família

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

PACS Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUBPAV Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TEPT Transtorno de Estresse Pós Traumático

TMC Transtorno Mental Comum

VD Visita Domiciliar

VIVA Vigilância de Violências e Acidentes

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a violência assumiu lugar de destaque para a sociedade brasileira, tornando-se um importante problema de saúde pública, impactando de forma direta e indireta o surgimento de agravos e vulnerabilidades ao nível da saúde individual e coletiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu relatório de 2002 sobre o tema define a violência como o *uso 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* (OMS, 2002).

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO E SOUZA, 1998, p. 520).

De acordo com Minayo e Souza (1998), qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. Ainda de acordo com essas autoras, na verdade, só se pode falar de “*violências*”, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas.

Outra definição importante acerca da violência refere-se a que é adotada pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001): “a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. No que se refere às formas de manifestação da Violência, destaca-se o texto da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a classifica da seguinte forma: auto infligida, interpessoal ou coletiva. As violências auto infligidas incluem os comportamentos suicidas e os auto abusos. O primeiro contempla o suicídio, ideações suicidas e tentativas de suicídio. Já o

conceito de auto abuso relaciona-se às agressões contra si próprio e as automutilações (OMS, 2002).

As violências interpessoais ocorrem principalmente no âmbito intrafamiliar e comunitário. Classifica-se como violência intrafamiliar aquela que ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não exclusivamente, estando incluídas as diversas formas de agressão contra crianças, mulheres ou homens e contra os idosos. A violência comunitária é compreendida como a que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos, incluindo a violência juvenil, agressões físicas, estupro, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (OMS, 2002).

As violências coletivas podem ser classificadas como os atos que causam danos, lesões e mortes, e que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando-se pela dominação de grupos e do Estado. No âmbito social, identificam-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e de multidões. No campo político, são consideradas as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. Já no nível econômico, os ataques geralmente são motivados por intenções e interesses de dominação (BRASIL, 2005).

A esta classificação, Minayo (2004) acrescentou outro tipo de violência denominado violência estrutural. Essa se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Ainda de acordo com a autora, este tipo de violência se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. Pode-se afirmar que a maioria dos tipos de violência tem sua base na violência estrutural.

No mundo contemporâneo, o processo vital humano é marcado pelo crescimento das incertezas e da sensação de fragilidade diante dos fatores de risco e vulnerabilidade aos quais todas as pessoas, direta ou indiretamente, estão expostas. De acordo com o médico sanitário Saul Franco Agudelo (1990, *apud* MINAYO, 2006): “a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Esse risco repercute também no cotidiano de trabalho dos indivíduos, pois o trabalho é um dos principais eixos estruturantes da vida humana (SANTOS et al., 2012).

Embora os estudos longitudinais sobre a influência da exposição à violência na ocorrência e persistência de transtornos mentais na população em geral sejam escassos, a pesquisa de Lopes et al. (2015) realizada no Rio de Janeiro destaca a importância de avaliar múltiplas formas de violência na pesquisa sobre os determinantes sociais dos transtornos mentais e apoia a visão de que a exposição individual a diferentes formas de violência aumenta o risco de sofrimento psíquico.

Estes resultados suportam a hipótese de que a exposição à violência está associada ao aumento do risco de sofrimento psicológico. Como nenhum outro estudo avaliou a exposição à violência da mesma forma e apenas alguns utilizaram dados longitudinais, esses achados aumentam a literatura existente. Investigações transversais prévias dos efeitos da violência sobre transtornos mentais ou sintomas de saúde mental também mostraram resultados consistentes e estabeleceram a base para investigações longitudinais (LOPES et al., 2015, p. 5).

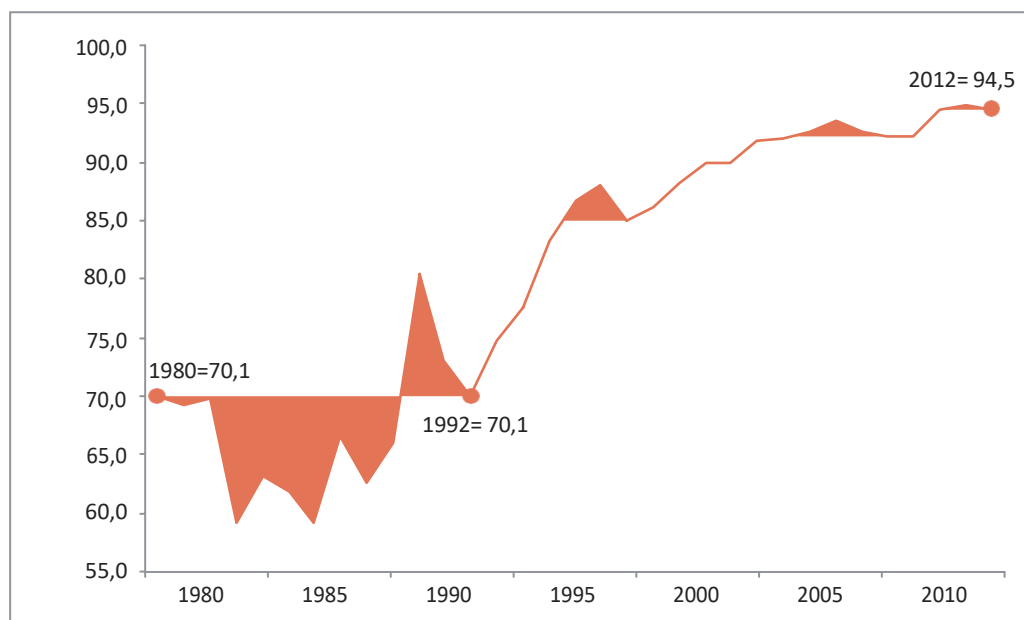
De acordo com o estudo Mapa da Violência 2015 - Mortes Matadas por Armas de Fogo¹ - os dados relativos às mortes por armas de fogo (AF) apontam um enorme crescimento entre 1980 e 2012 no país, em particular os homicídios que cresceram 556,6%, enquanto que os suicídios com AF aumentaram 49,8% e as mortes acidentais caíram 26,4%. E por último, as mortes por AF de causalidade indeterminada, ou seja, sem especificação (suicídio, homicídio ou acidente), tiveram uma significativa queda de 31,7%, o que evidencia a melhora nos mecanismos de registro das informações. Outro dado alarmante refere-se a morte por AF entre os jovens que teve crescimento de 463,6%. Este aumento é explicado principalmente pelo aumento de 655,5% de jovens assassinados, enquanto acidentes, suicídios e indeterminados caíram nesse período - 23,2%; -2,7% e -24,4% respectivamente (WAISELFISZ, 2015).

Ainda segundo Waiselfisz (2015), no início da década de 1980 os homicídios representavam, em média, aproximadamente 70% do total de mortes por AF. No entanto, entre os anos de 1992 e 1997, ocorreu uma íngreme escalada. A partir deste último ano, a participação dos homicídios continua crescendo, mas em ritmo menor. Já em 2012, os homicídios representaram quase a totalidade das mortes por armas de fogo: 94,5%. Esses dados apontam um duplo processo que parece configurar um círculo vicioso e mortífero. Se por um lado, desde 1980, há o crescimento dos índices de

¹ Embora o estudo não seja atual, o autor faz uma importante análise acerca de dados oficiais disponibilizados através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, particularmente entre os anos de 2002 a 2012. Também cabe destacar que as possíveis limitações desta pesquisa podem estar relacionadas às subnotificações de casos de óbitos por causas externas.

homicídio no país, com tendência à estagnação nos últimos anos, por outro lado, há o crescimento do uso das armas de fogo como instrumento básico para cometer esses homicídios. Tais dados são evidenciados no gráfico a seguir:

**Gráfico 1. Proporção (%) dos homicídios por AF no total de óbitos por AF.
Brasil. 1980/2012.**



Fonte: SIM/SVS/MS

A análise feita por regiões do Brasil, entre os anos de 2002-2012 aponta um forte crescimento da mortalidade por AF na região Norte - 135,7% no período, o que representa mais que o dobro dos anos anteriores. Em seguida, aparece o Nordeste onde o crescimento foi elevado para 89,1%, quase duplicando o percentual. Enquanto na Região Norte, Pará e Amazonas são os estados que mais contribuíram para este aumento, mais que triplicando o número de mortes por AF no período. No Nordeste, a maior parte das UF apresenta elevados índices de crescimento, com destaque para o Ceará e o Maranhão, cuja taxa de vítimas por AF quadruplicou na década. Rio Grande do Norte mais que triplicou, e Alagoas, Bahia, Paraíba e Piauí mostram taxas de crescimento acima de 100%. O único estado da região a evidenciar queda nos números foi Pernambuco com saldo negativo de 33,4%. Na região Centro-Oeste, os quantitativos cresceram 44,9%, impulsionados pelo crescimento das taxas no estado de Goiás, que mais que duplica o número de vítimas. Em contrapartida, Mato Grosso do Sul evidencia uma moderada queda: 24,5%. Já a região Sul teve um crescimento menor: 34,6%, destacando-se o Paraná, onde os números crescem 55,3%. A única região a evidenciar quedas na década é o Sudeste, cujos óbitos apresentam uma expressiva diminuição de

39,8%. Essas quedas foram puxadas, fundamentalmente, por São Paulo, cujos números em 2012 caem 58,6% com relação ao ano de 2002 e também Rio de Janeiro, com queda de 50,3% entre os anos apontados. Já Minas Gerais teve um significativo aumento de 53,7% no período desta análise (WASELFISZ, 2015).

Ao analisar os dados pelas capitais do país, o mesmo estudo aponta que a evolução da mortalidade por AF nas capitais acompanhou a observada nos estados, porém, com níveis ainda mais elevados de vitimização. Durante o período de análise, ou seja, de 2002 a 2012, identifica-se que houve aumento das taxas em 16 capitais e em apenas 11 as taxas diminuíram.

Tabela 1. Taxas de óbitos (por 100 mil) por AF. População Total. Capitais. Brasil. 2002/2012.													
Capital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ% 1	Δ% 2
Belém	18,1	23,6	22,8	29,9	24,2	27,3	37,7	35,5	45,5	32,7	37,9	108,7	15,6
Boa Vista	10,3	13,6	11,9	7,4	8,8	6,2	10,0	7,1	7,4	5,2	7,1	-31,0	37,1
Macapá	14,4	18,9	16,1	11,5	14,4	12,3	14,8	13,4	21,8	15,2	21,2	47,6	39,0
Manaus	10,9	9,8	12,8	14,4	18,9	21,0	23,5	29,9	31,5	42,1	40,9	276,1	-2,9
Palmas	9,3	17,4	10,9	6,2	8,6	8,6	4,3	8,0	9,6	10,2	11,6	24,3	13,4
Porto Velho	38,8	37,6	40,8	42,5	48,0	42,0	31,6	33,1	33,4	30,3	28,9	-25,5	-4,6
Rio Branco	23,2	15,7	14,2	8,8	11,1	13,3	11,3	16,3	11,3	6,4	14,9	-35,5	132,3
NORTE	16,5	18,1	18,5	20,2	21,0	22,0	25,6	27,5	31,0	30,0	32,1	94,3	7,0
Aracaju	41,8	39,4	35,4	29,1	34,2	26,8	27,6	31,2	27,3	33,8	45,3	8,4	33,8
Fortaleza	18,0	18,6	18,6	24,1	25,4	31,3	29,7	32,7	47,3	48,5	69,0	283,6	42,2
João Pessoa	33,9	37,7	33,0	37,2	39,6	46,0	50,8	61,7	71,6	79,4	67,9	100,1	-14,5
Maceió	47,5	48,3	51,4	56,9	84,6	87,2	98,0	81,5	94,5	95,6	79,9	68,2	-16,4
Natal	20,0	19,9	23,8	30,5	31,9	33,7	33,3	42,2	32,6	41,1	50,4	151,8	22,7
Recife	81,6	80,9	79,2	76,9	79,0	76,0	70,5	60,3	47,8	46,4	40,4	-50,5	-12,9
Salvador	37,6	38,1	33,8	33,1	35,7	43,3	61,0	64,1	59,6	53,5	55,3	47,2	3,3
São Luis	10,6	14,6	15,6	15,1	15,5	20,5	25,0	32,3	31,1	36,5	44,1	316,0	20,7
Teresina	13,2	17,2	14,7	14,6	18,7	16,2	14,2	16,7	18,9	23,3	29,3	121,0	25,4
NORDESTE	35,0	35,9	34,6	36,0	40,2	43,5	48,3	49,3	50,1	51,1	55,3	58,2	8,4
Belo Horizonte	37,9	50,7	59,2	48,1	43,4	44,3	36,4	31,6	30,1	34,4	34,3	-9,5	-0,3
Rio de Janeiro	52,7	50,3	47,4	39,6	40,7	36,3	30,6	29,6	23,5	19,0	16,7	-68,3	-12,2
São Paulo	36,1	37,5	27,4	21,5	19,6	14,3	11,6	12,2	10,4	9,3	12,6	-65,2	35,4
Vitória	69,1	60,5	66,7	71,5	72,9	65,8	61,4	60,9	60,7	51,1	50,1	-27,5	-2,0
SUDESTE	42,0	43,4	38,0	31,1	29,9	25,5	21,3	20,7	17,6	15,9	17,0	-59,5	6,7
Curitiba	25,4	31,1	33,1	36,7	40,5	40,1	48,1	46,1	46,9	38,9	33,6	32,2	-13,7
Florianópolis	21,4	26,0	25,4	22,9	18,2	18,7	19,1	17,4	18,5	15,0	12,0	-43,8	-19,8
Porto Alegre	36,3	33,6	36,7	35,7	31,6	42,1	41,7	35,8	32,8	33,3	36,7	1,2	10,4
SUL	29,4	31,6	33,7	34,8	34,5	38,5	42,4	38,9	38,0	33,9	32,2	9,6	-4,8
Brasília	26,5	29,9	26,8	23,0	21,7	25,2	24,8	29,4	25,3	27,7	30,3	14,3	9,6
Campo Grande	25,6	25,8	21,8	20,3	18,8	23,1	19,1	20,8	13,2	14,1	13,2	-48,5	-6,4
Cuiabá	41,6	40,7	35,3	32,2	32,1	30,8	32,3	33,1	28,7	32,9	32,6	-21,6	-0,9
Goiania	29,8	28,9	28,5	25,9	27,1	26,5	35,6	28,2	30,2	36,4	43,0	44,4	18,0
CENTRO OESTE	28,9	30,2	27,4	24,3	23,8	25,8	27,5	28,2	25,1	28,3	31,1	7,8	9,8
BRASIL	35,3	36,6	33,7	30,7	31,3	30,9	31,2	31,2	29,8	29,2	31,2	-11,5	6,9

Fonte: SIM/SVS/MS.

*Δ% 1 = Crescimento % 2002/2012 / *Δ% 2 = Crescimento % 2011/2012

A tabela 1 aponta que apesar da média global no país apontar uma queda (crescimento negativo de 11,5%) em função do elevado peso demográfico de várias capitais, como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, que fazem pender a balança para o lado das quedas, houve um aumento expressivo em outras capitais. Os casos mais preocupantes ficam por conta de São Luís, capital do Maranhão, com aumento acima de 300% e Fortaleza (CE) e Manaus (AM) pouco abaixo de 300%. Os números do estudo apontam um recrudescimento das mortes por AF, e conseqüentemente da violência, nas regiões mais pobres do país, evidenciando que fatores relacionados à vulnerabilidade socioeconômica influenciam diretamente nesses índices.

Assim, embora tenha havido um aumento dos índices de mortes violentas em algumas regiões do país, não se observa o mesmo panorama no que se refere ao número de estudos desenvolvidos nestas localidades. A partir desta análise percebe-se que as pesquisas realizadas no país não acompanham a realidade apresentada pelo estudo de Waiselfisz (2015), e ao mesmo tempo refletem um cotidiano bastante comum nas grandes metrópoles da região Sudeste que está relacionado aos casos de mortes que nem mesmo chegam a ser notificadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ou seja, os corpos são carbonizados e esquartejados, sem qualquer possibilidade de identificação das vítimas, como costuma ser noticiado pela grande mídia.

Quando a análise é feita levando-se em consideração a idade, o sexo e a raça/cor das vítimas, os dados são ainda mais alarmantes. Segundo Waiselfisz (2015), entre os anos de 1980 até 2012, morreram no Brasil um total de 880.386 pessoas vítimas de disparos de armas de fogo. Destes, 497.570 eram jovens na faixa de 15 e 29 anos de idade. Considerando que no período os jovens representam pouco menos de 27% da população total do país, constata-se que 56,5% das vítimas de disparo de armas de fogo registrados nesse período de 33 anos foram jovens na faixa de 15 a 29 anos. Ainda considerando todas as causas de mortes no ano de 2012 aconteceram 75.553 óbitos de jovens e 24.882 delas foram por AF, temos que, 33% dos óbitos juvenis foram provocados por projétil de arma de fogo.

Outra característica marcante da mortalidade por AF é a elevada proporção de homens entre suas vítimas: 94% em 2012 eram do sexo masculino. Também perversa é a seletividade racial dos homicídios por AF e sua tendência crescente. As taxas de homicídios por AF de brancos caíram 23% entre 2003-2012, passando de 14,5 por 100 mil habitantes em 2003 para 11,8 em 2012; enquanto a taxa de homicídios de negros aumentou 14,1%: passou de 24,9 para 28,5 por 100 mil habitantes no período. Com esse

diferencial, a vitimização negra do país, que em 2003 era de 72,5%, em poucos anos duplicou, chegando em 2012 a 142%. Ou seja, morrem 2,5 vezes mais negros que brancos vitimados por arma de fogo no país (WAISELFISZ, 2015).

O artigo de Lopes et al. (2015) faz uma importante análise acerca da Violência Urbana no Rio de Janeiro, cenário do presente estudo, identificando as mortes por causas externas como as que acarretam maior impacto no número de anos potenciais de vida perdidos, em particular entre pessoas do sexo masculino.

No Rio de Janeiro, esses dados parecem ainda mais alarmantes. A proporção de homicídios entre as causas externas de morte aumentou de 33,4% em 1980 para 45,2% no final de 1988. Essa escalada continuou na década de 1990 e, em 1995, o número de mortes no Rio de Janeiro por causas externas ultrapassou as 800 mortes por mês. Em 2004, dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) mostraram que o número de mortes por ataques violentos foi superior a 3.000. Como resultado de mortes precoces associadas a altas taxas de homicídio, o homicídio foi a principal causa de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em 1990, representando 18,2% de todas as APVP no Rio de Janeiro. Dados mais recentes da SMS-RJ mostram que entre os homens, o número de anos de vida perdidos por causas violentas foi de 3,54 anos em 2005 (LOPES et al., 2015, p. 2).

Assim, embora as causas complexas da violência devam ser analisadas a partir dos componentes sócio históricos, econômicos, culturais e subjetivos, é fundamental refletir sobre suas consequências para a saúde individual e coletiva e para os serviços do setor saúde. As unidades de saúde que sempre foram orientadas a atuar frente às enfermidades de origem biomédica, são hoje convocadas a agir frente às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais gerados por violências.

No Brasil, uma mudança fundamental no modelo de assistência à saúde ocorreu com a implementação do Programa Saúde da Família em 1994, posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é parte integrante da política de reorientação das redes integradas de atenção à saúde no país.

A ESF prevê ações de alcance individual ou coletivo dirigidas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, tendo como fundamento o conceito ampliado de saúde, que inclui determinantes biológicos, psicológicos e socioambientais na compreensão do processo saúde-doença. Sua proposta de cuidado integral à saúde dos indivíduos e famílias envolve o estar geograficamente próximo às comunidades, a

criação de vínculo contínuo entre os usuários, as equipes e as unidades de saúde, o planejamento baseado nas realidades locais e a participação em ações de caráter intersetorial (BRASIL, 1997; SOUSA e HAMANN, 2009a; CONILL, 2008 apud KANNO et al., 2012, p. 886).

Neste sentido, o trabalho desenvolvido pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) exige uma inserção muito mais intensa no território de abrangência de cada Unidade de Saúde, a fim de desenvolverem o acompanhamento domiciliar das famílias atendidas, ações intersetoriais de cunho educativo e de promoção da saúde, dentre outras atividades que são parte da essência da ESF. No entanto, o contexto de violência armada presente em certas localidades expõe os profissionais a situações de risco e gera sensação de fragilidade e desproteção frente a este cenário.

A partir do quadro inicial descrito, o objeto de estudo do presente trabalho consiste em analisar a partir da revisão bibliográfica e da coleta de dados junto aos trabalhadores por meio de entrevistas individuais e grupo focal, as repercussões da violência armada no que se refere à atuação dos profissionais de saúde no nível da Atenção Primária à Saúde em territórios vulneráveis. Nesta perspectiva serão abordados aspectos relacionados à Violência Coletiva, tomando como referência a classificação da OMS, onde se inclui a violência armada no contexto deste estudo, ou seja, a presença de grupos armados que atuam em territórios com maior grau de vulnerabilidade socioeconômica e carentes de recursos públicos. Além disso, o estudo irá focalizar o processo de trabalho em saúde no nível da APS identificando as formas de violência armada às quais os profissionais de saúde são expostos nestes territórios, de que forma a literatura pesquisada aborda os impactos da violência armada no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS e as estratégias usadas por estes profissionais para se protegerem deste tipo de violência.

1.1 JUSTIFICATIVA

A iniciativa de desenvolver este estudo surgiu a partir das diversas experiências ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional, onde pude vivenciar situações adversas de trabalho junto à população e profissionais da área da saúde, que vivem e/ou atuam em áreas conflagradas por violência armada. A fim de detalhar tais vivências, faço um breve histórico das minhas inserções desde a Graduação em Psicologia iniciada em 1996 na Universidade Federal do Rio de Janeiro, até os dias atuais em que atuo

como Assessora Técnica de Saúde Mental na Coordenadoria Geral de Atenção Primária 5.1² (CAP 5.1) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Após a formação em Psicologia em 2002, minha primeira experiência profissional foi na Secretaria Municipal de Assistência Social de Niterói-RJ, atuando como Técnica de Referência do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), responsável por acolher e acompanhar famílias em situação de vulnerabilidade social, sendo a maior parte destas residentes em áreas periféricas do referido município e, portanto, localidades onde a presença de grupos armados era identificada. Em 2005 passei a atuar como Técnica de Acompanhamento Familiar e posteriormente como Coordenadora Pedagógica em uma Organização não Governamental no Município de Queimados-RJ chamada Circo Social Baixada. A instituição utiliza a metodologia do Circo Social para acompanhar e promover a inserção social de crianças, adolescentes, jovens e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social. Nesta experiência também foi bastante comum identificar relatos e situações de violência vivenciados pelo público atendido na instituição.

A partir de 2012 fui contratada como Psicóloga do Programa Saúde nas Escolas do Município do Rio de Janeiro-RJ que atendia Unidades Municipais de Ensino classificadas como “Escolas do Amanhã”, localizadas em áreas de grande vulnerabilidade socioeconômica. Nesta experiência, o contato direto com profissionais da Educação me sinalizou acerca das dificuldades em intervir frente à alguns casos complexos de alunos em virtude da condição destas Unidades Escolares estarem inseridas em contextos comunitários “dominados” por atores armados.

Em seguida, a partir de Abril de 2013, assumi a Assessoria Técnica de Saúde Mental na CAP 5.1, que constitui uma das 10 Áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro, onde estou desde então. Dentre as atribuições da Assessoria, além da articulação da Rede de Atenção Psicossocial e do monitoramento de indicadores relacionados à Saúde Mental, também desenvolvo o apoio às unidades de saúde no que se refere ao Programa Acesso Mais Seguro e o Programa Saúde Mental e Violência. Ambos consistem em uma cooperação estabelecida no ano de 2009 entre a

² As Coordenadorias de Atenção Primária, são instâncias ligadas a Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente à Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) e têm como principais atribuições planejar, coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar atividades das Unidades de Saúde de suas áreas de atuação, nos aspectos gerenciais, administrativos e orçamentários, promovendo a integração entre as Unidades de Saúde sob sua competência a fim de desenvolver ações de saúde de maneira coordenada e em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (CAP 5.1, 2016).

Secretaria Municipal de Saúde e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha e visam fornecer suporte aos profissionais que atuam no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) no que se refere às situações de Violência Armada que ocorrem nos territórios e minimizar os riscos aos quais esses profissionais são expostos.

Nesta última e atual experiência profissional tem sido possível identificar, principalmente através do relato de profissionais, que há uma interferência direta do contexto de violência presente em diversos territórios do município do Rio de Janeiro no trabalho desenvolvido pelos órgãos públicos nestes locais. Esses efeitos vão desde as consequências mais diretas como, por exemplo, a interrupção das atividades dos serviços quando ocorrem situações de conflito nos territórios, seja pela atuação da polícia ou pela entrada de grupos rivais, e que frequentemente ocasionam tiroteios e forte ameaça à população, como também geram o aumento do sentimento de insegurança por parte de profissionais, o que repercute diretamente na produtividade dos trabalhadores, na medida em que observa-se um aumento do absenteísmo³, presenteísmo⁴ e conseqüentemente o afastamento em função de adoecimento.

Observando o quanto as situações de violência parecem interferir negativamente nos processos de trabalho do setor saúde, mais especificamente, no nível da APS por sua lógica de intervenção de base territorial, o presente trabalho busca refletir acerca da violência coletiva que ocorre em territórios onde existem grupos armados, nos quais são comuns os conflitos com a polícia e entre grupos rivais, com diversas consequências para a população e trabalhadores. Esse tipo de violência, aqui denominado como “violência armada”, está associado principalmente a facções criminosas ligadas ao tráfico de drogas ou milícias, o que tem gerado por parte do Estado operações policiais com o objetivo de retomada de controle destes territórios, mas também é fruto de disputas territoriais entre estes grupos armados. Esta realidade é vivenciada, sobretudo, em áreas com maior grau de vulnerabilidade socioeconômica e carentes de recursos públicos, nos grandes centros urbanos.

Partindo do pressuposto de que a violência, em sua magnitude, “não é uma, é múltipla”, e que se traduz pela “força e superioridade exercida de maneira

³ Absenteísmo consiste na ausência do trabalhador ao trabalho, seja por falta ou por atrasos. Pode ser causado por diversas questões, como doenças, condição de saúde, problemas pessoais, doenças na família, dificuldade de transporte, desmotivação, tratamento inadequado na empresa, entre outros.

⁴ Presenteísmo consiste na presença do trabalhador mesmo estando sentindo mal-estar físico e/ou emocional, dores, fadiga, alergias, fraquezas, enfim, o colaborador trabalha doente, o que faz com que a produtividade, o rendimento, a motivação e a satisfação caiam exponencialmente.

constrangedora sobre o outro” no âmbito singular e coletivo, é possível reconhecer sua relevância para diversas áreas do conhecimento. Por este motivo, mesmo não sendo um tema específico da área da saúde, os traumas e mortes ocasionados pelas violências, tanto físicos quanto emocionais, afetam diretamente o setor saúde, e precisam ser analisados (MINAYO, 2006).

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar as repercussões da violência armada no processo de trabalho e os impactos deste tipo de violência sobre a saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam em territórios vulneráveis.

Objetivos Específicos

- Identificar as formas de violência armada a que os profissionais de saúde estão expostos ao atuarem em territórios com conflitos deflagrados;
- Conhecer as repercussões da violência armada sobre a saúde mental dos profissionais da APS a partir das vivências e percepções relatadas;
- Identificar as estratégias individuais, coletivas e institucionais usadas pelos profissionais da APS para se protegerem da violência armada.

CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZANDO

2.1 ESTUDOS SOBRE VIOLÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO

A violência está presente em diversos contextos, sejam eles familiares, comunitários ou institucionais, e causa danos profundos às relações interpessoais e, principalmente, à saúde das pessoas que direta ou indiretamente afeta, conforme aponta a Organização Pan-americana da Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 10).

A fim de realizar uma primeira análise acerca do fenômeno da violência na pós-modernidade, cito Wieviorka (1997), um importante autor contemporâneo que faz uma interpretação sobre as mudanças ocorridas neste campo desde o final da década de 1960, quando os conflitos políticos, as diversas formas de protesto e os movimentos de luta armada, em particular na América Latina, estavam associados a projetos revolucionários de tomada do controle dos Estados. Esses movimentos tinham grande engajamento da juventude e estavam associados a um ideário de liberdade e de desenvolvimento das nações.

Nas décadas que se seguiram, intensas transformações ocorreram nas sociedades modernas, em particular o crescimento do “individualismo contemporâneo” que apresenta principalmente duas faces complementares. Uma, onde o indivíduo quer participar e obter todos os benefícios desta modernidade, estimulados através dos meios de comunicação que exacerbam a importância de um consumo de massa. A outra face relaciona-se a necessidade do indivíduo de ser reconhecido como sujeito, podendo fazer escolhas que o autorizem a referir-se a uma identidade coletiva, porém sem estar totalmente subordinado a ela (WIEVIORKA, 1997).

Ainda de acordo com Wieviorka (1997), a concepção contemporânea de violência também se transformou e a estratégia atual não mais refere-se aos planos revolucionários de mudança do Estado, mas sim de mantê-lo a uma distância que permita a autonomia necessária para o desenvolvimento de atividades econômicas, o tráfico de drogas, de produtos ilegais, dentre outros. Neste contexto, também há uma

participação importante de jovens, sobretudo os mais pobres, que se engajam nestes projetos, particularmente nas bases de combate, obtendo alguns benefícios econômicos e de consumo.

Desta forma, a análise que se faz hoje sobre o fenômeno da violência não deve limitar-se aos aspectos mais concretos que a ela relacionam-se, como por exemplo, aqueles que causam danos diretos às suas vítimas, mas também às percepções e representações a ela associadas e que também repercutem negativamente sobre os sujeitos.

No Brasil, a Violência Armada é caracterizada principalmente pelas facções criminosas, ligadas ao tráfico de drogas e milícias, que visam exclusivamente o ganho econômico. Nas atividades desses grupos, não se observa a existência de um projeto de suplantação do Estado. Porém, dada sua motivação econômica, eles estabelecem uma organização paramilitar local, com domínio territorial e político dos espaços geográficos que ocupam. Essa defesa é garantida através do recrutamento de combatentes armados, alto grau de armamentos e militarização. Através de suas estruturas hierárquicas essas organizações garantem a proteção desses grupos contra facções rivais ou contra a polícia (DOWDNEY, 2003).

Ainda de acordo com este mesmo autor, em seu estudo sobre crianças que trabalham para facções criminosas no Rio de Janeiro, as noções tradicionais de “crime organizado” e de “guerra” são insuficientes para definir o que se observa no caso brasileiro. Assim, propõe uma análise em que a realidade das disputas territoriais das facções situa-se em algum ponto intermediário entre essas duas noções e elabora a seguinte definição para “Violência Armada”:

Violência Armada Organizada: é uma situação intermitente de conflito armado envolvendo mais de 1.000 mortes de combatentes e civis no período de um ano, resultante da ação de grupos armados não estatais, organizados ou semi-organizados, sem motivação política, religiosa, étnica ou ideológica, territorialmente definidos e tendo controle efetivo sobre as comunidades que dominam, utilizando armas leves e tendo organização paramilitar em nível local, principalmente para ganhos econômicos ilegais, utilizando crianças e adolescentes como combatentes armados e eventualmente enfrentando o Estado com uso da violência armada quando seu progresso econômico estiver ameaçado, mas sem intenção de substituir o governo de estado, nem de atacar o aparelho de governo em busca de vantagens políticas ou territoriais (DOWDNEY, 2003, p. 165).

O domínio territorial e a dominação das comunidades visam defender suas atividades ilegais, principalmente em locais de difícil acesso, próximo a uma população de baixa renda em que as atividades ilícitas fiquem camufladas. São considerados protetores das populações locais, por vezes até ofertando bens públicos, como por exemplo, a distribuição de remédios, pagando enterros, socorrendo enfermos, promovendo eventos sociais, dentre outros. Estão envolvidos em disputas territoriais com outros grupos, sempre visando controlar mais pontos de venda de drogas a fim de obter maiores ganhos financeiros. Utilizam tecnologia de vigilância para fins de defesa e a participação de mulheres é pequena (MOTTA & DUTRA, 2010).

Neste contexto, destaca-se a participação de jovens, em geral do sexo masculino, identificados como “soldados do tráfico”, porém observa-se que a violência praticada e sofrida por este grupo etário tem se transformado em um grave problema na sociedade brasileira e, ao mesmo tempo, um desafio para a saúde pública. No caso brasileiro, tomando como exemplo o Rio de Janeiro, o estado liderou o ranking entre os anos de 1994 a 2004 com maior número de homicídios na população jovem entre 15 e 24 anos de idade. Em 2004, este índice atingiu 102,8 mortes por 100 mil habitantes, estando o tráfico de drogas associado a 90% desses homicídios. As estatísticas refletem um cenário de intensa vulnerabilidade social, principalmente para alguns jovens empobrecidos, os quais são usados na linha de frente de uma “guerra” entre o crime organizado e o Estado. Ao mesmo tempo, a ausência de políticas públicas mais efetivas torna o mercado varejista de drogas uma opção atraente para este grupo etário (MEIRELLES & GOMEZ, 2009).

Ao analisar dados mais atuais acerca da vitimização por homicídio de jovens (15 a 29 anos), o documento Atlas da Violência 2018 aponta que:

Os dados de 2016 indicam o agravamento do quadro em boa parte do país: os jovens, sobretudo os homens, seguem prematuramente perdendo as suas vidas. No país, 33.590 jovens foram assassinados em 2016, sendo 94,6% do sexo masculino. Esse número representa um aumento de 7,4% em relação ao ano anterior. Se, em 2015, pequena redução fora registrada em relação a 2014 (-3,6%), em 2016 voltamos a ter crescimento do número de jovens mortos violentamente. Houve aumento na quantidade de jovens assassinados, em 2016, em vinte UFs, com destaque para Acre (+84,8%) e Amapá (+41,2%), seguidos pelos grupos do Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte e Roraima, que apresentaram crescimento em torno de 20%, e de Pernambuco, Pará, Tocantins e Rio Grande do Sul, com crescimento entre 15% e 17%. Em apenas sete UFs

verificou-se redução, com destaque para Paraíba, Espírito Santo, Ceará e São Paulo, onde houve diminuição entre 13,5% e 15,6% (CERQUEIRA et al., 2018, p. 32).

A partir da análise de alguns estudos clássicos, Guerra et al. (2010) explicam que a criminalidade se associa a duas principais linhas de interpretação. Uma estaria ligada a fatores macroestruturais e se relaciona a questões econômicas como, por exemplo, a falta de oportunidades, a desigualdade social e processos de marginalização. A outra linha define a criminalidade como agressão as regras de convivência, ao consenso moral e normativo da sociedade e estaria pautada numa tomada de decisão do próprio sujeito, sendo, portanto, associada a fatores micro subjetivos.

Outra análise possível de ser feita acerca do fenômeno da violência urbana, e neste caso, mais especificamente sobre o caso brasileiro, refere-se aos estudos de Misse (2008), onde o autor desenvolve o termo “acumulação social da violência” ocorrida no Rio de Janeiro nas últimas décadas. O autor propõe um modelo que apesar de se circunscrever especificamente a esta metrópole, pode ser aplicado a outras cidades brasileiras, e aponta ainda que não se trata de descrever um processo de aumento da violência urbana, mas sim de incluir a percepção social do que seja esse aumento numa temática sociológica de “acumulação social de padrões diferenciados de sociabilidade”. Este processo está diretamente relacionado ao fato de que o Estado brasileiro não adquiriu completamente o monopólio do uso da força, bem como não conseguiu transferir para si a administração plena da Justiça. Diante disso, restaram espaços e uma incompletude no processo de modernização do país, que atingiu tanto o Estado quanto a sociedade, que pode ser considerado, em parte, responsável pelos efeitos de violência como é observada nos dias atuais.

Ainda sobre os estudos de Misse acerca do cenário sócio-político em meados do século XX:

No curto período de vinte anos, entre 1950 e 1970, cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo tiveram a sua população triplicada, num movimento demográfico sem paralelo, que levava dos sertões para as cidades do interior e dessas para as grandes cidades do litoral, uma massa de descendentes de escravos, sertanejos e de filhos pauperizados de imigrantes. Ampliaram-se os bolsões de pobreza urbana nas antigas favelas e na ocupação desenfreada da periferia metropolitana, invertendo em apenas uma geração a designação do Brasil de país eminentemente agrário para uma das grandes economias urbanas do mundo (MISSE, 2008, p. 372).

O autor também analisa as mudanças ocorridas nos últimos 50 anos no país, identificando os fatores que, efetivamente, contribuíram para trazer de volta à consciência aquela violência que fazia parte da nossa formação social e que se encontrava por algum tempo esquecida, recalçada nas nossas representações coletivas.

Hoje não há mais quem possa dizer que o Brasil é um país pacífico. Hoje não há mais quem possa dizer que nós somos um povo cordial, que não conhece violências e guerras. Cordiais e violentos, conseguimos de algum modo fazer conviver nessa antinomia, nosso atual dilema civilizatório (MISSE, 2008, p. 373).

Esta situação torna-se ainda mais evidente em áreas urbanas, onde os índices de violência são alarmantes, pois, além das situações de violência de ordem interpessoal e intrafamiliar, ainda há a presença de grupos armados ligados ou não ao tráfico e comércio de drogas e armas. O comércio de drogas tornou-se sinônimo de “guerra” em muitos municípios do Brasil, mas com diferenças regionais entre cidades e entre bairros da mesma cidade (ZALUAR & BARCELLOS, 2013).

2.2 VIOLÊNCIA ARMADA NO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste do Brasil, é composto por 92 municípios e, de acordo com o censo demográfico do IBGE realizado em 2010, apresenta uma população de aproximadamente 15.989.929 habitantes e com estimativas para 2017 de 16.718.956. A capital do Estado, o município do Rio de Janeiro, apresenta uma população de 6.320.446 habitantes e com estimativas de crescimento para o ano de 2017 de 6.520.266. O Estado do Rio de Janeiro apresenta uma densidade demográfica de 365,23 hab./km², sendo o segundo Estado com a maior densidade populacional do Brasil, superando São Paulo com 166,23 hab./km² e ficando atrás do Distrito Federal, com uma densidade populacional de 444,66 hab./km² (IBGE, 2016 apud SILVA, 2017).

Ao analisar os dados relacionados aos índices de violência no Estado e Município do Rio de Janeiro, o Atlas da Violência 2018 aponta que em 2012, o Rio de Janeiro encerrou uma fase de diminuição consistente das taxas de homicídios, algo que vinha acontecendo desde 2003. A partir de 2012, observou-se uma oscilação nos indicadores de letalidade violenta, sendo que em 2016 houve forte crescimento nos índices. Pode-se dizer que 2016 marcou o final de um período positivo para o estado e a capital, com grandes eventos internacionais. O final das Olimpíadas demarcou essa

transição, quando a falência econômica e política deram a tônica ao novo cenário (CERQUEIRA et al., 2018).

Apesar da redução nos índices de violência no Estado do Rio de Janeiro no período global (2006-2016), chama atenção o crescimento do número de homicídios de jovens no último ano de análise do Atlas da Violência 2018. No ano de 2016, enquanto no país a taxa de homicídios de jovens, por 100 mil habitantes, foi de 65,5, o Estado do RJ apresentou um resultado de 87,7, o que corresponde a uma variação de aumento acima de 20% em relação ao ano anterior (2015). Outra característica importante acerca da mortalidade dos jovens por homicídios constata-se a elevada masculinidade de suas vítimas. Enquanto a taxa brasileira é de 122,6 por 100 mil habitantes, o Estado do RJ encontra-se acima desse patamar, com uma taxa de 166,7 e compõe o grupo dos 10 estados com as maiores taxas nesta seção (CERQUEIRA et al., 2018).

A fim de iniciar o debate acerca do cenário de violência armada presente no Rio de Janeiro, em particular na Região Metropolitana, destaco uma definição importante para a compreensão deste fenômeno, empregada por Souza e Silva et al. (2008), a qual os autores classificam como “Grupos Criminosos Armados com Domínio de Território”:

Grupos Criminosos Armados com Domínio de Território são redes criminosas territorializadas que atuam em atividades econômicas ilícitas e irregulares, como o tráfico de drogas, serviços de segurança e transporte coletivo irregular, dentre outras, a partir de uma base territorial específica, fazendo uso da força física e da coação – especialmente pelo uso de armas de fogo - como principais meios de manutenção e reprodução de suas práticas (SOUZA E SILVA et al., 2008, p. 16).

Um outro conceito importante na compreensão acerca da violência armada nos grandes centros urbanos é o de território. Diversos autores estudam tal conceito, no entanto tomarei como base para esta dissertação três definições que considero fundamentais. A noção de “território-vivo”, de Milton Santos (2001) que considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva. A concepção de “territórios existenciais” de Félix Guattari (1990), que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si (BRASIL, 2013). E finalmente a definição do geógrafo Marcelo Lopes de Souza (1995), para quem o território define-se

por “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA E SILVA et al., 2008).

A compreensão de como esses Grupos Criminosos Armados atuam na lógica do território é fundamental para as discussões que serão desenvolvidas neste estudo, no entanto, é certo que o que se apresenta nos dias atuais está diretamente ligado a trajetória de diversos outros grupos armados que surgiram no país ainda no século passado. Neste sentido, o autor Michel Misse (2008) refere-se ao surgimento no país, especificamente no Rio de Janeiro, em meados dos anos 1950, de uma forma de resolução de problemas que depois se tornou mundialmente conhecida como o “Esquadrão da Morte” que, de certo modo, foi um marco neste processo de desenvolvimento de um padrão de violência o qual observamos até os dias atuais. O autor remonta ainda a outras épocas históricas nos quais a violência esteve em grande evidência no país, como por exemplo, o período escravocrata, o qual marcou profundamente processos posteriores de exclusão e discriminação e que influenciaram diretamente o surgimento e o desenvolvimento da Violência Urbana no Brasil (MISSE, 2008).

Neste contexto passa a ocorrer uma mudança lenta e gradual nos padrões de criminalidade dos grandes centros urbanos, e em particular no Rio de Janeiro, que nesta época era a Capital Federal, onde este processo teve muito mais visibilidade e repercussão. Assim, diante disso o chefe de polícia decidiu implantar o “Grupo de Diligências Especiais” comandado por um policial conhecido com LeCocq que recrutou os membros do Grupo no antigo “Esquadrão Motorizado” da Polícia Especial. O Grupo passou a usar o símbolo (uma caveira com duas tíbias entrelaçadas) e a sigla “EM” em referência ao extinto Esquadrão Motorizado. Porém, como as ações do Grupo de Diligências Especiais quase sempre coincidiam com a morte dos suspeitos, logo passaram a ser identificados como “Esquadrão da Morte”. Após a morte de LeCocq em 1964, seus comandados criaram um grupo paramilitar chamado “Scuderie LeCocq” que tinha como principal objetivo matar “bandidos”. A partir de então, corpos passam a ser encontrados em lugares ermos e nas periferias e outros grupos semelhantes surgem em outras cidades da região metropolitana e disseminam uma lógica de justiça com as próprias mãos através de práticas de extermínio (MISSE, 2008).

Ainda de acordo com os estudos de Misse (2008) concomitantemente aos acontecimentos descritos acima, o país encontrava-se em um período de regime militar e apesar da censura imposta pelo regime autoritário, eram notórios os casos de torturas,

desaparecimentos e mortes praticados por militares e policiais nas celas clandestinas dos quartéis e prisões da Ditadura. Ao final do período ditatorial e com a retomada da democracia, o país depara-se com um cenário onde a violência urbana havia se instalado. Este processo denominado por Misse de “acumulação social da violência” se associa a outras análises acerca do processo de incriminação no Brasil, que o autor classifica como “sujeição criminal”, significando a prática indiscriminada do uso da força contra suspeitos provenientes de classes populares e a legitimação da corrupção como uma “troca de favores”. Juntos, formam um pano de fundo para o cenário da violência tal como vemos nos dias atuais (MISSE, 2008).

Na coletânea de artigos “Segurança, Tráfico e Milícias no Rio de Janeiro”, Souza e Silva et al. (2008) fazem uma análise acerca de como esses grupos armados se organizam nos dias atuais em territórios vulneráveis:

No caso do Rio de Janeiro, observa-se que os grupos criminosos atuantes no ramo do comércio varejista de drogas qualificadas como ilícitas, normalmente denominado de “tráfico de drogas no varejo” ou simplesmente “tráfico de drogas”, fazem uso de recortes espaciais específicos para sua atuação. Esses recortes ocorrem, em particular, a partir do domínio territorial de favelas e outros espaços pobres e segregados da cidade, favorecendo-se de características específicas dessas localidades, sendo a mais importante a baixa participação do Estado como regulador e garantidor de direitos. Em alguns casos específicos, como as favelas, contribui ainda a organização espacial interna – marcada por becos, vielas e ruas estreitas, que dificultam o acesso da polícia. Estes grupos, que começam a se organizar como quadrilhas entre o final dos anos 70 e início dos anos 80 se fortalecem em sua base territorial de atuação ao estabelecerem uma relação de “reciprocidade forçada” (DOWDNEY, 2003) com os moradores das áreas controladas. Com isso, ocupam algumas lacunas deixadas pela relação frágil do Estado com estas comunidades, muitas vezes substituindo os direitos por favores e as obrigações por relações de cumplicidade (SOUZA E SILVA et al., 2008, p. 17).

CAPÍTULO 3. GUERRA ÀS DROGAS, ESTADO DE EXCEÇÃO E A INTERVENÇÃO MILITAR

No início do século XIX, vários países adotaram, no que tange às drogas ilícitas, medidas referentes ao campo da segurança e da Justiça. Tais medidas tinham como modelo de intervenção a repressão, o proibicionismo e a estratégia de “guerra às drogas”. Essa estratégia prioriza a redução da oferta de drogas e relega a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como principais pilares o modelo moral e criminal, que preconiza o enfrentamento das drogas pelo encarceramento dos usuários, e o modelo de doença, segundo o qual a dependência de drogas é tratada como uma patologia de origem biológica (ALVES, 2009, apud MACHADO & BOARINI, 2013).

São características das políticas proibicionistas e definidas como medidas de alta exigência, ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento. A denominação guerra às drogas desvela o objetivo maior dessas políticas, que é criar uma sociedade livre das drogas (MACHADO & BOARINI, 2013, p. 582).

Neste contexto, os Estados Unidos torna-se o país que capitaneou ações direcionadas ao “enfrentamento” da problemática relacionada ao comércio e uso de drogas, e passam a ser referência neste modelo de “Guerra às Drogas” para diversos outros países, conforme aponta o estudo de CRUZ et al. (2003).

As táticas de repressão e as sanções desenvolvidas pelos Estados Unidos, incluindo aparato eletrônico de vigilância, testes de drogas, novas leis e prisões compulsórias relacionadas às drogas, foram adotadas em muitos países, e o aparato policial e os espaços em prisões destinados a esse fim aumentaram dramaticamente, inclusive no Brasil (CRUZ et al., 2003, p. 358).

No início dos anos 1970, a política de proibição às arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, globalmente iniciada no início do século XX, intensificou a repressão a seus produtores, comerciantes e consumidores, com a introdução da “guerra às drogas” que, formalmente declarada pelo ex-presidente norte-americano Richard Nixon em 1971, logo se espalhou pelo mundo (KARAM, 2013).

A “guerra às drogas” não é propriamente uma guerra contra as drogas. Não se trata de uma guerra contra coisas. Como quaisquer outras guerras, dirige-se sim contra pessoas – os produtores, comerciantes e consumidores das substâncias proibidas. Mas, não exatamente todos eles. Os alvos

preferenciais da “guerra às drogas” são os mais vulneráveis dentre esses produtores, comerciantes e consumidores. Os “inimigos” nessa guerra são os pobres, os marginalizados, os negros, os desprovidos de poder, como os vendedores de drogas do varejo das favelas do Rio de Janeiro, demonizados como “traficantes”, ou aqueles que a eles se assemelham, pela cor da pele, pelas mesmas condições de pobreza e marginalização, pelo local de moradia que, conforme o paradigma bélico, não deve ser policiado como os demais locais de moradia, mas sim militarmente “conquistado” e ocupado (KARAM, 2013, p. 2).

Não obstante, os resultados dessa estratégia passaram a ser questionados, visto que o consumo de drogas continuava crescendo em nível mundial e não era oferecido atendimento à saúde das pessoas que não desejavam ou não conseguiam parar de usar drogas. Pelo contrário, essas pessoas eram estigmatizadas e as políticas de tratamento nessa perspectiva eram negligenciadas (MACHADO & BOARINI, 2013).

Neste sentido, uma análise importante a ser feita no que se refere a política global de “guerra às drogas” é o surgimento das estratégias de Redução de Danos (RD), que no Brasil foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991, apud PASSOS & SOUZA, 2011).

Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTS) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 154).

Ainda de acordo com Passos & Souza (2011), o processo de ampliação e definição da RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas implicou um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial. É importante destacar que mesmo após o período de redemocratização, o país ainda manteve práticas autoritárias no interior do próprio

Estado Democrático. Neste sentido, as políticas de drogas assumiram uma posição estratégica nesta reforma estatal, impondo impasses para o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal as pessoas usuárias de drogas.

Assim, desde o seu surgimento, as estratégias de RD enfrentam uma série de resistências no campo político, científico e ideológico. Os embates recorrentes entre RD e os aparelhos de Estado espelham um conflito histórico que essa estratégia vem travando com a política antidrogas, legitimada judicialmente através da lei 6368/76 vigente até o ano de 2006, quando entrou em vigor a nova lei de drogas, 11.346/06. De acordo com Passos & Souza (2011), expor as relações de poder que se teceram historicamente para a produção de uma política de guerra às drogas exige que realizemos uma análise micropolítica da política antidrogas objetivando apreender seus dispositivos capilares de reprodução do paradigma da abstinência.

As diversas retaliações judiciais que ações de RD vêm sofrendo no Brasil apontam para um embate que não se reduz às limitações impostas pelo direito Penal, mas apontam para a delimitação imposta ao campo da saúde constituída entre a psiquiatria e a justiça em torno do paradigma da abstinência. Logo, compreender essas relações de poder obriga-nos a situá-las na articulação entre as práticas discursivas da psiquiatria e as práticas não discursivas das instituições de confinamento. O enfrentamento da RD não é só com o discurso da lei, mas também com as práticas não discursivas das instituições disciplinares. Em última instância, pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 157).

Um outro fenômeno também vivenciado neste período foi o fracasso do, então, “milagre econômico”, o alto índice da inflação, a explosão demográfica nos grandes centros urbanos, aumentando os cinturões de pobreza nas periferias e favelas. A falência do modelo econômico nacional e o desemprego conjuntural vieram acompanhados do aumento do mercado ilícito. Podemos agregar a esse processo econômico o sucateamento da educação pública e o aumento da violência urbana. É dentro desse

contexto nacional que, no final da década de 80 e início da década de 90, o tráfico de drogas, sobretudo de cocaína, ganha projeção tanto no mercado nacional quanto no mercado internacional (BATISTA, 1998, 2001, apud PASSOS & SOUZA, 2011).

No Brasil, práticas da ditadura, como a tortura, passaram a ser exercidas sobre comunidades pobres mediante uma intensificação do poder policial. Sob a justificativa de defesa da democracia e combate às drogas, forças antidemocráticas constituíram uma complexa rede bélica no cerne da própria democracia. Mais do que um combate às drogas, esse arranjo vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes. Não estamos falando de guerra às drogas, e sim de uma repressão generalizada à própria democracia, um “Estado de Guerra” no cerne do “Estado Democrático de Direito” que se apoia ora sobre o eixo drogas, ora sobre o eixo terrorismo (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 156).

Embora existisse uma expectativa entre os juristas de que após o período de redemocratização brasileira ocorreria a progressiva desmilitarização das polícias, a guerra às drogas inverteu este caminho, concretizando durante a famigerada “Operação Rio 94”, o estereótipo de modelo militarizado para o controle do crime (CARVALHO, 2013). Assim, desde essa época, o país, e especialmente o Estado do Rio de Janeiro tem experimentado diversos momentos em que a militarização da política de Segurança Pública tornou-se o principal recurso no que se refere a manutenção da ordem e da segurança das pessoas e propriedades, direcionando suas ações especificamente para o controle de áreas consideradas como controladas pelo crime organizado.

Na cidade do Rio de Janeiro, no final de 1994, a chamada “Operação Rio” concretamente ensaiou a ilegítima proposta de transferir as tarefas de segurança pública para as Forças Armadas, só sendo então abandonada porque, como seria de esperar, não se produziram os resultados com que a fantasia da ideologia repressora sonhava. Naquela época, não se ouviram as vozes de muitos dos que hoje falam em desmilitarização e estigmatizam especialmente os policiais militares. Mais recentemente, o cenário do tão incensado (pelo menos, até há pouco tempo) modelo de policiamento iniciado também no Rio de Janeiro – as chamadas Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) – inclui tanques de guerra e militares com fuzis e metralhadoras, seja na ocupação inicial, seja de forma duradoura, como aconteceu nas favelas do Complexo do Alemão e da Vila Cruzeiro e, posteriormente, nas favelas do Complexo da Maré (KARAM, 2014, p. 2).

Diante deste contexto, pode-se dizer que o Brasil passa por um processo de hipermilitarização, onde as relações de cunho civil são outorgadas à instituição militar, enfraquecendo as práticas democráticas e intensificando exatamente aquilo que diz pretender combater: a violência (CAMARGO et al., 2018).

Um outro conceito importante para compreender a situação atual do país no que se refere à atuação das forças de segurança no combate ao crime e ao tráfico de drogas, consiste no “estado de exceção”. De acordo com Giorgio Agamben (2004) estado de exceção refere-se a uma situação de anomia que reside no centro dos Estados Democráticos de Direito, no qual a lei e a força se encontram dissociadas.

No estado de exceção a norma jurídica em vigor não tem aplicabilidade, não tem força, ao mesmo tempo em que o Estado produz atos dotados de força, mas sem qualquer conteúdo normativo e que não são leis. Neste sentido, sob o modelo do estado de exceção, prevalece a efetividade da “força de lei”. A menção ao sintagma “força de lei” faz referência a decretos que podem ser promulgados pelo Poder Executivo em situações que deveriam ser excepcionais e que, apesar de não serem leis em sentido formal, possuem poder de obrigar (GOMES et al., 2018, p. 93).

O estado de exceção está intimamente associado à vida nua, um conceito cunhado para se referir à experiência da desproteção legal e política daqueles que vivem submetidos à anomia gerada pela exceção – algo inerente à cultura política do Ocidente (AGAMBEN, 2004 apud GOMES et al., 2018). Neste sentido, o estado de exceção faz com que o Direito se refira à vida e a inclua em si, por meio de sua própria suspensão, surgindo daí a vida nua. Na prática, exclui-se da tutela jurídica aqueles que se encontram à margem do corpo político, isto é, os que estão na simples condição de vida nua (GOMES et al., 2018).

Apesar de atingir todo o Ocidente contemporâneo, a concepção de vida puramente biológica se manifesta de modo acentuado em países subdesenvolvidos como o Brasil, nos quais dificuldades econômicas favorecem a marginalização e a exclusão de direitos, assim como a atual situação do fluminense (GOMES et al., 2018, p. 94).

No Rio de Janeiro, observa-se que o emprego de força policial à margem da legalidade expõe a condição de vulnerabilidade a qual os cidadãos residentes de áreas mais periféricas estão expostos. Conforme apontam Gomes et al. (2018), este cenário deixa claro a coisificação da pessoa humana, que se vê reduzida à mera existência biológica, sendo privada de direitos pela banalização do emprego da força estatal. E,

complementando esta lógica adotada pelo Estado, os autores ainda analisam a posição da população em geral frente a este fenômeno, ao citarem uma pesquisa realizada pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública.

Sob a ótica de proteção dos direitos humanos, é assustador que exista também um fenômeno de legitimação da violência do Estado pela população brasileira já que, segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2015, 50% dos entrevistados concordam com a frase “bandido bom é bandido morto” (GOMES et al., 2018, p. 88).

No que tange aos questionamentos em torno da violência praticada por agentes do Estado brasileiro, em geral costumam se concentrar na ação de policiais, especialmente policiais militares que, encarregados do policiamento ostensivo, são colocados na linha de frente da atuação do sistema penal. Atuações do Ministério Público e do Poder Judiciário passam ao largo. Tampouco se mencionam governantes, legisladores, órgãos de mídia e a própria sociedade como um todo (KARAM, 2013). Tal fato, acaba por fomentar uma lógica de guerra às ações do tráfico de drogas por parte deste órgão da Segurança Pública, particularmente nos bairros mais periféricos, onde vive a população mais vulnerável dos centros urbanos. Conforme aponta Fornazieri (2018) no artigo sobre a intervenção militar no Rio de Janeiro e a guerra contra os pobres:

Os pobres enfrentam dois tipos de guerras, ambas fratricidas, porque são guerras de pobres contra pobres. A primeira é patrocinada pelo tráfico e pelas organizações criminosas, que disputam territórios e mercados. A segunda é patrocinada pelo Estado, que usa as polícias, também constituídas de pobres, para reprimir e matar pobres, principalmente jovens. Estudos mais antigos e recentes mostram que o Estado se vale do sistema legal, do sistema judicial, do sistema prisional e do sistema policial para travar a guerra contra os pobres. Além da violência, as cadeias estão repletas de pobres, muitos deles sem julgamento. O sistema judicial julga de forma enviesada contra os pobres, contra os negros, contra os índios e contra as mulheres. Nas periferias, a repressão visa manter as populações confinadas, sob o terror das polícias e do crime, prisioneiras de guetos, inabilitadas à liberdade e ao usufruto da vida. É um sistema brutal de dominação, repressão, perseguição e guerra (FORNAZIERI, 2018, n.p).

Articulando os conceitos discutidos neste capítulo e analisando as recentes mudanças nas Políticas Públicas de Saúde Mental, de Segurança Pública e sobre

Drogas, instauradas pelos últimos governos, percebe-se uma intensificação da lógica de enfrentamento ao tráfico de drogas através de ações cada vez mais violentas em detrimento da ampliação de outras políticas setoriais, bem como uma visão higienista e punitiva sobre pessoas que fazem uso de drogas, instituindo a prática de abstinência em detrimento da Redução de Danos, contrariando a ideia de que as abordagens relacionadas a esta população devem estar baseadas em políticas que foquem no sujeito, no acesso à saúde e nos direitos humanos. Diante disso, o cenário que provavelmente deve se manter é o que aponta Karam (2013):

O paradigma bélico, explicitamente retratado na expressão “guerra às drogas”, lida com “inimigos”. Em uma guerra, quem deve “combater” o “inimigo”, deve eliminá-lo. A “guerra às drogas”, como quaisquer outras guerras, é necessariamente violenta e letal. Policiais – militares ou civis – são colocados no “front” para matar e morrer. Formal ou informalmente autorizados e mesmo estimulados por governantes, mídia e grande parte do conjunto da sociedade a praticar a violência, expõem-se a práticas ilegais e a sistemáticas violações de direitos humanos, inerentes a uma atuação fundada na guerra. A missão original das polícias de promover a paz e a harmonia assim se perde e sua imagem se deteriora, contaminada pela militarização explicitada na política de “guerra às drogas”. Naturalmente, os policiais – militares ou civis – não são nem os únicos nem os principais responsáveis pela violência produzida pelo sistema penal na “guerra às drogas”, mas são eles os preferencialmente alcançados por um estigma semelhante ao que recai sobre os selecionados para cumprir o aparentemente oposto papel do “criminoso” (KARAM, 2013, p. 3).

Um fato recente, ocorrido no país, mais especificamente no Estado do Rio de Janeiro e que reforçou ainda mais a lógica de guerra às drogas foi a intervenção federal na área de segurança pública, em 16 de fevereiro de 2018. Com isso, a política de segurança passou a ser comandada por forças do Exército brasileiro e sua militarização se tornou absoluta. Como um dos resultados da intervenção, o estudo de aponta que:

Em abril de 2018, o comando da intervenção decidiu extinguir uma série de Unidades policiais pacificadoras alegando a necessidade de reforçar o policiamento ostensivo nas ruas. Aquela ação nada mais foi do que o reconhecimento governamental da perda de funcionalidade do programa e sua incapacidade de dar conta do papel para o qual fora criado. Com efeito, na grande maioria das favelas com UPPs, os policiais perderam a capacidade de circular no território, perderam legitimidade diante da população e mesmo a capacidade de afirmarem uma postura ativa de controle do território (WILLADINO et al., 2018, p. 29).

Apesar do apoio do governo federal e estadual, e do importante investimento financeiro destinado ao Gabinete da Intervenção, liderado pelo Interventor Federal, o então General Walter Souza Braga Netto, observou-se que não houve mudanças importantes no quadro de insegurança e violência no Rio de Janeiro, conforme a análise de Willadino et al. (2018), acerca dos primeiros meses da intervenção.

Os enfrentamentos das facções criminosas entre si e do Comando Vermelho com forças milicianas se difundiram por toda a cidade e municípios vizinhos; uma pretensa aliança entre setores da milícia e grupos ligados ao tráfico de drogas tem provocado mudanças nas formas como as relações territoriais são estabelecidas, com a introdução da venda de drogas em áreas ocupadas por milicianos; por fim, mas não menos relevante, o roubo de cargas como forma de financiar os grupos criminosos se disseminou pelas estradas locais, ampliando a circulação de armas de alto calibre na cidade e agravando o já precário quadro econômico do Rio de Janeiro, dentre outras práticas que aumentaram de forma expressiva o sentimento de que a barbárie dominou a cidade e suas áreas vizinhas (WILLADINO et al., 2018, p. 29).

Ao analisar o contexto político e jurídico que cercou a decretação da intervenção federal no Rio de Janeiro, Camargo et al. (2018) afirmam que não se tratou de uma ação pensada quase que do “dia para a noite”, como fora dito através do discurso oficial do governo, mas como uma ação política que faz parte de um processo mais amplo. Os autores utilizam o termo hipermilitarização do cotidiano, que se insere em uma lógica de estratégia política, a fim de explicar o pano de fundo desta intervenção.

Assim sendo, quando falamos em hipermilitarização no Brasil, não estamos nos referindo apenas ao caso específico que ocorre atualmente na cidade do Rio de Janeiro ou à vinculação das polícias militares às forças armadas na Constituição Federal de 1988, estamos fazendo menção ao processo histórico, social e político que tem por base um modelo de utilização de ideias e conceitos militares, que se traduz em um discurso de “lei e ordem”, mas que acaba por não ser uma regra para todos (CAMARGO et al., 2018, p. 7).

Um outro questionamento importante a ser feito acerca da intervenção militar no Rio de Janeiro, refere-se aos custos gerados ao Estado brasileiro, conforme aponta o estudo desenvolvido pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC):

Embora só uma pequena parte do orçamento alocado tenha sido utilizada, é importante ressaltar que, em um momento de grave crise fiscal, com cortes em vários programas sociais, o Governo

Federal, sem nenhuma prestação de contas à sociedade brasileira, redirecionou R\$1 bilhão do superávit financeiro de 2017 para a intervenção no Rio, prática obscura e irresponsável do ponto de vista da boa gestão orçamentária (CICONELLO & RENZIO, 2018, n.p).

Assim, mesmo diante da existência do Planejamento Estratégico do Gabinete da Intervenção Federal, aprovado através da PORTARIA NORMATIVA Nº 22 do Gabinete de Intervenção Federal (GIF), em 11 de outubro de 2018, não houve total transparência em relação ao R\$ 1,2 bilhão aprovados para a intervenção, já que não foi esclarecido de que maneira ocorreria o gasto deste orçamento e em quais objetivos seriam aplicados.

O que consta no documento é que planeja-se a realização de 66 ações no RJ, sendo que apenas 4 delas são relacionadas à inteligência (6% das operações) e, ao contrário do que foi constantemente divulgado pelos interventores, nenhuma ação se direciona ao combate à corrupção policial (RAMOS, 2018, apud CAMARGO et al., 2018, p. 15).

CAPÍTULO 4. TRABALHO EM SAÚDE EM CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA ARMADA

A partir desta compreensão acerca do fenômeno “Violência Armada”, passo agora a discorrer sobre o Processo de Trabalho em Saúde e, de forma mais específica, no nível da Atenção Primária à Saúde, o qual também consiste em um dos objetos deste estudo, a fim de possibilitar uma análise correlacional entre os impactos da violência armada no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS.

Segundo Merhy & Franco (2008), toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo. Os homens e mulheres, durante toda a sua história, através dos tempos, estiveram ligados, de um modo ou outro, a atos produtivos, mudando a natureza, vivendo em sociedade, sempre em coletivos, juntos. Assim, seus trabalhos também se realizam em conjunto; são atividades organizadas umas com as outras. O trabalho de um se organiza junto ao do outro. E, o modo como o trabalho se organiza e para que ele serve é importante para entendermos a sociedade em que vivemos. Ao trabalharmos, todos nós, modificamos a natureza e nos modificamos. De acordo com esses autores todo processo laboral combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. Assim, eles desenvolvem este conceito classificando o trabalho feito em ato de ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto de ‘trabalho morto’.

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas (MERHY & FRANCO, 2008, p. 429).

Ainda de acordo com Merhy & Franco (2008) o trabalhador, como produtor de bens, está amarrado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o ‘valor de uso’ do produto é dado pelo ‘valor referente simbólico’ que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Em contrapartida, o ‘valor de troca’ de um produto está amarrado à forma como funciona uma sociedade, que é historicamente fabricada pelos

homens, como a capitalista em que vivemos, hoje. Sobre este ponto, os autores afirmam que:

Por isso, advogamos que nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o trabalho em saúde deve pautar-se pelo referente simbólico: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la (MERHY & FRANCO, 2008, p. 430).

Merhy (apud SCHRAIBER et al., 2008), desenvolveu uma outra terminologia classificatória para tratar essas características de rotinização versus criação, que remete também à distinção entre recursos materiais e saberes, ao propor as ‘tecnologias leves’, que associa a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as ‘tecnologias leve-duras’, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e as ‘tecnologias duras’, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2008, p. 323).

Gonçalves (1992), a partir da aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, formulou o conceito “processo de trabalho em saúde” analisando os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. Assim, o autor explica que o objeto refere-se aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Os instrumentos são subdivididos em materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações etc. Já os não-materiais são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo

de trabalho) e os instrumentos materiais. O objeto e os instrumentos só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, sendo esta intermediada pelos agentes do trabalho que lhe conferem uma dada finalidade.

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, Nogueira (1997) ressalta que é necessário considerar três aspectos fundamentais.

Em primeiro lugar, ele é um exemplo do processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia. Em segundo, ele é um 'serviço', já que toda assistência à saúde constitui um serviço. Finalmente, em terceiro lugar, é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação (NOGUEIRA, 1997, p. 72).

O autor complementa afirmando que essas três dimensões são complementares e inter-atuantes. No entanto, há uma outra dimensão, que é a do serviço. Assim, a assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, ela tem uma especificidade por ser um serviço.

Esta palavra tem por trás de si uma tradição quase pejorativa: serviço vem de 'servo'. Por outro lado, a economia clássica praticamente não se preocupou com a análise teórica do que fosse serviço, porque dentro da dinâmica da acumulação capitalista do século dezenove, esse não era um setor decisivo. Entretanto, atualmente, ele adquire extrema importância e, sem dúvida alguma, é o que marca a própria modernidade do capitalismo. O setor saúde talvez seja um dos mais peculiares a essa nova forma de sociedade baseada na proeminência do trabalho em serviços (NOGUEIRA, 1997, p. 72).

Outro aspecto importante destacado pelo mesmo autor advém do fato de esse serviço não se realizar sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de um serviço de mecânica de automóveis.

Dá-se, ao contrário, sobre pessoas e, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo, na medida em que fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Exige-se dele não só informação acerca do que lhe ocorreu, a história de sua queixa ou doença, mas também participação ativa para que sejam corretamente aplicadas normas e prescrições médicas. Assim entendida, a assistência é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. Mais tipicamente do que em outros setores da economia

de serviço, encontra-se aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores substantivos de uso, de tal modo que ele é copartícipe do processo de trabalho e, frequentemente, corresponsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica (NOGUEIRA, 1997, p. 72).

No Brasil, desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se um processo de reorganização da rede de assistência à saúde com uma política que apontou para a universalização do acesso da população brasileira à atenção primária, através de uma reforma do modelo vigente orientada pela melhoria da qualidade dos serviços, caracterizada principalmente pelos princípios da longitudinalidade, da integralidade da atenção e da coordenação do cuidado (BRASIL, 1990). Essa mudança configurou-se principalmente pela implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Neste cenário, o território passa a ser compreendido como um espaço de cuidado primordial e a presença dos profissionais neste espaço se faz imprescindível para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde e a consolidação deste modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012). A profunda inter-relação entre consumidores e os fornecedores do serviço, como destacado por Nogueira (1997) torna-se ainda mais intensa no trabalho da ESF nos territórios. Entretanto, os contextos de violência e, principalmente, a violência armada em diversas localidades, acaba interferindo diretamente no trabalho das equipes e no acesso da população aos serviços de saúde.

O setor saúde sempre foi mais preocupado em atender as vítimas da violência do que em se debruçar sobre o estudo das causas e do planejamento de estratégias para sua prevenção. A mudança de enfoque, passando do plano curativo para o preventivo, é, portanto, recente. Ela é norteadas pelas ideias de proteção e promoção da saúde, vistas em sua significação mais ampliada de bem-estar individual e coletivo (GALHEIGO, 2008).

A partir de uma análise acerca dos tipos de violência relacionadas ao trabalho Lancman et al., (2009) destacam que:

Conceitualmente, a violência *do* trabalho relaciona-se à deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de produtividade, que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos. Já a violência *no* trabalho envolve a relação com chefias, pares, clientes e o público no exercício das atividades (LANCMAN et al., 2009, p. 683).

Wynne et al. (1997, apud LANCMAN et al., 2009) acrescentam ao conceito de violência no trabalho os incidentes relacionados a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques e que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores. Entende-se por violência psicológica formas de agressão verbal, ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos.

Ainda segundo Lancman et al. (2009), um estudo realizado por Santos Junior & Costa Dias (2004) descreve dois tipos de violência no trabalho a partir de uma classificação feita pela Occupational Safety & Health Administration no ano de 1995, que seriam a violência externa e violência interna. A violência externa, normalmente é praticada por quem não tem relação com o trabalhador ou ainda pode ser perpetrada por clientes/usuários, existindo algum tipo de relação profissional entre o autor do ato violento e o trabalhador. Já a violência interna é praticada por quem estabelece algum tipo de relação no local de trabalho, seja ele colega, chefe ou subalterno.

A esses dois tipos de violência, agrega-se a violência indireta, que ocorre quando, no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas. O conceito de violência indireta considera também a desqualificação do trabalho realizado, a impossibilidade de realizá-lo com qualidade e situações que obrigam os trabalhadores a agirem contra a sua vontade, seus valores, numa violação da integridade psíquica e, portanto, da dignidade humana. A violência indireta pode decorrer do convívio, da interação e do testemunho de situações de violência externa, o que significa ter contato, presencial ou indireto, com vítimas da violência ou com os agressores (LANCMAN et al., 2009, p. 684).

No que se refere ao nível da APS, essas formas de violência se potencializam, em particular no trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF, que desde sua implantação estabeleceu um modelo de atenção voltado para a lógica territorial, privilegiando estratégias que facilitem o acesso da população que vive em áreas de maior vulnerabilidade social à uma equipe de referência, às unidades básicas de saúde, favorecendo que o cuidado ocorra mais próximo às residências dos usuários. Tais estratégias embora tenham produzido grandes avanços no cuidado à população, traz como consequência, o aumento da vulnerabilidade do trabalhador no seu local de trabalho.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de a questão ser discutida e trabalhada com os profissionais da APS, já que em alguns contextos a problemática relacionada à

violência ocupa lugar de destaque, interferindo diretamente no processo de trabalho das equipes. Além dos tipos de violência já mencionados anteriormente, em algumas regiões também surge um modo de violência que se apresenta da forma mais complexa, a Violência Armada.

Além de todas as consequências diretas que a Violência Armada acarreta aos profissionais, tais como o desenvolvimento de doenças ocupacionais, absenteísmo, sentimentos de temor, insegurança e desmotivação, dentre outros, é também evidente o quanto esta problemática interfere negativamente sobre os indicadores de saúde destes territórios, principalmente no que se refere a incidência de agravos, tais como Tuberculose e Doenças Sexualmente Transmissíveis e os índices de mortalidade relacionados a diversas causas, já que muitas vezes o acesso da população aos serviços de saúde e dos profissionais aos territórios cobertos pela ESF ficam limitados pela presença de grupos armados, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada aos usuários.

No que se refere às intervenções psicossociais em cenários marcados pela violência, igualmente há uma consequência direta, conforme aponta Delgado (2012):

A violência é uma importante barreira de acesso ao tratamento. Nos últimos 10 anos, a experiência da atenção primária de saúde, articulada ou não com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem se defrontado, em seu cotidiano, com os desafios da violência. Seja a violência como barreira de acesso, seja os agravos psicossociais decorrentes de violência doméstica, violência armada, conflitos entre grupos pelo controle de territórios, comportamentos violentos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas. A criminalização do consumo de drogas contribui para a manutenção de um mercado clandestino, sustentado pela violência armada e corrupção policial. Neste cenário, a intervenção psicossocial tem valor inestimável, porém apresenta desafios que necessitam ser mais adequadamente compreendidos e descritos (DELGADO, 2012, p. 195).

Desse modo, nota-se que os profissionais que atuam no âmbito da APS, principalmente os que compõem as Equipes de Saúde da Família, assim como os usuários dos serviços, ficam expostos e vulneráveis a esses fatores de risco presentes no território, sendo fundamental olhar para essa questão de forma especial, já que esses profissionais, responsáveis pelo cuidado à população, muitas vezes encontram-se fragilizados e adoecidos em virtude dessas situações de risco às quais são constantemente expostos nesses ambientes. Faz-se necessário lançar mão de estratégias

direcionadas para a proteção e o cuidado dos mesmos, a fim de que as equipes sejam capazes de identificar e gerenciar o risco, adotando comportamentos mais seguros para atuarem no território, bem como ações voltadas para a prevenção e a redução dos efeitos da violência armada sobre esses profissionais.

Os grupos ligados à violência armada, ao tráfico de drogas e às milícias, atuam principalmente nas áreas mais periféricas das cidades, e em geral impõem “regras” pautadas na obediência e na punição dos que violam tais regras. A isso somam-se as incursões policiais e os confrontos entre grupos rivais, contribuindo ainda mais para o clima de insegurança e medo entre os moradores destas áreas, repercutindo negativamente sobre as condições de saúde dos mesmos. Esses riscos e/ou vulnerabilidades também estão presentes no âmbito das práticas laborais dos profissionais da saúde, em particular dos que atuam na ESF, uma vez que esses profissionais se expõem rotineiramente a múltiplos e variados riscos relacionados a agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos (KOERICH et al., 2006 apud SANTOS et al., 2012).

Os profissionais de saúde que atuam especificamente no nível da atenção primária são cotidianamente desafiados a realizar suas atividades em um contexto extremamente desfavorável e hostil, sentindo-se em total insegurança quanto ao trabalho que deve ser desenvolvido, o que afeta a sua saúde física e mental. Na medida em que muitas unidades de saúde localizam-se no interior ou muito próximas a essas comunidades, os profissionais têm dificuldades quanto ao acesso para chegar aos seus postos de trabalho, bem como para circular no território adscrito à unidade de saúde, o que interfere diretamente nos processos de trabalho destes serviços, no cumprimento de metas e pactuações.

Assim, além das diversas formas que os custos da violência podem assumir como, por exemplo, as mortes, há também grande repercussão em relação aos dias de trabalho perdidos e aos gastos com tratamento médico e psicológico, com reparos em instalações e equipamentos, ou, ainda, com processos judiciais e indenizações aos trabalhadores (BATISTA et al., 2011).

Atualmente, diversas pesquisas vêm procurando conhecer o perfil epidemiológico da violência no trabalho. Contudo, as divergências de definição, a inexistência de fontes específicas de dados e a própria característica de invisibilidade do problema nas organizações vêm dificultando a complementaridade dos estudos. Dessa forma, apesar do número significativo de pesquisas encontradas na literatura, as

informações são ainda insuficientes para uma visão geral do problema (CAMPOS, 2002; SANTOS JUNIOR, 2004 apud BATISTA et al., 2011).

4.1 EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA ARMADA E O IMPACTO SOBRE A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS

A pesquisa realizada por Meirelles & Gomez (2009) com jovens egressos do tráfico de drogas na cidade do Rio de Janeiro exemplifica a dinâmica violenta presente em algumas localidades. De acordo com a fala destes próprios jovens os episódios de conflitos armados aumentaram entre as quadrilhas rivais e, conseqüentemente, a dinâmica interna de funcionamento do tráfico sofreu transformações.

Em decorrência dessa situação, o tráfico de armas veio consolidar as quadrilhas do crime que atuam no varejo nas favelas e comunidades pobres, intensificando a violência em níveis insuportáveis. Essa experiência tem repercussões sobre a subjetividade dos jovens que, segundo os entrevistados, passam a estabelecer relações interpessoais e sociais mais violentas (MEIRELLES & GOMEZ, 2009, p. 1801).

O estudo de Silva et al. (2014) faz uma análise comparativa entre gêneros e indica que fatores individuais e sociais associados podem ser fundamentais no comportamento de vítimas e agressores. Nesse contexto, os homens apresentam um comportamento peculiar que é fruto da forma de socialização. Em uma cultura marcada pelo machismo, os conflitos acabam sendo mediados e resolvidos sob essa perspectiva. Tais dados podem ser comprovados através da pesquisa realizada por Waiselfisz (2007) onde o autor identifica níveis extremamente elevados de vitimização juvenil por homicídios e no que se refere ao sexo das vítimas, 96,7% das vítimas de homicídio entre os jovens são homens.

De acordo com Lancman et al. (2009), o contexto de vida das comunidades atendidas pelo PSF expõe os trabalhadores à violência social cotidiana, pois eles acabam testemunhando situações de agressões e de miséria intensa. No que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde, a pesquisa identificou que esses trabalhadores e suas famílias ficam expostos a uma maior sensação de vulnerabilidade à violência, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas.

Ao analisar o trabalho desenvolvido por profissionais de Enfermagem que atuam na ESF, o estudo de Polaro et al. (2013) constatou que o fenômeno da violência permeia

situações próprias de periferias urbanas populosas, vivendo em precárias condições de vida, praticamente sem políticas nem programas públicos integrados para atender as reais necessidades da população local, como saúde, saneamento, educação, moradia e segurança.

Aliada a tal situação observou-se a presença do tráfico de drogas, onde há disputa entre traficantes, por domínio de território, e consumidores que assaltam residentes, e todos que ali transitam, incluindo os membros da equipe da ESF e estudantes em estágio, amedrontando-os e fazendo-os sentirem-se ameaçados e inseguros (POLARO et al., 2013, p. 938).

Em um estudo realizado junto a profissionais do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) foi possível identificar que o contato com criminosos está presente nas atividades de socorro, assim como o trabalho de resgate e atendimento pré-hospitalar em áreas com elevados índices de criminalidade. A pesquisa mostra uma prevalência significativa de vivências de socorro de emergência envolvendo criminosos: 78,6% dos militares referiram já terem se sentido ameaçados e 66,7% afirmaram já terem sido impedidos por criminosos de prestar atendimento (ALBUQUERQUE, 2010).

O estudo de Ribeiro et al. (2009) sobre exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento identificou que em comparação a outros eventos traumáticos, a violência esteve associada ao mais alto risco condicional de TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), o que eleva a probabilidade de desenvolver o transtorno entre aqueles que foram expostos a eventos traumáticos. O mesmo estudo também identificou uma relação dose-dependente entre o grau de exposição à violência e a gravidade do TEPT. Neste sentido, fazendo uma correlação entre esses achados e a dinâmica de exposição à violência dos trabalhadores da APS pode-se inferir que o risco de desenvolvimento de TEPT entre estes torna-se também elevado. Além disso, os autores ainda indicam que os Transtornos Mentais Comuns⁵ (TMC) também têm correlação com a exposição recorrente à violência, conforme também aponta o estudo de Santos et al. (2017) realizado com Agentes Comunitários de Saúde.

Dessa forma, é imperioso que as instituições conheçam a ocorrência de TMC, avaliem quais fatores podem contribuir para o seu aparecimento e de que forma interferem na saúde de

⁵ Transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade, com muitas queixas somáticas, com sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais.

seus profissionais, para que possam criar estratégias de intervenção e de prevenção. E a literatura evidencia má qualidade de vida, intensas cargas de trabalho, ansiedade e Síndrome de Burnout entre os ACS. Ademais, são verificadas altas prevalências de TMC nesse grupo (SANTOS et al., 2017, p. 161).

Entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem se tornado um profissional de notável relevância para o modelo de cuidados primários de saúde no Brasil, uma vez que atua em consonância com as políticas públicas como um elo essencial envolvendo a comunidade e os serviços. Ressalta-se que o cotidiano laboral na APS envolve complexidade no processo de gestão e no trabalho em saúde. Sendo assim, propicia-se um ambiente de adoecimento dos próprios cuidadores, o que pode acarretar sentimentos de insatisfação e de desânimo que, somados ao estado de cansaço ou de fadiga, tornam-se fatores de desgaste mental e até mesmo de transtornos mentais comuns (TMC).

Na literatura, estudos ressaltam a penosidade do trabalho do ACS e o seu potencial efeito sobre a saúde mental. As atribuições do ACS geralmente envolvem tarefas desenvolvidas prioritariamente naqueles domicílios de áreas de maior risco social, em certos casos caracterizados por situações de miséria, violência, uso e tráfico de drogas. Por conseguinte, não seria incorreto supor a relação entre tensões cotidianas e possíveis efeitos sobre a saúde mental do ACS (SANTOS et al., 2017, p. 161).

No que se refere aos impactos da Violência sobre os sujeitos a ela expostos, o estudo de Pedersen (2007) aponta que alguns especialistas internacionais argumentam que a reação a acontecimentos traumáticos envolve padrões reconhecíveis universalmente (inclusive condições médicas diagnosticáveis, tais como transtorno de estresse agudo e TEPT, capazes de serem amenizados por tratamentos-padrão). No entanto, a mesma pesquisa indica que a crítica de outros pesquisadores sugere que os acontecimentos traumáticos têm significados e efeitos muito mais amplos, variados e complexos do que os reconhecidos pela nosologia ou pela prática psiquiátrica convencional. Esses efeitos, por sua vez, evocam um vasto leque de estratégias específicas de adaptação cultural, cujo entendimento ainda é precário.

De acordo com Lancman et al. (2009), os trabalhadores deparam-se diante de situações que envolvem conflitos e violências que lhes causam dilemas éticos quanto à intervenção adequada a cada situação, como, por exemplo, tomar contato com situações

de desrespeito aos outros e às leis, ou que envolvem situações privadas de violência doméstica. No que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde, a pesquisa aponta que estes profissionais referem temor do risco e ambivalência quando precisam acessar residências habitadas por pessoas supostamente envolvidas com agressões e/ou tráfico de drogas.

No estudo de Fiúza et al. (2011), que teve como sujeitos de análise profissionais de nível superior, identificou que a maioria dos entrevistados reside em bairros de classe média alta e provém de famílias da classe média.

Logo, deixam suas residências em áreas nobres da cidade e inserem-se na periferia, onde ocorre a violência de forma explícita, gerando grande angústia nesses profissionais. É como se a realidade da violência urbana, até então encoberta parcialmente, se manifestasse de forma explícita frente a eles. A percepção da violência urbana, até então “distante” foi manifestada em discursos que revelaram sentimentos como medo, impotência e ansiedade (FIÚZA et al., 2011, p. 37).

A pesquisa desenvolvida por Santos & David (2011) sobre a percepção do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde classificou 06 categorias que se relacionam à esta condição, sendo: baixo reconhecimento de seu trabalho, intensidade e ritmo, burocracia, violência, sobrecarga psíquica e queixas físicas. A insegurança em trabalhar em um ambiente perigoso resulta em grande carga de estresse pelo medo de sofrer violência física e moral, representando mais um risco para a saúde e o bem-estar do ACS.

Segundo Jardim & Lancman (apud Lopes et al., 2012) a exposição à violência e o sentimento de medo são mencionados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Vivenciar essas e outras situações de violência produz reflexos em suas vidas pessoais e profissionais que precisam ser analisados enquanto efeitos dos riscos do trabalho dos ACS (SOUZA & FREITAS, 2011).

Essa vulnerabilidade à violência gera sentimentos de medo, ansiedade, impotência e frustração, comprometendo sua saúde física e mental. A violência também faz com que o trabalho na ESF se descaracterize, pois ao limitar-se a atender mais no interior das unidades de saúde, o atendimento da comunidade fica prejudicado (POLARO et al., 2013).

O convívio com a violência no cotidiano dos serviços expõe os técnicos a situações de risco que podem gerar sentimentos de impotência diante de situações de precariedade, não reconhecimento dos esforços realizados, convívio com situações

de violência doméstica e social, medo do risco de exposição, sensação de integridade moral e física ameaçadas. Como consequência, essas situações podem gerar sentimento de vulnerabilidade e sofrimento psíquico na equipe (SOUZA et al., 2011, p. 372).

Em pesquisa desenvolvida junto a Profissionais de Saúde e Guarnição de Socorro do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), Albuquerque (2010) ressalta a proximidade do trabalho das equipes de socorro com a violência sob vários ângulos: o risco de bala perdida, o risco de agressão, a ameaça por grupos criminosos. As narrativas apresentadas na tese da referida autora ilustram experiências de iminência de vitimização decorrente do trabalho.

A pesquisa desenvolvida por Silva et al., (2013) aponta que o ônus social da violência cresce sobremaneira, pelos danos e sequelas emocionais e/ou físicos, vitimizando indivíduos e coletividade. O custo financeiro para o setor saúde é elevado, em virtude dos gastos com a assistência à morbidade, mortalidade e comorbidades, bem como com a assistência social e judiciária aos agressores e suas vítimas.

4.2 ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAIS E COLETIVAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No que se refere às estratégias individuais que os trabalhadores diretamente envolvidos ou não em episódios de violência adotam para gerir conflitos e agressões, de forma a garantir a execução de suas tarefas e/ou administrar as cargas e os impactos em sua atividade decorrentes da violência no trabalho diante da violência, o estudo realizado por Batista et al. (2011) revela atitudes tanto de conformismo quanto de inconformismo – por exemplo, com respostas individuais ante as agressões – diante dos episódios.

Os profissionais inconformados reclamam da situação com os diversos níveis de gestão e se sentem indignados com a situação. (...) Na tentativa de compreender os motivos do conformismo dos profissionais ante os episódios de violência, os dados permitiram levantar algumas hipóteses: a falta de punição do agressor, a percepção da corresponsabilidade no processo de violência, a responsabilidade da instituição e o fato de o profissional ser o representante legal dessa instituição (BATISTA et al., 2011, p. 300-301).

O estudo realizado por Leal & Lopes (2005) com profissionais de enfermagem do sexo feminino de um hospital público de emergência em trauma, em Porto Alegre,

apontou que as trabalhadoras lidam com seus conflitos individual e coletivamente, ou seja, não há uma preocupação do hospital garantir um suporte psicológico para que as mesmas possam enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. As estratégias para suportar o “sofrimento” são criadas entre o grupo, por acordos, como, o auxílio mútuo no cuidado aos pacientes, como, por exemplo, assumir o paciente agressivo que está na escala de outra colega.

A defesa adotada pelos ACS para poder continuar exercendo suas atividades no ambiente de trabalho é fingir que nada acontece ou aconteceu, colocando em cena a necessidade de naturalizar as várias formas de violência nesse contexto (SOUZA & FREITAS, 2011). Segundo Jardim & Lancman (apud Lopes et al., 2012) os Agentes Comunitários de Saúde afirmaram que, em determinadas situações, não solicitam a intervenção da polícia ou do Conselho Tutelar pensando em sua segurança, já que os usuários envolvidos sabem onde o agente reside com sua família, gerando-se uma situação de medo e impotência, frente aos delitos constatados junto à comunidade. Assim, evidencia-se que o trabalho pode ser perigoso, existindo o risco de ser agredido (TRINDADE et al., 2007, apud LOPES et al., 2012).

A presença constante da violência no cotidiano do serviço faz com que a equipe crie estratégias para evitar qualquer tipo de eventualidade, tais como: sair de carro em grupos na hora do almoço, não ficar do lado de fora do serviço por muito tempo antes de entrar, entre outras (SOUZA et al., 2011).

Ainda sobre as estratégias de enfrentamento diante das demandas médico-sociais da ESF referidas pelos profissionais, o estudo de Kanno et al. (2012) destaca os esforços dos profissionais em aprender por si mesmos, num fazer mais empírico do que técnico ou teórico. Ainda de acordo com os mesmos autores, as reuniões de equipe da ESF são avaliadas positivamente pelos profissionais, pois ajudam a definir estratégias gerais de trabalho com a comunidade, possibilitam grande aprendizado por meio da troca de experiências entre os profissionais, diminuem angústias pessoais dos membros da equipe e contribuem para resolver os casos com a colaboração do grupo a partir de suas diferentes visões e conhecimentos.

Também referindo-se a este estudo, a maioria dos profissionais reconheceu o apoio matricial como uma estratégia importante para abordar a complexidade do trabalho em saúde. No campo das estratégias institucionais, a parceria com diferentes instituições sociais é recurso bastante valorizado pelos profissionais. A parceria com lideranças da comunidade também foi apontada como um elemento importante na

mobilização da comunidade para a solução de suas demandas médico-sociais (KANNO et al., 2012).

Em um estudo sobre mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores da ESF, Trindade et al. (2009) apontam para a importância da adoção de estratégias coletivas por parte das equipes para lidarem com as situações cotidianas do trabalho, bem como na redução de fatores estressantes.

Com relação ao grupo de trabalhadores não esgotados, o trabalho coletivo em equipe multidisciplinar se revelou como diferencial em relação aos dados dos trabalhadores esgotados. Para eles, a equipe se destaca como ponto de apoio para a resolução dos problemas e geradora de satisfação no trabalho. (TRINDADE et al., 2009, p. 5).

O estudo de Guimarães et al. (2005) aponta que no Brasil, o setor saúde, apesar da dificuldade estrutural de lidar com a problemática da violência, seja por falta de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de áreas afins, seja pela falta de um melhor aparato tecnológico, em algumas situações, e de melhor política de financiamento, vem nos últimos anos tentando estabelecer ações mais abrangentes que visam à redução deste problema, como se percebe com a atual política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências proposta pelo Ministério da Saúde.

Espera-se que estas ações não sejam isoladas, mas que consigam articular-se intersetorialmente visando à promoção de ambientes saudáveis, melhorias na qualidade de vida e saúde da população, além da capacitação da mesma no sentido de atuar efetivamente no controle deste processo, vislumbrando a redução deste mal que aflige a humanidade e suas consequências danosas, inclusive a ceifa de vidas prematuramente (GUIMARÃES et al., 2005, p. 450).

Os autores complementam, afirmando que, urge também a necessidade de intervenções eficazes na área social visando minimizar as desigualdades sociais. Algumas ações poderiam ser implementadas, tais como: a) realização de fóruns de discussão sobre a problemática da violência no município; b) sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para atuar de forma integral na abordagem à vítima de violência; c) criação de protocolos, nas unidades de saúde, para atendimento e registros adequados das informações, de forma unificada entre a delegacia de polícia e a unidade mista de saúde do município; d) articulação intersetorial, visando à criação de “ambientes saudáveis”; e) intervenções, na área social, visando a geração de emprego e renda (GUIMARÃES et al., 2005).

Corroborando com o estudo anterior, Sanches et al. (2009) afirmam que é fundamental a discussão em torno da violência, principalmente as causadas por arma de fogo, haja vista o crescente número de ferimentos dessa natureza. E complementa que o país precisa de políticas em prol do crescimento econômico, diminuição da exclusão social, incentivo à educação e profissionalização e contra a violência como uma prática constante, visando combatê-la e evitar que continue ocupando o primeiro lugar em causa de morte entre a população jovem do Brasil.

Ainda acerca das estratégias adotadas pelos profissionais que atuam no nível da APS, destaco a experiência que vem sendo desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) para a prevenção a violência e proteção dos profissionais que atuam neste nível de atenção. Dentre estas destaca-se a criação do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Solidariedade, o qual originou a implantação de Grupos Articuladores Regionais nas 10 Coordenadorias de Área Programática e que têm como objetivos: a) monitorar as notificações de violência no âmbito da Vigilância Epidemiológica em Saúde; b) apoiar os profissionais no que se refere ao acolhimento e acompanhamento de vítimas de violência através de ações de prevenção e promoção em saúde; c) articular a rede intra e intersetorial no que se refere a complementaridade das ações desenvolvidas.

A criação deste Núcleo Municipal e dos Grupos Articuladores Regionais fundamenta-se na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade, implementada em 2001, na Portaria nº 936, de 19 de Maio de 2004 e na criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no ano de 2006, todos instituídos pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de impulsionar os municípios a criarem estruturas de vigilância de violências e acidentes que não se limitem apenas a obter informações sobre o comportamento destes agravos, mas que subsidiem ações de enfrentamento dos determinantes e dos condicionantes das causas externas (acidentes e violências) numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida, incentivando a formação de redes de atenção e proteção às pessoas vítimas destes eventos, buscando, desta forma, garantir a atenção integral, a promoção da saúde e a cultura de paz (BRASIL, 2013).

No que se refere à Violência Armada, destaca-se a cooperação estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha no ano de 2009, que deu origem a dois programas relacionados a esta problemática: o Programa Saúde Mental e Violência e o Programa Acesso Mais Seguro. Ambos visam dar suporte

aos profissionais que atuam no nível da APS no que se refere às situações de Violência Armada que ocorrem nos territórios e minimizar os riscos aos quais estes profissionais são expostos.

O Programa Saúde Mental e Violência tem como objetivo potencializar e ampliar as estratégias de cuidado em saúde mental já implementadas por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através de oficinas de capacitação em Saúde Mental e Violência para os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde e Profissionais de Nível Superior, para que possam identificar e prestar atendimento às pessoas que apresentam sofrimento psíquico em decorrência de situações de violência.

O Programa Acesso Mais Seguro objetiva minimizar os riscos e a vulnerabilidade dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família em contextos de violência armada através da elaboração de um Plano de Segurança que possibilita a identificação dos riscos aos quais os trabalhadores estão expostos e a classificação destes riscos de acordo com os sinais de cada território, o que possibilita o estabelecimento de regras de atuação das equipes e de funcionamento das Unidades de Saúde nos territórios. Assim, utiliza-se de três níveis de classificação de risco: a) Verde (risco baixo, atividades externas e internas acontecem normalmente); b) Amarelo (risco médio, atividades externas são suspensas e a unidade mantém suas atividades internas); c) Vermelho (risco alto, todas as atividades da unidade são suspensas). Cabe ainda ressaltar que esta classificação dos riscos inclui o gestor da unidade e um grupo de profissionais indicados para compor o Grupo de Tomada de Decisão. As situações classificadas como Amarelo e Vermelho são registradas em um sistema de notificação do Acesso Mais Seguro no site da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV).

Assim, no contexto de Violência Armada nos territórios, cujos impactos afetam o trabalho das equipes e a saúde dos profissionais que atuam no nível da APS, tem sido possível construir estratégias de proteção a esses trabalhadores, ainda que sejam relativamente limitadas, já que dependem do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas de outros setores e níveis de governo, nas áreas de desenvolvimento social, educação, cultura, lazer, esporte, habitação, segurança pública, dentre outras, que garantam, sobretudo, oportunidades de desenvolvimento destas localidades e de inclusão social da população que vive um cotidiano de violência.

CAPÍTULO 5. METODOLOGIA

5.1 DESENHO DA PESQUISA

O presente estudo teve como principal objetivo, analisar as repercussões da violência armada no processo de trabalho e os impactos deste tipo de violência sobre a saúde mental dos profissionais da APS que atuam em territórios vulneráveis. Para isso, foram realizadas etapas de coletas de dados e de pesquisa bibliográfica a fim de identificar as formas de violência armada a que os profissionais de saúde estão expostos ao atuarem em territórios com conflitos deflagrados, conhecer as repercussões da violência armada sobre a saúde mental dos profissionais da APS a partir das vivências e percepções relatadas e identificar as estratégias individuais, coletivas e institucionais usadas pelos profissionais da APS para se protegerem da violência armada.

A pesquisa adotou a metodologia qualitativa na abordagem aos sujeitos, a partir do pressuposto de que o estudo da experiência humana deve ser feito entendendo que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos. Assim, de acordo com Guerra (2014), no Manual de Pesquisa Qualitativa, define que:

Na abordagem qualitativa, o cientista objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social –, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Assim sendo, temos os seguintes elementos fundamentais em um processo de investigação: 1) a interação entre o objeto de estudo e pesquisador; 2) o registro de dados ou informações coletadas; 3) a interpretação/ explicação do pesquisador (GUERRA, 2014. p. 11).

A pesquisa foi realizada através de Entrevistas Semiestruturadas, onde foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras (vide Anexo 2), complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode “fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas” (MANZINI, 1991). As entrevistas foram realizadas de forma individual com profissionais da ESF que atuam em Unidades de Atenção Primária, identificadas como prioritárias para o referido estudo, de acordo com sua localização em áreas conflagradas pela violência armada.

Também foi realizado 01 Grupo Focal, utilizando-se o mesmo roteiro com perguntas norteadoras das Entrevistas Semiestruturadas a fim de coletar dados por meio das interações grupais a partir de um tópico especial sugerido ao grupo e da observação participante com o objetivo de compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais do grupo (GONDIM, 2003). O grupo focal também foi realizado com os profissionais da ESF e o critério de inclusão no grupo foi o mesmo das entrevistas.

As entrevistas individuais e o grupo focal foram fundamentais na compreensão acerca dos impactos aos quais os profissionais da ESF estão expostos no seu cotidiano de trabalho em áreas conflagradas pela violência armada.

A entrevista é uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes”, ou seja, ela fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (MINAYO, 2008; CERVO; BERVIAN, 2007, apud GUERRA, 2014, p. 18).

O referencial teórico utilizado para a análise das entrevistas individuais e do grupo focal foi o de Análise do Discurso, que tem como um dos fundadores Michel Pêcheux, o qual estabelece a relação existente no discurso entre língua/sujeito/história ou língua/ideologia e preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso (CAREGNATO & MUTTI, 2006).

O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação; podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas) ou imagens (fotografias) ou linguagem corporal (dança) (CAREGNATO & MUTTI, 2006, p. 680).

As etapas desenvolvidas nesta pesquisa possibilitaram o entendimento acerca do fenômeno estudado. A pesquisa bibliográfica sobre aspectos relacionados à Violência Armada no país e mais especificamente no Rio de Janeiro, a direção da atual política de segurança voltada para a “Guerra às Drogas” e a recente Intervenção Militar no Estado do RJ, bem como a análise sobre o trabalho em saúde em contextos de violência armada, permitiu uma compreensão mais ampliada e profunda acerca do impacto da violência armada sobre a saúde mental do trabalhador da APS. Na etapa de observação e coleta de dados através da amostra do estudo foi possível conhecer as experiências e

percepções dos profissionais de saúde acerca do impacto da violência no processo de trabalho no nível da Atenção Primária à Saúde, bem como sobre a saúde mental destes trabalhadores. Para isso, foram incluídos:

- 2 Unidades de Atenção Primária localizadas nos bairros de Bangu (Sub-bairro Vila Aliança) e Vila Kennedy. As unidades serão identificadas como Unidade 1 e Unidade 2 respectivamente;
- 12 profissionais, entre: Equipes de Saúde da Família (Agentes Comunitários de Saúde e Equipe Técnica), Equipe NASF e Gestores.

O critério de recrutamento e inclusão dos participantes das entrevistas individuais e dos grupos focais partiu da premissa de serem profissionais da ESF que atuam em Unidades de Atenção Primária há pelo menos 1 ano e que manifestaram aceitação em participarem da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (vide Anexo 1). Quanto à escolha das Unidades selecionadas para o presente estudo, o principal critério foi a localização em áreas conflagradas pela violência armada e o alto índice de confrontos entre grupos armados locais e forças de segurança pública, identificados através dos registros de interrupção total ou parcial das atividades das Unidades de APS na plataforma de notificação do Acesso Mais Seguro / SMS-SUBPAV. Como os territórios prioritários identificados para este estudo foram os Bairros de Bangu (sub-bairro Vila Aliança) e Vila Kennedy, foram selecionadas duas Unidades de APS, sendo uma em cada bairro, a fim de desenvolver o trabalho de campo.

Após a escolha das unidades, e prévia autorização da Coordenação de Área Programática 5.1 para realização do estudo, foram realizadas reuniões com os gestores e profissionais vinculados às referidas Unidades a fim de apresentar a proposta da pesquisa e identificar os interessados em participar do estudo. Após as reuniões, os profissionais interessados comunicaram aos gestores das unidades sobre o desejo e disponibilidade em participarem da pesquisa. Os nomes dos profissionais foram então repassados pelos gestores e foram agendadas as datas para coleta de dados nas unidades (entrevistas individuais e grupo focal). Na Unidade 1, 5 profissionais se disponibilizaram a participar das entrevistas e na Unidade 2, houve participação de 3 profissionais, totalizando 8 entrevistas individuais. O grupo focal foi realizado apenas na Unidade 1, onde além de 2 profissionais que também haviam participado das entrevistas individuais, outros 4 profissionais também foram incluídos, totalizando 6

participantes. Assim, ao final totalizou-se o número de 12 profissionais interessados em participar da pesquisa e todos foram incluídos na etapa de coleta de dados.

O quadro 1 apresenta algumas características dos profissionais envolvidos na pesquisa:

Quadro 1. Participantes do estudo, segundo Categoria Profissional/Cargo, Unidade, Sexo, Idade e Tempo de Atuação na ESF.

Categoria Profissional/Cargo	Unidade	Sexo	Idade	Tempo de atuação na ESF
Gerente Técnico (Assistente Social)	1	Feminino	44	15 anos
Gerente Técnico (Educador Físico)	2	Masculino	27	5 anos
Enfermeira	1	Feminino	34	3 anos
Enfermeira	1	Feminino	31	3 anos
Psicóloga	2	Feminino	34	4 anos
Técnico de Enfermagem	2	Masculino	35	2 anos
Agente Comunitário de Saúde	1	Feminino	40	5 anos
Agente Comunitário de Saúde	1	Feminino	48	15 anos
Agente Comunitário de Saúde	1	Feminino	38	4 anos
Agente Comunitário de Saúde	1	Feminino	43	4 anos
Agente Comunitário de Saúde	1	Feminino	38	14 anos
Agente Comunitário de Saúde	1	Masculino	33	4 anos

Além das técnicas de entrevistas individuais e em grupo, também foi empregada a técnica de Observação Participante. De acordo com Guerra (2014), a observação participante é recomendada quando o pesquisador julgar que sua participação direta no evento ou fato a ser observado gerará maior profundidade na compreensão do mesmo, possibilitando uma intervenção por parte do pesquisador no fenômeno, fato ou grupo.

Por esse motivo, geralmente a observação participante vem também carregada de propósitos políticos, e está fundamentada nos paradigmas que não concordam com a neutralidade e imparcialidade do pesquisador. Um de seus pontos fortes é integrar o observador à sua observação, aproximar o sujeito conhecedor ao seu conhecimento (GUERRA, 2014, p. 31).

Essa observação se dá ao longo de minha trajetória enquanto Assessora Técnica de Saúde Mental da CAP 5.1, através do contato constante com essas equipes em função do apoio institucional referente ao Programa Acesso Mais Seguro. E em particular durante o período de realização do estudo, realizei visitas a essas unidades com o intuito específico de observar aspectos relacionados à forma como os profissionais lidam com a violência armada, os espaços de discussão sobre o tema e as estratégias de proteção desenvolvidas e adotadas pelos mesmos. Tal aproximação possibilitou uma compreensão ainda mais profunda do campo da pesquisa e das questões às quais o presente estudo pretende abordar.

5.2 DESENHO DO CAMPO

O cenário proposto para este estudo foi a Área de Planejamento⁶ 5.1, que compreende os bairros: Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Bangu, Gericinó e Senador Camará. Fizeram parte do estudo profissionais das Equipes de Saúde da Família das Unidades de Atenção Primária localizadas em áreas onde há evidências da presença de grupos armados.

Segundo os dados do IBGE, no ano de 2010 a população da AP 5.1 era de 671.041 habitantes e de acordo com a projeção demográfica do Instituto Pereira Passos, em 2015, a população da AP ficou estimada em 676.139 habitantes. Atualmente a Rede de Saúde da AP 5.1 é constituída por 26 Unidades de Atenção Primária, entre Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, 01 Policlínica, 05 Unidades de Pronto Atendimento, 02 Hospitais Municipais, 01 Casa de Parto e 03 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 02 para a população adulta e 01 para o público infanto-juvenil.

A escolha do campo da pesquisa se deu em função da minha atuação na Assessoria Técnica de Saúde Mental na referida Área de Planejamento desde 2013, e do acompanhamento direto às Unidades de Saúde que compõe a Atenção Primária à Saúde e dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família. Sendo a atuação no território uma das principais características do trabalho desenvolvido por esses profissionais, as interferências diretas

⁶ O município do Rio de Janeiro possui 10 Áreas de Planejamento (AP). Esta divisão, adotada desde 1993 pela Secretaria Municipal de Saúde, justifica-se em função da dinâmica de ocupação, das características socioeconômicas e das formas de adoecimento e mortalidade em cada uma destas regiões.

e indiretas do contexto de violência armada são identificadas como um dos principais entraves para o pleno desenvolvimento do processo de trabalho destas equipes.

Embora este cenário de violência armada seja observado em vários bairros da Área de Planejamento, com a presença de atores armados ligados ao tráfico de drogas e milícias, os bairros de Bangu (sub-bairro Vila Aliança) e Vila Kennedy foram identificados como regiões prioritárias para a realização do estudo em função do alto índice de operações realizadas por forças de segurança pública, resultando em constantes e intensos conflitos armados nestes territórios, acarretando em interrupções parciais ou totais do funcionamento das Unidades de Saúde presentes nestas localidades.

Um dado importante a ser destacado refere-se à criação das comunidades que constituem o cenário da pesquisa. Vila Aliança e Vila Kennedy surgiram na década de 1960 e foram construídas com dinheiro norte-americano, para servir de modelos de erradicação das favelas do Rio de Janeiro. Os recursos (US\$ 3 milhões em valores da época) saíram da Usaid (United States Agency for International Development). As duas vilas foram as primeiras experiências de remoção de favelados da Zona Sul para conjuntos habitacionais. As comunidades localizam-se na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, a 44 km do Centro e foram construídas no governo Carlos Lacerda (1960-65) para serem vilas operárias. (LOBATO, 1999).

Esses conjuntos habitacionais foram parte do projeto chamado “Aliança para o Progresso”, desenvolvido pelo presidente norte-americano John Kennedy em parceria com outros países. A alegação era se tratar de um apoio internacional para a melhoria de vida das populações mais pobres. Contudo, sabemos que havia outros interesses por trás desse dito gesto de caridade: além do processo de gentrificação das áreas nobres da cidade, o presidente dos EUA estava receoso com a ameaça comunista que se espalhava pela América Latina, sobretudo após a Revolução Cubana de 1959. Não é à toa que a Vila Kennedy ganhou uma réplica da Estátua da Liberdade, além do nome do presidente, como uma forma de “divinização” do modelo capitalista americano (ARAUJO, 2018, n.p).

Inicialmente, foram construídas 5.069 habitações em Vila Kennedy e 2.187 na Vila Aliança. Além das casas, foram construídas oficinas coletivas de trabalho para ocupar a mão-de-obra local e permitir a auto-suficiência das vilas. Cooperativas de costureiras e de padeiros, lavanderia e oficina mecânica coletivas e fábrica de vassouras chegaram a ser instaladas (LOBATO, 1999). Com o passar dos anos estes espaços

foram sendo abandonados e deu-se início a um processo de expansão das áreas no entorno das comunidades que passaram a ser ocupadas por outros moradores.

Em torno do núcleo original de Vila Kennedy foram construídos outros conjuntos habitacionais de pequenas casas, mas sem a infraestrutura necessária. Além disso, surgiram favelas, a partir da invasão de sítios e chácaras da região. Na Vila Kennedy surgiram as favelas Metral, Pica-pau Amarelo, Nova Kennedy, Alto Kennedy, Jardim do Éden, Chatuba, Broquetti e Progresso e os conjuntos Malvinas, Quafá, Leão, Rampa 1 e Rampa 2, Light e Manilha. A situação é semelhante em Vila Aliança, que tem em seu entorno quatro favelas: Nova Aliança, Minha Deusa, Vacaria e Mangueiral (LOBATO, 1999).

Esse processo de favelização e a falta de investimentos do poder público nas comunidades ao longo dos anos, de certo modo contribuíram para o cenário atual. Dentre as dificuldades percebidas nestas localidades, destacam-se a baixa escolaridade destas populações, o que dificulta a inclusão no mercado de trabalho. Os moradores que conseguem alguma colocação no mercado de trabalho formal em geral precisam se deslocar por grandes distâncias. Observa-se ainda baixos investimentos nos setores da Educação, Saúde e Assistência Social. Os recursos de Cultura e Lazer são praticamente inexistentes e os problemas de Habitação e Saneamento também fazem parte da realidade destas regiões. Diante de todas estas vulnerabilidades, a ocupação destes territórios por grupos armados, ligados ao tráfico de drogas ou milícias, torna-se quase que inevitável.

Na escala das favelas e outros espaços periféricos da cidade, observa-se o acirramento da segregação e da estigmatização sócio espaciais, o que se reflete diretamente na reprodução da histórica ação discriminatória da polícia, em práticas discriminatórias de outros atores e em políticas sociais que muitas vezes não contemplam as demandas efetivas da comunidade. Por fim, na escala dos moradores das áreas territorializadas pelos Grupos Criminosos Armados com Domínio de Território, observa-se um acirramento das condições de vida, com limitação de possibilidades econômicas, culturais e sociais, já que o acesso a bens e equipamentos públicos fica restrito devido a limites de circulação pela cidade, associado a uma “presentificação” e particularização das experiências de vida cada vez maior. A isso, somam-se os altos índices de violência letal, que afetam especialmente os jovens moradores dos espaços populares (SOUZA E SILVA et al., 2008, p. 22).

As unidades de saúde selecionadas para o estudo localizam-se em áreas conflagradas pela violência armada, com altos índices de confrontos entre os grupos armados locais e as forças de segurança pública. São identificadas duas facções criminosas diferentes atuando nos territórios das unidades pesquisadas, sendo: Unidade 1 (Vila Aliança) – Terceiro Comando e Unidade 2 (Vila Kennedy) – Comando Vermelho. Em função da proximidade geográfica das duas comunidades e da rivalidade entre as facções, também são comuns os conflitos entre os dois grupos por conta da disputa de território. Assim, os registros de suspensão parcial ou total de funcionamento das unidades e as consequências diretas e indiretas no processo de trabalho das equipes são mais altos comparados a outras unidades localizadas na área da CAP 5.1, de acordo com dados da plataforma de notificação de Acesso Mais Seguro, monitorados pela CAP e pela SMS/RJ.

CAPÍTULO 6. EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS: IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O presente capítulo apresenta os resultados da análise dos depoimentos dos participantes sobre as experiências e impactos da violência armada na saúde mental dos profissionais da APS. Como forma de preservar a identidade dos profissionais envolvidos, as falas foram identificadas de forma genérica (categoria profissional/cargo e unidade). A análise dos relatos foi agrupada de acordo com os Eixos Temáticos adotados no roteiro das Entrevistas Semiestruturadas, a fim de categorizar os registros das entrevistas e grupo focal de acordo com os blocos de questões apresentadas, além de caracterizar os resultados obtidos de forma mais clara e objetiva.

Embora tenham sido identificadas diferentes perspectivas acerca da investigação proposta, também foi possível identificar falas e posicionamentos comuns entre profissionais de categorias diversas, assim como um conjunto de estratégias individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores e serviços para atuarem nos territórios conflagrados pela violência, bem como para o cumprimento das metas estabelecidas de garantia e promoção do direito à saúde das populações residentes nestas localidades.

6.1 PRÁTICA PROFISSIONAL, PERCEPÇÃO E SENSAÇÃO DE RISCO

Neste bloco, buscou-se identificar se os profissionais percebem situações de Violência Armada no Rio de Janeiro, bem como de que maneira reagem a essas situações. Os fatores socioeconômicos e comunitários também foram questionados, a fim de analisar como interferem na situação de Violência Armada no Rio de Janeiro. Finalmente, foram questionados acerca da percepção de diferenças entre as formas de violência perpetradas pelos Atores Armados (pessoas ligadas ao tráfico de drogas) e Forças de Segurança (Ex.: Polícias, Forças Armadas).

As informações coletadas apontam para uma percepção muito clara deste tipo de violência no Rio de Janeiro, por parte de todos os profissionais. Conforme apontam os seguintes relatos:

“Eu não me sinto segura em nenhum lugar. Nem aqui, nem em casa, em qualquer lugar que eu vá eu me sinto totalmente entregue, né? (...) No momento em que o conflito se dá eu fico bem abalada, mas depois eu procuro superar porque não tem

outra saída, a gente não tem escolha. A gente convive, só convive.” (Enfermeira, Unidade 1)

Os profissionais entrevistados que não são moradores dos territórios onde estão localizadas as Unidades de Saúde falam de uma preocupação maior no que se refere à circulação nestas localidades, seja para chegada e saída do trabalho, e principalmente para a realização de atividades externas.

“A gente percebe no dia a dia, até pra sair pra trabalhar, né? A gente sai preocupado, sem saber se volta. Toma alguns cuidados. A gente anda preocupado o tempo todo. (...) aqui no território a gente sente a violência armada da hora que a gente chega até a hora que a gente sai. A gente trabalha sob a perspectiva de acontecer alguma coisa a todo instante. A gente trabalha atento, não só ao trabalho como ao território.” (Técnico de Enfermagem, Unidade 2)

No que se refere à interferência dos fatores socioeconômicos e comunitários no contexto de violência armada presente nestas comunidades, os profissionais apontaram que estes são aspectos fundamentais na compreensão da ocorrência deste fenômeno em áreas mais vulneráveis da cidade.

“A maioria já não tem uma estabilidade, já não tem conforto na família, não tem um nível de instrução, então eles meio que veem esse caminho como uma facilidade. Não generalizando, mas eu vejo aqui sim...” (Enfermeira, Unidade 1)

“Acho que de certa forma influencia, mas aqui de dentro também saem pessoas que são batalhadoras e que acreditam em si e que não precisam recorrer ao caminho mais curto ou ao caminho errado, o caminho da violência, né? As pessoas acordam cedo, vão trabalhar, vão buscar... De certa forma influencia? Influencia! Mas eu acho que a falta do Estado aqui dentro é que é o problema. Precisa de mais educação sim, de mais assistência, entrar com serviços de saúde, entrar com o serviço social, atendendo as necessidades do povo. Eu acho que as pessoas também acabam sendo culpadas por essa violência,

quando fazem aquisição de produtos que eles roubam, produtos de carga roubada, televisão, geladeira... Eles acabam alimentando esse círculo vicioso. (...) Então assim, tem a falta do Estado mas também é culpa da população que acabou se acomodando e achando que é normal pra vida dela. Estar sujeita a violência diária, a troca de tiros entre a polícia e os bandidos... Não culpo só o Estado, mas a população que aceita e que é conivente com isso.” (Técnico de Enfermagem, Unidade 2)

Quanto à percepção de diferenças entre as formas de violência perpetradas pelos Atores Armados e as Forças de Segurança Pública, as falas refletiram a sensação de ameaça por ambos, no entanto fazem um destaque ao papel social da Polícia, principalmente no que se refere à sua possível capacidade de planejar as ações de forma a não expor a população aos riscos dos confrontos.

“Eu acho que eles agem de forma muito violenta, a polícia. E esse não é o caminho. Eles acabam sendo tão violentos quanto os meninos.” (ACS, Unidade 1)

“(...) a gente se sente coagido quando tem a presença da polícia, porque quando a polícia não tá presente a gente se sente à vontade, porque eles (tráfico) não são violentos conosco, né? Em contrapartida quando a polícia vem, é ao contrário, né? A gente fica com medo de sair porque pode ter um confronto a qualquer momento. Então assim, eu acho que é a mesma... por partes diferentes, mas é a mesma coisa, né? Tanto faz o bandido quanto o policial. Não importa de quem, de onde vem o tiro, de quem tá atirando. A gente sofre da mesma forma.” (Enfermeira, Unidade 1)

“É uma violência diferente por conta do que cada um defende. (...) Um tem a justificativa da violência da lei ao lado dele, outro tem a justificativa da violência do interesse. E no meio desse fogo cruzado estão os trabalhadores, está a população, está quem realmente sofre com isso. Eu não vou ser hipócrita

porque quando a gente vê o policial dentro do território, ao invés da gente se sentir seguro a gente sente medo.” (Técnico de Enfermagem, Unidade 2)

“Tem dois tipos de conflito: traficante contra traficante e traficante contra a polícia. Eu acho que tem uma diferença muito grande. A polícia foi treinada e eles estão mais preocupados em acertar o alvo e não atirar loucamente pra tudo quanto é lado. O conflito entre facções é muito mais perigoso, é pânico geral, é banho de sangue.” (ACS, Unidade 1)

“Eu fico muito mais apreensiva quando é o helicóptero, que eles chamam de “caveirão do ar”. Porque eu acho um desrespeito o que eles fazem. Eles mandam bala pra baixo que parece que vai bater na nossa cabeça. Assusta! Teve um dia que uma ACS ligou pra mãe e pediu pra ela tomar conta das filhas dela porque ela achou que ia morrer.” (ACS, Unidade 1)

A partir deste ponto, os fragmentos das entrevistas visam apresentar como se dá a prática profissional no nível da Atenção Primária à Saúde em territórios violentos, buscando identificar as interferências diretas e indiretas neste processo de trabalho. E ainda, quais são as formas de violência às quais profissionais de saúde e de outros setores são expostos neste contexto comunitário.

As falas refletem diversas interferências no processo de trabalho e consequências no que se refere à assistência à saúde da população, tendo como consequências a interrupção total ou parcial de atividades externas, como por exemplo as Visitas Domiciliares, fechamento das Unidades de Saúde, descontinuidade do planejamento de ações de prevenção e promoção à saúde dentre outras questões que impactam diretamente nos indicadores de saúde destas localidades.

“A gente às vezes não pode fazer visita porque tá em amarelo. A gente marca uma ação na escola a gente não consegue fazer, por que não tem como ir... Impacta de forma direta. (...) às vezes, um acolhimento mãe-bebê que a gente só consegue fazer em atraso porque ficou em amarelo. Impacta diretamente em vários processos.” (Enfermeira, Unidade 1)

“Atrapalha nosso planejamento de ações. (...) Eu tenho três pacientes com Tuberculose que são do tráfico e eles não vem aqui, o ACS não consegue fazer VD.” (Enfermeira, Unidade 1)

“Sim, claro... a gente tá lá executando tarefas e de repente começa o confronto. A gente larga tudo pra lá, se abriga, passa 20 minutos, 1 hora, 1 hora e 20, retomamos o trabalho de onde paramos, aí retorna, por vezes acontece do confronto retornar novamente. Então, isso interfere na nossa dinâmica de trabalho, nos nossos objetivos, nas nossas metas. (...) Alguns ainda tem a visão que nós fechamos à toa, que nós temos preguiça, não queremos ir na visita...” (Técnico de Enfermagem, Unidade 2)

“Tem uma área que eu já marquei com a minha equipe como sendo em vermelho. Eu não acesso... Tem moradores lá, mas fica perto de uma pedra e quando eu ia pra subir lá os “atores” falavam: volta! Não passa, tão batendo... tão matando... Não é pra subir! (...) Só que no meio do caminho tem três famílias super vulneráveis, famílias que bebem água de poço, moram em barraco de madeira sem banheiro, então eu precisava acessar mas fui impedida e eu não posso subir.” (ACS, Unidade 1)

Ao serem questionados sobre a percepção de diferenças entre a exposição à violência de profissionais da área da saúde e profissionais de outras áreas e setores públicos, as respostas apontaram que os trabalhadores da saúde ficam mais expostos aos riscos da violência armada e suas consequências no território em virtude da especificidade e da finalidade do setor saúde. Em geral, quando ocorrem conflitos armados e estes resultam em mortos ou feridos, há uma busca por atendimento nas Unidades de Atenção Primária, mesmo que estas não tenham como perfil atender a este tipo de emergência e gravidade.

“Quando tem confronto no território a primeira coisa que a gente pensa é que vai vir um baleado. Coisa que não vai pra escola, não vai pra nenhum outro setor, vem direto pra gente. Então, com certeza acho que impacta muito mais na saúde por conta dos feridos, né?” (Enfermeira, Unidade 1)

“(...) essa tensão é iminente... Por ser uma unidade de saúde você tem que ter a questão da universalidade, todos têm direito ao SUS, inclusive os atores. Por isso o sofrimento é maior... Porque ele não vai entrar pra se proteger na escola, até porque na escola ele sofre punição dos próprios colegas dele. Por isso que eles vêm pra cá!” (ACS, Unidade 1)

O estudo buscou identificar as possíveis situações de ameaças sofridas pelos profissionais, bem como a forma como lidam com este risco presente nos territórios. Diante desta sensação de risco, também foram investigadas as consequências dessas situações para a realização das atividades e o desenvolvimento pleno de suas funções.

Os relatos acerca das situações de ameaça identificadas pelos trabalhadores em geral relacionam-se aos atores armados ligados ao tráfico de drogas e apontam situações mais sutis e outras bastante diretas e intimidadoras. Porém, em ambas as situações, os profissionais relatam como uma estratégia de proteção a importância de saber dialogar e negociar junto aos atores armados.

“Já fui assediada por eles para trabalhar com eles assim que eu cheguei para trabalhar aqui... Ofereceram dinheiro, salário, perguntaram se eu tinha carro, e eu tive que responder com jeitinho porque eu fiquei com medo, né?” (Enfermeira, Unidade 1)

“Uma vez, eu e uma outra ACS passamos por uma situação difícil... Um ator armado veio na nossa direção e falou “Eu quero a blusa de vocês!” Aí a gente falou “Como assim? A gente só tá com essa! A gente tá de sutiã, não tem como tirar a blusa aqui! É da prefeitura! É o nosso uniforme!” Aí ele falou “Então vocês dão um jeito! Me arruma uma blusa dessa!” Aí a gente falou com nossa gerente. Uma ACS que tem acesso a eles falou com o chefe que chamou esse menino e falou “Você nunca mais faça isso com elas! As meninas trabalham pra comunidade...”. Mas, parece que ele sofreu uma punição por isso também.” (ACS, Unidade 1)

E ainda sobre a percepção das ameaças pelos profissionais, há também uma avaliação distinta entre profissionais que residem no território, como, os ACS e os profissionais que não moram nestas áreas.

“Eu acho que a gente que é ACS não sente tanto essa ameaça porque a gente é do território, mas os profissionais que vêm de fora eles ameaçam mesmo... Muitas vezes, o profissional se sente ameaçado porque ele não está acostumado em ouvir o que a gente escuta aqui. Eles falam “Vou te pegar!”, a gente resolve na hora... eu falo “Como é que é?” já o profissional que vem de fora não entende isso e nem volta. E os que voltam, voltam com medo. Só estão aqui porque precisam.” (ACS, Unidade 1)

6.2 IMPACTOS PERCEBIDOS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO TRABALHADOR

Em relação a estas questões, os profissionais puderam relatar suas experiências pessoais no contexto de violência armada no território onde atuam e os possíveis impactos em suas vidas. Também comentaram sobre o desenvolvimento de algum problema de saúde (física e/ou mental) a partir do momento que passaram a trabalhar nestes territórios.

Quanto ao impacto da violência armada em suas vidas, as respostas indicam que a exposição à violência acarreta efeitos negativos nas condições de vida dos trabalhadores, que refletem principalmente no cotidiano de trabalho.

“Hoje em dia o confronto acontece com menos frequência do que quando eu entrei, mas eu fico mais abalada. Parece que é um efeito acumulativo... No início eu lidava melhor, mas agora isso me abala mais.” (Enfermeira, Unidade 1)

“Depois que eu entrei eu percebo que eu tô mais ansiosa, mais nervosa... Eu tive um problema de saúde que o médico disse que era de fundo emocional, mas eu não sei afirmar se foi por causa da violência. Mas eu me sinto ‘borbulhando’ por dentro!” (ACS, Unidade 1)

“Eu percebo uma mudança no meu psicológico sim! Principalmente nos últimos tempos isso tem piorado... eu

percebo mais problemas na minha saúde mental. Eu me sinto mais irritado, não consigo dormir direito... Quando eu não durmo eu fico péssimo durante o dia, não consigo me concentrar no trabalho, sinto agitação.” (ACS, Unidade 1)

“Eu tenho medo. Meu filho só fica dentro de casa, não deixo ele ir na padaria sozinho. Minha filha tem 17 anos e eu levo ela no ponto. Mas não só daqui, eu tenho medo do Rio de Janeiro.” (ACS, Unidade 1)

Sobre o surgimento de problemas de saúde, sejam de ordem física ou mental, as falas dos profissionais indicam uma confirmação da hipótese de que há um impacto direto da violência armada no surgimento ou agravamento de doenças de ordem física ou mental.

“Insônia, crises de ansiedade... Eu tive um quadro de depressão e precisei ser atendida por um psiquiatra, ele não me afastou mas precisei antecipar minhas férias para conseguir melhorar. E mesmo que tenha sido por questões pessoais, eu sei que a violência do território também contribuiu bastante!” (Enfermeira, Unidade 1)

“Então... Eu tenho artrite reumatoide, que é uma doença auto-imune. Quando acontece essas situações, no outro dia eu tô mancando, eu fico rígida, todas as articulações... E quando tem um evento muito cedo, eu perco o sono, fico com insônia... Eu já fico esperando desde 4 horas da manhã, até na minha folga. Fico ligada o tempo todo!” (Gerente Técnica, Unidade 1)

“Eu ganhei 20 kilos, tenho picos hipertensivos constantes, ou seja, estou caminhando para ser um hipertenso, durmo 5 horas por noite e trabalhando de segunda à sábado. E como gestor eu não tenho só responsabilidade técnica eu tenho responsabilidade com vidas... Então, assim, isso adocece e cansa! E eu tô cansado... Eu nunca bebi e hoje eu bebo! Enfim, não tem como não relacionar tudo isso ao que eu vivo no território.” (Gerente Técnico, Unidade 2)

6.3 APOIO INSTITUCIONAL E ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO

Este bloco de questões tem como objetivo identificar junto aos entrevistados o apoio institucional ofertado pelos gestores no que se refere às situações de violência armada com as quais se deparam no cotidiano de trabalho. Assim, foi indagado o tipo de apoio que recebem, bem como o que ainda consideram necessário para o desenvolvimento do trabalho. Este ponto é extremamente relevante tendo em vista as diversas situações de adoecimento e sofrimento desenvolvido pelos profissionais que atuam em contextos violentos. Neste sentido, o apoio do gestor nestas situações é de fundamental importância diante da necessidade de oferta de cuidado em saúde para estes trabalhadores, além de casos em que o afastamento temporário ou o remanejamento para outras unidades se faz necessário.

Os relatos dos profissionais identificam que o apoio do gestor é fundamental, porém também comentaram sobre situações em que não tiveram tal suporte institucional, o que acarreta maior sensação de risco. O fato do gestor conhecer o território também contribui de forma positiva nas tomadas de decisão com relação ao Acesso Mais Seguro, bem como em relação às demandas dos profissionais.

“Eu estou aqui há 3 anos e eu tive momentos de muito sofrimento psíquico e com a gestora atual eu tive apoio... Já teve gestões anteriores onde teve o tiroteio e quando terminou ela falou ‘Levanta! Vamos trabalhar!’. E agora isso não acontece mais.” (Enfermeira, Unidade 1)

“Ela participa ativamente! Já tivemos gestores que ao invés de nos ajudar, eles colocavam pânico... Mas ela não! Ela vem, ela participa, mesmo de férias ela não deixa de acompanhar a situação do território. Por ser moradora do local ela conhece a realidade, por isso ela apoia.” (ACS, Unidade 1)

“Ela geralmente vai ao nosso favor. Alguns profissionais que não se sentem bem aqui e falam com ela, ela transfere para outra unidade.” (Enfermeira, Unidade 1)

Diante do cenário de violência armada identificado pelos profissionais nestes territórios e dos possíveis impactos que tais situações acarretam de forma individual e coletiva, a pesquisa também investigou as estratégias de proteção que os profissionais

adotam no seu cotidiano de trabalho, bem como se identificam estratégias definidas institucionalmente por parte das Unidades de Saúde de forma a oferecerem proteção coletiva às equipes. Neste sentido, também buscou-se verificar se os profissionais identificam a pertinência e a eficácia dessas estratégias, bem como se entendem a necessidade de adequação e/ou ampliação das mesmas.

No que se refere às estratégias individuais, os profissionais destacaram que assumem comportamentos e adotam procedimentos que sinalizam quem são, conforme apontado no relato a seguir:

“Se eu venho de carro, eu procuro deixar os vidros abaixados e o jaleco em cima do banco. É isso... Observo, se eu vejo que a rua tá um pouco estranha, às vezes você passa pelo mototáxi e não tem mototáxi. Você vê que tá tudo muito deserto, você já fica apreensivo. Você acha que tem alguma coisa errada no território. É isso... geralmente é a observação direta do território mesmo. (Enfermeira, Unidade 1)

Quanto às estratégias de proteção coletivas, definidas pelas Unidades de Saúde, os entrevistados citaram em particular o Programa de Acesso Mais Seguro, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde desde 2009, a partir de uma parceria estabelecida com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV):

“Esse grupo que foi criado do Acesso Mais Seguro é que tem ajudado a gente bastante...” (ACS, Unidade 1)

“(...) essa questão da observação que o Acesso Mais Seguro faz do território é muito importante. (...) o fato da unidade estar em amarelo e a gente não ter ido pra rua protege a gente (...) Então, o fato de ter o Acesso e deles botarem essa informação que tá em amarelo e que a gente sabe que não pode sair ajuda sim, muito.” (Enfermeira, Unidade 1)

No que se refere à avaliação dos profissionais sobre estas estratégias e as sugestões sobre o que consideram como necessário para uma maior sensação de proteção, a questão relacionada à estrutura física das Unidades de Saúde foi destacada. Cabe ressaltar que as Clínicas da Família são construídas com estruturas modulares

feitas de aço, sendo comuns os registros de perfurações por projéteis de armas de fogo durante os confrontos, o que ocasiona uma sensação de risco maior nessas unidades.

“A estrutura da Clínica não facilita, né? Precisava, nestes momentos, ter outro local que a gente não identifica a não ser o corredor, e que de alguma forma essa estrutura fosse providenciada (...) para outras unidades também... Investir em Segurança Pública e outras Políticas Públicas também. Não vejo outra solução a não ser investir em Política Pública séria, né?” (Gerente Técnica, Unidade 1)

“Claro que há falhas como acho que tem em todo lugar né... Não tem como você tá vigilante o tempo inteiro, mas às vezes até o Acesso é pego de surpresa porque às vezes eles não vêm fardados, a gente não sabe que eles estão aqui, acontece às vezes da comunicação não ser correta e assertiva, mas na maioria das vezes quando tá em amarelo a gente fica na unidade.” (Enfermeira, Unidade 1)

“A gente não tem muita proteção. Antes a gente corria pro Raio X, aí falaram que não era o espaço melhor e é bem pequeno, né? Então a gente usa o chão, a gente fica no chão. A estrutura é muito frágil!” (ACS, Unidade 1)

“Eu acho que essa estrutura deveria ser mudada. Se viesse algum tipo de investimento no sentido “A Clínica da Família ali tem que continuar então nós temos que oferecer o mínimo de segurança!” Seria no mínimo as paredes de tijolo, porque isso aqui é igual papel...” (ACS, Unidade 1)

O horário de funcionamento da unidade também foi apontado como um fator de risco quando ocorrem operações policiais que ocasionam confrontos.

“Eu acho que o horário da clínica deveria mudar... Abre às 7. Eu acho que tinha que ser de 8 às 5. Esse horário de 6 às 7 quase sempre tem operação. Aí a gente fecha, depois quando dá 9 horas fica tudo normal. Aí a unidade já fechou e a gente perde o dia, né? E os usuários chegam aqui cedo, mesmo que esteja

tendo tiroteio eles vêm e se colocam em risco na porta da unidade. Se a unidade abrisse mais tarde a unidade fecharia menos.” (ACS, Unidade 1)

6.4 DISCUSSÃO

A partir dos achados foi possível identificar que de fato o processo de trabalho das equipes que atuam neste nível de atenção é prejudicado em função deste contexto, bem como percebe-se impactos deste tipo de violência sobre a saúde física e mental dos profissionais que atuam em territórios vulneráveis.

A literatura mostrou-se relativamente escassa, o que demonstra a necessidade de uma maior incorporação da dimensão da violência urbana nos estudos sobre o campo da saúde. O caráter transversal e o impacto do fenômeno da violência na qualidade de vida e nos níveis de saúde da população justificam sua inserção nas discussões e estratégias de ação do setor saúde. Contudo, a incorporação desta temática nas discussões setoriais da saúde no país é recente, datando da década de 1990 (Minayo, 2004).

Embora ainda haja certa insuficiência de estudos longitudinais sobre o tema, a bibliografia localizada aponta para uma série de repercussões da Violência Armada sobre o setor saúde, seja à nível individual, coletivo e institucional, conforme aponta o estudo de Willadino et al. (2018).

As constantes operações policiais e confrontos gerados tanto pela presença e disputas frequentes pelo domínio do território efetuadas por grupos civis armados, quanto pela própria estratégia bélica de repressão e enfrentamento adotada pelas forças de segurança, muitas vezes dificultam e impedem a livre circulação das pessoas e o acesso da população às unidades de saúde, assim como o próprio trabalho de proximidade proposto e desenvolvido pelas equipes técnicas desses equipamentos e dispositivos. A violência armada, portanto, se apresenta como um fator que dificulta e limita tanto o deslocamento do usuário à unidade de saúde para ter acesso ao cuidado, quanto a própria possibilidade de deslocamento da equipe de saúde para realização das ações de cuidado à saúde no território (WILLADINO et al., 2018, p. 87).

Essas interferências são observadas pelos profissionais entrevistados a partir das falas que apontam para dificuldades na realização de atividades externas programadas quando há alguma interrupção parcial ou total do funcionamento das unidades e o impacto das situações de conflito armado nos indicadores de saúde, bem como no surgimento ou agravamento de problemas de saúde relacionados a esses eventos.

“Quando tá em amarelo a gente não pode sair da unidade. Não pode fazer VD, não pode fazer ação na escola, não pode fazer coisas que a gente programou, às vezes 1 mês atrás, a gente programou para aquela data e não dá porque tá em amarelo, aí a gente tem que rever todo cronograma, combinar com a escola, o que é muito difícil, porque às vezes a diretora tem lá o seu planejamento também. Então mexe com tudo.” (Enfermeira, Unidade 1)

“A gente já teve inúmeras situações que a gente teve que interromper, impactando diretamente nos indicadores. A gente fez essa estatística de quantas vezes a gente ficou em amarelo e vermelho. Também quando a gente fecha no dia seguinte a gente vê o impacto na unidade que fica lotada de usuários com pressão alta, passando mal e também os profissionais que não conseguem vir trabalhar após esses episódios traumáticos. Eu fiz um levantamento junto com as Técnicas de Enfermagem e vi que num dia tivemos cerca de 120 atendimentos na Sala de Procedimentos enquanto que a média é de 40 a 50 atendimentos por dia.” (Gerente Técnica, Unidade 1)

Deste modo, tais situações de ameaça acabam interferindo diretamente no processo de trabalho das equipes, na realização das atividades laborais destes profissionais, principalmente no que se refere às atividades externas e na circulação no território e causam impactos diretos na qualidade da assistência à saúde destas populações.

Quanto ao impacto da violência armada sobre a saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam em territórios vulneráveis a bibliografia estudada aponta para o surgimento ou piora dos agravos em saúde, sejam de ordem física ou mental. O estudo de Santos et al. (2012) aponta para o risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde, pois eles se expõem cotidianamente à muitos riscos relacionados a diversos agentes, sejam estes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos

O mesmo estudo indica que os profissionais que atuam no nível da APS sofrem com uma série de fatores associados não só ao processo de trabalho como também aos

aspectos relacionados ao contexto comunitário de vulnerabilidade no qual muitas unidades estão inseridas.

No âmbito da atenção primária à saúde, os riscos e a vulnerabilidades percebidas pelos profissionais estão relacionados, principalmente, à deficiência de recursos para realização do trabalho, à violência física e moral e ao desgaste emocional dado pelo contexto sócio-econômico-cultural no qual o trabalho está inserido (SANTOS et al., 2012, p. 210).

Em um estudo transversal realizado com Agentes Comunitários de Saúde no município de São Paulo em 2006, Silva & Menezes (2008) identificaram alta frequência de níveis intensos de *burnout* e alta prevalência de transtornos mentais comuns entre esses profissionais. A pesquisa aponta ainda para a necessidade de estratégias de intervenção no cotidiano desses indivíduos e de novos estudos para melhor compreensão do quadro atual e dos determinantes destes agravos.

A dinâmica laboral dos ACS tem características particulares, pois esses trabalhadores vivenciam a realidade do bairro onde moram e trabalham, mas sua capacitação se dá a partir de referenciais biomédicos, o que os transforma em portadores de muitas contradições. O acesso dos clientes/vizinhos aos ACS frequentemente ocorre fora do horário de trabalho e em qualquer local do bairro. Outra questão é como esses trabalhadores enfrentam situações complexas, como dinâmicas familiares de difícil intervenção, violência, tráfico de drogas, muitas vezes sem uma rede social instituída e sem a equipe interdisciplinar necessária. (...) Em uma realidade que faz parte do cotidiano dos trabalhadores do PSF, em particular o ACS, em que o cliente tem dor, angústia, ou raiva, pode haver sobrecarga de trabalho, insatisfação, sensação de inadequação e incompetência e o desenvolvimento de esgotamento e TMC (SILVA & MENEZES, 2008, p. 928).

Articulando os dados encontrados na pesquisa bibliográfica com as falas dos profissionais que participaram do presente estudo, é possível confirmar que as características do trabalho desenvolvido no nível da APS e o contexto territorial das unidades analisadas, acarretam consequências diretas à saúde física e mental destes trabalhadores, conforme apontaram as falas a seguir:

Por conta das diversas situações de violência que vivenciei no território, eu tive o desenvolvimento de um quadro de transtorno misto depressivo ansioso. Fiquei afastada durante alguns dias do trabalho e tive que passar a fazer uso de

medicação antidepressiva. Eu percebo constantemente em mim: estresse físico e mental, indisposição fora o ambiente de trabalho, cansaço mental. Enfim, é muito difícil e estou pedindo transferência de território. Cheguei no meu limite! (Psicóloga, Unidade 2)

“Tá me afetando diretamente! Tá afetando minha saúde... A minha imunidade baixou, tive que fazer reposição de ferro, eu vivo resfriada... Mas porquê? O nível estresse afeta diretamente o nosso físico, né? Não só os problemas do território em si, mas também o fato de fazer parte do Acesso e ter que tomar essas decisões é muito difícil! A gente precisa ter sangue frio e tem hora que o psicológico não aguenta.” (ACS, Unidade 1)

A partir dos dados encontrados, faz-se necessário ampliar a discussão acerca das estratégias de prevenção individuais e coletivas adotadas pela instituição responsável pela gestão destas unidades de saúde, neste caso a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Embora a SMS-RJ adote o protocolo de Acesso Mais Seguro, desde 2009, e haja uma boa avaliação por parte dos profissionais acerca das medidas adotadas nos planos de segurança das unidades, observa-se também que estas ainda são insuficientes, conforme destacado na seguinte fala:

Eu acho que o risco vai muito além da unidade. Ele está no território, no chegar, no sair. Mas na minha opinião, estar em uma unidade onde não passa um tiro de pistola ou de fuzil, é muito mais tranquilo do que estar em um lugar que você sabe que vai passar. Uma estrutura feita de isopor e dry-wall é obvio que vai passar! E tem uma discussão longa aí... coloca muro ou não coloca muro? Na minha opinião: sim! Não resolve o problema da violência, mas minimiza o risco de quem está ali. Porque a violência não acaba, Ela está ali. E enquanto ela está ali, como a gente lida com ela? Pelo menos evitar que alguém seja baleado lá dentro. Eu não consigo imaginar essa questão de layout, quando na verdade por causa do layout a unidade tá sendo alvejada o tempo todo. (Gerente Técnico, Unidade 2)

Neste sentido, percebe-se a importância de que a SMS-RJ discuta internamente acerca das questões estruturais das unidades de saúde, apontadas como uma das principais fragilidades, quando se trata de serviços localizados em áreas conflagradas pela violência, bem como a necessidade de um diálogo ampliado, envolvendo outros setores da gestão pública municipal e da esfera estadual, em particular com os órgãos ligados às forças de segurança, uma vez que em algumas situações os confrontos ocorrem no entorno destas unidades, colocando em risco os profissionais que ali atuam e a população de uma forma geral.

Desse modo, não há como pensar intervenções e/ou medida de prevenção voltada somente ao trabalhador, sem considerar as situações que interferem em seus comportamentos privados e sem acessar os elementos externos, tais como políticos, econômicos, culturais e dos gestores das instituições de saúde, que podem apoiar e direcionar os trabalhadores, numa perspectiva de maior ou menor auto-proteção (RIBEIRO et al., 2010 apud SANTOS et al., 2012, p. 206).

No que se refere às limitações deste estudo, pode-se identificar alguns fatores relacionados ao grupo de entrevistados, tendo em vista que os mesmos são profissionais contratados por Organização Social em regime de trabalho celetista, o que de certo modo pode ter interferido em suas posições frente aos temas abordados na pesquisa. Além disso, as entrevistas e grupo focal foram realizados nas próprias unidades, o que também pode ter sido uma influência no que se refere às respostas obtidas, em particular às que se relacionam com o apoio institucional por parte dos gestores diretos.

Outros fatores relevantes referem-se ao fato de os profissionais conhecerem a minha posição de Assessora de Saúde Mental da CAP 5.1, embora tenha sido esclarecida a neutralidade do meu papel enquanto pesquisadora. Outra questão importante a ser destacada consiste na escolha das Unidades que fizeram parte do estudo, já que embora as mesmas estejam localizadas em áreas prioritárias em relação à incidência de violência armada, não se pode garantir que os dados coletados reflitam a realidade de toda a área, tendo em vista as características e particularidades de cada território.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo refletir acerca do contexto de Violência Armada em territórios onde há presença deste tipo de violência no Município do Rio de Janeiro e suas consequências sobre a atuação dos trabalhadores da saúde no nível da Atenção Primária à Saúde. Para isso, analisou as repercussões da violência armada no processo de trabalho e os impactos deste tipo de violência sobre a saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam em territórios vulneráveis.

Através da revisão bibliográfica e da pesquisa de campo realizada em dois bairros localizados na Zona Oeste da cidade, buscou-se identificar as formas de violência armada a que os profissionais de saúde estão expostos ao atuarem em territórios com conflitos deflagrados, descrever os impactos da violência armada sobre a saúde mental dos profissionais da APS a partir das vivências e percepções relatadas e identificar as estratégias individuais, coletivas e institucionais usadas pelos profissionais da APS para se protegerem da violência armada. A partir da análise das publicações relacionadas ao tema utilizadas neste estudo, observa-se que de fato há repercussões da violência armada no trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em áreas onde essa violência ocorre. Isso pode ser observado tanto na interrupção parcial ou total das atividades desenvolvidas por este setor público, o que repercute nos indicadores de saúde destas localidades, como na maior vulnerabilidade por parte dos profissionais que experimentam sentimentos de temor aos riscos, ansiedade, impotência e frustração. As interferências no processo de trabalho e o impacto na vida dos trabalhadores da APS também foram citados pelo grupo recrutado nas duas unidades participantes da pesquisa.

Diante dos achados desta pesquisa foi possível identificar que os efeitos negativos da Violência Armada sobre o trabalho da APS em áreas com conflito deflagrado afetam não só a população residente e os trabalhadores dessas áreas, que podem ter comprometimentos da saúde física e mental, mas também a própria lógica da política pública do setor saúde no Brasil, que exige uma atuação próxima às famílias no interior das comunidades. Neste cenário, a APS acaba por se descaracterizar, na medida em que se limita a atender as demandas que chegam às Unidades de Saúde, já que nem sempre é possível realizar a busca ativa dos casos mais complexos e que necessitam do atendimento domiciliar.

Embora os estudos evidenciem a existência de repercussões da violência armada no trabalho e na saúde dos profissionais da APS, ainda persistem lacunas relacionadas a

questões que necessitam aprofundamento das análises e o desenvolvimento de estudos. Por exemplo, não foram identificados estudos longitudinais que possam elucidar relações temporais entre a exposição às situações de Violência Armada e o surgimento de doenças ou agravos à saúde dos trabalhadores, o que seria altamente recomendável. Apesar da relativa escassez de pesquisas sobre o tema, os relatos dos participantes deste estudo apontaram para o surgimento ou agravamentos de problemas de saúde de ordem física e/ou mental associados ao contexto de violência presente nos territórios em análise. As falas coincidem em sua maioria com o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns. No entanto, também foram citados agravos físicos, como por exemplo: diminuição da imunidade, hipertensão, dores e ganho de peso.

Da mesma forma, também não foram identificados estudos que evidenciassem o impacto da Violência Armada sobre os indicadores de saúde da população atendida, uma vez que é notória a dificuldade dos profissionais acessarem de forma irrestrita o território coberto pelas Equipes de Saúde da Família em virtude da presença de grupos armados, e a suspensão parcial ou a interrupção total do funcionamento das Unidades de Saúde nos momentos de conflito armado. Embora alguns estudos e as falas dos profissionais entrevistados apontem as estratégias de proteção adotadas pelos profissionais e pela instituição, essas não são suficientes para garantir a assistência plena proposta pela lógica da APS, sendo, portanto, necessário articular o setor saúde com outras políticas públicas setoriais, a fim de minimizar os efeitos da violência armada sobre a qualidade de vida dos sujeitos que vivem e trabalham nestas áreas, já que assim como os trabalhadores de saúde, há outros profissionais que também se expõem cotidianamente aos riscos existentes nestes territórios.

O Programa Acesso Mais Seguro, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde desde 2009, a partir de cooperação estabelecida com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, foi apontado pelos entrevistados como a principal estratégia de proteção coletiva adotada pelas unidades de saúde, o que possibilita uma série de medidas voltadas para a mitigação dos riscos, efeitos e consequências relacionados ao contexto de violência armada nestes territórios. No entanto, os profissionais também apontam para a insuficiência deste recurso, citando principalmente a sensação de desproteção no interior das unidades em função das suas características estruturais.

Ainda no que se refere ao apoio institucional, as falas dos entrevistados foram semelhantes ao afirmarem que se sentem apoiados pelo Gestor diante das situações de violência com as quais se deparam no cotidiano de trabalho, sendo este um aspecto

fundamental, dada a complexidade do trabalho desenvolvido nestes territórios, pois em muitas situações a sensibilidade do gestor frente aos níveis de sofrimento apresentados pelos profissionais determina o nível de impacto da violência sobre a saúde dos mesmos. Em alguns casos são necessárias adequações na organização da rotina de trabalho a fim de minimizar tais efeitos e em outros a indicação de afastamento temporário ou de remanejamento para outro território também são indicações que se fazem necessárias como forma de ofertar cuidado a esses trabalhadores.

Os entrevistados indicam também que estas áreas são carentes da presença do Estado e da implementação de políticas que garantam os direitos básicos, como por exemplo, à saúde, educação e moradia. Nessas ausências, se instalam grupos armados ligados à criminalidade comum, ao narcotráfico e às milícias, cuja política de combate por parte dos governos vem sendo há muito tempo denunciada como fomentadora de mortes e violências. Essa política baseia-se principalmente na lógica de Guerra às Drogas, discutida em um dos capítulos desta pesquisa.

Assim, apesar de nem todos os estudos destacarem a necessidade e o importante papel das políticas públicas, entende-se que elas precisam ser implementadas a partir da necessidade de prevenir a violência armada e seus efeitos danosos sobre a saúde da população a ela exposta. Para isso, é preciso um esforço coletivo entre os governos e a sociedade através de ações que modifiquem essa realidade vivenciada por grande parcela da população e que afetam negativamente suas condições de saúde.

Diante dos resultados deste estudo, cabe assinalar a necessidade de ações e recomendações a serem incorporadas pelas instituições envolvidas diretamente na gestão da APS no município do Rio de Janeiro, em particular a Secretaria Municipal de Saúde. Dentre estas, destaco a necessidade de uma maior interlocução entre os governos municipal e estadual, no que se refere à discussão acerca de situações que ocorrem durante os confrontos entre as forças de segurança pública e atores armados, onde em alguns casos as Unidades de Saúde são expostas a um maior risco, como por exemplo quando estas são utilizadas como base ou refúgio durante as operações.

Outra recomendação importante refere-se à necessidade de o Programa Acesso Mais Seguro incorporar ações de cuidado e suporte aos profissionais que atuam nestas localidades, em particular aqueles que sejam mais afetados pelas consequências da exposição à violência armada de forma contínua. Esta estratégia pode ser desenvolvida a partir de grupos de suporte realizados nas unidades, bem como através da implementação de um programa de Saúde do Trabalhador que contemple ações de

prevenção e cuidado aos trabalhadores que desenvolvam quadros de adoecimento físico ou mental relacionados ao trabalho em áreas conflagradas pela violência armada.

Desta forma, espera-se que os resultados do presente estudo também estimulem novas pesquisas acerca do impacto da Violência Armada sobre o trabalho em saúde da APS e na saúde dos trabalhadores que atuam neste nível de atenção, na medida em que o entendimento acerca da correlação entre essas duas dimensões adquire importância estratégica para a política de saúde pública no Brasil, tendo em vista que a Estratégia de Saúde da Família constitui um eixo estruturante da reorganização e qualificação da APS no país.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Estado de Exceção**. Tradução de Iraci D. Poleti. - Sao Paulo: Boitempo, 2004.

ALBUQUERQUE, V.S. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência**. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

ARAÚJO, F. **Vila Aliança: lugar de história e luta**. Agência de Notícias das Favelas, 2018. Disponível em: <https://www.anf.org.br/vila-alianca-lugar-de-historia-e-luta/>

BATISTA, C.B. et al. **Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 295-317, jul./out.2011.

BRASIL. **Lei nº 8080, 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. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Chiaverini, D.H. (Org.). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Redução Da Morbimortalidade Por Acidentes e Violências**, Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU Nº 96, seção 1e, 18/05/01;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. **Portaria nº 936, de 9 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

_____. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Cadernos de Atenção Básica nº 34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARGO, G.M. et al. **As intervenções federais no Rio de Janeiro: a hipermilitarização do cotidiano**. Revista NEP, Núcleo de Estudos Paranaenses, Curitiba, v.4, n.2, dez. 2018.

CAMPOS, C.J.G. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, 57(5): 611-4. Brasília, 2004.

CAREGNATO, R.C.A. & MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil: Estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06.** São Paulo: Saraiva, 2013.

CAP 5.1. **Página Eletrônica da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.1.** Disponível em: <http://cap51.blogspot.com.br/p/competencias.html>

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018.** Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf

CICONELLO, A. & RENZIO, P. **Ninguém sabe como serão gastos os R\$ 1,2 bilhão aprovados para a intervenção.** Observatório sobre a Intervenção. Vozes sobre a Intervenção, Rio de Janeiro, 2018.

CICV. **O cuidado ajuda a reatar laços. Cartilha sobre saúde mental e violência para os agentes comunitários de saúde.** 1 ed., Rio de Janeiro, 2013.

CRUZ, M. S. et al. **Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 52(5), 355-362. 2003.

DELGADO, P.G.G. **Violência e Saúde Mental: os termos do debate.** O Social em Questão - Ano XV - nº 28, pg. 187 – 198, 2012.

DOWDNEY, L. **Crianças do Tráfico. Um estudo de caso de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro.** Ed. Sete Letras. Rio de Janeiro, 2003.

FIÚZA, T.M. et al. **Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro.** Revista brasileira de medicina família e comunidade. Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 6(18): 32-39.

FORNAZIERI, A. **A intervenção militar no Rio de Janeiro e a guerra contra os pobres.** (2018) Disponível em: <https://jornalggn.com.br/noticia/a-intervencao-no-rio-e-a-guerra-contra-os-pobres-por-aldo-fornazieri>

GALHEIGO, S.M. **Apontamentos para se pensar ações de prevenção à Violência pelo Setor Saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.181-189, 2008.

GOMES, D.M. et al. **Vidas nuas no Estado de Exceção: ensaio sobre a violência policial no Rio de Janeiro.** Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 22, n. 43, p. 85-97, jul./out. 2018.

GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, p. 01-53, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUERRA, A.M.C. et al. **Construindo ideias sobre a juventude envolvida com a criminalidade violenta**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia. UERJ. Rio de Janeiro, Ano 10, n. 2, 2010.

GUERRA, E.L.A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf

GUIMARÃES, J.M.X. et al. **Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(2): 441-451, 2005.

KANNO, N.P. et al. **Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012.

KARAM, L.M. **Sem o fim da “guerra às drogas” não haverá desmilitarização**. Relatório 2013 da Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). Rio de Janeiro, Dezembro, 2013.

_____. **Violência, militarização e “guerra às drogas”**. Seminário “Drogas: Legalização + Controle”, promovido pela LEAP BRASIL, Rio de Janeiro (EMERJ), 2014.

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

LANCMAN, S. et al. **Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública. Vol. 43, n. 4, 2009.

LEAL, S.M.C. & LOPES, M.J.M. **A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(2): 419-431, 2005.

LOBATO, E. **Vilas "americanas" do Rio viram favelas**. Folha de São Paulo, 1999. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/arquitet/arqui30.htm>

LOPES, D.M.Q. et al. **Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo**. Revista Escola de Enfermagem USP 2012; 46(3): 633-40.

LOPES, C.S. et al. **Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study** BMC Psychiatry (2015) 15:109

MACHADO, L.V. & BOARINI, M.L. **Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos** Psicologia: Ciência e Profissão, 2013, 33 (3), 580-595.

MEIRELLES, Z.V. & GOMEZ, C.M. **Rompendo com a criminalidade: saída de jovens do tráfico de drogas em favelas na cidade do Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(5): 1797-1805, 2009.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde.** In: Pereira, IB.; Lima, JCF. (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, 2ª Edição, EPSJV, 2008.

MINAYO, M.C.S. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1994.

_____. **Violência e Saúde.** Coleção Temas em Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2ª edição, 2006.

_____. **Violência: um problema para a saúde do brasileiro apud Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, 1998.

MISSE, M. **Sobre a acumulação social da violência no Rio de Janeiro.** Civitas, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 371-385, set-dez. 2008.

MOTTA, B.L. & DUTRA, G.C. **Violência Armada Organizada: um fenômeno que ameaça fronteiras estatais.** Revista OIKOS. Rio de Janeiro, Volume 9, n. 1, 2010.

NETTO, W.S.B. et al. **Intervenção Federal no Estado do Rio de Janeiro: Plano Estratégico da Intervenção Federal na Área de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro.** 2. ed. Rio de Janeiro: IFERJ, 2018.

NOGUEIRA, R.P. **As dimensões do trabalho em saúde.** In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, MCG. (Org.) Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

PASSOS, E.H. & SOUZA, T.P. **Redução de Danos e Saúde Pública: Construções alternativas à Política Global de “Guerra às Drogas”.** Psicologia & Sociedade; 23 (1): 154-162, 2011

PEDERSEN, D. **Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e ação para a América Latina e região do Caribe.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1189-1198, 2007.

PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde.** In: Pereira, IB.; Lima, JCF. (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, 2ª Edição, EPSJV, 2008.

POLARO, S.H.I. et al. **Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 935-42.

RIBEIRO, W.S. et al. **Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009;31(Supl II):S49-57

SANCHES, S. et al. **Caracterização das Vítimas de Ferimentos por Arma de Fogo, Atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande - MS.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.95-102, 2009.

SANTOS, A.M.V.S et al. **Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde** Caderno de Saúde Coletiva, 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 160-168

SANTOS, J.L.G. et al. **Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2012 junho; 33(2): 205-212.

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

SANTOS, M. **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal).** Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHRAIBER, L.B. et al. **Tecnologias em Saúde.** In: Pereira, IB.; Lima, JCF. (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, 2ª Edição, EPSJV, 2008.

SILVA, A.T.C. & MENEZES, P.R. **Síndrome de Burnout e transtornos mentais comuns entre agentes comunitários de saúde.** Revista de Saúde Pública vol.42 nº.5 São Paulo Out. 2008.

SILVA, C.J.P. et al. **Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(1): 127-136, 2014.

SILVA, M.A. et al. **Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2): 391-396, fev., 2013.

SILVA, R.C. **População do Rio de Janeiro. 2017.**

Disponível em: <https://www.infoescola.com/geografia/populacao-do-rio-de-janeiro/>

SOUZA E SILVA, J. et al. **Grupos criminosos armados com domínio de território: Reflexões sobre a territorialidade do crime na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** In: Justiça Global (Org.) Segurança, Tráfico e Milícias no Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Fundação Heinrich Böll, 2008.

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 Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.363-376, 2011.

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

TRINDADE et al. **Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da Estratégia de Saúde da Família.** Revista Latino Americana de Enfermagem, setembro-outubro, 2009.

WASELFISZ, J.J. **Mapa das Mortes por Violência.** Estudos Avançados 21(61): 120-138, 2007.

_____. **Mapa da Violência: Mortes Matadas por Arma de Fogo. 2015.**

Disponível em www.juventude.gov.br/juventudeviva

WIEVIORKA, M. **O novo paradigma da violência.** Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo, 9(1): 5-41, Maio, 1997.

WILLADINO, R. et al. **Novas configurações das Redes Criminosas após a implantação das UPPs.** Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2018.

ZALUAR, A. & BARCELLOS, C. **Mortes prematuras e conflito armado pelo domínio das favelas no Rio de Janeiro.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 28 nº 81, Fevereiro, 2013.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**O IMPACTO DA VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é identificar os impactos da violência armada sobre a saúde mental dos profissionais que atuam no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios vulneráveis no Município do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa pretendemos identificar as formas de violência armada a que os profissionais de saúde estão expostos ao atuarem em territórios com conflitos deflagrados a fim de analisar os impactos da violência armada sobre a saúde mental dos profissionais da APS, bem como identificar as estratégias individuais, coletivas e institucionais usadas pelos profissionais da APS para se protegerem da violência armada.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: 1) Entrevistas Individuais; 2) Rodas de Conversa. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: possíveis desconfortos e insegurança por parte dos entrevistados em responderem questões que considerem de ordem pessoal e confidencial, bem como falarem acerca do tema da pesquisa. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, as entrevistas e rodas de conversa serão conduzidas de forma cuidadosa e respeitando os limites individuais de cada participante. Os benefícios da pesquisa podem ser considerados de forma direta e indireta na medida em que o estudo pretende identificar estratégias individuais e coletivas de proteção e redução dos riscos relacionados à violência armada sobre a saúde mental do trabalhador da Atenção Primária à Saúde.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Entrevistador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Simone Pires e Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psiquiatria - UFRJ
Fone: 3938-5512
E-mail: simonepiresesilva@gmail.com

ANEXO 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Eixo Temático 1: Representação sobre Violência no Rio de Janeiro

- Você identifica situações de Violência Armada⁷ no Rio de Janeiro? Em caso afirmativo, que situações você identifica e como você reage a estas?
- Você avalia que fatores socioeconômicos e comunitários interferem na situação de Violência Armada no Rio de Janeiro? Em caso afirmativo, quais fatores você identifica?
- Você percebe diferenças entre as formas de violência perpetradas pelos atores armados (pessoas ligadas ao tráfico de drogas) e forças de segurança (Ex.: Polícias, Forças Armadas)? Em caso afirmativo, quais diferenças você identifica?

Eixo Temático 2: Prática profissional na APS e o contexto de Violência Armada nos territórios

- Você identifica situações de Violência Armada no território onde trabalha? Em caso afirmativo, de que maneira você avalia a interferência das situações de Violência Armada no seu trabalho?
- Você avalia que os profissionais de saúde estão mais expostos às situações de Violência Armada do que profissionais de outras áreas? Em caso afirmativo, descreva essas diferenças.

Eixo Temático 3: Percepção e Sensação de risco

- Você já se sentiu ameaçado(a) em função do contexto de Violência Armada no território? Em caso afirmativo, descreva as situações e de que maneira você lidou com elas.
- Você já deixou de realizar alguma atividade no trabalho em função do contexto de Violência Armada no território? Em caso afirmativo, quais consequências você identifica para o pleno desenvolvimento de suas funções.

Eixo Temático 4: Estratégias individuais e coletivas de proteção aos riscos da Violência Armada

- Descreva de que maneira você se protege diante das situações de Violência Armada.
- Você identifica estratégias de proteção definidas pela Unidade de Saúde voltadas para os profissionais de forma coletiva?
- Você avalia que essas estratégias são suficientes para garantir sua proteção e dos demais profissionais? Caso negativo, quais outras estratégias seriam necessárias?

Eixo Temático 5: Apoio Institucional para lidar com as situações de violência no cotidiano da APS

- Você se sente apoiado(a) pelo Gestor diante das situações de violência com as quais se depara no seu cotidiano de trabalho? Em caso afirmativo, descreva o tipo de apoio que você recebe do Gestor. Em caso negativo, que tipo de apoio você avalia necessário receber do Gestor.

Eixo Temático 6: Relação entre prática profissional e impactos percebidos na saúde física e mental

- Você relaciona o contexto de Violência Armada no território onde trabalha com algum impacto para sua vida? Em caso afirmativo, quais impactos você identifica?
- Você identifica o desenvolvimento de algum problema de saúde (física e/ou mental) a partir do momento que passou a trabalhar neste território? Em caso afirmativo, quais problemas você identifica?

⁷ Esse tipo de violência, aqui denominado como “violência armada”, está associado principalmente a facções criminosas ligadas ao tráfico de drogas, o que tem gerado por parte do Estado operações policiais com o objetivo de retomada de controle destes territórios, mas também é fruto de disputas territoriais entre grupos rivais. Esta realidade é vivenciada, sobretudo, em áreas com maior grau de vulnerabilidade socioeconômica e carentes de recursos públicos, nos grandes centros urbanos.