



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

TÂNIA CHRISTIANE FERREIRA BISPO

**ROMPENDO O SILÊNCIO:
ESTUDO DE VITIMIZAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO ÂMBITO DO TRABALHO EM SALVADOR-BA**

Salvador/BA
2011

TÂNIA CHRISTIANE FERREIRA BISPO

**ROMPENDO O SILÊNCIO:
ESTUDO DE VITIMIZAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO ÂMBITO DO TRABALHO EM SALVADOR-BA**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Sociais e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Paes Machado.

Salvador/BA
2011

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

B622r Bispo, Tânia Christiane Ferreira.

Rompendo o silêncio: estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA / Tânia Christiane Ferreira Bispo. -- Salvador: T.C.F. Bispo, 2011.

202 f.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Paes Machado.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Violência Relacionada ao Trabalho. 3. Vitimização. I. Título.

CDU 364

TÂNIA CHRISTIANE FERREIRA BISPO

**ROMPENDO O SILÊNCIO: ESTUDO DE VITIMIZAÇÃO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO TRABALHO EM SALVADOR-BA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de “Doutor em Saúde Pública”, área de concentração – Ciências Sociais em Saúde, junto à seguinte banca examinadora:

PROF. DR. EDUARDO PAES MACHADO (ORIENTADOR)
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

PROF^a. DR^a. LENY ALVES BONFIM TRAD
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

PROF. DR. GEOVANI JACÓ DE FREITAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UEC

PROF^a. DR^a. MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- BA

PROF. DR. PAULO CESAR PONTES FRAGA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA- UFJF

PROF. DR. CARLOS FRANCISCO LINHARES DE ALBUQUERQUE
UNIVERSIDADE SALVADOR- UNIFACS

Salvador/BA
29 de abril de 2011

À minha filha **LARA**,
por ser o anjinho que Deus colocou na minha vida, esse pequeno raio de sol que mesmo sem entender o porque deste trabalho, rezava junto comigo e pedia a papai do céu para “mamãe terminar logo essa tese para poder brincar comigo”.

A minha amada mãe **MARIA**,
que fez de meus sonhos seus próprios objetivos e de meus objetivos sua própria luta e mesmo hoje sem estar conectada em nosso mundo, me ensina a cada dia a arte de educar e o prazer de ser educadora.

AGRADECIMENTOS

Para que esse trabalho fosse construído contei com a participação, seja em maior ou menor grau de vários atores ilustres, nos quais um pequeno texto não daria conta da importância e das especificidades que cada um destes tiveram no decorrer dessa caminhada. Relembro aqui algum desses a quem quero expressar meus agradecimentos:

A **Deus**, pela dádiva da existência e por estar comigo em todos os momentos da vida.

Ao Prof. **Eduardo Paes Machado**, estimulador de novas indagações, pelas valiosas contribuições na orientação deste estudo.

À Prof^a. **Leny Trad**, pela disponibilidade, exemplo de uma postura competente e criteriosa.

À Prof^a. **Ângela Nascimento** por ter aceitado compor esta banca, pelo exemplo de grandeza humana e intelectual nos meus passos iniciais na Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS, Centro acadêmico que me possibilitou trilhar pelo caminho científico, o meu carinho, respeito e admiração;

A **Cesinha, Purificação, Silvinha, Michele e Odilza**, colegas de doutorado, hoje amigos. Parte da caminhada prazerosa vivenciei com vocês, mergulhamos juntos na vivência acadêmica e descobrimos muito mais do que os nossos objetos de estudo. Com vocês refleti e aprendi sobre as grandes amizades;

A **Moisés**, amigo querido, por todos os momentos compartilhados juntos que tornou essa caminhada muito mais prazerosa;

Aos amigos professores da UNEB **Mary Galvão, Terezinha Andrade, Eliana Auxiliadora e Cristina Campos** à que eu carinhosamente chamo de “Equipe Querida”, companheiras de lutas comuns, cuja união me incentivou a prosseguir;

ÀS Queridas alunas **Talita e Paula Fernanda** pela disponibilidade e por todos os momentos de aprendizado compartilhados juntas;

À **Lilian Almeida e Telmara Couto**, amigas-irmãs de todas as horas, apostas a cada suspiro meu, fomos e somos uma para outra sempre cúmplices. Com certeza a minha história não seria a mesma se não estivéssemos juntas. Obrigado por fazer parte de mais esta vitória;

Às funcionários do ISC **Clínger, Marlos, Antonia, Thaís e Élia**, pela inestimável ajuda em todos os momentos do doutorado, especialmente a **Anunciação** a quem eu carinhosamente chamo “a morena mais bela do ISC” disponível e solidária, sempre com o sorriso presente, não medindo esforços para acolher e amenizar os problemas;

Aos **Agentes Comunitários de Saúde** que participaram e contribuíram para a realização da pesquisa, seus relatos de vida, seus silêncios, suas expressões faciais, suas lágrimas contribuíram muito mais do que para uma produção científica. Aqui registro a minha admiração e respeito a esses profissionais especialistas em superar desafios, pois sem eles, com certeza, esse trabalho não teria a razão de existir;

Aos **colegas do LAVIS** pelas valiosas contribuições nas reuniões de grupo;

Aos **amigos** que compartilharam comigo todas as alegrias e preocupações no decorrer deste curso, sempre me encorajando a seguir em frente nesta difícil caminhada.

Especialmente, **a minha família, meu Porto Seguro**, pelo apoio, orações, sempre me estimulando a construir o meu caminho com zelo, a meu marido Demo, minha mãe Socorro e minha sogra Sônia por cuidarem do nosso bem precioso **LARA** para que eu pudesse dar conta de todas as atividades acadêmicas, e a minha sogra também por contribuir em todas nossas confraternizações acadêmicas com sua feijoadada maravilhosa;

Ontem fiquei horas esquecidas assistindo ao trabalho das formigas, indiferentes a tudo, na sua meta de construir. E aprendi o quanto é importante fazer... Fazer sempre e tudo para alcançar os galhos mais altos da árvore da vida e melhor se alimentar do fruto ali quase esquecido: a PAZ. Oh, Deus! Torname indiferente a tudo o que não seja construir com o meu trabalho, um mundo novo, onde só as pessoas, bichos e coisas existem porque amam e entendem o amor como o único sentido da vida...

Djavan

RESUMO

Esta tese apresenta os resultados de uma investigação no município de Salvador - BA sobre a vitimização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa de Saúde da Família (PSF) no âmbito do trabalho. Teve como objetivo geral: analisar as formas e efeitos da vitimização sobre o trabalho, identidade e saúde dos ACS do PSF em Salvador - BA. A literatura nacional e internacional sobre vitimização de profissionais de saúde destaca a vulnerabilidade destes às agressões verbais e físicas, sobretudo os profissionais que desenvolvem suas atividades cotidianas em ambientes externos e em constantes deslocamentos como é o caso do ACS. Para tanto foi utilizado o referencial teórico da Teoria das atividades rotineiras e defesas contra o crime. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de natureza etnográfica, onde foram utilizadas: entrevista semi-estruturada, observação participante, análise documental e Grupo Focal. O espaço do estudo foram três Distritos Sanitários do PSF em Salvador - BA. Os sujeitos pesquisados foram 75 ACS. Para análise dos dados foi utilizada a análise temática de Bardin. Os resultados apontaram que um dos conflitos mais significativos que atingem os ACS é o risco de vitimização. Seu cotidiano de trabalho envolve uma estruturação espaço-temporal específico de atividades, tais como trabalhar na mesma região em que reside, entrar em casa de pessoas pouco conhecidas e em muitos casos, transitar diariamente pelas mesmas ruas onde ocorre o movimento do tráfico de drogas e da criminalidade em geral. Desta forma, adentrar em determinadas áreas da Cidade num contexto de violência explícita, leva os ACS a utilizarem defesas primárias e secundárias para se protegerem dos agravos à saúde e riscos a que estão expostos no âmbito do trabalho. A pesquisa também permitiu dialogar a respeito dos problemas de saúde já identificados por outros estudos, concluindo que os agravos à saúde decorrem também das condições de trabalho inadequadas, da falta de uma assistência eficaz, da vitimização secundária que culpabiliza, responsabiliza e pune os trabalhadores. Frente ao exposto, torna-se imprescindível a obrigatoriedade de abordagem relacionada à violência no âmbito do trabalho com garantia de espaço de discussão acerca da temática, de forma a embasar a formulação de políticas públicas instituídas em defesa destes trabalhadores, assim como aprofundamento das questões levantadas sobre os agravos à saúde dessa categoria como uma via possível para planejar, executar e formular estratégias de prevenção do crime e do adoecimento, e promoção da saúde e qualidade de vida para os Agentes Comunitários de Saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Violência relacionada ao trabalho. Vitimização.

ABSTRACT

This paper presents the results of an investigation in the Municipality of Salvador – BA on the victimization of the *Agentes Comunitários de Saúde – ACS* (Community-Based Health Agents) of the *Programa Saúde da Família - PSF* (Family Health Program) in their work environment. The general purpose was to analyze the forms and effects of victimization on the work, identity and health of the ACS's of the PSF in Salvador - BA. National and international literature on victimization of health professionals highlights their vulnerability and the verbal and physical aggressions, above all for professionals developing their daily activities in external environments and in constant displacement, such as the case of the ACS's. For that purpose, the theoretical referential of the Theory of routine activities and defenses against crime was used. This was a qualitative research of an ethnographic nature. To collect the information, the following means were used: semi-structured interviews, participant observation, documental analysis and Focal Group. The study took place in three Sanitary Districts of the PSF in Salvador – BA. The subjects were 75 ACS's. The Bardin thematic analysis was used for data analysis. The results pointed out that one of the most significant conflicts concerning the ACS's is the risk of victimization. Their daily work involves a specific space-time structure of activities, such as working in the same region of residence, entering the homes of people one knows little about and, in many cases, transit daily through the same streets where drug trafficking and crime in general occur. In this manner, entering into certain areas of the city, in a context of explicit violence, drives the ACS's to use primary and secondary defenses to protect themselves against aggravations to health and risks to which they are exposed in their work environment. The research also permitted dialogue in relation to health problems already identified in other studies, concluding that the aggravations to health are also because of 1) the inadequate working conditions; 2) lack of efficient assistance; 3) secondary victimization that blames, makes answerable for and punishes the workers. Due to the exposed, it is vital that it be mandatory to have an approach related to violence in the work environment with a guarantee of a space for discussion on the matter in order to establish the formulation of public policies organized in defense of these workers, as well as an in-depth study of issues raised about the health aggravations of this category, thus being possible to plan, execute and set strategies to prevent crime and sickness, and promote health and quality of life for the Community -Based Health Agents.

Keywords: Community-Based Health Agents. Violence related to work. Victimization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSH	Agentes Comunitários de Saúde / Homens
ACSM	Agentes Comunitárias de Saúde / Mulheres
CONDER	Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ENF	Enfermeira (o)
ENT	Entrevistadora
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MOH	Moradores/ Homens
MOM	Moradoras Mulheres
NIOSH	<i>National Institut for Occupational Safety and Health Administration</i>
OS	Profissional de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Ecológico para compreensão da violência.	39
Figura 2: Construção dos Dados - triangulação de múltiplas fontes de evidências...43	43
Figura 3: Distribuição Territorial dos Distritos Sanitários de Salvador, 2008.....	72
Figura 4: Infraestrutura nos Distritos (1).....	82
Figura 5: Infraestrutura nos Distritos (2).....	83
Figura 6: Infraestrutura nos Distritos (3).....	84
Figura 7: Esquema da vitimização sofrida pelos ACS's	118
Figura 8: Estratégias de defesa.....	147
Figura 9: Dispositivos de segurança utilizadas pelas comunidades (1)	150
Figura 10: Dispositivos de segurança utilizadas pelas comunidades (2)	151
Figura 11: Dispositivos de segurança utilizadas pelas comunidades (3)	152

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Distribuição de Equipes de ACS e Saúde da Família, no 1º Semestre de 2008, Salvador-BA.	73
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO	22
2.2	A VIOLÊNCIA NO TRABALHO E A VITIMIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	24
2.3	A VIOLÊNCIA E A VITIMIZAÇÃO NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	32
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	41
3.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	41
3.2	CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....	42
3.2.1	Entrevista Semiestruturada	43
3.2.2	Grupo Focal.....	45
3.2.3	O Diário de Campo.....	47
3.2.4	Observação Participante.....	48
3.2.4.1	<i>O relato da experiência etnográfica</i>	<i>51</i>
3.2.5	Análise Documental.....	66
3.3	ATORES SOCIAIS: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	66
3.4	OS CENÁRIOS	71
3.4.1	Caracterização do município de Salvador e seus Distritos Sanitários....	71
3.4.2	Distrito A.....	74
3.4.3	Distrito B.....	75
3.4.4	Distrito C.....	76
3.5	QUESTÕES ÉTICAS	92
3.6	ORGANIZAÇÃO, CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	863
4	CARACTERIZANDO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA DE AGENTE COMUNTÁRIO DE SAÚDE.....	88
5	O PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS	98
5.1	INGRESSO NA PROFISSÃO DE ACS.....	98
5.2	A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	101

5.3	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	103
5.4	DIFICULDADES E FACILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS	105
6	VITIMIZAÇÕES QUE ACOMETEM OS ACS NOS ESPAÇOS DO TRABALHO.....	117
6.1	VITIMIZAÇÃO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS.....	118
6.2	VITIMIZAÇÃO NOS ESPAÇOS PRIVADOS	126
6.2.1	A violência doméstica e seus impactos no trabalho dos ACS.....	134
7	O IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO SOBRE A SAÚDE DOS ACS	137
8	AS DEFESAS UTILIZADAS PELOS ACS NO ENFRENTAMENTO DA VITIMIZAÇÃO	142
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
	REFERÊNCIAS.....	171
	APÊNDICES	189
	ANEXOS	200

1 INTRODUÇÃO

No Relatório sobre a repercussão da violência na saúde das populações americanas, a Organização Pan-Americana da Saúde ressalta que, “a violência, pelo número de vítimas e magnitudes de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública” (OPAS, 1993, p. 8).

A violência extrapola todos os limites e atinge vários segmentos, dentre eles o da saúde. São vítimas que morrem, ou que demandam atendimento em serviços de urgência e emergência, ou que necessitarão de reabilitação física ou psicológica. Em contrapartida, o setor de saúde precisa ser devidamente dimensionado, com a criação de programas ou políticas que incorporem a dimensão dos sujeitos que vivenciam as situações de violência, direta ou indiretamente (DESLANDES, 2002).

O Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE (2000) assevera que a violência é um problema social e de saúde pública que ameaça o desenvolvimento dos povos e afeta a qualidade de vida, provocando um estado de erosão permanente no tecido social. É um fenômeno mundial sem fronteiras, que independe de raça, idade, condição socioeconômica, educação, credo ou religião, orientação sexual e local de trabalho. Atualmente, atinge proporções epidêmicas, com amplas ramificações na atenção a saúde.

Stanko (2003) denuncia o caráter restrito de definições institucionais, salientando que “violência” é um termo ambíguo e o seu uso é moldado de diversas formas por diferentes pessoas, para descrever um amplo escopo de eventos e sentimentos. O seu significado está mergulhado no seu contexto. As mensagens que a violência transmite são captadas através do seu contexto, e compreendidas de formas diversas a depender da idade, gênero, orientação sexual, identidade e história pessoal de quem a sofre.

Segundo Silva Filho (2004), o Brasil tem, por causa da violência, um custo estimado de trezentos milhões por dia, valor superior ao enviado à reforma da previdência. No entanto não é contabilizado o sofrimento físico e psíquico das vítimas da violência no Brasil, uma das mais dramáticas do mundo. O referido autor destaca que, com 3% da população mundial, o Brasil concentra 9% dos homicídios cometidos

no planeta. Na década passada, os homicídios cresceram 29%, e entre os jovens o crescimento foi de 48%.

Se nas últimas décadas a violência era uma característica dos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, nesta década, também se tornou um fenômeno nos meios rurais, o que aponta a violência como um indicador negativo para a qualidade de vida, em qualquer âmbito do habitat humano. Esse espectro da violência demanda que se reflita neste problema com fortes traços de conotação social que, portanto, deverá ser combatido por projetos que envolvam e emirjam da sociedade para que ensejem uma melhor qualidade e condição de viver.

Desde o final da década de 1980, a violência ocupa o segundo lugar nas causas gerais de morte entre a população brasileira. Embora já se saiba que esse tipo de agravo é previsível e de efetiva prevenção, redutível por políticas de caráter multisetorial, na Bahia a violência segue sendo a segunda causa de morte com tendência a se tornar a primeira delas, constituindo-se assim no principal desafio para a saúde pública ainda nesta primeira década do século XXI (DAB/DATASUS/SIAB/SMS, 2009).

Souza (2009) explica que, no final de 2005, o Ministério da Saúde, com base na taxa de homicídios de Salvador em 2004, publicou que a capital baiana passou a ocupar a sétima colocação dentre as cem cidades mais violentas do país. Com uma marca de 33,2 homicídios por 100 mil habitantes, a cidade está muito acima da taxa aceitável pela Organização das Nações Unidas (ONU), que seria de 12,54%.

Dados do SIAB mostram que na Bahia em 2008 ocorreram 9.832 óbitos e 46,8 mil internamentos hospitalares por violência e acidentes, correspondendo a um coeficiente de mortalidade de 68,0 por 100.000 habitantes. Isso significa 27 mortes por Causas Externas (CE) por dia e que um em cada dez mil baianos morreram por essa causa (DAB/DATASUS/SIAB/SMS, 2009).

Em Salvador, como no resto do Brasil, o índice de mortes violentas vem crescendo na faixa etária mais jovem da população. As mortes violentas ou por causas externas no Brasil, juntamente com as doenças cardiovasculares, lideram os índices de causa de mortalidade. O problema da violência é tão amplo que a observação empírica dos fatos faz com que, pouco a pouco, o assunto deixe de ser apenas um caso de polícia, sobre a responsabilidade da esfera pública, e se projete

para outros segmentos da sociedade, já estando até mesmo incluído no âmbito da saúde pública, por exemplo.

No que concerne à violência no trabalho, o deslocamento dos trabalhadores do setor secundário da economia para o setor de serviços tem ampliado o número de trabalhadores que exercem as suas atividades laborativas em espaços públicos e/ou abertos ao público. Com isso, o confinamento dos ambientes de trabalho onde prevalece à sensação de isolamento e monotonia, embora ao mesmo tempo denote mais segurança para o trabalhador, tem cedido lugar às atividades e ocupações onde a sociabilidade é exercitada pela interação direta com o público. Estes trabalhadores, embora consigam superar os inconvenientes dos locais fechados, acham-se mais expostos a situações estressantes e hostis, e executam um maior esforço, do ponto de vista patológico, para lidar com a diversidade e imprevisibilidade dos usuários (PAES-MACHADO E LEVENSTEIN, 2000). Em geral, tais situações estão associadas a atos violentos dirigidos ao trabalhador, com consequências inesperadas do ponto de vista físico, mental, social e profissional.

Nessa perspectiva, estudos da União Européia revelam que 4% da população economicamente ativa afirmam ter sofrido alguma forma de violência no trabalho e que os ambientes de maior risco concentram-se no setor de serviços (saúde, transporte, comércio, varejista e educação). Conceitualmente, a violência no trabalho relaciona-se a “qualquer incidente desagradável quando funcionários são maltratadas, ameaçados ou agredidos, em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, envolvendo uma explícita ou implícita para a sua segurança, bem estar e saúde” (WADDINGTON; BADGER; BULL 2006, p. 5).

Wynne e outros (1997) acrescentam ao conceito de violência no trabalho os incidentes 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, abusos psicológicos e insultos.

A esses 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-los 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 de integridade psíquica e, portanto, da dignidade humana (SOARES, 2001). A violência indireta pode ocorrer 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 agressores.

Discutir violência no trabalho é uma tarefa complexa, visto que exige definir o local de trabalho, o conceito de violência, além de estabelecer um nexo causal entre trabalho e violência. Quando o trabalho é realizado em ambientes abertos, como por exemplo, na rua, torna-se difícil a distinção entre local de trabalho e trajeto, fator decisivo para a análise desses eventos (LANCMAN *et al.*, 2009).

Desta forma, a violência evidencia-se em serviços como o Programa Saúde da Família (PSF), e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), os quais inicialmente foram criados como programas e atualmente são estratégias, e que, na sua implantação, privilegiaram áreas de maior risco social, criando estratégias que previam um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida. Geralmente suas atividades são efetivadas em ambiente externo à unidade de saúde, como por exemplo, a própria residência dos usuários, fator que aumenta a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência.

O PSF teve início no Brasil na década de 1990 e constitui-se na principal estratégia do Ministério da Saúde para a organização da atenção básica (BRASIL, 1991). Contudo, o PSF não auxiliou suas equipes a desenvolverem instrumentos para lidar com a complexidade dessas novas práticas. O PSF segue princípios de integralidade e de territorialização de atenção à saúde, pressupondo o entrosamento entre a equipe e a comunidade, e tem seu foco na família. A equipe interdisciplinar é um dos seus pilares na operacionalização do trabalho, “facilitando o desenvolvimento da abordagem integral de indivíduos/família e a compreensão dos diferentes fatores que interferem no processo saúde/doença” (LANCMAN, 2009). Cada equipe mínima é composta por um médico (a) generalista, um enfermeiro (a), um auxiliar de enfermagem e seus Agentes Comunitários de Saúde, sendo responsável por uma média de 800 a 1000 famílias residentes na sua região.

Nessa perspectiva, a organização do trabalho no setor saúde, após a implementação dos programas acima citados, propiciou maior interação dos trabalhadores com a realidade cotidiana da população, sobretudo os Agentes

Comunitário de Saúde – ACS. Observa-se que o problema da violência vivido pelas comunidades ganhou maior visibilidade para os trabalhadores, que por força de seu trabalho passaram a ser atingidos, mesmo que indiretamente, pelas realidades e problemas da comunidade com a qual trabalham.

Assim, no cotidiano de trabalho, os profissionais do PSF têm de transpor vários obstáculos impostos pela violência social, tema pouco discutido na área de saúde. Estudos recentes da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1998) afirmam que, em diversos países, determinadas profissões representam alto risco de exposição à violência. Nesse contexto se inserem os Agentes Comunitários de Saúde. Assim, é evidente a vitimização desses trabalhadores, seja no cotidiano social, no trajeto para o trabalho e, especialmente, no contexto de sua atividade profissional.

Nessa perspectiva, Garrido (2004) afirma que no cotidiano de trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família, a exposição a situação de violência é frequente, revelando uma situação mais acentuada dos Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que esses profissionais, a fim de realizarem suas atividades laborais, efetivam estas ações em ambiente externo.

Dessa forma, entre as atividades preconizadas para os Agentes Comunitários de Saúde está o atendimento domiciliar, que significa atendimento de acordo com a identificação das necessidades pela equipe, necessária no ambiente do usuário do serviço de saúde. No entanto, se conviver com a violência social no centro de saúde não é simples, ir ao encontro dela é mais complicado ainda. As atividades de atenção à saúde têm como uma de suas diretrizes atender à livre demanda, o que significa também estar sujeito às mais diversas situações, independente de seu grau de risco.

No momento da visita domiciliar, a tensão se multiplica pela incerteza do que vai ser encontrado no ambiente, principalmente quando se trata de grandes aglomerados. Assim, subir e descer morros e ladeiras, percorrer ruas e becos, entrar nas casas, abordar pessoas que conversam nas ruas e, mais do que isso, fingir não se assustar com a violência domiciliada nesses endereços pode ser traduzido como expressão da própria angústia e ansiedade relacionadas com o trabalho. Aliado a isso o medo de não ser possível resolver, com os recursos disponíveis, os problemas de saúde dos pacientes visitados.

Nesse sentido, não são raras as situações em que os profissionais são ameaçados e chegam mesmo a sofrer agressões ao prestarem atendimento a pacientes com problemas de saúde e sem condições de realizarem os cuidados necessários. Há uma responsabilização do profissional que extrapola sua capacidade real de resolução dos problemas de saúde da população. Assim, os profissionais, embora se empenhem em prestar uma atenção qualificada aos usuários que atendem, em muitas situações são reconhecidos como trabalhadores desqualificados e incompetentes, sendo-lhes atribuída total responsabilidade sobre o estado de saúde dos pacientes.

Minha experiência profissional como enfermeira, desde o final da década de 1990 até os dias atuais, colocou-me frente ao desafio de lidar com situações relacionadas à violência. Na minha trajetória profissional participei na condição de mediadora no Programa Saúde para Todos na América Latina, realizado em 2006, pelo Instituto de Saúde Coletiva, cujo propósito era desenvolver um Programa de Prevenção da Violência para as equipes do Programa Saúde da Família. Nessa ocasião, tive a oportunidade de interagir com equipes de Agentes Comunitários de Saúde e presenciar os vários problemas que eles enfrentavam no seu cotidiano de trabalho, dentre eles, a exposição às situações de violência, motivo pelo qual me interessei pela temática.

Este estudo mostrou-se de grande valia, na medida em que a produção teórica brasileira sobre o trabalho do ACS tem pouco explorado a intersecção violência. Em vista disso, tenho a expectativa que os resultados apresentados permitam conhecer as dimensões do problema e fornecer contribuições significativas para o debate político sobre violência no trabalho, revelando estratégias ainda pouco visualizadas de promoção à saúde junto à população estudada.

Assim sendo, ao analisar a vitimização de Agentes Comunitários de Saúde, esse estudo desloca o foco tradicional para o contexto organizacional em que a vitimização acontece (incluindo a distinção entre o papel da organização e do trabalhador), buscando investigar: quais são os tipos, formas e efeitos da vitimização sobre o trabalho e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família em Salvador-BA? E quais as defesas utilizadas pelos ACS para o enfrentamento da violência no seu cotidiano de trabalho?

Assim, este estudo teve como objetivo geral:

- Analisar os tipos, formas e efeitos da vitimização sobre o trabalho e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde;

E como objetivos específicos:

- Descrever o trabalho desenvolvido pelas equipes de Agentes Comunitários de Saúde em Distritos Sanitários de Salvador-BA;
- Caracterizar os diversos tipos e formas de vitimização existentes no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Conhecer os efeitos da vitimização sobre a saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde;
- Analisar as defesas utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para o enfrentamento da violência no cotidiano de trabalho.

Antes de trazer as vozes dos “ACS vitimizados” para a cena principal deste trabalho, descrevo, de modo sucinto, as principais teorias que cercam o fenômeno da violência relacionada ao trabalho e alguns aspectos que marcam esse problema social no Brasil. Desta forma, esta tese procura evidenciar o modo como os ACS lidam com a violência no âmbito do trabalho em unidades de saúde do Programa de Saúde da Família em bairros periféricos da cidade de Salvador-Ba, os impactos da violência sobre a sua saúde e as defesas utilizadas por estes para o enfrentamento da violência no âmbito do trabalho.

Nessa perspectiva, a tese apresentada está organizada em nove capítulos, na qual tem a etnografia como fio condutor para o desenvolvimento das reflexões acerca da temática abordada. Seguindo uma ordem lógica, nos dois primeiros capítulos é realizada uma contextualização da temática violência relacionada ao trabalho e da Teoria das Atividades Rotineiras, que tem por fim fazer uma reflexão sobre a relação trabalho e saúde, culminando na vitimização dos Agentes Comunitários de Saúde e discorre sobre os objetivos da pesquisa.

O terceiro capítulo apresenta os aspectos metodológicos que orientaram a pesquisa de campo, cujo contexto de investigação foi três distritos sanitários da cidade de Salvador-BA, cidade em que a pesquisa foi realizada. Em seguida, relato a entrada no campo, no qual descrevo passo a passo o fazer etnográfico, as nuances,

a aproximação, seleção e descrição dos atores sociais participantes do estudo, a construção, organização, categorização dos dados e questões éticas.

O quarto capítulo apresenta a caracterização do Programa Saúde da Família e o programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Do quinto ao oitavo capítulo são apresentadas as análises qualitativas das informações coletadas através das observações e entrevistas de autoconfrontação realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde. A finalidade desses capítulos foi uma maior aproximação do real da atividade do profissional aqui estudado. Além disso, buscam-se, ao longo dos capítulos do trabalho, discutir a contextualização do processo de trabalho dos ACS, os tipos de vitimização que acometem os mesmos, os impactos da violência sobre a saúde dos ACS e as defesas utilizadas por estes para o enfrentamento da violência no âmbito do trabalho.

Por fim, nas considerações finais, desenvolvo uma síntese do trabalho apresentado, faço considerações relativas à busca de caminhos para a superação da vitimização do ACS no âmbito do trabalho e reflexões que possam instigar estudos futuros.

Espero que o resultado desta pesquisa possa colaborar para a produção do conhecimento, bem como para a criação de novos espaços de discussão, de dispositivos de intervenção e possa oferecer contribuições à eventual necessidade de reorganização do processo de trabalho do ACS, tendo em vista a continuidade e ou fortalecimento, quanto à construção de práticas de saúde referenciadas nos princípios do PSF.

Diante do atual contexto, essa tese de Doutorado enquanto produção científica destina-se à interlocução com a comunidade acadêmica, mas dedica-se, sobretudo, aos gestores, profissionais, usuários, ACS e todos aqueles que têm construído o Programa Saúde da Família. Propõe-se o aprofundamento do estudo em outras dimensões, na tentativa de encontrar estratégias que venham a minimizar e sanar as dificuldades dos ACS em sua jornada diária de enfrentamentos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO

A violência no âmbito do trabalho, apesar de não se tratar de um fenômeno novo, só recentemente passou a ser do interesse de vários pesquisadores (LEE, 2006; WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006; LANCMAN *et al.*, 2007). O ambiente de trabalho sempre foi visto como lugar inócuo de atos violentos, entretanto, após alguns episódios ocorridos na década de 1990, a temática começou a despertar atenção internacional, o que possibilita uma compreensão do fenômeno.

Diante da complexidade e extensão da violência, a preocupação dos pesquisadores com a temática faz com que se discutam as possibilidades de articulações entre violência relacionada ao trabalho e as repercussões desta para a saúde dos trabalhadores (LEE, 2006; NIOSH, 1996; WYNNE *et al.*, 1997).

Santos Júnior e Dias (2004) citam dois tipos de violência no trabalho, segundo o *National Institut for Occupational Safety and Health Administration* (NIOSH), em 1995: violência externa, quando quem pratica não tem relação com o trabalhador ou quando ela é praticada por clientes/usuários, existindo algum tipo de relação profissional entre o autor do ato violento e o trabalhador; e violência interna, quando quem a pratica tem algum tipo de ligação com o local de trabalho, seja ele colega, chefe ou subalterno.

Nessa perspectiva, Paes-Machado e Levenstein (2002) enfatizam que a violência no trabalho pode ser cometida por pessoas internas (colegas, subordinados) ou externas (usuários, assaltantes) à organização. Apesar de inter-relacionadas, elas exigem estratégias de análises diferentes. A violência interna requer uma estratégia voltada para a hierarquia, e a externa uma voltada para a relação trabalhador-usuário. O estudo da violência relativa aos Agentes Comunitários de Saúde também requer uma dupla estratégia de estudo, uma voltada para a relação com a comunidade assistida, e outra para relação com a equipe de trabalho.

Guimarães, Teixeira e Camargo (2003) acrescentam que a violência sob a ótica do trabalho pode ser descrita como “o uso ou ameaça de uso da força física ou

moral (ameaça, chantagem) para coagir a pessoa a alterar sua conduta”. Santos Júnior e Dias (2004, p.38) entendem a violência no trabalho como “o ato agressivo ou abusivo infligido por pessoa ligada ao trabalho ou não, mas que pode causar dano ou desconforto ao trabalhador, estando o próprio em serviço ou no trajeto casa-trabalho”.

Nascimento (2003), por sua vez, acrescenta que a *violência no trabalho*, a *violência ocupacional* e a *violência no ambiente de trabalho* tratam da violência que ocorre no ambiente laboral e no exercício da função. Já a *violência relacionada com o trabalho* amplia o sentido de violência laboral, incluindo os tipos que ocorrem fora do ambiente e/ou da jornada laboral, mas que têm relação e interferem direta ou indiretamente sobre o trabalho. Os estudos de Santos Júnior e Dias (2004) e Nascimento (2003) equiparam a violência no trabalho ao acidente de trabalho¹, por ocorrerem em função do trabalho.

Nesse sentido, Di Martino e Chappel (1998) classificam os danos causados pela violência como fatais e não fatais. Os danos fatais retratam as mortes ocorridas durante ou em decorrência dos assaltos realizados a indivíduos e/ou grupos durante a realização de sua atividade laboral e os não fatais referem-se ao conjunto de morbidades que afetam a integridade física e psíquica dos indivíduos e grupos, desencadeadas ou agravadas por situação de violência no trabalho.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1998), a violência no trabalho inclui uma variedade de comportamentos mais freqüentemente associados a atitudes culturais, que tornam complexa sua definição. Além da compreensão e subdivisão em agressões físicas e psicológicas, enfoca que ações agressivas consideradas menores, quando repetidas cumulativamente, podem constituir sérias formas de violência, sendo que apenas um único episódio pode desencadear efeitos severos para a vítima – “*bulling* e *mobbing*” –, compreendido como assédio moral no trabalho.

¹ Conforme Oliveira (2002), trata-se de acidente ocorrido em função do trabalho e associado a condições inadequadas. Ex.: o acidente sofrido na local/turno de trabalho associado ou não à execução de sua atividade; o acidente sofrido em função da execução de sua atividade fora do local e horário de trabalho; e, a doença devido a contaminação não intencional na execução do trabalho. O acidente de trabalho pode provocar lesão, alteração funcional, perda da capacidade laboral e morte do trabalhador.

Assim, a violência no trabalho pode assumir variadas formas e tipos, frequentemente sobrepondo comportamentos, incluindo desta forma o não-físico ou violência psicológica. Os tipos mais comuns de violência relacionada ao trabalho são: assédio moral, agressões advindas de terceiros durante atendimento ao público ou os assaltos e seqüestros, variando a depender do ramo de atividade da instituição e do objeto dos agressores (NORONHA, 2000).

Sanders (2005) enfatiza que a condição de trabalho perigosa expõe outras classes de indivíduos ao risco, como é o caso das profissionais do sexo. A autora explica que o resultado do risco é dependente tanto da avaliação e resposta do indivíduo ao perigo, assim como da estrutura e contexto social do mercado do sexo. Comportamento de risco, neste paradigma, é entendido como o resultado da interação complexa entre fatores individuais e sociais, relações e situações interpessoais.

2.2 A VIOLÊNCIA NO TRABALHO E A VITIMIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A violência no local de trabalho é conceituada por Lee (2006, p.5) como “qualquer ameaça física e/ou psicológica direcionada a uma pessoa enquanto trabalha, exercida no local ou nas proximidades onde o trabalho é desenvolvido”. Trata-se de um problema que afeta todo o mundo, incorpora todos os atos, causa danos físicos e psicológicos e atravessa todas as fronteiras.

Buscando uma aproximação entre violência e trabalho, Di Martino (2002) acrescenta que mais da metade dos profissionais da saúde já apresentaram pelo menos um incidente de violência física ou psicológica durante o período de trabalho. No Brasil, esses achados corresponderam a 46,7% dos entrevistados. Quando comparamos os resultados do Brasil com os dados encontrados em outros países, percebemos que a violência no trabalho dentro do setor da saúde configura-se como uma realidade ainda mais assustadora em outros lugares do mundo: Na Bulgária, os achados foram de 75,8%; 67,2% na Austrália, 61% na África do Sul, e 54% na Tailândia.

Nessa perspectiva, Carneiro (2000) ratifica que os trabalhadores externos sofrem mais violência no trabalho do que aqueles que exercem suas atividades em ambientes confinados. De acordo com este estudo, do total de ocorrências policiais ligadas ao trabalho e registradas nas delegacias de polícia da Zona Norte de São Paulo, no ano de 2000, os trabalhadores externos representam 61% dos casos, sugerindo que o convívio diário com a violência urbana torna tais trabalhadores mais expostos à vitimização.

Segundo o NIOSH (1996), a violência no trabalho refere-se ao uso ou ameaça de uso da força física com a finalidade de causar danos ao trabalhador, incluindo, desta forma, as ameaças, declarações ou comportamento, mesmo que não tenha impacto físico, mas podendo desencadear processos que afetam a saúde e o bem-estar dos envolvidos. Nos EUA, dentre as categorias profissionais apontadas como as que mais correm risco de homicídio estão os trabalhadores das áreas de saúde.

A vitimização é o processo pelo qual o sujeito se torna vítima, ou seja, sofre uma ofensa, maltrato ou ameaça de maltrato. O termo vítima vem do latim *victimia* e *victus*, vencido, dominado. No sentido jurídico geral, é representado por aquele que sofre diretamente a ofensa ou ameaça ao bem tutelado pelo direito (honra, vida, liberdade etc.). A vítima pode ser uma pessoa, mas também uma organização (MOLINA; GOMES, 2002).

Azevedo (1998) acrescenta que os efeitos das agressões sobre a saúde física e psíquica dos indivíduos são classificados como vitimização. Refere que estudos discutindo aspectos relativos às vítimas são relativamente recentes. Para Nascimento (2003), os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores vão além dos comprometimentos da integridade física, pois causam transtornos de ordem psíquica e social, favorecendo alterações na vida cotidiana das pessoas vitimizadas ou expostas ao risco. Zehr (2008) acrescenta que perpassa a perda da autonomia pessoal, a dessacralização do seu espaço privado, o descrédito no mundo e até a perda de seu significado. Seu sofrimento envolve vulnerabilidade, sensação de perda de controle e autculpabilização.

De fato, a vitimização é uma realidade vivenciada atualmente por inúmeras categorias profissionais, dentre elas os profissionais do Programa Saúde da Família, em especial os Agentes Comunitários de Saúde. Considerando que estes pertencem à comunidade na qual desenvolvem seu trabalho, percebo que eles se encontram

expostos ao mesmo ambiente com todos os fatores intervenientes no processo saúde/doença, às dificuldades de acesso a serviços de saúde, transporte, alimentação inadequada, dentre outros. Além desses fatores, a saúde desses profissionais pode ser afetada pelas condições a que são submetidos em seu cotidiano de trabalho, inclusive a exposição à violência.

Sabe-se pouco sobre a percentagem de vítimas que sofrem distúrbios emocionais, menos ainda o que faz com que algumas pessoas superem mais rapidamente do que outras e quase nada sobre a evolução dos efeitos ao longo do tempo (BERISTAIN, 2000). Isso acontece porque o trauma não está no evento, mas na desorganização gerada pelo evento naquele sujeito específico. A resposta depende da resiliência ou vulnerabilidade de cada indivíduo, de fatores predisponentes ao adoecimento, bem como do caráter simbólico da vitimização, das consequências sociais e econômicas que a vítima sofre. (LEVINE, 1999; MOLINA; GOMES, 2002; DORIGO; LIMA, 2007).

Os estudos sobre a vitimologia foram iniciados no âmbito do direito penal com o objetivo de conhecer o comportamento da vítima, possibilitando melhor compreender a causalidade do crime e adequar às possíveis punições. A vitimologia como campo de estudo sempre esteve atrelada à criminologia. Enquanto a criminologia dedica atenção aos estudos sobre os autores do crime, a vitimologia emerge para dar conta do sujeito passivo do crime – a vítima.

Assim, os estudos referentes às vítimas emergem do campo da criminologia para um campo multidisciplinar que envolve as ciências humanas, sociais e de saúde. Segundo Colorado (2006), o conceito de vitimização pode contemplar três graus: vitimização primária, relativa às consequências físicas, econômicas ou psicossociais derivadas de um delito; vitimização secundária, que se dá quando a vítima passa a sofrer consequências outras do delito, decorrentes das reações da sociedade, como o preconceito e a estigmatização ou da imprensa com a exploração irresponsável do drama pessoal, ou ainda do mau aparelhamento do Estado para lidar com a situação, gerando constrangimentos quando a vítima procura a polícia. Assim, quando, no lugar de receber apoio, a vítima recebe cobranças, pressões psicológicas, injúrias ou é culpabilizada ou responsabilizada pelo crime, está sofrendo uma vitimização secundária (MOLINA; GOMES, 2002); e vitimização terciária, relativa

às conseqüências das anteriores, consiste em um comportamento de vingança por conta de uma vitimização sofrida, tirando proveito do papel da vítima.

Segundo Zehr (2008), as vítimas precisam que suas necessidades e direitos sejam respeitados e acolhidos. Essas necessidades variam de uma pessoa para outra, mas em geral todas precisam do ressarcimento de despesas ou indenização, da informação sobre o processo posterior ao crime, do acolhimento e validação de suas emoções e principalmente de empoderamento. A vitimização será agravada se a vítima não receber um suporte social adequado.

Colorado (2006) refere que a vitimização traz o enfoque socioestrutural (delitos relacionados a situações sociais específicas, ódio) e institucional, que se refere à vitimização de uma instituição ou por uma instituição e coletiva (relacionada a um grupo ou população), esta última adequando-se ao objeto do estudo pretendido.

Os índices da violência no local de trabalho aumentaram no mundo nas últimas décadas. Embora ocorra em todos os grupos ocupacionais, as pessoas que trabalham na área de saúde são os maiores alvos. No que tange especificamente à violência no trabalho e à vitimização relacionada aos profissionais de saúde, Paterson e Leadbetter (1999 *apud* WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006), explicam que há muitos anos não há redução na produção de publicações e sim um aumento em todo o mundo, destacando o grande crescimento na produção científica nos últimos anos, o que denominam de “redescoberta”.

De fato, existe uma literatura substancial sobre a forma como a violência no trabalho aflige profissões específicas, mas nenhuma profissão tem sido mais do que exaustivamente sofrida como os profissionais da saúde. Conforme Waddington, Badger e Bull (2006), a autoridade de Auditoria Nacional recentemente resumiu os dados disponíveis sobre a violência dirigida a esses trabalhadores. Em seu estudo, os referidos autores, com o objetivo de avaliar a definição inclusiva de violência no trabalho, concluíram que grande número de comportamentos pode ser vivido como violentos, ameaçadores ou intimidadores. Assim, propõem que os pesquisadores desta área busquem estabelecer a diferença entre os vários casos ou tipos de violência.

Conforme Islam e outros (2003), os riscos dos cuidadores de saúde são dezesseis vezes mais altos do que dos outros trabalhadores. Por exemplo, em 2000, o Relatório do Serviço de Saúde nos Estados Unidos constatou um percentual de

81% de aumento no número de incidentes violentos relatados em relação ao ano anterior até abril/2000, e os incidentes tinham aumentado em média de 1.200-1.400 para 10.000 empregados.

Além disso, estudos realizados na *Health and Safety Executive* constataram que agressões físicas a funcionários foram a terceira maior causa de acidentes que resultaram em mais de três dias de afastamento. 6.544 motoristas de ambulância responderam a recentes inquéritos pessoais, e 29% e 50%, respectivamente tinham sofrido violência e agressões nos últimos 12 meses. Nessa perspectiva, a UNISON – inquérito anual do setor de saúde – revelou um aumento do número de funcionários que tiveram incidentes de violência de 34% no ano de 2000 para 41% em 2001 (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Lee (2006) explica que as consequências da violência no âmbito do trabalho dos profissionais de saúde trazem repercussões que vão além do físico, pois chega a atingir os pacientes e seus cuidadores, com uma variação entre ansiedade, insônia, estresse pós-traumático até problemas familiares. Neste sentido, Know e outros (2006) acrescentam que o reconhecimento da gravidade do problema da violência é essencial, e que se fazem necessários estudos aprofundados sobre o impacto desta nos trabalhadores, em especial dos profissionais de saúde.

Ainda conforme Lee (2006), entre todos os grupos populacionais, os que trabalham na área de saúde são mais susceptíveis à violência no local de trabalho. Além disso, o fato de ser mulher dentro das profissões da área da saúde aumenta em três vezes o risco de violência, e neste ponto a profissão de enfermagem se destaca por ter um quantitativo majoritário de mulheres. As enfermeiras têm três vezes mais possibilidades de serem vítimas do que os outros trabalhadores na área de saúde, sendo consideradas as mais vulneráveis. Estudantes de enfermagem também são alvos frequentes de agressão e têm menos possibilidade de receber treinamento específico.

Segundo Lee (2006), ao abordar a violência no trabalho, três questões básicas têm que ser respondidas: “Qual o tipo de violência que mais acontece?”; “a violência no local de trabalho afeta a qualidade do trabalho (do cuidado) e o bem-estar das enfermeiras (ou demais trabalhadores)?”; e “o que pode ser feito para eliminar ou reduzir esses problemas?”

Nesta perspectiva, em 2002, o *Royal College of Nursing* publicou os resultados de um relatório denominado *Working Well*, abrangendo uma amostra de 6000 enfermeiros. 55% estavam trabalhando em hospitais do NHS, dos quais 43% declararam que tinham sido molestados ou agredidos por paciente / cliente ou familiares do paciente nos últimos 12 meses, e destes 32% foram submetidas a agressões físicas (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Santos Júnior e outros (2004), ao abordarem a violência na área da saúde, destacam dentre os trabalhadores da saúde especialmente a categoria médica e a equipe de enfermagem que atuam nos serviços de urgência e emergência e na assistência a pacientes psiquiátricos. Para estes pesquisadores, eles são a categoria profissional que mais frequentemente é vitimizada pela violência no trabalho, equiparando-a com os profissionais da área da segurança, transporte, comércio e construção civil, que apresentam também elevados índices de vitimização.

Dentre os tipos de violência que mais acometem as enfermeiras, conforme Waddington, Badger e Bull (2006), a física representa 40%, seguida da verbal com 29% e a sexual com 24%, nas quais os maiores agressores no âmbito no trabalho são os próprios pacientes e seus familiares, seguidos por colegas de trabalho. Enquanto a violência horizontal pode acontecer entre as pessoas do mesmo nível, é importante ressaltar que a maior parte dos episódios de violência se dá entre enfermeiras subordinadas e gerentes (LEE, 2006). Tais dados permitem-nos inferir que estratégias na relação interpessoal entre os profissionais de saúde poderão contribuir para que seja trabalhada nos serviços de saúde a questão das assimetrias de poder.

Nessa perspectiva, Lee (2006) cita um estudo realizado com enfermeiras de Hong Kong, o qual mostrou que 76% delas já experienciaram algum tipo de violência no local de trabalho. Os achados concordam com outras pesquisas existentes, como em Taiwan, com índice de 62% de violência entre as enfermeiras, nos Estados Unidos (88%) e na Austrália (95%). Dentre os tipos de violência, os que mais prevaleceram são a violência verbal, *Bullying*, abuso, assalto físico e assédio sexual.

Nesse contexto relacionado ao gênero, percebo que a vulnerabilidade à violência é exacerbada em especial naquelas profissões em que seu quantitativo é majoritariamente feminino, como é o caso também dos ACS. A vulnerabilidade feminina é certamente influenciada pelas relações sociais entre o homem e a mulher,

pela dinâmica de poder que permeia estas relações e pelo imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero. Ao realizar estudo exploratório em campo para elaboração deste projeto, foi possível constatar tal afirmação nos relatos dos ACS:

Sem dúvida, para mulher é sempre mais arriscado, pois a mulher sempre é vista como alvo dos bandidos. Tem determinadas áreas que a coordenadora mesmo fala “essa não é área para as ACS mulher atuar, pois é muito perigosa”, os homens tem mais jeito para lidar com essas questões (Aracy, 36 anos).

Outro estudo realizado pelo *Royal College of Nursing* verificou que os enfermeiro(a)s agredidos ou molestados mostraram problemas psicológicos e foram mais propensos a abandonar seu emprego dentro de 12 meses do que enfermeiro(a)s que nunca sofreram agressões. Assim, dentre as repercussões da violência no local de trabalho para as enfermeiras, podemos citar: o estresse pós-traumático, ansiedade, má qualidade do trabalho, insônia e problemas familiares, o absenteísmo, o esgotamento físico por parte dos trabalhadores, a desmotivação e a dificuldade de encontrar trabalhadores, o que leva à alta rotatividade desses profissionais e prejuízo ao serviço (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Nesse sentido, Veloso (2008) afirma que a violência tem influência negativa sobre a saúde dos trabalhadores ocasionando alguns sentimentos como medo e perda da satisfação com o trabalho, o que pode ocasionar indisposição, bem como prejuízo para a instituição em que trabalham, pois sua produtividade pode alterar sensivelmente. Em relação às áreas que as enfermeiras estão mais expostas, as evidências recentes indicam que a violência não acontece exclusivamente em unidade de emergência e psiquiatria, os problemas são estendidos para outras áreas médicas, cirúrgicas e serviços comunitários. A maioria das pesquisas também aponta alguns setores com altas taxas de risco para os trabalhadores, como: asilos, UTI e outros locais onde ficam pessoas em estados terminais e pessoas dependentes.

Concordando com essa informação, Carmi-Luz e outros (2005) apresentam um estudo comparativo, realizado com médicos hospitalares e comunitários, os quais foram expostos a situações de violência física e verbal, mostrando que estes foram 58,5% mais expostos em comparação aos médicos hospitalares. Demonstrou-se que dentre as causas mais comuns da violência aos profissionais médicos destacam-se: o longo tempo de espera (46,2%), insatisfação com o tratamento (15,4%) e a discordância com o médico (10,3%). Assim, os pesquisadores concluíram que, para

reduzir essas taxas, se faz necessário providenciar a diminuição do tempo de espera dos pacientes pelo atendimento e dispor de mais informações para familiares e pacientes.

A falta de apoio dos profissionais hierarquicamente superiores também é relatado por diversos autores (CARMI-LUZ, 2005; LEE, 2006; WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006) como um dos problemas enfrentados pelos profissionais da área de saúde no que diz respeito às suas solicitações quanto à diminuição da violência. Assim, o envolvimento dos dirigentes de qualquer instituição é um dos importantes pontos para prevenir e controlar a violência no âmbito de trabalho.

A violência no trabalho é grave não só para as vítimas, mas também para os responsáveis pelo trabalho. Na Grã-Bretanha e na maior parte dos outros países desenvolvidos, os empregadores são responsáveis por garantir a saúde e segurança dos seus empregados e devem avaliar os riscos aos quais os trabalhadores estão expostos e tomar as medidas necessárias para eliminar ou diminuir esses riscos. Esta é uma obrigação onerosa em si, que se não for devidamente apurada pode resultar em indenizações legais e perda de reputação de instituições públicas e privadas (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

É evidente a necessidade de planejar e programar a redução da violência, e o primeiro passo é construir estratégias e notificar os casos existentes, pois esses dados são essenciais para determinar a magnitude do problema e quantificar os riscos. Pesquisas no local de trabalho são necessárias para descobrir formas específicas de identificação da violência, a sua estrutura e os processos que favorecem a sua permanência.

O nível de atenção que a mídia tem centrado na violência no trabalho não é feita espontaneamente: organizações profissionais, sindicatos de saúde e o governo têm lançado luz ao assunto, em nome dos sócios ou do pessoal, sendo que todos esses vêm atualmente conduzindo a questão da violência no trabalho até a agenda política.

Lee (2006) enfatiza que algumas das estratégias sugeridas por estudos com profissionais da área de saúde se traduzem em identificar os tipos de violência, sua estrutura e os processos que os permeiam; treinamento de profissionais para enriquecer o conhecimento deste e conseqüentemente aumentar a autoconfiança e

autoestima, e sua competência para o enfrentamento da violência, reduzindo assim o número e a gravidade dos acontecimentos.

Nesse sentido, estudo realizado por Paes Machado e Levenstein (2000) mostra que no Brasil, apesar de não se encontrarem registros sistemáticos sobre essas violências, são comuns relatos de trabalhadores da área de saúde, principalmente em hospitais psiquiátricos ou emergências, que sofreram agressões verbais e físicas. O setor de educação também apresenta queixas de professores sobre a hostilidade que vem caracterizando os ambientes de trabalho, sem deixar de registrar que os profissionais da área de segurança do setor público e privado (policiais, vigilantes.) integram uma das categorias em que há maior número de vítimas.

Estryn-Behar e outros (2008) afirmam em sua pesquisa que os problemas que venham a surgir em grupo devem ser discutidos em programas de orientação e dentro da academia para os profissionais, na intenção de capacitá-los a enfrentar as situações de violência encontradas no seu cotidiano de trabalho e, não menos importante, devem estar conscientes de notificar os índices de violência, caso ocorram.

Dentre os treinamentos dos trabalhadores, sugerem-se eficientes capacitações para os profissionais, as quais devem ser realizadas como resposta apropriada pela gerência, como uma forma de aumentar o conhecimento dos trabalhadores, a sua autoconfiança e a competência para o enfrentamento da violência. Tais capacitações podem reduzir o número e a gravidade dos acontecimentos, além de melhorar as respostas para esses incidentes, aumentando a autoestima dos trabalhadores. Embora identificando a capacitação apropriada e os treinamentos, ainda assim tal iniciativa é difícil, pois existe muito pouca evidência de que esse tipo de capacitação possa funcionar.

2.3 A VIOLÊNCIA E A VITIMIZAÇÃO NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Referindo-se a grupos de profissionais de saúde que têm sofrido de maneira incisiva os agravos à saúde ocasionados pela violência, me reporto aos Profissionais

do Programa de Saúde da Família, em especial os Agentes Comunitários de Saúde. Ao abordarmos a vitimização sofrida por esse grupo, é inevitável discutirmos a vulnerabilidade a que eles estão expostos pelo contexto do trabalho no qual estão inseridos.

O NIOSH (1996) relaciona a ocorrência de vitimização no contexto de trabalho a certas características deste, tais como: contato com o público; manipulação de dinheiro ou valores; transporte de passageiros, bens ou serviços; posto de trabalho móvel ou externo; contato com pessoas instáveis em cuidados de saúde ou serviço social; trabalho sozinho ou em pequenos grupos; horário noturno ou início da manhã; áreas de alta criminalidade; guardar volumes; locais de trabalho no interior de comunidades isoladas; e instalações de justiça criminal. Trabalhos nos últimos anos acrescentam a estas características a necessidade de entrar em casas de pessoas desconhecidas (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006) e o trabalho como representante de órgão público (LANCMAN *et al.*, 2007).

De fato, das onze características sugeridas por NIOSH (1996) o trabalho do ACS se encaixa em até seis dessas (contato com o público; posto de trabalho móvel ou externo; contato com pessoas instáveis em cuidados de saúde ou serviço social; trabalho sozinho ou em pequenos grupos; áreas de alta criminalidade; locais de trabalho no interior de comunidades isoladas). Além disso, conta com os outros dois agravantes propostos pelas pesquisas mais recentes, o adentrar em casas de pessoas desconhecidas e ser representante de órgão público (LANCMAN *et al.* 2007; WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) destaca que o desenvolvimento das atividades diárias dos ACS encontra-se comprometido devido aos principais problemas e entraves enfrentados por estes, como por exemplo, a violência a qual estão expostos no âmbito do trabalho. Coadunando com esse pensamento, Lancman e outros (2007) refere que o contexto de vida das comunidades atendidas pelo PSF expõe seus trabalhadores à violência social cotidiana, pois eles testemunham diretamente situações de agressões e, indiretamente, a miséria intensa.

Com o aumento do número de profissionais atuando como ACS, também aumentam as preocupações para com estes, o que pode ser demonstrado pelo número de trabalhos e pesquisas enfocando essa classe de trabalhadores. Mesmo

assim, embora em 1993 a Declaração da Conferência Internacional de Promoção da Saúde tenha revisto nas suas diretrizes aspectos relativos à prevenção da violência, poucos ou quase nenhum programa de prevenção da violência podem ser encontrados dentre as Equipes do Programa Saúde da Família, logo, são imprescindíveis mais estudos nesta área, com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas específicas para o tema (BRASIL, 2000).

Waddington, Badger e Bull (2006) citam Coyne (2001), ao afirmarem que os agentes de saúde e enfermeiros são profissionais que se encontram extremamente vulneráveis à violência no âmbito do trabalho porque estão envolvidos com algumas atividades de risco como lidar com pessoas e manusear dinheiro. Na Austrália, as casas que estes profissionais visitam são muito isoladas, tornando-os expostos à violência.

A esse respeito, durante o período exploratório, foi possível constatar que a realidade no PSF em Salvador-BA não é diferente. Os ACS se vêem em situações que envolvem conflito e violência que lhes causam dilemas éticos quanto à intervenção adequada a cada situação, como por exemplo, ter contato com situações de desrespeito aos outros e às leis ou que envolvem situações privadas de violência doméstica.

Percebi também que, por serem parte da comunidade, os ACS e suas famílias ficam expostos a uma maior sensação de vulnerabilidade à violência, pois testemunham situações de risco e reconhecem as pessoas nelas envolvidas. Diante disso, referiram temor do risco e ambivalência quando deviam decidir sozinhos a aproximação a uma residência habitada por alguém supostamente envolvido com agressões e/ou tráfico de drogas.

Para Fontoura e outros (2004), a maior consequência das situações de iniquidade econômica e social é a geração da violência, sendo os indivíduos da comunidade vistos, a um só tempo, como vítimas e promotores da violência. Silva (2003) comenta que a violência vem gradativamente se transformando em um novo padrão de sociabilidade entre parcelas da população urbana, a partir da instituição de regras de conduta, conjuntos de valores, representações da realidade e práticas cotidianas.

Por isso, é importante ressaltar que o índice de violência é significativamente maior nos locais onde a população possui baixa renda, logo, situações de roubo, troca de tiros entre policiais e “bandidos” e tráfico de drogas transformam o cotidiano desses profissionais em uma batalha diária. De acordo com Felson (2006), muitas vítimas de crimes em áreas de alta criminalidade têm muito poucas opções para alterar suas atividades rotineiras em prol de maior segurança.

Os ACS também estão susceptíveis a outros tipos de violência, como aquela direcionada a sua pessoa, na forma de incompreensões, agressões verbais e até mesmo físicas. Não é raro o relato desses profissionais sobre a violência a qual foi submetido, principalmente no que se refere às agressões verbais. O contato direto com os usuários torna os trabalhadores mais vulneráveis a conflitos e agressões diretas, sejam elas voltadas para seu corpo ou sua integridade moral, sendo que, na realidade, muitas vezes essas agressões seriam destinadas à instituição representada, e não aos próprios trabalhadores (LANCMAN *et al.*, 2007).

Ainda dentre as dificuldades encontradas pelos ACS no desenvolvimento das suas atividades, podemos citar as condições de vida da população atendida, a qual geralmente mora em bairros populosos e carentes de infraestrutura básica, tais como condições sanitárias mínimas, coleta de lixo, água tratada e, principalmente, segurança. Esses problemas atrapalham de forma significativa o desempenho de suas funções, visto que os ACS trabalham, sobretudo, com promoção de saúde e nem sempre é válido se falar de saúde a uma população que muitas vezes não tem o essencial para manter uma qualidade de vida digna e aceitável.

Saliento que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha faz com que ele seja exposto aos mesmos agravos, tornando-o um ator extremamente vulnerável à violência, o que gera um sentimento de impotência e limitação frente aos desafios propostos.

Além dos problemas acima citados, os ACS também vivenciam outros dilemas, que são aqueles relacionados à bioética. Eles se deparam com a falta de preparo para lidar com algumas situações às quais estão expostos, pois não existe em sua formação profissional uma capacitação específica que os habilite a enfrentar questões que estão fortemente ligadas à moral e ao preconceito.

Segundo Fontoura e outros (2004, p. 38):

Do ponto de vista da bioética, estes trabalhadores enfrentam problemas como o aborto, o uso de drogas, a prostituição, a gravidez precoce, a violência intra e extradomiciliar, com nenhuma ou quase nenhuma condição de análise do contexto onde estes problemas ocorrem, limitando-se a abordá-los conforme os padrões de conduta moral estabelecidos e apreendidos socialmente.

Os ACS acabam reproduzindo e aplicando em sua conduta diária tudo que trazem como bagagem de vida, suas experiências pessoais, suas crenças, seus conceitos e preconceitos em relação ao que encontram na comunidade. Vivenciam os problemas encontrados segundo sua ótica, segundo o que acreditam que seja certo, sendo que essa concepção do que é certo pode ser fortemente influenciada em razão de esses profissionais possuírem tanto o vínculo pessoal quanto o profissional com a comunidade onde eles residem e trabalham ao mesmo tempo.

Jardim e Lancman (2009) trazem estudos sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e afirmam que estes representam hoje empreendimentos de extrema atualidade no campo da Saúde Coletiva. Historicamente, a idéia do Agente Comunitário de Saúde envolve um conceito que, sob as mais diversas formas e nomenclaturas, aparece em várias partes do mundo: a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde tem uma gama de responsabilidades, que envolve o ser, o saber e o fazer de um indivíduo apontado pela comunidade assistida como um amigo, um companheiro, um vizinho ou um “cara legal” que ouve, atende e ajuda a todos, pois este é participante da comunidade em que atua como profissional da saúde e morador dessa mesma comunidade. Ele age em sintonia com a unidade de saúde próxima e é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local (SILVA; DALMASO, 2002).

Nessa perspectiva, para Costa Neto (2000), a principal atribuição do(a) Agente Comunitário de Saúde, dentre outras atividades, é a visita domiciliar. Esse(a) profissional participa da realidade cotidiana da comunidade de forma intensiva, quer durante as visitas domiciliares, quer por viver naquela localidade. Nesse caso, pressupõe-se maior intimidade com o universo familiar dos usuários do Programa. Assim, tendo em vista que os profissionais do Programa de Saúde da Família atuam de uma forma diferenciada dos demais programas de saúde, desenvolvem atividades que os colocam em contato direto com a realidade vivida pela população.

Tais atividades são consideradas como fatores que potencializam a exposição ao risco de ações externas como agressões, assaltos e sequestros contra trabalhadores. Para Zaluar (1985), as relações entre bandidos e trabalhadores apresentam-se muito mais complexas e ambíguas, tanto no plano das representações que a atividade criminosa tem para os trabalhadores, como no plano das práticas efetivamente envolvidas entre eles.

A área de abrangência em que os Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família atuam oferece riscos não só para aqueles que ali residem, como também para as pessoas que ali trabalham. Uchida e outros (2007) enfatizam que muitos ACS gostariam de não morar no local onde trabalham, entretanto, ser da comunidade que trabalha é um pré-requisito para a condição de ser ACS, logo, estes ficam expostos aos riscos e perigos que o trabalho lhes impõe. Assim, medidas se fazem necessárias para garantir tanto sua integridade física quanto o desenvolvimento das atividades laborais, particularmente aquelas de prevenção à violência.

A observação direta da prática desses profissionais conduziu-nos a uma reflexão das situações complexas que os mesmos enfrentam. Assim, para minimizar tal exposição à violência, os ACS estabelecem defesas, tanto individuais quanto coletivas, que lhes permitem lidar com situações de risco a partir da produção de uma rede de proteção e solidariedade na comunidade. Eles desenvolvem a astúcia necessária para criar formas que permitam a realização do trabalho. Evitam saber de situações comprometedoras, trocam informações sobre o lugar onde trabalham, as pessoas, os costumes, os hábitos, os lugares de circulação “permitidos e proibidos” visando a criar estratégias de prudência e de proteção.

Nessa perspectiva, Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009) discutem a árdua busca de segurança entre trabalhadores de motoentregas (motoboys) de Salvador. Mostram como o déficit de vigilância faz esta categoria desenvolver uma ação social defensiva múltipla contra crimes predatórios. Demonstram como as (des)vantagens ecológicas dos espaços urbanos estruturam e são, por sua vez, estruturadas por esta ação defensiva. Estabelecem ainda uma distinção entre as táticas socioespaciais restritivas, fundadas na própria capacidade de vigilância, e as táticas expansivas, envolvendo a negociação de recursos de vigilância de terceiros.

Nessa premissa, reporto-me à Teoria das Atividades Rotineiras e à Teoria das Vantagens Ecológicas, as quais encontram respaldo nos pressupostos da Vitimologia Crítica, que assume que a sociedade, a lei ou Estado em que o indivíduo se encontra contribuem para construção social da vítima e dos processos de vitimização (WALKLATE, 2007). A criminologia crítica coloca em evidência a relação funcional/disfuncional do comportamento desviante com as estruturas sociais e com o desenvolvimento das relações de produção e distribuição, o que representa a superação do paradigma etiológico da criminologia positivista (BARATTA, 2004). A criminalidade seria delimitada pela seleção de bens protegidos penalmente e de comportamentos ofensivos dos indivíduos estigmatizados. Nessa dinâmica, o Estado não é neutro nem benigno, mas opera sempre no interesse de automanutenção ao garantir ou negar a cidadania, o que não significa neutralidade a respeito de questões de gênero, raça ou classe (WALKLATE, 2007). O interesse da classe dominante seria a contenção do desvio de modo que esse não prejudicasse a funcionalidade do sistema socioeconômico e a manutenção da hegemonia do processo de definição e perseguição da criminalidade das classes subalternas (BARATTA, 2004).

Por ser produzida e reproduzida dentro das práticas rotineiras (WALKLATE, 2007), a vitimização não é adequadamente analisada quando considerada isoladamente. O melhor modo para compreender a experiência de vitimização é analisar o contexto em que ela ocorre, uma vez que este tem impacto importante na ocorrência da vitimização e nas respostas desencadeadas (KENNEDY; SACCO, 1998).

Ao analisar os processos organizacionais e sociais mais amplos que influenciam a perpetração da violência e suas respostas a ela, em vez de aleatórios, esses eventos são considerados previsíveis, tornando possível desenvolver estratégias preventivas. Para tanto, esse estudo adota a concepção ecológica de análise da violência desenvolvida pela OPAS/OMS (2002), ao defender que nenhum fator isolado pode explicar a maior exposição de pessoas ou grupos à violência predatória.

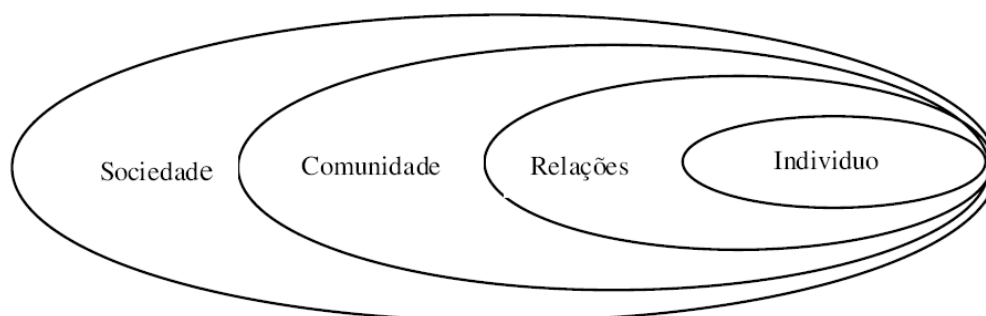


Figura 1: Modelo Ecológico para compreensão da violência.

Fonte: OPS/OMS, 2002.

No primeiro nível, ou Nível Individual, encontram-se os fatores como a história pessoal e fatores biológicos que influenciam o indivíduo e seus comportamentos e aumentam a sua probabilidade de se tornar uma vítima ou um perpetrador de violência e os danos decorrentes da vitimização. No segundo nível, encontram-se os relacionamentos próximos desenvolvidos, com a família, amigos, parceiros e amigos íntimos e as relações de trabalho. No terceiro nível, conhecido como comunidade, estão os contextos em que ocorrem as relações sociais, como escolas, bairros e locais de trabalho, a existência de comércio local de drogas ou armas e as condições do processo de trabalho que se relacionam com a vitimização - os itinerários, as medidas de segurança e de responsabilização adotadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. No quarto e último nível encontram-se os fatores sociais macroestruturais, como processos sociais de vitimização, a saber: nível de desemprego, densidade populacional, mobilidade, precariedade das condições de vida da população e das condições de trabalho dos ACS, policiamento deficitário e fortalecimento do crime organizado, a disponibilidade de armas e as normas culturais/sociais que endossam a violência como um método aceitável para resolver conflitos. O modelo ecológico trata a interação entre os fatores em diferentes níveis, com igual importância à influência de fatores dentro de um único nível (OPAS, 2002).

Outro fato que nos chamou a atenção é que os ACS buscam minimizar a violência indireta por meio de estratégias e ações que transcendam seu papel profissional. Os ACS organizam coleta de fundos para comprar medicamentos, alimentos ou auxiliar nas despesas de famílias; acionam suas próprias redes para acelerar o atendimento a pacientes que considerem em estado grave. Porém essas ações tornam-se fontes de sofrimento, pois geram dúvidas e conflitos. Eles se

sentem pouco amparados, sem ter com quem compartilhar esses dilemas e acabam por enfrentar situações em que a invisibilidade e o alcance parcial das suas ações resultam numa falta de reconhecimento do esforço realizado.

Muitos ACS relataram dificuldades em manter-se isentos e trabalhar submetidos à lógica que não permite solucionar as demandas da população. Controlar o próprio envolvimento, estabelecer fronteiras entre ações de saúde e ações sociais e interagir em situações para as quais não se sentem preparados faziam parte do dilema cotidiano destes trabalhadores:

Segundo Nunes e outros (2002), dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde, duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira afirma que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde”, e a segunda salienta que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1998, p. 18).

Nessas duas atribuições é possível identificar o movimento bidirecional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à população sobre os “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema de saúde e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

Dentre as atividades realizadas pelos ACS, o cadastramento da população e a visita domiciliar se somam como estratégias de controle de continuidade do tratamento. Tal fato nos reporta a Donzelot (1980), que aborda a fiscalização e acompanhamento das famílias pelo Estado, com o poder de controlá-los. Sendo assim, o treinamento desses ACS deve muní-los também de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que os habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento das suas necessidades.

De fato, nesse contexto, Trad (1999) afirma que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa constitui-se em um estudo qualitativo de cunho etnográfico. Parte-se do pressuposto de que o objeto da abordagem qualitativa está situado num nível mais aprofundado, que se refere ao mundo dos símbolos, dos significados, da subjetividade e da intencionalidade, que se expressa pela linguagem e na vida cotidiana.

A etnografia é o caminho que encontro para interpretar esse mundo de trabalho permeado por muitas nuances. A escolha da etnografia se deu por ser um método que me permite descrever os modos de viver na cena cotidiana e as diversas maneiras como os atores sociais enfrentam a violência no trabalho em meio a outros problemas sociais. Desta forma, a incursão etnográfica teve como pontos primordiais: o processo de trabalho, a imagem do ACS construída na interação com a comunidade, a acessibilidade aos moradores, as facilidades e dificuldades enfrentadas no contexto do trabalho, os tipos de vitimizações sofridas, as defesas utilizadas e o impacto da violência sobre a saúde deste.

Nessa perspectiva, o trabalho do antropólogo tende a assumir cada vez mais a dimensão da intersubjetividade, exigindo por um lado que o antropólogo aprenda a lidar com a sua subjetividade e por outro, que ele passe a considerar mais relevantes as características individuais das pessoas com quem está vivendo (VELHO, 2003). Como assinala Geertz (1978, p.20):

Fazer etnografia é tentar (no sentido de 'construir uma leitura de') um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado... E o que o etnógrafo enfrenta, é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muito delas sobrepostas e amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas e que tem que primeiro de alguma forma apreender e depois apresentar.

Conforme estabelece a etnografia, os informantes da pesquisa tiveram voz própria e o investigador, mais do que uma testemunha da cena, buscou, através de metodologias mais relacionais, demonstrar sua própria história e perspectiva.

Consideraram-se novas possibilidades de interpretações capazes de incluir o ponto de vista do coletivo investigado. Ressalto que as conversas informais e o acompanhamento dos ACS nas visitas domiciliares foram extremamente importantes para um melhor entendimento dos riscos a que esses estão expostos e para o estreitamento das relações, o que levou a uma maior cumplicidade e qualidade nas informações obtidas.

3.2 CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Em função de sua pertinência aos objetivos e adequação à etapa da investigação, foram utilizadas as seguintes técnicas para a construção dos dados: entrevista semiestruturada, grupo focal, diário de campo, observação participante e análise documental. Na maioria dessas, utilizei instrumentos pré-estabelecidos contendo questões direcionadas ao processo de trabalho do ACS, a segurança na área, as defesas utilizadas, as questões de gênero e a vitimização (Apêndices A e B).

A figura abaixo apresenta a esquematização do trabalho de construção dos dados e a triangulação de múltiplas fontes de evidências com o objetivo de caracterizar os tipos, formas e efeitos da vitimização sobre o trabalho e a saúde dos ACS.

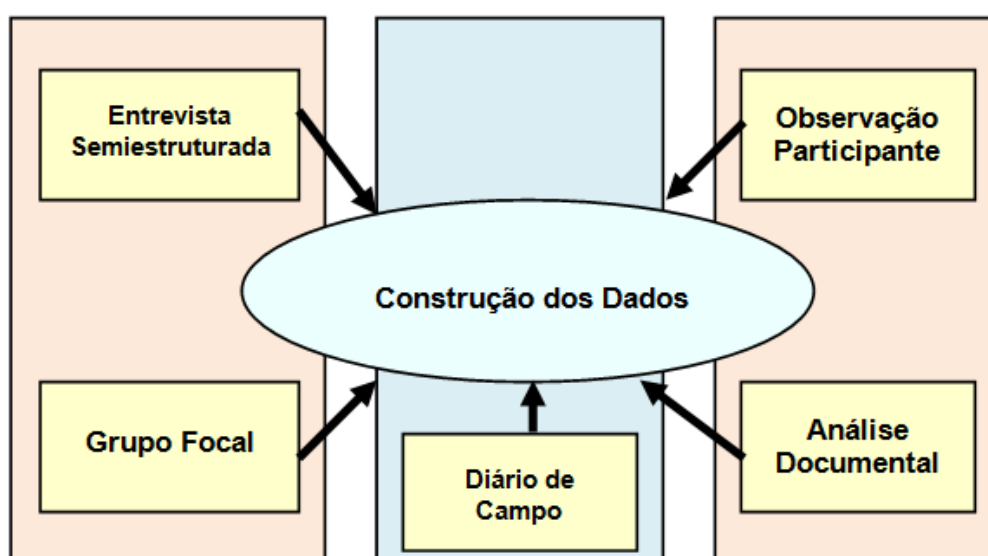


Figura 2: Construção dos Dados - triangulação de múltiplas fontes de evidências

3.2.1 Entrevista Semiestruturada

Nesse trabalho, a entrevista semiestruturada norteou o contato com os participantes, ou seja, os próprios ACS. Queiroz (1988) define a entrevista semiestruturada como uma técnica de coleta de dados fundada na conversação continuada entre informante e pesquisador, o qual estabelece questões norteadoras a fim de alcançar seus objetivos e análise.

Através de um roteiro de entrevista previamente estabelecido procurei fazer com que os ACS elaborassem narrativas que dessem encadeamento à temática em questão. Para tanto, subdividi o elenco de questões em quatro subtemas, os quais descrevo à seguir:

- O Processo de Trabalho: a motivação para a profissão, os treinamentos recebidos, as atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho, as facilidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, as vantagens e desvantagens de trabalhar e morar na mesma área;

- Segurança na Área: a segurança pública da área, a infraestrutura dos serviços públicos, da área, a percepção do ACS quanto às áreas de risco e quanto à segurança;

- Defesas Utilizadas: as defesas utilizadas pelo ACS e pela equipe no cotidiano de trabalho;

- Questões de Gênero: os tipos de violência que acometem homens e mulheres, vulnerabilidades inerentes a ACS homens e mulheres.

- Vitimização: as relações interpessoais entre os diversos atores do contexto do PSF, relatos de violência sofrida no trabalho, os efeitos da violência no cotidiano de trabalho para o desenvolvimento das atividades profissionais, os efeitos da vitimização no cotidiano do trabalho e na saúde;

As entrevistas com os ACS foram estabelecidas de modo a tornar este momento o mais favorável possível para a escuta dos sujeitos, deixando que o

entrevistado narrasse no seu ritmo, valorizando-se suas informações, repetições, silêncio e expressões de alegria, tristeza, dúvidas, o que há nas entrelinhas. Como a compreensão e explicação do fenômeno ocorrem a partir de suas falas na situação face a face, nesta relação, assim como percebo o outro, ele também me percebe, existindo com isso uma reciprocidade na qual percebemos comportamentos, ações, expressões faciais, até os mais discretos gestos. Assim, as entrevistas em profundidade ocorreram a partir da aprovação do Comitê de Ética.

Através de entrevistas semiestruturadas, observação participante, análise documental e dos grupos focais realizados com os ACS's, foram identificadas situações de violência no trabalho percebido por estes. A sequência das questões nem sempre obedecia ao modelo, pois muitas vezes o entrevistado trazia conteúdos em uma determinada questão que permitia antecipar outras que iriam aparecer no decorrer da entrevista, fazendo com que essa flexibilidade desse uma maior fluidez à entrevista. Deve-se salientar, por oportuno, que todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi possível perceber no decorrer das entrevistas que algumas questões apresentavam respostas já saturadas, enquanto que, em contraponto, outros aspectos relevantes para a pesquisa eram trazidos espontaneamente por alguns entrevistados. Isso justificou a retirada de algumas questões e a introdução de outras. Tais adaptações, conforme Minayo (1992), só foram possíveis por ter sido adotada uma metodologia de pesquisa qualitativa, na qual a capacidade criadora e a experiência do pesquisador são tão relevantes na investigação quanto a teoria e a técnica utilizada.

As entrevistas em profundidade foram direcionadas aos ACS que participaram dos grupos focais realizado nos distritos selecionados e aos que se predispuseram a participar da pesquisa, perfazendo o total de setenta e cinco. O local das entrevistas foi escolhido pelos próprios ACS, geralmente era sugerido um local mais tranquilo, onde houvesse menos ruído. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e tiveram em média uma hora de duração cada. Todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de expediente dos entrevistados e em seu local de trabalho.

Embora os entrevistados considerem que trabalham em um ambiente permeado por violência, parece haver dificuldade em identificar situações de violência em geral e sua influência no cotidiano de trabalho, gerando naturalização das

situações violentas que vivenciam. Assim, para que os ACS se sentissem à vontade para falar da violência no âmbito do trabalho, muitas vezes foi necessária a atenção da pesquisadora para confrontar respostas e perguntas, para assim desvelar a violência vivida pelos ACS.

3.2.2 Grupo Focal

A abordagem aos profissionais ACS efetuou-se também mediante a técnica do grupo focal. O planejamento das sessões dessa técnica com os ACS contou com a colaboração das enfermeiras coordenadoras dos ACS dos três distritos pesquisados. O objetivo do grupo focal utilizado como técnica de coleta de dados e a viabilidade de participação dos ACS foram previamente discutidos com os referidos profissionais. Para o planejamento do grupo focal, levei em consideração o número de ACS participantes e a heterogeneidade da composição do grupo.

Os convites para a participação nos grupos focais foram realizados pelas enfermeiras coordenadoras com uma semana de antecedência, os horários eram definidos dentro da programação semanal, sendo explicado que essa participação era facultativa e que teria duração de três horas. As enfermeiras coordenadoras dos três distritos não participaram dos grupos focais, acatando minha sugestão, tendo em vista evitar possíveis inibições na participação dos ACS.

O roteiro dos grupos focais com os ACS contemplou os seguintes tópicos: o processo de trabalho do ACS; a vitimização; questões de gênero e as defesas utilizadas pelo ACS no cotidiano de trabalho;

Portanto, foram realizados cinco grupos focais entre os três distritos selecionados, durante a realização destes foram levantadas temáticas por mim (moderador), através de tarjetas previamente elaboradas baseadas nos tópicos acima citados, que incentivaram a discussão entre os grupos, os quais livremente emitiram suas opiniões sobre o assunto. No momento da realização dos grupos focais os discursos proferidos pelos ACS eram gravados em áudio, os quais foram posteriormente transcritos para que fosse realizada a análise de seu conteúdo.

Os grupos focais foram conduzidos de forma a promover uma discussão entre os profissionais em torno dos tópicos propostos. Nesta condução, busquei estimular a interação dialógica entre os participantes, o relato de situações concretas vivenciadas na prática, a manifestação de distintos pontos de vista, complementaridade de discursos/ e ou exploração de divergências (GASKELL, 2003; KITZINGER, 2005; MINAYO, 2006). Para além da abordagem dos tópicos propostos, a dinâmica dos grupos focais propiciou a observação do posicionamento dos ACS e as relações estabelecidas entre eles e a equipe, subsidiando o aprofundamento dos tópicos nas entrevistas semi-estruturadas realizadas posteriormente, confrontando os diversos discursos em torno dos mesmos.

Segundo Carlini-Cotrim (1996), “o grupo focal [GF] é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços”. Ainda segundo esse autor, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, na qual existe uma interação entre seus participantes para colher dados a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador.

Esta técnica foi também definida por Leopardi e outros (2001, p. 258) como “uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo”. Os dados obtidos com o uso do GF são ricos, pois possibilitam capturar expressões e formas de linguagem não apreensíveis por outras técnicas.

Gondim (2002) afirma que a metodologia de pesquisa apoiada na técnica dos grupos focais considera os produtos gerados pelas discussões grupais como dados capazes de formular teorias, testar hipóteses e aprofundar o conhecimento sobre um tema específico. Nesse tipo de método de pesquisa seis a dez participantes que têm características em comum são incentivados por um moderador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas ideias, sentimentos, valores, dificuldades. Segundo Soares e outros (2000, p. 318), esta é uma técnica adequada para pesquisar tópicos de natureza sensível.

A Metodologia de Grupo Focal, segundo Suanno (2002), apresenta-se como sendo uma técnica dinâmica, ativa, participativa, de adesão voluntária e não punitiva, fazendo como que seja atraente para os atores sociais inseridos. Durante o processo, caracterizado por um estudo qualitativo, torna-se flexível, por ser uma dinâmica em grupo, fazendo-se necessários ajustes em seu decorrer.

A autora ainda sinaliza alguns problemas que interpõem o uso desta técnica, como: participantes que dominam as falas, outros que têm dificuldades de participarem, déficit dos grupos, informações generalizadas, entre outros problemas que podem vir a acontecer, necessitando assim de um moderador sagaz.

Tendo em vista todas as considerações, optei neste estudo pelo uso desta técnica, visto que a análise de dados e a compreensão dos resultados mostraram-se mais sensíveis à realidade, pois cada sujeito pode contribuir para a análise de uma faceta da realidade, através de sua visão, experiências e características pessoais.

Nesta técnica há a noção de que as pessoas sofrem influências mútuas durante o processo, e em seu curso as opiniões de alguns podem mudar. Embora nos grupos focais as ideias a princípio possam parecer maleáveis e dinâmicas, possuem um substrato/padrão que faz parte da cultura do grupo.

Gondim (2002) afirma que a utilização de grupos focais associados à observação participante e à entrevista semiestruturada possibilita a avaliação de confronto de opiniões, bem como a comparação do conteúdo produzido no grupo com o cotidiano dos participantes em seu ambiente de trabalho. Assim, torna-se interessante a realização da gravação dessas entrevistas semiestruturadas em áudio, para posterior transcrição e análise.

Após a realização dos grupos focais eram selecionados alguns ACS que se destacavam através de seus discursos e de seus relatos de vitimização, aos quais posteriormente eram realizadas a entrevista semiestruturada e a observação participante a fim possibilitar o aprofundamento da temática. Todos os grupos focais tiveram duração de três horas em média e eram encerrados com uma pequena confraternização de agradecimento.

3.2.3 O Diário de Campo

O registro imediato das observações é uma ferramenta importante para o entrevistador, pois, nesta revelação do depoimento, permite corroborar a análise, situando o leitor no tempo, no espaço e nas circunstâncias que ocorreram as entrevistas.

A produção de diário de campo constituiu uma atividade sistemática intensificada durante a etapa de observação participante. O registro descritivo e detalhado dos fenômenos observados e das interações com os sujeitos da pesquisa realizou-se fora do contexto do serviço, geralmente no mesmo dia em que a observação havia sido empreendida. Com este registro sistemático, construiu-se um volumoso diário de campo, o qual cumpriu o objetivo de fixar todo discurso pela escrita (RICOEUR, 1989). A redação de diário de campo constituiu, ainda, uma oportunidade para o necessário exercício de distanciamento da realidade observada. Após um período de completa imersão nas atividades e relações sociais no campo empírico, o período dedicado à redação do diário de campo simulava uma observação de “fora”, repercutindo na problematização dos fenômenos observados, com a formulação de novos questionamentos e/ou de hipóteses interpretativas, que, por sua vez, subsidiaram observações subsequentes.

O contexto no qual foi desenvolvido este trabalho é permeado por relações e eventos ímpares, peculiares e que norteavam comportamentos, pensamentos e sentimentos. O Diário de Campo como instrumento foi utilizado, portanto, como forma de melhor contextualizar os demais instrumentos, buscando indicações de eventos, situações, ocorrências que, de alguma forma, tenham contribuído e/ou influenciado na produção de dados, bem como para registrar as observações cotidianas. Foi também especialmente útil para registrar de forma sistemática, a sequência das entrevistas, data, local, relação com os entrevistados, fatos/situações interessantes, comportamento não-verbal bem como o percurso do pesquisador, suas dúvidas, mudanças de rumos, idéias para análises, dentre outros.

3.2.4 Observação Participante

A observação participante ofereceu condições para uma aproximação do objeto de investigação sob o “*ponto de vista dos nativos*” (GEERTZ, 2003), permitindo capturar redes de significados imanentes não apenas dos discursos, mas também dos comportamentos observados e de situações vivenciadas. Por outro lado, o nível de engajamento no cotidiano do serviço exigiu esforços para não se tornar ou

se confundir com um “*nativo*” (POPE; MAYS, 2005; MINAYO, 2006; QUEIROZ *et al.*, 2007).

As abordagens etnográficas, em particular, não dispensam as etapas de observação e convivência de campo, tendo em vista que o ensinamento fundamental desta abordagem é a comparação da fala com a observação de condutas e dos costumes, e com a análise das instituições (MINAYO; SANCHES, 1993).

A observação participante é utilizada como principal técnica dos estudos etnográficos conduzidos por antropólogos, tendo sido absorvido por outros campos de conhecimento como a sociologia e a educação. Recentemente, áreas como a saúde coletiva também tem utilizado essa técnica nas suas investigações.

Desta forma, a observação participante neste estudo serviu para acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, ou seja, apreender a continuidade das cenas nas atividades dos ACS e das USF.

Como parte desta observação, enfoquei os aspectos como: a relação entre os Agentes Comunitários de Saúde, a comunidade e os demais profissionais do PSF; a produção discursiva: conteúdos das palavras, frases, gestos e emoção na relação entre os ACS, a comunidade e os demais profissionais dos PSF; o acolhimento dos ACS pelos moradores; comentários pessoais sobre a visita dos ACS e demais profissionais do PSF aos moradores; a postura do ACS e demais profissionais perante situações de violência e as medidas de segurança adotadas pelos ACS e equipe, em situações de violência (Apêndice B).

Nesse sentido, já haviam decorrido três meses de trabalho de campo quando fiz contato com o presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SINDACS) com o intuito de informar sobre este trabalho ora apresentado e conhecer melhor as condições de trabalho dos ACS bem como outras questões pertinentes a essa categoria.

Vale ressaltar que o presidente do SINDACS se colocou solidário e disponível em colaborar no que fosse possível. Ao ter-se revelado em suas potencialidades e fragilidades, o SINDACS abria-se como campo empírico para investigação aprofundada, além de intermediar o contato com os ACS e facilitar o acesso a outros distritos e outras áreas.

O empenho do presidente em colaborar comungava-se com o entendimento de outros representantes dos distritos pesquisados, de que este estudo iria contribuir para dar maior visibilidade à categoria, e abrir um espaço de discussões acerca das condições e organização de trabalho e da vitimização sofrida pelos ACS no âmbito do trabalho.

Desta forma fui convidada a participar da assembléia dos ACS do Distrito A, juntamente com o sindicato da categoria. A princípio, o acompanhamento da assembléia caracterizou-se como uma observação direta, sem minha atuação ou interferência em sua dinâmica. Nesta foi possível identificar os principais entraves no trabalho desenvolvido pelos ACS.

No mês seguinte fui convidada novamente pelo sindicato para participar de mais uma assembléia, dessa vez no distrito B, quando acompanhava a discussão do sindicato com os ACS, fui então questionada por um ACS sobre a minha impressão. Os olhares dos ACS dirigiram-se atentos e interessados para mim, entendi então que se instituíra neste momento uma permissão para a observação participante.

A inserção da pesquisadora nas atividades observadas, seja nas assembléias, nos grupos focais ou nas visitas domiciliares foram previamente discutidas com o orientador, cabendo a este sinalizar o momento considerado oportuno e a forma como esta inserção deveria ser efetuada.

Os ACS participantes das atividades selecionadas para a fase de observação participante foram consultados pelos profissionais responsáveis quanto ao consentimento da presença do pesquisador. A familiaridade dos ACS comigo no cotidiano de trabalho foi um fator que favoreceu a inserção destes nas atividades, não havendo quaisquer objeções por parte dos ACS. Esse nível de engajamento do pesquisador nas atividades caracteriza a observação como participante (MINAYO, 2006; QUEIROZ *et al.*, 2007).

A observação participante nas atividades desempenhadas pelos ACS nos seus respectivos distritos realizou-se por um período variável de tempo. A decisão quanto ao encerramento da minha participação em cada distrito foi orientada pelo critério de saturação dos dados, tendo em vista a repetição de informações produzidas a partir da observação e registro em diário de campo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Apesar de ter experiência com trabalho comunitário, a possibilidade de transitar pelas ruas dos bairros visitados, sempre acompanhado pelos ACS, configurou-se como um grande aprendizado dos distintos rituais para 'entrar', 'estar' e 'sair' de campo. Neste caso, poderia considerá-lo como um 'campo minado'. Pois em nenhum momento consegui a naturalidade e relaxamento para desenvolvimento das minhas atividades de pesquisa, ou melhor, para o objeto de estudo escolhido.

Dia de 'estar' em campo significava para mim, atenção redobrada em todas as direções, misturavam-se sentimentos com informações acessadas dos referenciais teóricos, das estatísticas, do vivido em dias anteriores, das marcas da violência que insistiam a aparecer rotineiramente. Assim, dia de estar em campo, só era possível relaxar depois de algumas horas no acolhimento da 'casa'. Então neste sentido considero que, realmente, foi possível fazer uma observação participante, e, poderia ir mais além, trabalhar com vitimização neste caso, significou em alguma medida vitimizar-me.

Ao longo da elaboração deste trabalho procuro transmitir ao leitor o vivenciado por mim em campo. Assim, a minha voz aparece como complemento à voz principal que são dos verdadeiros atores desse processo. Diante daquele cenário que a cada ida ao campo se apresentava para mim com novas roupagens, e, ao tentar analisar as informações observadas nos distintos espaços por onde caminhei nesta trajetória da pesquisa, necessitava de um arcabouço teórico que permitisse uma melhor mirada para aquele objeto permeado por uma complexidade, que se tornava, em muitos momentos como desafiador. Nesse ínterim, na seção seguinte relato como se deu a minha inserção no campo e todo o trajeto da experiência etnográfica.

3.2.4.1 O relato da experiência etnográfica

Nessa seção serão apresentadas as análises qualitativas das informações obtidas durante o processo de investigação em campo. Assim, o objetivo é o de depurar sentidos e desenvolver aportes capazes de subsidiar a aproximação e a compreensão da vitimização do Agente Comunitário de Saúde no âmbito do trabalho. Desta forma, buscamos nesta seção mostrar como os ACS lidam com a violência no

dia-a-dia e até onde as experiências vivenciadas interferem no seu trabalho e na sua saúde.

Adentrar na realidade cotidiana dos Agentes Comunitários de Saúde foi algo extremamente produtivo e elucidativo para o enriquecimento e o entendimento dos códigos utilizados por eles. Compartilhar os medos, angústias e insatisfações fizeram-me perceber o quão importante é compreender os significados atribuídos pelos sujeitos às suas condições de trabalho e, por meio de sua linguagem chegar à compreensão de suas ações.

As aproximações iniciais durante a fase exploratória serviram para obter um conhecimento básico do trabalho desenvolvido pelos ACS, dos ambientes frequentados, como também para estabelecer relações de confiança entre pesquisador e estabelecer relações de confiança entre pesquisador e os sujeitos do estudo, confiança necessária para a realização das entrevistas em profundidade.

Mesmo estando em contato com os campos de pesquisa desde o ano de 2007, através da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), na qual atuo como docente do Curso de Enfermagem e acompanhamento discentes de graduação no Distrito B, as primeiras intervenções para o desenvolvimento desta pesquisa efetivaram-se em 2008, com o início de contato com a coordenadora deste distrito para falar sobre o projeto e analisar a possibilidade do desenvolvimento deste junto aos ACS das Unidades de Saúde da Família.

Feito o primeiro contato com a coordenadora, foi sugerido que o projeto fosse apresentado em reunião com os profissionais daquele Distrito, os quais estavam participando de um projeto de extensão na Universidade do Estado da Bahia. Tais reuniões aconteciam sempre às quintas-feiras pela manhã, assim, numa delas, fiz a apresentação do projeto para a equipe de profissionais deste Distrito, os quais expressaram interesse em participar da pesquisa, alegando que, embora a violência no âmbito do trabalho fosse uma realidade vivenciada pelos ACS daquele Distrito, muito pouco ou quase nunca era um tema debatido em reuniões ou capacitações.

Nesse ínterim, após minha qualificação do Doutorado, foi sugerido pela banca examinadora que eu restringisse a minha pesquisa apenas a três distritos sanitários e não mais como tinha pensado anteriormente, sendo assim definidos os Distritos A, B e C por motivos já explicitados anteriormente.

Assim, retornei ao B para realizar visitas domiciliares com os ACS em uma Unidade de Saúde da Família, a qual se encontra numa localização estratégica, à margem da rua principal do bairro. Entretanto, o acesso da comunidade é dificultado devido ao crescimento desordenado da população. Pude observar a existência de casas próximas a encostas, barrancos e conglomerados inadequados para moradia. Presença de ladeiras íngremes, com ruas sem pavimentação, esgoto correndo a “céu aberto” em algumas microáreas, matagal, e, além disso, a população convivendo com alto índice de violência, o que interfere na assistência à saúde da comunidade visto que os ACS e profissionais de saúde ficam impossibilitados de realizarem visitas às microáreas.

Acompanhando duas ACS em suas visitas diárias de trabalho, para reconhecimento de microárea, pude vivenciar a gravidade do problema gerado pela violência local, visto que as agentes estão expostas a diversas situações de riscos, como, por exemplo, a presença de homens armados circulando durante o dia pelas ruas. Antes da visita, uma das agentes pediu que, ao caminhar pela sua microárea, eu evitasse encarar as pessoas e que fosse gentil, o que se configurou claramente como uma defesa adotada por ela, uma vez que a sua microárea é dominada por traficantes de drogas, e é muito freqüente nos depararmos com alguns deles. Durante o percurso, percebo a presença de um jovem rapaz que nos seguia aonde quer que fossemos, andando sempre atrás de nós a fim de ouvir as nossas conversas, provavelmente para saber o motivo da nossa presença na área. Durante todo o percurso a sensação de estarmos sendo vigiadas era constante, até que uma das agentes confirmou que estávamos de fato sendo observadas, e que era melhor encerrar a visita naquele momento, e assim foi feito.

Numa ocasião de uma visita domiciliar com uma ACS de outra microárea, fomos visitar um paciente diabético que morava sozinho em uma casa de alvenaria de apenas um único cômodo; quando o morador abriu a porta, encontrava-se apenas de roupa íntima, e sua residência estava repleta de fotos pornográficas e de mulheres nuas coladas em toda a parede, o que nos causou extremo constrangimento.

A ACS me sinalizou que não entraríamos, e a mesma começou a coletar os dados à porta do morador, pelo lado de fora, apesar da insistência dele, com olhares insinuosos, convidamo-nos a entrar, porém com sinalização de olhares decidimos que não entraríamos. Ao término da visita, o morador continuou insistindo com seus

olhares, dessa vez solicitando que o visitássemos mais vezes, enfatizando que éramos “muito saudáveis”. Devo confessar que fui tomada por um sentimento de “repugnância”, sentimento compartilhado também pelas ACS que estavam comigo, que como uma forma de exteriorizar, o chamou de “carniça” após sair do local.

Durante o acompanhamento dos ACS nas visitas domiciliares pude perceber, através dos gestos e comentários de alguns moradores, a falta de privacidade que o mesmo enfrenta por morar e trabalhar no mesmo local: uma das ACS que eu estava acompanhando a visita estava retornando de licença à gestação e uma moradora a abordou questionando a duração da sua licença, pois fazia muito tempo que a mesma não ia visitá-la; outra moradora se dirigiu a uma ACS referindo que esta trabalhava muito pouco e que isto era reflexo das regalias do funcionalismo público. Em ambas as situações, ficou explícito para mim o controle da comunidade para com a vida dos ACS.

Contrapondo-se à realidade acima descrita, durante uma visita em outra microárea deste mesmo distrito, percebemos certa tranquilidade da ACS ao transitar pelas ruas, visto que a sua microárea de atuação é mais calma, como confirma a mesma, sem contar que as ruas são pavimentadas, há saneamento básico no local e as pessoas são bastante receptivas.

Pudemos perceber que, nesta área, a ACS caminhava tranquilamente sem se preocupar com a violência local, ou seja, não existia por parte dela a preocupação com o agir ou até mesmo o falar, ela estava totalmente à vontade para desenvolver a sua atividade diária sem se preocupar com possíveis intercorrências, e verbalizou que a sua área não era de risco, pois conhecia todos os moradores e tinha com eles uma boa relação.

Dentre outras visitas em distintas Unidades de Saúde da Família de Salvador, podemos relatar a ocorrida em outra Unidade de Saúde integrante deste Distrito, encontro um grupo de ACS que me recebeu de forma harmoniosa, dizendo que se lembravam de mim da reunião com o SINDACS. Relato para o grupo o objetivo da visita, e os mesmos se mostraram disponíveis para conversar, no que sugeriram começarmos as entrevistas. Nesse meio tempo, começou a chover e eles me chamaram para entrar em um espaço ao lado, no qual funciona o Centro Comunitário, onde geralmente são feitas as ações educativas com a comunidade. Este é um espaço com pouca infra-estrutura, sem piso, apenas com cobertura

precária, apresentando gotejamentos e dois bancos grandes, em que os ACS também utilizam para colocar a conversa em dia, visto que a unidade em si é muito pequena e não dispõe de um espaço para eles, muito desconfortavelmente comporta a comunidade que espera para ser assistida.

Enquanto conversava com um ACS, os outros foram chegando, se aproximando e me cumprimentando de forma amigável. Nesse ínterim, chega a coordenadora da Unidade, a qual eu não conhecia, me apresentei a ela, esclarecendo o objetivo da minha visita. A mesma foi bem receptiva, pedindo que, após entrevistá-los, eu passasse em sua sala para conversarmos.

Ao terminar da atividade fui conversar com a coordenadora, a qual denotou na sua fala curiosidade em relação ao que os ACS relatavam na conversa, expressou receio que esses relatos viessem a comprometer o andamento de trabalho da unidade. Expliquei a ela os objetivos do estudo e a informei que o mesmo já tinha sido aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e comitê de ética em pesquisa para ser realizado, mas ainda assim, a mesma se mostrou resistente em fornecer algumas informações solicitadas e mostrar relatório da unidade onde os ACS referiam os casos de violência sofrido, alegando que estes relatórios são encaminhados trimestralmente para a Secretaria Municipal de Saúde e que eu poderia ter acesso diretamente neste local.

Em outra unidade ainda do Distrito B, a visita também se deu pela manhã por ser este o melhor horário para encontrar a maioria dos ACS, quando os mesmos se dirigem até a Unidade para assinar o ponto e ir para a área. A receptividade nesta unidade também foi satisfatória, pois já conhecia os ACS da reunião do SINDACS. Esta é uma Unidade cuja estrutura física, em relação à anterior, é maior, mais arejada, possuindo uma sala de reunião, onde os estes se reúnem antes da jornada de trabalho.

Nessa unidade, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira e um ACS em visita domiciliar no bairro. Durante a visita pude constatar a afirmativa do Jornal A Tarde do dia 11/08/08, o qual considerou essa região como a quarta mais violenta da cidade de Salvador, visto que, após a visita na terceira casa, a enfermeira, o ACS e eu fomos surpreendidos por uma vizinha que nos aconselhou a não sairmos naquela hora, pois estava havendo tiroteio na rua de cima. Ao esperar apreensivos em torno de vinte a trinta minutos para podermos sair, nos deparamos com um aglomerado de

peças em volta de um corpo ensanguentado após ter sido atingido por vários tiros. Nesse momento foi possível perceber que o sentimento de revolta tomava conta de todos ali (moradores e familiares), os quais expressavam em tom alto: “assassino!”.

Em meio a tanta confusão, um carro particular se aproxima, alguns moradores colocam o corpo dentro do carro e saem! Estar nessa cena me causou grandes reflexões: os moradores aos poucos foram entrando em suas residências, chamando as crianças, fechando portas e janelas, os bares foram se fechando e em questão de minutos a rua estava totalmente vazia e pairava um silêncio aterrorizador. Ninguém comentava sobre o ocorrido! Tal situação me reportou as falas de alguns ACS quando se referiam aos sinais de alerta e a discussão feita por meu orientador na disciplina Sociologia do Crime, em que se abordou a representatividade dos sinais. Logo, quem tinha observado esse espaço há alguns minutos anteriores, com movimento de pessoas, portas e janelas abertas, música em alto volume, crianças brincando e correndo e observava naquele instante, portas e janelas fechadas, o silêncio tomava conta da rua, as crianças todas dentro de casa, facilmente identificaria que algo de (a)normal estava acontecendo.

O meu corpo tremia, minha voz não saía, eu apenas observava. Reportei-me a referida “lei do silêncio” tão citada pelos ACS nas entrevistas como uma defesa adotada por eles para continuar exercendo suas atividades no ambiente de trabalho e “fingir que nada acontece ou aconteceu”. Para mim, fingir que nada estava acontecendo era impossível, até hoje ao escrever sobre o ocorrido sou tomada pela mesma sensação de mal estar. No entanto, sabia que precisava superar, pois tinha um trabalho à concluir, me senti neste momento mais próxima da sensação relatada pelos ACS na sua rotina de trabalho. Vivenciar essas e outras situações de violência e medo produz reflexos imensuráveis que necessitam ser analisados enquanto riscos inerentes ao trabalho dos ACS.

Voltando ao relato da visita realizada, ao sair a caminho da Unidade, enquanto o motorista me falava que provavelmente o acontecido se tratava de briga de tráfico, nos deparamos com uma viatura da polícia que parou o nosso carro e perguntou o que havia ocorrido. O motorista relatou em uma só frase: “*mataram um lá em baixo*” e os policiais responderam também em sua só frase: “*isso é briga de tráfico*” e saíram em direção ao local do ocorrido.

Ao chegar à Unidade, chamou-me atenção o fato de que todos os profissionais que ali estavam já sabiam detalhes do acontecido, e fiquei me questionando: como tal informação tinha chegado naquele local antes de nós? Este se tornou o principal ponto de discussão na unidade pelos profissionais e comunidade. De repente, apareceu um morador na sala da enfermeira e comentou: *“ali foi ladrão que matou ladrão, é menos um”*, e mais uma vez me reporto a um comentário feito pelo meu orientador, em que o mesmo abordou os “valores” que são atribuídos a morte de uns e de outros.

Em meio a tal situação, vem-me uma questão: a tamanha vitimização que vivem os ACS e os demais profissionais do PSF atuantes neste local. Devo confessar que essas e outras questões me acompanham e me inquietam até os dias atuais.

Em outro momento, tive a oportunidade de acompanhar uma visita domiciliar juntamente com a enfermeira e duas ACS do sexo feminino no PSF de uma das unidades do Distrito B, e mais uma vez pude constatar a tamanha vulnerabilidade à violência em que se encontram os ACS. Em uma das casas visitamos uma moradora idosa que, segundo as ACS, apresentava muita resistência às visitas. Após várias chamadas no portão, a senhora abriu, justificando que estava de saída, iria a uma consulta médica. As ACS deram todas as orientações e seguimos para outra residência. Em outra casa, as ACS relataram que, na última visita que fizeram, quando tocaram a Campainha, a moradora soltou um cachorro da raça Pastor Alemão, que por pouco não mordeu seu braço. Mesmo assim, chamamos na porta, ainda que com receio, porém sem êxito, pois ninguém atendeu.

Em outra visita, entramos em uma casa que possuía apenas um cômodo, sem piso, muita sujeira nas paredes, fumaça proveniente de um fogo à lenha dentro da casa, e uma cama localizada em frente à porta, onde estava um garoto deitado com a face bastante abatida. A moradora nos recebeu, mandou que entrássemos, mas não cabiam as quatro pessoas no espaço, assim, entraram apenas a enfermeira e uma ACS, que orientaram a moradora quanto ao uso das medicações para hipertensão e informou o seu agendamento da consulta na Unidade de Saúde.

Apesar dos fatos acima mencionados, o Distrito referido anteriormente, é um local que eu tinha certa aproximação por conta do meu trabalho como docente. Ainda que todas as situações vivenciadas me trouxessem certo desconforto, mesmo assim, pairava em mim uma sensação de proximidade e acolhimento. Entretanto, pensar em

adentrar em outra área, Distrito A, em que não tinha o conhecimento prévio dos profissionais que ali atuavam aliado às informações veiculadas pela mídia e por interlocutores da pesquisa de que se tratava de uma área permeada por grandes índices de violência me causaram muito temor.

Assim, busquei como estratégia de entrada neste campo específico alguma referência para entrar neste Distrito. Encontrei um grupo de alunos que desenvolviam atividades práticas neste local, o que facilitou o acesso, inclusive de intermediação com a coordenação local. Então decidi que realizaria um Grupo Focal nesta unidade a fim me aproximar da realidade vivenciada por esses sujeitos, o que de alguma forma permitiu-me, também, maior interlocução para realização de visitas e entrevistas posteriores.

Caminhar com os ACS por esses locais, ter oportunidade de conversar com eles e vivenciar em alguma medida sua rotina de trabalho, me fez perceber a violência que faz parte de seu cotidiano, que vão desde a violência velada, que acontece em sua relação com o usuário, até a violência institucional, percebida pela falta de condições adequadas de trabalho, questões essas inerentes a todos os distritos pesquisados.

Relatos de que durante o enfrentamento policial pelo tráfico de drogas, os traficantes incendiaram um ônibus em frente à Unidade de Saúde e telefonaram ameaçando colocar fogo nesta, caso os funcionários não deixassem o prédio naquele exato momento, o que todos fizeram, apavorados.

Ainda em outra unidade do Distrito A, houve relatos de que os policiais se vestiram com camisas de campanhas, semelhantes às que os ACS usam no cotidiano de trabalho, e entraram na “boca de fumo” passando-se por ACS, a fim de prender os traficantes, fato que dificultou muito o acesso posterior dos Agentes na área. Assim, durante as visitas nessa localidade, observei que existiam muitos becos com portões, transformando-os em áreas privativas. Questionando a ACS sobre isso, fui informada de que foram colocados pelos próprios moradores como uma medida de segurança para se protegerem das batidas policiais e dos acessos dos bandidos, assim só os moradores têm acesso. Contudo, tal medida dificultava o trabalho do ACS, visto que, para ter acesso às casas, precisa-se fazer um percurso maior e mais trabalhoso.

Ainda mais no Distrito acima referido, os ACS, durante o Grupo Focal, referiram que no ano anterior houvera um seqüestro do carro da Secretaria Municipal de Saúde, quando o mesmo estava saindo da unidade com todos os profissionais para realizar vacinações na área. Após terem sido saqueados, os funcionários foram deixados em local distante da Unidade, e o carro desapareceu completamente, nunca tendo sido encontrado. Após esse episódio, relata-se que a enfermeira da unidade desenvolveu depressão e pediu transferência para outra Unidade.

O acúmulo de emoções negativas, tensões e medo em decorrência do risco a que estão expostos no dia-a-dia, torna o ACS vítima de doenças físicas e psíquicas, podendo acarretar desmotivação, levando a um desgaste de difícil mensuração e de complexa interpretação de seus efeitos, tanto para a sua saúde quanto para seu trabalho. Infelizmente, é importante salientar que dificilmente estas doenças serão diagnosticadas como males relacionados à sua atividade laboral.

Diante de tal cenário, por diversas vezes questionei a minha competência para permanecer naquela área. Ali, mais do que nunca, estive atenta às mesmas defesas apreendidas na convivência com os ACS: calça jeans, blusa folgada, tênis, cabelos sempre presos e a não utilização de acessórios para não chamar a atenção, tudo isso, fazia parte do meu arsenal de “defesa pessoal” de alguma maneira fazendo com que eu me sentisse mais confortável para iniciar, o que para mim foi a pior fase do campo.

Um fato relevante que ocorreu nessa trajetória foi o contato com o presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde - SINDACS, o qual se mostrou receptivo e colaborador durante toda a fase de coleta de dados. Contatava constantemente por telefone, visando a informar a respeito dos eventos sociais, culturais e políticos da categoria. Nos contatos pessoais, percebia o interesse do presidente em fornecer novos elementos para a pesquisa. Números de telefones dos ACS eram repassados para possíveis entrevistas e muitas vezes o próprio presidente intermediava a relação para facilitar o acesso a estes trabalhadores e a determinadas áreas.

No contato estabelecido com o coordenador do SINDACS, constatei que neste sindicato existia um Jornal mensal que era elaborado pelo grupo, que tratava de questões relacionadas à categoria, assim foi sugerido por este a publicação de uma

matéria abordando o objeto dessa tese para que os ACS tomassem conhecimento, já que se tratava de um assunto de interesse da classe.

Após alguns dias da publicação da matéria explicitando o objeto desta Tese, tive contato com uma ACS via e-mail que me parabenizava por abordar tal tema, referindo que embora participasse constantemente de capacitações e a exposição à violência do ACS fosse algo comum no cotidiano, nunca tinha havido discussão sobre esse assunto nesses espaços, expressou o desejo de conhecer mais sobre o trabalho e informou ter vários relatos de vitimização que gostaria de socializar.

Desta forma, agendei uma visita a essa ACS, à qual atribuí o pseudônimo de Simone (38 anos), na Unidade de Saúde da Família que a mesma trabalhava, esta me recebeu de forma harmoniosa e ao conversarmos sobre a temática, ela se mostrou interessada e colaboradora, ao ponto de intermediar contatos com outras ACS da unidade que tinham relatos de vitimização no trabalho.

Assim, Simone referiu que acompanhava uma área na qual sempre ouvia queixas dos vizinhos, os quais referiram que em uma das casas da microárea havia uma moradora que era alcoólatra e usuária de drogas e agredia constantemente as suas filhas menores de 4 e 5 anos. Quando ela atendia as crianças percebia marcas de agressão nos seus corpos, e na última vez que as atendeu, a mãe não se encontrava em casa, ela observara que as crianças tinham marcas de maus tratos e, questionando-as, elas disseram que tinham dormido amarradas na cama, pois a mãe saiu e só voltaria no dia seguinte.

A ACS relata que ouvir tal fato lhe causou muita revolta, e imediatamente levou ao conhecimento da enfermeira da Unidade, que repassou a informação para o gerente, o qual acionou o Conselho Tutelar, que compareceu à residência e, encontrando a mãe completamente embriagada, retirou as crianças da posse da mesma.

A partir deste ocorrido, a ACS começou a sofrer ameaças constantes através de telefonemas anônimos e por recados por intermédio de seus próprios colegas de trabalho. Enfim, a ACS relata que após o ocorrido passou a viver dias de terror, e constantemente estava indo trabalhar acompanhada pelo seu pai, como uma defesa, fato que estava acarretando vários problemas para a sua saúde, como: hipertensão, depressão e insônia.

A visita à mais uma unidade do Distrito A ocorreu também no período da manhã, tendo ido após o contato do coordenador do SINDACS com a coordenadora da Unidade, informando sobre a minha visita para conversar com alguns ACS. Nesta Unidade, também fui bem recepcionada pelos ACS e pela coordenadora, e os Agentes se mostraram disponíveis para responder à entrevista.

O último distrito visitado no meu roteiro de campo foi Distrito C, vale salientar que já houvera realizado contatos iniciais anteriormente. Entrei em contato com a gerente da unidade e expus o meu interesse em realizar grupos focais e entrevistas com os ACS. A mesma me orientou retornar à Secretaria Municipal de Saúde para que eles emitissem a autorização, mesmo já tendo emitido há um ano, tive que fazer todo o trâmite burocrático novamente.

Após o trâmite legal, retorno na unidade para realização de dois grupos focais, o primeiro continha dez participantes e o segundo oito, dos quais emergiram muitos relatos interessantes. É importante salientar que uma das dificuldades que enfrentei após a realização do segundo grupo focal foi ter sido vítima de assalto em outro bairro e o bandido ter roubado o gravador com todos os enunciados dos ACS. Entretanto, com o apoio de anotações e de entrevistas realizadas, foi possível resgatar as informações mais evidentes.

Vale enfatizar que, de modo geral, ambos os grupos se mostraram bastante receptivos, coloquei o objetivo da minha visita e os objetivos do trabalho, senti neles uma necessidade imensa de desabafar sobre as suas insatisfações, no decorrer do grupo focal, percebo que os ACS, me vêem como um aliado por estar evidenciando um problema que afeta o seu trabalho (a violência), e segundo eles, não é abordado nas reuniões nem nos cursos que participam. Uma ACS do primeiro grupo enfatiza em voz alta:

Até que enfim apareceu uma pessoa para lutar por nós, porque aqui o ACS é muito discriminado, só recebe críticas, não é considerado um profissional que faz parte do quadro de funcionários da unidade, só para você ter uma idéia, tem a pasta dos profissionais e a dos ACS, reunião dos funcionários e dos ACS. Quer dizer, não considera o ACS como funcionário? Somos o que afinal? (Tarsila, 47 anos).

A questão do ACS me ver como um aliado a eles foi algo bastante favorável à realização da pesquisa, entretanto, me preocupava ao perceber a grande expectativa

que alguns expressavam com a minha presença junto a eles, e por inúmeras vezes tentei deixar claro a minha limitação como pesquisador naquele momento.

Após a realização dos Grupos Focais, regressei à Unidade de Saúde da Família do Distrito C após contato prévio com uma das ACS para fazer a visita à micro área e entrevistá-la. Esta agente me chamou a atenção devido à riqueza e relevância das informações cedidas por ela durante a técnica do grupo focal e se tornou uma informante-chave da pesquisa, visto que reside em uma das microárea mais violentas da área. Quando cheguei à Unidade, fui barrada por um homem que não se identificou, ele queria saber quem eu era, o que e com quem queria falar. De cara estranhei, visto que já havia estado ali outras vezes e não tinha percebido a presença marcante de seguranças com tanto controle na entrada e saída de pessoas como naquele dia, ao me apresentar ele seguiu me acompanhando até o local que a ACS se encontrava, percebi que algo estaria acontecendo para ele ter tal atitude e posteriormente ficaria sabendo.

Durante a entrevista com a ACS deste Distrito, ela explicou que dias antes acontecera um tiroteio nas proximidades da USF, culminando com a morte de um jovem, provavelmente motivado por acerto de contas entre os envolvidos, já que a vítima, segundo a agente, era traficante de drogas. Portanto, talvez a reação do agente de portaria tenha sido só a tentativa de trazer mais segurança para a Unidade após a vivência de uma situação violenta.

Após sair da Unidade e andar em torno de 500 metros ao longo da rua principal, percebi que esta era asfaltada, com acesso a transporte público, prédios de classe média, oferta de serviços como uma escola estadual, açougue, mercados o que proporcionava certa tranquilidade a quem estava ali pela primeira vez. De repente, ao entrar em uma outra rua é como se estivesse adentrando em outro lugar, diferente de tudo o que já tinha visto. Tentei disfarçar minha perplexidade em estar ali, mas não fiquei menos estarecida com as diferenças socioeconômicas que presenciei: de um lado uma classe média e muito próximo uma área paupérrima, com pessoas vivendo em situações desumanas e inaceitáveis. Meus olhos funcionavam como uma máquina fotográfica registrando tudo o que via, os sentimentos se misturavam na tentativa de entender a realidade daqueles moradores e de captar seus medos, anseios, aspirações, frustrações e desejos.

Durante a visita fui surpreendida pela chuva, que serviu como mais um agravante para as condições de moradia, as casas eram construídas próximas a encostas e barrancos, coladas umas nas outras, pôde-se observar a construção recente de muros de contenção feitos de concreto para evitar o deslizamento de terra. Nesse beco, as casas estavam dispostas de maneira amontoadas, num sobe-e-desce de lugares tão estreitos que aumentava a sensação de sufocamento. As paredes de muitas casas eram esverdeadas devido à presença de fungos. Além das condições precárias da infra-estrutura do lugar, a violência e o tráfico de drogas são outras características que tornam o trabalho dos ACS mais perigoso, pois o expõem a riscos.

A ACS, moradora desse local desde o seu nascimento, seguia em minha frente servindo de guia para que não nos perdêssemos naquele labirinto de ruas e vielas, e ao passarmos em frente a uma casa de candomblé, avistamos um cachorro deitado em meio à passagem, a mesma salienta que deveríamos ir por outro caminho, pois poderíamos ser mordidas, ressalta que esses cachorros são de alguns “malfeitores” da microárea, os quais são utilizados em assaltos no topo da escadaria, a qual serve de passagem para muitas pessoas que vão e voltam para o trabalho.

Discretamente me alertou que ao passarmos por uma casa que é conhecida como ponto de tráfico, na qual reside uma senhora e um filho, e recentemente foram mortos dois integrantes dessa família por briga de tráfico, ela me sinalaria e assim o fez. A casa tinha um portão de zinco com uma portinhola e ao nos aproximarmos percebemos a presença de um rapaz com a farda de uma empresa de gás comprando drogas, quando percebeu que estávamos nos aproximando o mesmo pegou um embrulho pequeno colocou dentro das calças e como em um passe de mágica desapareceu, fiquei impressionada com a sua habilidade em descer dezenas de degraus de escada e em pouco tempo encontrava-se montado em uma bicicleta na avenida principal que dava para visualizar do outro lado. A ACS sinaliza que a roupa que o mesmo trajava, é usada como um disfarce como uma forma de disfarce na possibilidade de batida policial.

Nesse mesmo dia, ao sairmos de uma casa de uma moradora, ela pede que visitemos um morador ao lado, e bate na porta para chamá-lo, segundo a ACS trata-se de um senhor que era portador de hipertensão e diabetes, este era analfabeto e desenvolvia a função de catador de papelão, residia em um cômodo levantado pelos

vizinhos a partir das paredes laterais das casas desses, os quais tiveram essa iniciativa ao se sentirem comovidos com a situação deste. O quarto continha um único móvel, que era uma cama sustentada por tijolos e blocos, com uma espuma velha que servia de colchão e muito lixo ao redor. Apesar de todas as dificuldades financeiras encontradas pelos moradores, percebe-se a solidariedade destes, visto que em meio a tanta pobreza conseguem encontrar ânimo e estímulo para ajudar o próximo.

Este mesmo morador encontrava-se manipulando várias cartelas de medicações e reclamava dos efeitos adversos destas, foi quando observamos que ele fazia o uso incorreto bem como horários e dosagens. Neste momento a agente comunitária tentou explicar-lhe quais as medicações que teria que tomar e em que horários, utilizando uma linguagem de fácil compreensão, vimos, então, um exemplo prático da importância do trabalho do ACS para a comunidade, essa saiu expressando a sua frustração em não poder ajudar mais a população. A ACS enfatiza que esse paciente, assim como outros da microárea, também necessita de acompanhamento psiquiátrico, fato este que nos chamou a atenção, levando ao questionamento sobre como não desenvolver doenças psiquiátricas, diante de tal condição subumana?

A ACS cita a dificuldade que enfrenta em fazer as visitas pela manhã, pois a maioria das casas encontravam-se fechadas, alguns moradores trabalhando e outros dormindo. Ainda refere que o fato se deve a muitos moradores trabalharem durante à noite, e ressalta: “*Os meninos trabalham a noite toda e de dia dorme...*”

Um fato que nos chamou atenção foi que diferente dos outros distritos visitados, os moradores desse Distrito não abriam suas portas ou portões para que entrássemos, esses eram fechados com cadeados grandes e as visitas eram feitas na própria porta. Apenas uma delas abriu visto que estava chovendo forte e estávamos molhadas e com olhares praticamente implorávamos para entrar.

Ao passarmos na frente da casa da ACS, a qual se apresentava em melhor estado que as dos demais moradores, porém também em estado precário, esta salienta que mora apenas com um filho adolescente e que se sente extremamente insegura ao trabalhar pela noite, desempenhando a função de Técnica de enfermagem e deixar o filho sozinho em casa.

Ao retornarmos à Unidade, à encontramos fechada e a presença de um carro da polícia ao final da rua, fato que provocou o estranhamento entre nós. Imediatamente a ACS começou a bater na porta e chamar pela coordenadora, se identificando, ao abrirem a porta, nos foi comunicado que há meia hora houve outro tiroteio em frente à Unidade e tinha havido um assassinato, funcionários e alguns moradores encontravam-se assustados e chorosos, solicitando à coordenadora que mantivesse a Unidade fechada durante toda à tarde, e esta acatou a solicitação.

Transitando por aquelas ruas me sentia extremamente vulnerável e comecei a refletir que trabalhar o tema violência pressupõe certo “preparo” que ainda questiono se é possível adquirí-lo. Ficou claro para mim que não saberia transitar naquelas ruas, becos, vielas e avenidas sem a presença dos ACS. Algumas vezes foi necessário “pedir permissão” para entrar ou passar em alguns locais, o estranho é facilmente identificado por todos. Assim, eu me tornaria “presa fácil” naquele cenário, onde por mais esforço que o meu papel de pesquisadora exigisse muitas vezes, me deixava em estado de constante alerta.

Minha presença para alguns do bairro poderia ser vista como ameaça, por outro lado eu me sentia ameaçada e incomodada com alguns contextos, como por exemplo, em uma visita a outra microárea, caminhava com os ACS e nos deparamos com grupos de homens moradores do local, sentados nas portas de suas casas conversando e manuseando armas de fogo em uma atitude que de tão natural para eles, para mim pareceu ameaçadora. Para registrarem que estavam atentos ao movimento naquele “espaço particular”, ao passarmos, eles trocavam comentários entre si, e de repente um deles nos convida para a cena questionando às ACS: “*gente nova no pedaço?*”. Muito peculiarmente as ACS explicaram que se tratava do grupo da Universidade e o objetivo da visita.

Em realidade acabara de participar de mais um ritual para permissão de entrada e trânsito naquele local. Ainda que “permitido”, andar por aquelas ruas, naqueles contextos de violência tanto explícita quanto implícita, fizeram-me sentir extremamente vulnerável.

Muitas vezes, o disfarce da minha falsa indiferença em relação aos horrores revelados, propiciou-me a aproximação de alguns ACS, os quais abriram suas crenças, seus sentimentos mais íntimos, seus medos. O que mais impressionou é que eles não apontaram em momento algum os riscos de morte que enfrentam no

dia-a-dia na área em meio a tiroteios como violência no trabalho, aparentemente é algo comum do cotidiano.

3.2.5 Análise Documental

A consulta a documentos pertencentes aos três Distritos pesquisados teve como intuito propiciar condições para o planejamento da observação participante. O acesso aos documentos foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos coordenadores dos seus respectivos distritos e pelo SINDACS. Nesse sentido, Triviños (1992, p. 111) ressalta que, “a análise documental é um tipo de estudo descritivo que fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações”.

Constituiu objeto de leitura e análise os relatórios anuais dos Distritos a fim de traçar a identificação e caracterização destes, tais como: Os coeficientes de mortalidade por violência, número de Equipes de Saúde da Família e de ACS em cada unidade e atividades desenvolvidas pelos ACS. No SINDACS e nos Distritos ainda foram analisados os livros de ocorrência e jornais próprios do sindicato, os quais continham registros de vitimizações sofrida pelos ACS, tais como: ameaças, represálias de superiores e agressões físicas e verbais sofridas por estes no âmbito do trabalho, bem como intervenções por parte do sindicato.

Outro objetivo da leitura e análise dos referidos documentos era entender mais a fundo as atividades desenvolvidas pelos ACS e os riscos a que esses estavam expostos no âmbito do trabalho. A apropriação destas informações subsidiou o planejamento da etapa de observação participante, sendo estabelecida uma definição prévia do tipo de atividade que se pretendia acompanhar de forma mais intensiva.

3.3 ATORES SOCIAIS: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os atores sociais deste estudo foram os Agentes Comunitários de Saúde. Tratou-se de um grupo heterogêneo composto por sujeitos (informantes-chave) com

experiências diversas de vitimizações no trabalho, além de distintas faixas etárias, considerando-se sexo, estado civil, tempo de profissão e tempo de atuação na microárea.

O estar próximo dos ACS, a aproximação com fatos, pessoas, relações e situações, possibilitou perceber que os mesmos tinham atribuído significação no momento que vivenciaram as situações narradas, porém, isso tudo se tornou irrelevante no momento de enunciá-los. A partir dessa aproximação, passei a ter acesso ao cotidiano dos ACS como caminhos denunciadores do meandro da vida social. Estar envolvido no cotidiano é importante, pois essa é a possibilidade de se debruçar, compartilhar e traçar idéias para poder entender a prática do ACS sem empobrecê-la ou reduzi-la a um olhar técnico.

A cada entrevista, ou mesmo a cada ida a campo com os ACS para vivenciar o dia-a-dia de trabalho, fui conhecendo a realidade vivenciada por esses trabalhadores e moradores do bairro, suas facilidades/dificuldades para fazer a travessia trabalhador/morador. O contato com moradores, representantes de associações, de sindicato, as observações a cada incursão no bairro, agora como pesquisador, revela/desvela os riscos a que está exposto esse grupo de trabalhadores.

As UBS nas quais foram realizadas as entrevistas possuem um quadro de funcionários insuficiente para as suas demandas. As equipes de ACS estão na unidade desde que a USF se instalou no local. Em todas as Unidades citadas existem Equipes de Saúde da Família, cada uma delas formada pelas seguintes categorias profissionais: médico (a), enfermeiro (a), dentista, técnico (a) de enfermagem e ACS, além de responsáveis pelo setor administrativo, farmácia e portaria.

Durante o período da pesquisa de campo, observei filas de pessoas em pé à espera de atendimento. Da mesma forma, era comum ouvir por parte dos moradores reclamações quanto à demora do atendimento, assim como pela falta de profissionais para atendê-los, e também os próprios funcionários, especialmente os ACS, reclamando da sobrecarga de trabalho e desvio de função.

Cada ACS é responsável pelo atendimento de 150 famílias, ou seja, em média 350 a 400 pessoas mensalmente, sendo que alguns relataram atender um número maior que o estipulado. O período da manhã é o mais agitado para elas (es), pois é o

melhor momento para encontrar as pessoas em casa, seja porque estão acordando, seja porque estão realizando seus afazeres domésticos e, quando não trabalham fora, costumam descansar à tarde. Neste sentido, logo depois de baterem o ponto às 8h00 e de revisarem os planos de atividades do dia, as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde partem para o campo, cobrindo de seis a oito casas diariamente; pela manhã, entre 9h00 e 1200 foi o período em que a prática mostrou ser o mais indicado para as visitas domiciliares. A prática já apontou também que é extremamente difícil integrar à USF as pessoas que passam o dia fora por motivo de trabalho.

De acordo com a Portaria nº. 648/2006 (BRASIL, 2006), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições específicas do ACS:

- (i) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS;
- (ii) estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- (iii) orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- (iv) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; e
- (v) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. São atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica:
- (vi) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- (vii) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- (viii) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; e
- (ix) responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

A supervisão das equipes de ACS é feita pelas enfermeiras, que fazem visitas domiciliares duas tardes por semana, sempre acompanhadas de um ou uma ACS, momento em que fazem simultaneamente a supervisão em serviço.

Dentre as atribuições comuns aos profissionais da atenção básica, é possível afirmar que as equipes de ACS raramente realizam a maioria delas. Por exemplo, busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local limita-se à identificação de gestantes e seu encaminhamento à Unidade, uma vez que a identificação de agravos à saúde

está mais sob a responsabilidade de profissionais médicos. Com relação à ausculta qualificada, além de não terem sido capacitados, pouco tempo lhes sobra diante dos formulários que precisam preencher durante a visita. Quanto à mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, mencionam-se apenas dificuldades e nunca soluções.

Em alguns períodos, como por exemplo, no final do mês, as equipes de ACS referem estar mais atarefados, preenchendo as fichas do SIAB e realizando outras tarefas burocráticas para subsidiar os relatórios realizados pelos Distritos.

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos participantes corresponde a um recorte do perfil construído para os Agentes Comunitários de Saúde dos três Distritos pesquisados, perfazendo um total de setenta e cinco sujeitos, de acordo com o Apêndice E.

Como pode ser constatado, os ACS que fizeram parte desse estudo foram na sua maioria do sexo feminino, com 59 representantes para 16 do sexo masculino, característica do gênero predominante na profissão em todo o Brasil. A idade variou entre 22 e 52 anos, com a mediana de 32 anos. Quanto à escolaridade, todos os ACS referiram ter o 2º grau completo e uma parte destes (28) com nível superior incompleto. Em relação ao estado civil, 44 são solteiro(a)s, 29 casado(a)s, um separado e uma viúva.

Referindo-se à opção religiosa, existem nas unidades-campo desta pesquisa católicos, evangélicos, Testemunhas de Jeová, espíritas, participantes do candomblé e até os que se declararam sem opção religiosa. Em relação à cor auto referida dos ACS, a maioria se declarou, prioritariamente: negros (50), pardos (20) e brancos (5). O número de residentes na casa varia de dois a sete, sendo a maior frequência de cinco moradores, seguido de três e seis moradores. Moram, em sua maioria, com esposo (a) e filhos e, em alguns casos, também com os pais, irmãos, tia e sobrinha.

Elsen e outros (1994, p. 97) afirmam que “cada família é um conceito único, no sentido de existência, de história e de limitações e possibilidades”. Logo, por vivenciarem uma realidade semelhante à população atendida, os ACS aproximam-se da mesma. Contudo, as condições de moradia e escolaridade diferenciam e até distanciam os/as Agentes do contexto, por se encontrarem em melhores condições socioeconômicas e culturais em relação às demais famílias.

Quanto à experiência anterior, na área de saúde, a maioria dos interlocutores relatou que não possuía contato com atividades de saúde, porém alguns tinham participação mais direta e pessoal em atividades comunitárias, ligadas à associação de moradores (líder comunitário). Os demais se dividem em auxiliares de enfermagem e auxiliares de patologia clínica.

Ser Agente Comunitário de Saúde surgiu como oportunidade de emprego para a maioria. Grande parte dos ACS entrevistados foi contratada desde a implantação das Unidades de Saúde. O tempo de atuação na área como Agente Comunitário de Saúde variou entre 3 e 10 anos, a maioria apresentando 4 anos. Saliento que, embora o Programa determine que cada ACS deva atender em torno de 150 famílias por mês, a maior frequência no número de famílias assistidas por cada ACS é de 200, e muitos dos demais trabalham com 168 a 187 famílias.

Embora seja critério de seleção do Programa que o Agente Comunitário de Saúde resida na área onde atua, cinco dos relacionados em nossa pesquisa relataram não residir na área em que trabalha, porém isto era um dado ocultado na Unidade segundo os mesmos.

Foram entrevistados 75 (setenta e cinco) Agentes Comunitários de Saúde, considerando o quantitativo de Distritos que foram campo para esta pesquisa. Foi estabelecida ainda uma rede ampliada de informantes, incluindo outros profissionais além dos ACS. Estão incluídos aqui contatos necessários na aquisição de documentos sobre o PSF, em locais definidos de acordo com os momentos e necessidades de produção de dados.

Desta forma, além da revisão bibliográfica para a elaboração dessa tese, foi realizada pesquisa documental junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SINDACS), além de entrevistas exploratórias com Agentes Comunitários de Saúde também foi feita uma observação direta, *in loco*, do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

A aproximação com os sujeitos se deu a partir de uma teia de relações estabelecida através da Universidade do Estado da Bahia – UNEB–, instituição à qual estou ligada, e das Unidades do Programa Saúde da Família do Distrito B, às quais se constituem campo de prática desta Universidade.

Por intermédio da Universidade do Estado da Bahia, realizei uma visita ao Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde (SINDACS), posteriormente participando de eventos relacionados a este grupo de trabalhadores, como: reuniões dos ACS com o Sindicato do grupo (SINDACS), visitas domiciliares e ações educativas e de comunicação, individuais e coletivas, nos domicílios e Distritos.

Dentre as ações, realizei, na própria UNEB, uma oficina para o grupo de ACS do referido Distrito intitulada: “Capacitação sobre as facetas no trabalho do Agente Comunitário de Saúde” para ACS do Distrito B” (Apêndices D e E). A idéia para a realização deste evento se deu a partir de entrevistas exploratórias realizadas com esse grupo de ACS, os quais ressaltaram que a violência era um dos problemas mais frequentes que os mesmos enfrentavam no seu cotidiano de trabalho.

Ao abordarem a violência no âmbito do trabalho, algo me chamou a atenção: os participantes, na maioria mulheres, se reportavam sempre aos tipos de violência que atingem o ACS dentro da equipe, referiram sentir-se desvalorizados pela sua condição social e escolaridade, situação refletida na desvalorização do seu trabalho pelos superiores hierárquicos, e surgiram relatos de fatos vivenciadas por si mesmos ou por um colega de trabalho.

Posteriormente, após algumas horas de conversa, quando a espontaneidade permeou o ambiente, surgiram relatos de vivências pessoais de situações de violência. Os riscos a que estão expostos os ACS nas visitas domiciliares surgiram nos diálogos como algo corriqueiro do seu dia-a-dia, tendo sido mencionados como principais obstáculos enfrentados no seu trabalho a proximidade de briga entre gangues rivais, tráfico de drogas, assédio sexual, falta de privacidade e a incompreensão da comunidade sobre a importância do seu papel.

3.4 OS CENÁRIOS

3.4.1 Caracterização do município de Salvador e seus Distritos Sanitários

O estudo foi desenvolvido no município de Salvador, em distintas Unidades e Distritos Sanitários do Programa Saúde da Família. Segundo o DATASUS em 2007 o

Estado da Bahia tinha uma população de aproximadamente 14.083.771 habitantes. Destes, 2.754.946 residiam no município de Salvador.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município de Salvador é considerado uma metrópole nacional com cerca de 2.754.950 habitantes, sendo que 46,8% são do sexo masculino e 53,2% são do sexo feminino, 30,23% desta população se concentram na faixa etária de 15 a 29 anos. O município de Salvador possui 658.222 domicílios, com uma média de 3,2 habitantes por domicílio. É a terceira cidade mais populosa do Brasil, primeira do Nordeste e a sétima mais populosa da América Latina. É o centro de cultura afro-brasileira, sendo a maior parte da população negra ou parda (BRASIL, 2009).

O Município de Salvador localiza-se na região litorânea do Estado da Bahia, com uma superfície de 707 km², apresentando dezoito Regiões Administrativas. É importante salientar que Salvador possui doze Distritos Sanitários responsáveis pela implantação das ações de saúde do Município, conforme mostra a figura a seguir:



Figura 3: Distribuição Territorial dos Distritos Sanitários de Salvador, 2009.
Fonte: DAB/DATASUS/SIAB/SMS 2009.

Conforme dados do SIAB/2008, no primeiro semestre de 2008 o município de Salvador contava com 142 equipes de Saúde da Família e 42 equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Do total de ACS, 751 pertenciam ao Programa de Saúde da Família, hoje denominado de Estratégia Saúde da Família, e 862 eram do programa de Agentes Comunitários de Saúde, hoje denominado Estratégia de Agente Comunitário de Saúde. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Distribuição de Equipes de ACS e Saúde da Família, no 1º Semestre de 2008, Salvador-BA.

Distrito Sanitário	Nº. de Equipes de Saúde da Família	Nº. de Equipes de ACS	Nº. de ACS	
			Estratégia de Saúde da Família	Estratégia de ACS
Centro Histórico	02	01	06	05
Itapagipe	05	02	30	55
São Caetano/Valéria	25	04	125	81
Liberdade	06	05	36	101
Brotas	02	04	08	108
Barra/Rio Vermelho	12	05	73	93
Boca do Rio	04	02	23	49
Itapuã	10	04	41	84
Cabula/Beiru	11	05	70	97
Pau da Lima	04	03	21	53
Subúrbio Ferroviário	43	04	238	86
Cajazeiras	18	03	80	50
TOTAL	142	42	751	862

Fonte: DAB/DATASUS/SIAB/SMS 2009.

É importante salientar que com o intuito de me aproximar da realidade vivenciada pelos ACS na cidade de Salvador, contatei e realizei entrevistas exploratórias com ACS pertencentes aos 12 Distritos acima citados, selecionando

três distritos, especificamente, os quais, por uma questão de sigilo, denominei de Distrito A, B e C, para realizar entrevistas em profundidade.

A escolha dos três Distritos deveu-se às seguintes razões: o Distrito A, por apresentar a maior área entre os demais, e os Distritos B e C, por apresentarem a maior concentração populacional em números absolutos.

A seguir descrevo os três Distritos que se constituíram campos desta pesquisa:

3.4.2 Distrito A

O Distrito A, formado por 22 bairros, é uma região assim conhecida por se estender ao longo da ferrovia que margeia a orla da Baía de Todos os Santos. A escolha desse Distrito deu-se pelo fato de ele se apresentar com a maior área entre os demais Distritos, 63,33 km², o que corresponde a 21% da área total do município de Salvador, além de abrigar uma das primeiras USF a se instalar no município de Salvador, há cerca de quatro anos, e também pela facilidade decorrente de um contato prévio com o representante do Sindicato dos ACS e com uma ACS moradora do bairro que se tornou uma informante chave. Essa informante entrou em contato comigo, relatando ter tido conhecimento sobre a pesquisa e demonstrando interesse, visto que considerava até então o tema “pouco discutido”, ressaltando que teria vários depoimentos a relatar.

O referido Distrito possui os piores indicadores socioeconômicos em comparação aos outros onze Distritos. Com uma população de 340.934 habitantes, 27% da população está coberta pela ESF, possui 25 Unidade de Saúde da Família, 2 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Saúde, um pronto-atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de especialidades odontológicas (CEO), um (1) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e uma base do SAMU 24 horas no bairro.

De acordo com dados do DAB/DATASUS/SIAB/SMS (2009), o Distrito A possui o maior número de Equipes de Saúde da Família e de ACS dessa estratégia,

entretanto, o contingente é ainda insuficiente para a demanda, visto que os profissionais deste Distrito acompanham cerca de 6.400 pessoas distribuídas em 1.725 famílias cadastradas.

No referido Distrito existem cinco instituições de ensino públicas, sendo 4 colégios estaduais e uma escola estadual, duas municipais com ensino até a 4ª série e duas estaduais, com ensino até a 8ª série. 99% das crianças de 7 a 14 anos encontram-se na escola e 92% da população do bairro é alfabetizada.

3.4.3 Distrito B

Em relação ao Distrito B, este é um dos maiores e mais populosos dos doze Distritos que compõe a cidade de Salvador, é composto por 19 bairros, com uma extensão territorial de 25.340 km e uma população de aproximadamente 428.000 habitantes. No ano de 2008 a população deste distrito já correspondia a 14,3% da população do município de Salvador, e contava com uma densidade demográfica de aproximadamente 16,7 hab./km². O Distrito Sanitário B compreende duas regiões administrativas e é extremado com cinco outros Distritos Sanitários.

Possui uma universidade pública e uma universidade particular, quatorze unidades públicas de saúde, dois hospitais públicos sendo um de grande porte, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Integração Familiar (CEIFAR), um laboratório público, 10 laboratórios privados, 19 clínicas particulares e conveniadas com o SUS e um presídio, sendo que o DS é responsável pelo fornecimento dos serviços de saúde e abastecimento de insumos para a penitenciária. É composto por cinco unidades básicas de saúde (UBS) com PACS, 5 UBS que funciona com o modelo tradicional de atendimento e três Unidades de Saúde da Família, 02 unidades do tipo mistas funcionando com PA 24 horas e uma base do SAMU 24 horas (BRASIL, 2009).

Em relação à cobertura dos serviços básicos de saúde no DS, o PACS é responsável pelo atendimento de 12,5% da população o que corresponde a 12.229 famílias e o PSF cobre 7,4% da população ou 7.073 famílias.

A escolha por esse Distrito se deu pelo fato deste apresentar a maior concentração populacional, em números absolutos, pela minha acessibilidade a este Distrito, uma vez que no mesmo está presente o campus da Universidade, na qual a pesquisadora é docente, e também pelo alto índice de violência que acomete estes bairros. Segundo reportagem do Jornal A Tarde do dia 11/08/08, esta área foi considerada a quarta mais violenta da cidade de Salvador e a primeira a receber ações do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI).

Tal reportagem ainda aponta algumas áreas deste Distrito como proibitivas porque são controladas por grupos de traficantes. Nesses locais, as vias de acesso não permitem o trânsito de veículos e a coleta de lixo é feita por voluntários, por causa das dificuldades de acesso dos equipamentos públicos. *“Entrar nas comunidades só com permissão de quem as controla ou com acompanhamento policial”*, fala de um dos moradores.

Segundo relatório do DAB/DATASUS/SIAB/SMS (2009), no Distrito B existem em atividade cento e setenta ACS atuando entre as unidades que funcionam com PACS e como PSF.

As Unidades de Saúde deste Distrito selecionadas para este estudo são consideradas pelos ACS como algumas das mais perigosas devido à existência de um Centro de Atendimento ao Menor Infrator. Segundo os ACS, freqüentemente os menores infratores evadem do referido Centro para praticar assaltos nas proximidades.

3.4.4 Distrito C

O Distrito C localiza-se no Centro da cidade, possuindo características bem peculiares e diferenciando-se dos demais Distritos citados. O interesse pelo estudo dessa área se deu pela necessidade de se entender como ocorre a vitimização do ACS em uma região bem diferente das demais, efetuando-se, portanto, a comparação entre as informações colhidas. O meu acesso a este Distrito também foi facilitado por intermédio de um contato prévio com uma ACS moradora do bairro, a qual demonstrou interesse em participar da pesquisa.

O referido Distrito possui uma população de 356.457 habitantes distribuídos em uma área de 20,31 km². Conta com 4 Unidades de Saúde da Família, 2 Unidades Básicas de Saúde, 3 Centros de Saúde, o Centro de Referência Doenças Cardiovasculares, um Centro de Saúde da Comunidade (CECOM) e um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). Em relação à cobertura do PSF apenas 11,3 da população tem acesso a esse serviço.

Além disso, os primeiros contatos para as entrevistas foram iniciados antes que a pesquisadora passasse a percorrer as ruas do bairro ao lado da ACS, com o intuito de observar as conversas informais das(os) profissionais com as(os) Agentes Comunitários de Saúde, nos bastidores.

Um fato que chamou bastante atenção no Distrito C foi à dificuldade que os ACS têm de adentrar algumas residências, por ser uma parte do Distrito situado em bairro considerado de classe média, possuindo muitos edifícios residenciais e comerciais, com a maioria das ruas calçadas e com saneamento básico. Conforme salientou uma ACS:

Na minha área, por exemplo, tem muitos edifícios residenciais e comerciais, as ruas são calçadas, tem saneamento básico, ou seja, é considerado de classe média, então a gente tem pouco acesso, quando necessitam de uma auxiliar de enfermagem para fazer um curativo ou dar um banho, eles entram em contato com o ACS, a gente fala para a enfermeira e ela encaminha o Auxiliar de Enfermagem. Os moradores só autorizam a gente entrar nos prédios para vacinar, quando tem pacientes idosos acamados que não podem descer (Gisele, 52 anos).

A partir dos dados coletados por ACS e registrados no Consolidado das Famílias Cadastradas no Distrito C do ano de 2006, a comunidade cadastrada pelo Programa corresponde, aproximadamente, a 3.374 famílias, sendo atendidas pelos (as) Agentes em torno de 1.653 homens e 1.721 mulheres, nas diversas faixas etárias. Esses dados confirmam mais uma vez a desproporção de Estratégia Saúde da família x ACS x famílias cadastradas.

O Distrito C abrange quatro regiões administrativas da cidade de Salvador, contando com Centros de Saúde tipo III, Unidade de Saúde Mental, Centro de Atenção Especial (CAE III), Postos de Saúde, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador – CESAT – e Centro de Tratamento de Abuso de Drogas – CETAD –, além de hospitais classificados como geral e de emergência. A área concentra, ainda,

muitos equipamentos de alta densidade tecnológica (consultórios, clínicas, hospitais gerais) pertencentes ao setor privado, contratados e credenciados do SUS.

De acordo com Marques (2001, p. 42)

Essas unidades articulam-se entre si, de acordo com a Resolução CIS-BA/03/88 que orienta os mecanismos de “Referência e de Contra referência” dos usuários. Entretanto, este sistema apresenta-se pouco efetivo na realidade estudada. A população não tem garantia de atendimento, tanto na unidade de saúde de referência do bairro, como nas externas. O retorno ao centro não assegura que será atendido pelo(a) mesmo(a) profissional que encaminhou, logo produz uma “quebra” na continuidade da assistência.

Essa situação reflete os problemas enfrentados pela Secretária Municipal de Saúde em relação à municipalização e descentralização do sistema. A falta de infraestrutura e de pessoal no Distrito e Unidade de Saúde dificulta a implementação da prática, mesmo que, de acordo com Nascimento e Ferreira (1997, p. 97), as unidades do bairro venham a ofertar

[...] assistência clínica geral; assistência à saúde do idoso; assistência à saúde da mulher; assistência à saúde da(o) adolescente, e da criança; controle de hipertensão arterial; assistência odontológica e farmacêutica. Além disso, [dispondo] de serviço de Vigilância Epidemiológica.

No Distrito ora em evidência, situa-se, ainda, um complexo universitário composto pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e Instituto de Ciências da Saúde, além das Escolas de Enfermagem e de Nutrição; das Faculdades de Medicina, Odontologia, Veterinária e Farmácia; todas essas instituições de ensino superior podem ser utilizadas como *laboratório* para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão (incluindo assistência).

Assim, para esta conformação, é comum o Agente Comunitário de Saúde de um Centro ser responsável por um lado da rua, o ACS de outro Centro ser responsável pelo lado oposto. Além desse fato, lado ou ruas transversais não são cobertas pelo PACS/PSF, pois, de acordo com o Distrito, apenas 30% do bairro está inserido.

Os domicílios dessas famílias apresentam-se concentrados no tipo de casa de tijolo/adobe, contudo, existem algumas construções em taipa revestida, madeira e material aproveitado, e o abastecimento de água dá-se por meio da rede pública. O tratamento de água, na maioria das casas, é feito pela filtração, embora existam alguns cadastros referindo-se à fervura e cloração.

A coleta de lixo é realizada pela Prefeitura Municipal, através de empresa contratada, abrangendo 3.341 domicílios. Em algumas situações, o lixo é deixado a céu aberto e, em alguns domicílios, o lixo é queimado ou enterrado. O sistema de esgotamento sanitário atende a 3.278 domicílios, encontrando-se, também, fossa e esgoto a céu aberto. A maioria dos domicílios possui energia elétrica, tendo sua origem regulamentada por serviço prestado pela empresa responsável ou adquirida por meio de desvio da rede oficial (os chamados "gatos").

Nas famílias cadastradas, as principais causas de morbidade são a hipertensão e o diabetes. Entretanto, há alguns casos de tuberculose e hanseníase e, apesar do trabalho diário e próximo dos ACS, essas doenças são dificilmente informadas pelos familiares.

Existem vários pontos em comum entre os Distritos citados, tais como: a carência de áreas para lazer, a precariedade da infraestrutura das ruas, muitos barracos em péssimas condições, impróprios para moradia, falta de segurança, esgotamento correndo a céu aberto, casas abandonadas, as quais, segundo os ACS, são utilizadas pelos "meninos²" para se reunirem e fazerem uso de drogas. A maioria das casas é construída com tijolos, quase 95% dessas são beneficiadas pela energia elétrica e pelo abastecimento de água pela rede pública. Quase nenhuma das ruas é asfaltada, o que impede que o caminhão recolha o lixo à frente das casas diariamente, privilégio não compartilhado pelos moradores das encostas. Pelo fato de algumas ruas serem intransitáveis para veículos, deve-se caminhar em alguns trechos para depositar o lixo, cuja coleta beneficia praticamente 97% das famílias; as demais queimam, enterram ou despejam o lixo a céu aberto ou em terrenos baldios (DAB/DATASUS/SIAB/SMS, 2009).

O precário estado de manutenção das moradias localizadas nessas áreas sugere a eleição de outras prioridades na aplicação dos recursos públicos para a população local, possuidora da renda mensal *per capita* das mais baixas de Salvador.

As estatísticas da USF não informam a raça, a cor e a etnia dos residentes, mas basta percorrer os bairros para perceber que nesse aspecto as áreas

² Termo utilizado pelos ACS quando se referem aos traficantes da área, que conhecem desde crianças.

pesquisadas são predominantemente constituídas por residentes considerados pardos e negros.

Existem algumas escolas de ensino privado, sobretudo creches que recebem crianças dos dois aos seis anos. Mas a maioria dos moradores utiliza o ensino público, nas escolas Municipais e Estaduais existentes no bairro.

Neste sentido, Soares (2006) refere que o descaso do poder central, somado à fragilidade dos poderes locais, resulta na precariedade da infraestrutura urbana e dos serviços públicos, ou seja, resulta na violência associada às desigualdades sociorraciais, à qual se unem as outras modalidades de violência, institucional, interpessoal ou derivada da delinqüência.

Felson (1994) acrescenta que uma sociedade que tem altos índices de crimes possui muitas oportunidades que favorecem os criminosos, fato que ele denomina de “Vantagens Ecológicas e oportunidade para o crime”. O ponto central da Teoria das Vantagens Ecológicas é que o local de interesse contribui de modo significativo para as oportunidades para o crime.

A Teoria das Vantagens Ecológicas qualifica a influência da eficácia coletiva com base na posição ecológica ou posicionamento espacial dos lugares em termos de oportunidades e meios de controle social de crimes. Além do mais, essa teoria se destaca por dois aspectos importantes: os processos de negociação entre atores legais e ilegais e as expectativas de retaliações das disposições para agir na prevenção do crime (ST. JEAN, 2007).

Conforme Felson (1994), a aparência do local não é o mais importante, mas sim onde ele está situado e as atividades que nele ocorrem, seus recursos e possibilidades. Assim sendo, ao selecionar seus alvos, o criminoso o faz a partir do acesso espontâneo ao alvo e do acesso à rota de fuga previsível. Alguns lugares oferecem aos agressores oportunidades espaciais de fácil acesso aos alvos, fuga rápida da polícia e justificativa que camufle sua presença no espaço para fins ilegais. De fato, St. Jean (2007) explica que a posição ecológica que uma rua ocupa na estrutura abrangente da comunidade tem um papel importante na criação de vantagens para o crime, pois os infratores sabem como usar o espaço de formas específicas, o que remete a um conhecimento sofisticado da ecologia da rua; se a rua

oferece vantagens para expropriação, os infratores tirarão proveito delas, independentemente de outras condições.

É importante ressaltar que nos três Distritos visitados, A, B e C, os quais se constituíram campos desta pesquisa, foi possível perceber as precárias condições de infra-estrutura, presença de barracos de madeira, casas abandonadas, ladeiras, falta de pavimentação nas ruas, falta de saneamento básico, matagal, e um alto índice de violência urbana, fato que favorece a vitimização dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho (Figuras 3 a 5).



Figura 4: Infraestrutura nos Distritos (1)
Fonte: Tânia Bispo, 2009.



Figura 5: Infraestrutura nos Distritos (2)
Fonte: Tânia Bispo, 2009.



Figura 6: Infraestrutura nos Distritos (3)
Fonte: Tânia Bispo, 2009.

Considerando a importância do local para a perpetração do crime, a explicação dos delitos deve contemplar a influência que espaços mais amplos têm nessas ocorrências. Nesse sentido, a expressão *hot spots* surge para designar as empresas ou negócios nos quais os trabalhadores estão expostos a um risco muito maior. A expressão representa o conceito de que um grupo pequeno de negócios ou determinadas áreas são considerados mais atraentes pelos criminosos e por isso respondem por um grande percentual de crimes, sendo que poucos crimes ocorreriam em outros lugares menos atraentes. A atratividade do alvo é delimitada por aspectos como alta criminalidade na área, locais com mínima proteção para os trabalhadores. Quanto maior o fator de risco para roubos, maior o risco e maior a necessidade de defesas. De fato, alguns criminosos se disfarçam de clientes aguardando o melhor momento para a abordagem, enquanto outros passam algum tempo planejando o ataque até que surja a oportunidade (MAYHEW, 2000).

Nesse sentido, a condição estrutural e geográfica, como a falta de infraestrutura, falta de saneamento básico, ruas com buracos, postes com lâmpadas quebradas, becos, vielas, são considerados como vantagens ou desvantagens para o sucesso do delito (ST. JEAN, 2007). As desvantagens ecológicas indicam que o espaço urbano é desigualmente desenvolvido e os diferentes crimes ocorrem em lugares específicos que oferecem vantagens específicas aos perpetradores, inversamente, o posicionamento espacial de um lugar o torna desvantajoso para certas oportunidades criminosas (FELSON, 1994).

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

As considerações sobre a observância dos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) no desenvolvimento deste trabalho foram apresentadas ao longo deste capítulo metodológico. As relações sociais estabelecidas com os sujeitos da pesquisa estiveram pautadas no respeito à dignidade humana, na autonomia dos sujeitos quanto à decisão de participar da pesquisa e em retirar o seu consentimento a qualquer momento, na garantia do direito às informações relativas à pesquisa sempre que estas foram solicitadas.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, após a etapa de qualificação do projeto, e à direção das instituições envolvidas para que fosse avaliado.

Foram cumpridos procedimentos que assegurassem a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos envolvidos e das informações prestadas, garantindo a não utilização destes documentos em prejuízos das pessoas e/ou comunidades.

Nesse sentido, os aspectos éticos do estudo foram explicados aos Agentes Comunitários de Saúde e, após o aceite para participar das entrevistas, com a assinatura do termo de consentimento, foi garantida a manutenção de total sigilo sobre a identificação dos informantes e obedecidos os requisitos éticos indicados na Resolução 196/96 do CNS.

Guerriero (2006, p.14) argumenta que, “o anonimato é essencial nas pesquisas em que a divulgação da identidade dos pesquisados possa lhes trazer algum prejuízo”, sendo mais evidente nas pesquisas sobre violência. Assim, como forma de garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes e do cenário, foram atribuídos aos entrevistados nomes fictícios seguidos de idade.

O estudo trouxe como benefícios para os sujeitos a possibilidade de se expressar sobre uma temática que nem sempre encontravam espaços apropriados para ser abordada, contando com o apoio de profissionais capacitados para assisti-los neste momento, permitindo a compreensão das situações de violência vivenciadas, bem como a discussão de defesas para o enfrentamento das mesmas.

3.6 ORGANIZAÇÃO, CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados, através da análise de conteúdo, a qual, segundo Bardin (1979, p. 96), pode ser definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens.

A operacionalização da análise temática deu-se após ordenamento dos dados colhidos nas entrevistas e na observação participante e seguiu as etapas descritas por Bardin (1979), que se constituem de uma pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e codificação.

Na pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante, a qual, para Bardin (1979, p. 96), “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”. As informações foram lidas exhaustivamente, sendo efetivada a exploração do material que consiste, essencialmente, em organizar os dados para codificação que corresponda ao “processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 1979, p.103). Para tanto, foi realizado o recorte dos textos em unidades de registro, em seguida foi efetuada a agregação dos dados em categorias e subcategorias apresentadas no quadro a seguir:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
- O Processo de Trabalho dos ACS	<ul style="list-style-type: none"> - Ingresso na profissão de ACS; - A importância da Educação Permanente; - Atividades desenvolvidas pelos ACS; - Dificuldades e facilidades no processo de trabalho dos ACS
- Vitimizações que acometem os ACS's nos espaços do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Vitimização nos espaços públicos - Vitimização nos espaços privados
- O impacto das condições de trabalho sobre a saúde dos ACS	
- As defesas utilizadas pelos ACS no enfrentamento da vitimização	

4 CARACTERIZANDO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No início da década de 1990, o governo brasileiro criou dois programas de saúde que tinham como objetivo consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Ambos teriam como função principal redirecionar o modelo de atenção básica. Paralelamente a isso, as desigualdades se ampliavam e continuava a marcar profundamente a vida da população, com graves reflexos no setor saúde. Nesse contexto, a implantação desses dois programas visava principalmente a garantir acessos aos serviços para aqueles mais excluídos pelas desigualdades sociais.

Silva (2001) explica que a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na década de 1990, como estratégia ministerial, parte do processo de reforma do setor saúde, instalado desde a Constituição de 1988, com o propósito de aumentar o acesso ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. O PACS, inicialmente, se deu a partir de uma experiência realizada no Estado de Ceará, no qual o intuito era combater a desnutrição, a mortalidade materno-infantil e a cobertura vacinal da população, sendo os atores principais os Agentes Comunitários de Saúde e os enfermeiros (BRASIL, 1991).

O Programa de Agentes Comunitários do Ceará rapidamente se desenvolveu, chegando, em 1990, a funcionar em 84 municípios, com um total de 2905 agentes que cobriam cerca de 290 mil famílias. A expansão do programa pode ser atribuída aos expressivos resultados, como sensível queda na mortalidade infantil por diarreia, redução de doenças, melhoria de indicadores como o de cobertura vacinal, exame de câncer cérvico-uterino e qualidade do trabalho. Esses indicadores foram importantes para a expansão e institucionalização do programa em nível nacional através da proposição pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 (BRASIL, 1991).

O sucesso obtido pelo programa no estado do Ceará estimulou o Ministério da Saúde (MS) a propor, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitário de Saúde vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Escorel e outros (2002)

destacam que, a princípio, o programa seria implantado na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, em razão da existência de altos índices de doenças decorrentes de carências, pobreza e miséria. Em 1992, foi firmado um convênio entre a FUNASA e as secretarias estaduais de saúde, com o repasse de recurso para o PNACS e o pagamento de um salário mínimo, na forma de bolsa, ao Agente Comunitário de Saúde. Nesse momento, o programa passou a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Com a criação desse Programa, o foco do atendimento que era voltado para o indivíduo passou a ser as famílias, e o serviço de atenção básica, que era realizado nas unidades de saúde, se expandiu para além de seus muros, indo ao encontro da comunidade. O ACS passou a ser um elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde, facilitando, desta forma, as atividades de promoção da saúde, bem como as atividades de vigilância epidemiológica. Com isso, criou-se um ambiente para o surgimento de uma nova estratégia de saúde, que é o Programa Saúde da Família (PSF).

Logo, a partir de 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica. Com isso, os ACS passaram a integrar o quadro de profissionais que compõem essa estratégia de atenção à saúde, assim como o médico, o dentista, o auxiliar de consultório dentário, o técnico em higiene dental, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e/ou técnico em enfermagem, formando uma equipe multiprofissional.

As equipes do PSF devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da comunidade. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número de famílias, de uma determinada área delimitada, e sua atuação ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

Nesse sentido, Nogueira, Silva e Ramos (2004), em artigo que aborda a inserção laboral e institucional do Agente Comunitário de Saúde, dizem que

[...] desde sua inauguração como política de governo, a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado discussão a respeito da forma mais adequada de relações de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo

sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa discussão é embasada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACS's estão submetidas a relações informais de trabalho.

Em julho de 2002, a lei número 10.507 criou a profissão de ACS e a caracterizou como “exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.” (BRASIL, 2002). A mesma lei definiu como pré-requisitos para o ingresso na profissão: a residência na área da comunidade em que atuar, a conclusão do curso de qualificação básica para formação de ACS e do ensino fundamental.

Em março de 2006, a portaria número 648 aprovou a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a Saúde da Família como “estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” e redefine os princípios gerais de atuação desta. A mesma portaria define atribuições específicas do ACS dentro da equipe de saúde:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. (BRASIL, 2006a)

Salienta-se que até a portaria 648 não havia ainda a separação entre o trabalho do ACS e do Agente de Combate às Endemias (ACE). Cinco meses depois,

em outubro de 2006 foi aprovada a lei número 11.350, que revoga a de 2002 e cria a profissão de ACE. Ademais, mantém a caracterização e os pré-requisitos da profissão de ACS e detalha suas atividades:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006b)

Os ACS, para serem habilitados na função, passam necessariamente por uma seleção pública realizada pelo município e devem atender a alguns requisitos básicos, dentre os quais: ser maior de dezoito anos; possuírem o primeiro grau completo; disponibilidade de oito horas diárias, visto que essa é a carga horária de trabalho por dia; e residir na área onde desenvolverá suas atividades. É necessário também haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACS, qualificação essa necessária para atender às necessidades de sua profissão.

Segundo a legislação referente ao PACS e PSF, o município deve realizar um programa gradual e permanente de treinamento ao ACS. Inicialmente, essa capacitação é dada pela Secretária Municipal de Saúde e, *a posteriori*, é ministrada de acordo com a necessidade dos ACS, da unidade de saúde e do município, principalmente pelas enfermeiras que trabalham no PACS/PSF, que também atuam como coordenadoras e responsáveis pelas atividades desenvolvidas pelo ACS, bem com pela fiscalização de seu trabalho.

Atualmente, no Brasil, existem mais de 150 mil trabalhadores que atuam em cerca de 4.900 municípios, acompanhando a saúde de metade da população brasileira. Ao longo dos anos de atividades, o PACS conseguiu transformar a realidade e contribuir para a melhoria de indicadores de saúde (SILVA, 2002).

Segundo dados obtidos no site do Departamento de Atenção Básica (DAB), em 2008 existiam 27.324 equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil, distribuídas em 5.125 municípios. Destes, 46,6% da população brasileira encontra-se coberta pelo PSF, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas. Segundo a mesma fonte, existem 211 mil Agentes Comunitários de Saúde, cobrindo 56,8% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 107 milhões de pessoas (BRASIL, 2008).

Desde sua criação, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) vêm aumentando sua atuação junto aos municípios brasileiros. Dados atuais do Ministério da Saúde informam que o Brasil possui aproximadamente 29,7 mil Equipes de Saúde da Família. Cada ESF é responsável pelo atendimento de cerca de 3,5 mil a 4 mil habitantes, ou mil famílias. Até o ano de 2009 essas equipes eram responsáveis pela cobertura de mais de 94,5 milhões de pessoas em todo o território nacional. O MS pretende ampliar o acesso à atenção primária com a melhoria da infraestrutura de cerca de mil UBS, beneficiando mais de 7 milhões de brasileiros (BRASIL, 2008).

Na Bahia, segundo relatório técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, a estratégia de PACS foi implantada em 1998 e de Saúde da Família em 2000, desde então vem ampliando a sua cobertura em áreas prioritárias identificadas. Assim, no ano de 2009, o PSF esteve presente em 52 municípios baianos, dispondo de 176 ESF em todo o Estado. Em relação à capital baiana, até o segundo quadrimestre do ano de 2009 o Município possuía 56 USF e atingiu 9,48% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e 15,85% de cobertura da Estratégia de ACS, totalizando 25,33% no percentual de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde das duas estratégias. Existem 1.612 ACS atuando nestas estratégias, sendo responsáveis pelo acompanhamento de 213.805 famílias cadastradas (BRASIL, 2009).

Muitos fatores contribuem para explicar a baixa cobertura da ESF no município de Salvador, nos últimos anos, variando entre 12% e 17% (Brasil, 2010), e, portanto, em desacordo com a projeção de que a estratégia da família deve assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas aos diferentes níveis de ações.

Observa-se que parte dos problemas atuais, como será apresentado posteriormente, parecem ter continuidade, quando comparados ao estudo de Teixeira e Paim (1994), realizado entre 1988 e 1991, em Salvador, demonstrando, nas dimensões de organização dos serviços de saúde e político-gerenciais: a incapacidade da rede em atender a demanda, falta de profissionais de saúde, falta de material de consumo e permanente nas unidades, além de despreparo dos recursos humanos para atender de acordo com os princípios da reforma sanitária, morosidade na organização, desintegração das ações de saúde, falta de plano de cargos e salários e isonomia garantida para os profissionais, dentre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o PSF tem condições de dar solução efetiva a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida, principalmente em relação à assistência na gravidez, a atenção ao crescimento das crianças, o tratamento e prevenção das doenças mais frequentes nos serviços, como hipertensão e diabetes. Nas cidades onde o programa está implantado, as crianças adoecem menos, as gestantes têm seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem mais atenção.

Logo, são muitos os desafios desde sua implantação, como a continuidade da “[...] expansão numérica da estratégia de saúde da família [...], crescente legitimação institucional [...] no âmbito do SUS [...], fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira” (MEDINA; AQUINO, 2002 p.67) e ampliação das estratégias de ações na esfera da atenção básica, a exemplo da prevenção e combate à violência.

Atualmente, muitas pesquisas foram realizadas acerca dos dois programas citados neste trabalho, e vários aspectos foram questionados, provocando um importante debate na saúde pública quanto ao formato adotado nesses programas, bem como a necessidade de reestruturação dos mesmos. Parte das análises já pontuava as relações de trabalho no PACS e no PSF, assim como o papel dos Agentes Comunitários de Saúde e as debilidades de sua representação na comunidade.

Aproximar-se de algumas experiências internacionais que utilizam recursos da própria comunidade para olhar na contemporaneidade os Agentes Comunitários de Saúde, no Brasil, possivelmente trará elementos que auxiliarão a compreensão das

dinâmicas específicas que envolvem a sua atuação em espaços sociais definidos e institucionalmente legitimados.

Mesmo ciente de que experiências distintas em lugares diferentes não têm precisamente o mesmo sentido em contextos culturais diversificados, é importante ressaltar que estes contextos trazem elementos que auxiliam na compreensão da nossa realidade de saúde, uma vez que sua matriz pode ser observada nas experiências vividas, tanto em outros países, como no Brasil, com denominações diversas.

Quanto a isso, algumas nações já tomaram a iniciativa de mostrar de que maneira responderam aos problemas mediante o reconhecimento das funções que podem desempenhar auxiliares da própria comunidade, seja atuando em bases voluntárias, como intermediários entre o sistema formal e os moradores, seja estabelecendo ou reforçando programas oficiais de emprego de Agentes Comunitários de Saúde, atuando em seus lugares de procedência em diferentes culturas e contextos (ST. JEAN, 2007).

A estratégia de Atenção Primária à Saúde se implantou efetivamente como um direito à saúde da população. O sistema de serviços de saúde em qualquer lugar do mundo tem como meta principal promover a saúde, respondendo aos problemas, de acordo com as necessidades de seu povo. Muitos países e distintos programas os nomeiam de diferentes maneiras: educadores de bem-estar da família (Botsuana); médico rural e ajudante sanitário (China); trabalhador de saúde comunitário (Etiópia); ajudante de saúde da comunidade (Índia); agente de saúde do povo (Nigéria); Promotores de La Salud (Argentina) (SOUZA, 2009).

Nesse sentido, citaremos o Projeto de Promotores de La Salud da Argentina, o qual tive oportunidade de conhecer durante intercâmbio na cidade de Buenos Aires em 2009, como atividade acadêmica do doutorado. O referido projeto vem sendo desenvolvido desde o ano de 2002 na cidade de Buenos Aires e trata-se de uma experiência de trabalho comunitário que surgiu como resposta positiva às urgentes necessidades sanitárias da população argentina, como a necessidade de realizar um levantamento epidemiológico da área programática e de promover participação comunitária, o que envolve profissionais de diversas áreas da equipe de saúde.

Tais como os Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, os Promotores de La Salud da Argentina enfrentam vários problemas como déficit de treinamento, contratação, quantidade de promotores X número de famílias atendidas, distribuição territorial, prestação de serviços, além de diversas dificuldades na execução do seu trabalho, dentre elas situações de vitimização no âmbito do trabalho. Por vezes, em entrevista com a profissional responsável por esses, a mesma refere que os Promotores de La Salud devido aos problemas acima referidos, sentem-se desmotivados na realização de suas atividades, não cumprem adequadamente suas tarefas e apresentam pouco compromisso com o que fazem.

Diante de tais considerações, Yangni-Angaté (1991) refere ser imprescindível revisar o programa de agentes de saúde da comunidade. Para ele, devem ser modificadas as formas de recrutamento e seleção, treinamento, supervisão e redimensionadas as obrigações dos agentes em nível local, sendo que os seus conhecimentos empíricos necessitam de avaliação periodicamente.

Não há uma solução única para a resolução dos problemas enfrentados por estes serviços, mas as boas ou más formas de organização, segundo a opção escolhida, são incorporadas às políticas e estratégias de saúde de cada nação, alcançando diferentes significados sociais e representando muitos e variados contextos culturais. Posso afirmar que sempre houve em qualquer comunidade do mundo pessoas envolvidas em cuidados de saúde, do indivíduo à mãe, ao vizinho, ao curandeiro tradicional, ao voluntário, ao auxiliar leigo, indo até aos que a exercem oficialmente.

Silva e Rodrigues (2000) enfatizam que o fundamento para a atuação privilegiada desses praticantes de saúde está no reconhecimento de que os problemas considerados mais simples, em sua grande maioria, podem ser encaminhados e resolvidos por pessoas da comunidade treinadas em curto prazo para o desempenho de tarefas específicas.

Assim, este conjunto de necessidades e tarefas de saúde e os seus praticantes têm sido incorporados nas estruturas organizativas dos sistemas de serviços de vários países para o enfrentamento dos problemas e prioridades locais, seja reforçando os sistemas existentes ou mesmo estabelecendo novas estruturas.

Desde a implantação da estratégia, estudos têm abordado os diversos desafios envolvidos na sua efetivação (PIRES; GOTTEMS, 2009; COSTA *et al.*, 2009). Destacam-se, entre estes, os entraves à efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde e a dificuldade de implantação em grandes centros urbanos.

A reorientação do modelo tem se mostrado desafiador devido à dificuldade de engajar os profissionais na mudança, transformando o processo de trabalho (COSTA *et al.*, 2009). A transferência do modelo hospitalar e biomédico para a atenção básica é referida como uma das principais causas de estrangulamento para a efetivação do programa (JUNGUES e outros, 2009).

Há, portanto, uma ambiguidade na Estratégia de Saúde da Família, que transita entre a mera reprodução do modelo epidemiológico e restritivo dos programas de saúde pública, e o estímulo a inovações na forma de gerir o cuidado em saúde. Trata-se de um ponto fundamental a ser discutido quando se fala em mudança do modelo assistencial através do PSF (PIRES; GOTTEMS, 2009). Trata-se de uma questão abordada de formas diversas pela literatura, de modo que Sousa e Hamann (2009, p. 1334) a referem enquanto resultado da “inércia de uma agenda incompleta”, uma vez que “não conseguiu, ao longo dos doze anos de implantação e implementação, ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil”.

Quanto à implantação em grandes centros urbanos, trata-se de um ponto referido como crítico do programa, contando inclusive com autores que contra-indicam o PFS como estratégia adequada às cidades de grande porte (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). A maior parte dos autores, porém, é menos radical, e levanta alguns fatores que funcionam como entraves à implementação do PSF nestes locais (PIRES; GOTTEMS, 2009; ROCHA *et al.*, 2008; IANNI; QUITÉRIO, 2004).

Destacam-se desta forma, como principais limitações à implantação do PSF em grandes cidades, a alta concentração da população e de problemas de saúde associados à pobreza e exclusão social (ROCHA *et al.*, 2008); questões ambientais da perspectiva da promoção da saúde, como urbanização e saneamento (IANNI; QUITÉRIO, 2004). Destaca-se, ainda, a lógica capitalista dominante, produtora de entraves tais como precariedade das relações de trabalho, iniquidades sociais, influências políticas locais, e debilidades na formação dos profissionais (PIRES; GOTTEMS, 2009).

Nessa linha de pensamento, Dal Poz (2002) enfatiza esse fato, ao fazer referência às importantes tarefas no cuidado de saúde, exercidas pelos agentes comunitários em diferentes sistemas e contextos, desde a prática das tradicionais parteiras até o desenvolvimento de outras funções de atenção, como primeiros socorros e vigilância, o que coloca esse profissional em um patamar consideravelmente elevado em sua comunidade.

A questão da violência urbana, citada por diversos trabalhos como importante entrave à implantação do PSF em grandes cidades, interessa especialmente a este trabalho. Neste sentido, pontuo a perspectiva de Dias, Cunha e Amorim (2005), de que a violência, em certas comunidades é um fator mediador da relação entre a equipe do PFS e os usuários. Da mesma forma, Oliveira e Fonseca (2007) destacam, ainda a falta de preparo e organização do processo de trabalho para lidar com questões de violência na população atendida.

5 O PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS

Este capítulo aborda o processo de trabalho, a imagem do ACS construída na interação com a comunidade, evidenciando como eles se percebem no mundo e interagem nas relações trabalhistas e sociais para sobreviver, as facilidades e dificuldades enfrentadas no contexto do trabalho e o acesso destes aos moradores.

5.1 INGRESSO NA PROFISSÃO DE ACS

O deslocamento de um grande contingente de trabalhadores para ocupações que têm como cenário os espaços públicos é um dos efeitos das profundas transformações que o sistema capitalista vem sofrendo ao longo do século.

Modos de produzir e de trabalhar foram reinventados para dar continuidade à acumulação de capital – o emprego formal vem sendo substituído por várias formas de flexibilização e precarização do trabalho, resultando de um lado em um aumento da insegurança, instabilidade e fragilidade dos vínculos laborais e por outro, no empobrecimento da classe trabalhadora e na exclusão social (GOMEZ; TEDIM-COSTA, 1999).

Com a crise do emprego e o temor do desemprego, o perfil do trabalhador se modifica, ficando este a mercê do sistema. Surgem assim as “novas formas de emprego”, contratos de trabalhos precários e subcontratações em cascata, configurando-se pela externalização de vulnerabilidades a riscos e baixos salários (GOMEZ; TEDIM-COSTA, 1999).

Neste contexto, os ACS, ao discorrerem sobre o ingresso na ocupação–e os motivos que os levaram a exercer a profissão, citaram como principais motivações o desemprego, a possibilidade de um trabalho remunerado, o contato com a população concebida como carente, o aprendizado e, para alguns ainda, a perspectiva de profissionalização no campo de trabalho da enfermagem:

O motivo principal foi o desemprego; quando a gente fez a inscrição da seleção para ser ACS a gente sabia que tinha que trabalhar na área, mas não sabia como era este trabalho, só aceitei porque estava precisando, e

com o passar do tempo passei a gostar muito, eu gosto, a gente aprende muita coisa desenvolvendo a profissão de ACS (João, 50 anos).

A necessidade de trabalhar, eu estava desempregada e precisava trabalhar, no início não sabia do que se tratava, mas quando passei a conhecer a profissão gostei e gosto cada dia mais de me sentir prestativo (Francisco, 35 anos).

O motivo principal foi o desemprego, eu já tinha dois anos desempregado, só fazendo bicos e de repente vi a reportagem na TV sobre a seleção, me interessei, pois sempre tive muita facilidade de trabalhar com o público e estou aí até hoje; já sou ACS há 09 anos e é muito bom poder ajudar as pessoas, acho que tenho dom para a área de enfermagem (Tereza, 39 anos).

Primeiro momento foi o desemprego, segundo porque eu me relacionava bem com as pessoas e atendia aos requisitos que estavam solicitando para ser ACS, que era ser bem conhecido na área que mora, ter uma boa relação com os moradores, ter perfil de líder comunitário e por outro lado porque eu sempre gostei de estar ajudando e lutando pela melhoria lá do bairro, de me sentir prestativo; futuramente pretendo fazer curso de técnico de enfermagem, pois acredito que seja mais valorizado (Cristina, 47 anos).

Nas falas dos ACS percebo que a profissionalização não só representa perspectiva de maior salário, mas também o apoio em um saber legitimado e o reconhecimento social, logo, a oportunidade de ter um emprego com carteira assinada e a experiência deste tipo de trabalho tem proporcionado muita satisfação na profissão de ACS. Assim, os direitos oriundos de um trabalho formal, que garante ao trabalhador os direitos sociais, como remuneração mensal, décimo terceiro salário, férias remuneradas, benefícios previdenciários, repouso semanal remunerado, dentre outros, contribuem para a motivação e valorização destes trabalhadores.

Quanto ao significado do seu trabalho, a possibilidade de ajudar as pessoas mais necessitadas da comunidade favorece a satisfação que estes trabalhadores encontram na realização de suas atividades laborais, destacando-se a faceta humanística (um dos destaques da estratégia PSF).

Nessa perspectiva, Souza (2009), em pesquisa realizada com os Agentes Comunitários de Saúde do bairro do Candéal, em Salvador-BA, confirma que a principal motivação para o trabalho é a possibilidade de ajudar as pessoas mais necessitadas da comunidade. Entretanto, Lancman (2009) sinaliza que os sentimentos de motivação e satisfação podem desviá-los das suas reais atribuições, dificultando o andamento do trabalho.

Ser ACS é ser Bombril, multiuso, por que é o que a gente acaba sendo, é mais por uma questão de caridade, de humanidade você vai além de que é permitido, vai além das atribuições (Cristina, 47 anos).

A gente acaba sendo o agente de saúde da comunidade do sábado, domingo, feriado, toma todo o nosso horário, porque se eu, que me considero um ACS, não posso desconsiderar o paciente que está precisando e me solicita (Ana, 33 anos).

Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido, sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Distintas atribuições vão se somando, ao ponto de circular o entendimento de que qualquer ação que deva ser desenvolvida na família e na comunidade é atribuição do ACS. Para cada nova demanda, necessariamente implicaria em novas capacitações, conduzidas muitas vezes de forma fragmentada, por diferentes programas, fora de um contexto mais amplo e sem uma sequência lógica.

Os achados de Silva e Dalmaso (2002), corroboram nesta direção, ao refletir sobre as inúmeras responsabilidades imputadas a estes profissionais que ultrapassam suas competências, pelo fato de serem profissionais de saúde moradores da mesma comunidade em que trabalham.

Assim, a possibilidade de possuir vínculo empregatício formal, numa realidade em que muitas vezes prevalece a informalidade nas relações de trabalho ou o desemprego, pode parecer “um privilégio”. Sentimentos como solidariedade e caridade, que estariam mais relacionados às questões humanísticas, se entrelaçam numa confusa rede de relações na qual fica difícil distinguir os distintos tempos e espaços destinados ao trabalho, ao lazer e à vida privada. Nesse sentido, os ACS atribuem à comunidade o fato de serem considerados trabalhadores “multiuso”, mas, por outro lado, nessa imbricada trama, eles (os ACS) ajudam a tecer essa rede complexa de relacionamento quando referem que:

Ser ACS é você se dar o tempo todo, é se envolver não só nos problemas de saúde, mas também no social, não é fácil (Francisco, 35 anos).

Na tentativa de acompanhar de perto o trabalho destes profissionais, tive a oportunidade de perceber, neste tempo de convivência, o quão árdua é a sua rotina de trabalho. Assim, questiono se os treinamentos e capacitações se constituem como espaços privilegiados para ajudá-los a minimizar esses e outros enfrentamentos em seu cotidiano de trabalho, questões essas que proponho analisar no próximo item.

5.2 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Em 2004, O Ministério da Saúde, considerando que a educação permanente em saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva, entre outros aspectos, institui a política nacional de educação permanente de SUS. Essa tem como eixos norteadores a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde, a produção e disseminação do conhecimento (CORIOLANO; LIMA, 2010).

No processo de educação permanente dos ACS há algo que antecede a abordagem educativa destes trabalhadores, que são os sentimentos no exercício do trabalho cotidiano junto às famílias/comunidade, a compreensão das condições de vida da comunidade sob a ótica deste ator social, bem como a práxis na comunidade, sendo que estes direcionamentos poderão constituir o passo inicial para a interação, sensibilização e educação de conteúdos inerentes às práticas de promoção à saúde, prevenção e assistência para com os usuários.

Como parte da equipe de saúde, o ACS adquire Educação Permanente a partir de referências biomédicas, o que lhes confere conhecimentos, informações e discurso diferenciado sobre a saúde. Pelo lugar que ocupa na comunidade, pode ser considerado como o “ator mais intrigante no que se referem à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos” (NUNES *et al.*, 2002, p. 1640). Assim, aponta-se neste profissional a possibilidade de um diálogo entre o âmbito popular e o biomédico de atenção à saúde.

Entretanto, evidencio que a maioria dos ACS sujeitos desta pesquisa referiu ter iniciado seus trabalhos sem nenhuma formação específica, tendo recebido apenas informações básicas sobre quais dados ‘coletar’ em suas visitas, tendo que aprender no cotidiano dos seus trabalhos (aprender-fazendo), dependendo do bom senso e julgamento de cada um. Salientam que a distância do trabalho real com aquilo que foi dito a princípio lhes causou muita dificuldade para atuar, para se situar e para compreender o seu real papel. Na prática, o dia-a-dia de trabalho e a própria experiência é que ensinam os ACS a atuar.

Logo no início, quase nenhum [treinamento], foi tudo às pressas porque foi mandado um ofício para implantação do PSF em Salvador. Para você ter uma idéia, Salvador foi uma das últimas capitais do Brasil a ser implantado o Programa de Agente Comunitário de Saúde. Então o treinamento foi uma semana muito rápida, algo bem superficial, então a gente foi para a área sem uma instrução maior. Tivemos muitas dificuldades, tais como: a gente entrava nas casas das pessoas para fazer um cadastro sem nem mesmo saber qual era a finalidade daquele trabalho, só sabíamos o seguinte: que tínhamos que fazer o cadastramento das famílias para mandar para secretaria de saúde, só isso. Então o treinamento foi esse, foi no dia-a-dia, colocava você num campo minado e diziam: “tem lugar que tem mina e tem lugares que não tem mina, se vire o resto é com você”, mais ou menos assim entendeu? Aos poucos fomos aprendendo com a experiência (Mirian, 28 anos).

No princípio, nós tivemos um treinamento relativo aos documentos que iríamos preencher e, com o passar do tempo, passamos a ter alguns treinamentos bem superficiais. E hoje tem algum tempo que não tivemos treinamentos, temos atualizações com a enfermeira da unidade mesmo sobre cadastramento das famílias, prevenção de doenças, como abordar uma família, de como se apresentar, de como preencher a ficha. E depois sobre o olhar do ACS na casa para identificar os riscos, com as crianças desnutridas, mal alimentadas, ou com diarreia, febre (Cecília, 29 anos).

Nos relatos acima, percebo que, diferentemente do que é instituído pela Política Nacional de Educação Permanente do SUS, o profissional ACS não tem contato com ferramentas de ensino-aprendizagem que aliem o conhecimento popular trazido da comunidade com o conhecimento técnico-científico, indispensável para a apropriação de práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças.

Desta forma, o treinamento que é ministrado aos ACS deveria atender à proposta de atividade a ser desenvolvida pelo mesmo, possibilitando ao profissional o instrumental necessário (conhecimentos, técnicas de metodologia de trabalho) à realização das diversas dimensões do trabalho a ser executado na comunidade. Assim, o treinamento deveria abranger não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também o desenvolvimento da capacidade crítica de análise, a motivação para pensar junto com o bairro, caminhar junto, discutir e tentar resolver os problemas em conjunto.

Os Agentes Comunitários de Saúde criticaram a interrupção de um curso que seria ministrado em três etapas e apenas uma fora realizada, sem justificativa plausível, e nenhum retorno fora dado aos ACS quanto à sua seqüência.

Tivemos um curso de capacitação, o curso de Técnico de Agente Comunitário, a previsão é que o mesmo teria em média 18 horas, só fizemos o primeiro módulo e já foi reduzido para menos da metade e parou por aí. A gente não sabe quando é que vai iniciar a segunda etapa do curso. É importante termos esses cursos que nos deixa com mais respaldo para orientarmos a comunidade (Cleonice, 25 anos).

Nessas circunstâncias, os ACS demonstram situações de ansiedade, sente-se desvalorizados e inferiorizados ao ver desmoronar toda a sua imagem construída, quando comparam o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe. Isso, por vezes, conduz a inúmeras insatisfações quanto à irregularidade ou insuficiência da educação continuada.

Assim, percebo que os ACS desenvolvem suas atividades independente de serem adequadamente capacitados para tal; com o tempo, os conhecimentos são agregados, advindos de experiências do trabalho em comunidade e/ou no diálogo com outros colegas. Nesta perspectiva, no próximo item a proposta é apresentar as distintas atividades desenvolvidas em sua rotina de trabalho.

5.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dentre as atividades que os ACS desenvolvem no seu cotidiano de trabalho, a visita domiciliar foi apontada como a mais importante. Nela, eles têm a oportunidade de fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, o controle de gestantes, adultos hipertensos, diabéticos e ações educativas com a comunidade. Além disso, outra atividade muito importante é a identificação de risco de saúde e a elaboração de relatórios para a coordenação apontando os principais problemas enfrentados.

Faço visitas domiciliares, orientação da família, prevenção das doenças, reuniões com grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes, adolescentes, idosos. Abordamos temas como gravidez precoce, DST's. Todas essas atividades são desenvolvidas com a comunidade (Romeu, 31 anos).

Nós fazemos visitas, vacinação com a supervisão da enfermeira, palestras educativas para a comunidade sobre DST/AIDS, sobre planejamento familiar, sobre violência, a gente criou lá na unidade a Quinta Cultural, que é justamente toda última quinta-feira do mês, a gente convida a comunidade e leva algum palestrante para dar palestra sobre determinado tema (Josefa, 41 anos).

As visitas domiciliares, que eu considero como uma das atividades mais importantes que realizamos, porque é o momento que a gente procura interrogar as famílias, se houve alguma coisa relativa à saúde, febre, tosse, a gente questiona quanto ao tratamento, orienta quanto às consultas, observa o aspecto da casa, quanto à higiene, o quintal, essas coisas. Vê se tem alguma gestante, hipertenso, diabético, ou qualquer outra patologia, a gente faz uma investigação, pega a receita vê a data que aquela pessoa foi ao

médico, vai orientando. Observa também a questão da higiene da casa, das roupas, dos alimentos (Jorge, 36 anos).

A visita domiciliar carrega grande significado pelo que representa. Muitas vezes é o momento do diálogo, do olhar sensível, da atenção constante aos detalhes, da necessidade de apontamentos precisos, de colocar em prática os conhecimentos, de buscar a melhor forma de se fazer entender, de buscar estratégias de adesão ao que é orientado. A visita é o estar ali e cumprir o seu papel, é o cotidiano de trabalho, é momento de conquista, de se estabelecer vínculos precisos para empreitadas futuras. Uma visita nunca é igual a outra, em cada casa, em cada família, novas questões aparecem e neste emaranhado de atividades a serem desenvolvidas ali, no momento da visita o 'saber fazer' se sobressai. Cada um do seu jeito vai buscando a melhor forma de estabelecer os vínculos necessários para o trabalho 'árido'. A estratégia utilizada naquela casa, não se aplica, necessariamente, para outra. Assim, ao buscar conhecer os detalhes de cada mundo adentrado em cada visita, os ACS, vão tentando tecer suas redes de sobrevivência no seu cotidiano de trabalho.

Segundo Nunes e outros (2002), dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde, duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira é a "orientação das famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, e a segunda é a informação dos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades" (BRASIL, 1998, p. 18). Nessas duas atribuições, posso identificar o movimento bi-direcional dos agentes: de um lado, informar a população sobre os modos de fazer estabelecidos pelo sistema de saúde e, de outro lado, munir os profissionais de saúde de elementos chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

É importante salientar que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde (TRAD, 1999). Tais tarefas implicam no fortalecimento do vínculo com a família com uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informação e conhecimento.

Na busca por estabelecer os vínculos necessários para exercer suas atividades laborais, nem todas as estratégias são bem aceitas. As dificuldades e facilidades relatadas no cotidiano de trabalho dos ACS são analisadas a seguir.

5.4 DIFICULDADES E FACILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS

A existência de aspectos dificultadores do processo de trabalho dos ACS em algumas dimensões como: organizacional, profissional e relacional foi algo bastante enfatizado pelos mesmos. As insatisfações destes referiam-se a questões trabalhistas como os baixos salários, constantes atrasos do pagamento de salários, a falta de garantia de direitos trabalhistas, a falta de fardamento e de materiais básicos para realização do trabalho dentre outros.

Os ACS expressaram se sentirem prejudicados financeiramente uma vez que eram contratados por uma empresa privada para prestar serviço à Prefeitura e após ascenderem para se tornarem funcionários celetistas municipais, em 2008, não receberam seus direitos trabalhistas referentes ao tempo de trabalho. As falas por eles enunciadas trazem elementos bastante relevantes no que diz respeito à psicodinâmica do trabalho.

Nós trabalhamos quatro anos por tal empresa tínhamos um vínculo empregatício terceirizado, o pagamento estava irregular. Ai o presidente aprovou, o governador determinou que tanto as prefeituras, quanto o governo tinham que assumir os ACS dentro de seu quadro de trabalho, como celetista ou estatutário, da forma como cada governo se pronunciasse, mas que não ficasse mais terceirizado. A partir daí a prefeitura assumiu. Ai a empresa anteriormente responsável com o aval de alguns, fizeram um documento ridículo, dizendo que nós tínhamos passado por sucessão. Com isso, não recebemos nossos tempos trabalhados, ninguém quer se responsabilizar, e nós até hoje estamos prejudicados, sem receber o que é nosso de direito (Rita, 29 anos).

A precariedade dos contratos de trabalho produzia grande insatisfação entre os ACS desde a sua implantação. Havia entre os sujeitos uma expectativa de que a questão dos contratos de trabalho pudesse ser contornada com a mudança da gestão estadual de saúde. Todavia, meses após o início da nova gestão, a problemática mostrava-se persistente.

Os ACS também deram relevância à relação entre os baixos salários levando a necessidade de acumular as duplas jornadas de trabalho para conseguir

sobreviver. Essa dupla jornada compromete a sua saúde e a qualidade do seu trabalho como ACS.

O salário está tão baixo que todo mundo estar tendo que se virar para conseguir outra fonte de renda, eu a partir de 17 h trabalho com eventos, às vezes chego do trabalho 4 da manhã, se eu tivesse um salário digno, eu jamais perderia minha noite, nem meus sábados, domingos e feriados. Agora eu pergunto: a qualidade da minha visita no dia seguinte vai ser a mesma? Claro que não, trabalho a noite e no dia seguinte chego toda indisposta para realizar as visitas (Milena, 31 anos).

Todo mundo faz alguma atividade extra para completar a renda, eu também durmo 2 ou 3 horas da manhã vendendo pastel no largo para complementar a renda (Edson, 32 anos).

Os ACS ressaltaram também a precariedade de suas moradias, muitos referiram residir em casas alugadas e com grande número de pessoas, condizente com seus baixos salários. Nesse sentido, Uchida e outros (2007) assinalam que embora pertencer à comunidade em que trabalha seja uma condição para ser ACS, muitos gostariam de não morar no local onde trabalham devido ao fato de se sentirem restritos em algumas situações, como por exemplo, aqueles que moram em casas de aluguel, ficando impossibilitado de mudar para outra área por ameaça de serem dispensados.

Arrumei uma casa melhor e mais barata para morar, porém não pude mudar, pois ficava em outro bairro, aí eu seria dispensado do Programa, você tem que morar na área que trabalha, nem sequer cogitam a possibilidade de uma transferência nesses casos (Tarsila, 47 anos).

Reportaram-se também à falta de assistência habitacional, ressaltando o fato de que devido aos baixos salários que recebem, vivem em locais considerados perigosos e com falta de estrutura trazendo risco para sua integridade física. Nesse sentido, Minayo e outros (2008), ao estudarem as condições de vida dos policiais militares do Rio de Janeiro, mencionam esse mesmo aspecto como um fator que interfere na qualidade de vida. Os policiais queixavam-se de morar “em locais nos quais convivem traficantes, limitando, e mesmo impedindo, sua participação na vida comunitária” (MINAYO; SOUZA, 2003, p. 316).

Assim, é importante salientar que no momento da minha entrada em campo, os ACS estavam envolvidos em uma atividade de atualização de todos os cadastros dos usuários da UBS. Cada Agente Comunitário de Saúde deveria, então, atualizar endereço, área e outros dados cadastrais dos usuários de sua respectiva área. No

entanto, o que foi presenciado é que não houve qualquer disponibilidade de materiais básicos, como lápis, canetas e envelopes para a devida consecução dessa atividade.

Nesse momento, tornaram-se claras duas posições distintas no trabalho coletivo: um grupo de profissionais que, mesmo sem condições mínimas, fazia o trabalho, adaptando-se como podia à falta de materiais, enquanto o outro grupo de profissionais não estava conseguindo realizar essa atividade devido à ausência de materiais “adequados”.

O enunciado abaixo remete para um campo de conflito presente no coletivo: de um lado, o grupo que realiza a atividade comprando com seus próprios recursos os materiais necessários à consecução da atividade; do outro, os profissionais que se negam a comprar os referidos materiais.

Eu não compro, eu acho um desaforo ter que comprar envelope, caneta etc. outro dia eu pedi ao meu pai para ver se no trabalho dele tinha envelope, ele me perguntou se eles não estavam me dando. Meu trabalho tá todo atrasado porque eu não tenho onde colocar a ficha nova (Lúcia, 32 anos).

Clot (2006) explica que, muitas vezes, o sujeito se submete à responsabilidade de “pagar para trabalhar” devido às repercussões positivas em sua saúde do resgate de seu poder de agir, antes impedido pela ausência material. Segundo o autor, essa dinâmica tem a ver com o significado que cada um incorpora a sua atividade, que o leva a transformar ou a submeter-se às restrições.

Ainda referente à questão da ausência de materiais como envelopes, cadernos e outros, foi possível perceber que, no início, essa divisão entre grupos era clara, os que compravam materiais com o seu próprio dinheiro para conseguir realizar suas atividades, e os que não realizavam suas atividades, alegando falta de material. Diante de tal situação, os profissionais desenvolveram formas de reciclar os materiais antigos – envelopes eram reaproveitados e carimbos foram feitos de forma artesanal a fim de classificar os prontuários. Essa operação permitiu que toda a equipe de ACS conseguisse dar conta da atividade.

A falta de identificação, como fardamento e crachá, e de equipamentos de proteção individual como protetor solar, boné, entre outros, também foi algo citado pelos ACS como parte das dificuldades enfrentadas no processo de trabalho. Ao contrário de outros profissionais que fazem uso seletivo e restrito de fardas e equipamentos no intuito de reduzir a visibilidade e conseqüentemente a vitimização à

roubos (SANDERS, 2005; PAES-MACHADO; RICCIO OLIVEIRA, 2009), os ACS sentem-se mais valorizados como profissionais e mais seguros quando usam fardas e crachás, visto que a ausência destes torna-se um fator dificultador no acesso a algumas residências. Situação peculiar fora relatada abaixo:

O uso do crachá e da farda é uma forma de nos identificar e nos proteger de vários problemas, por exemplo, ontem aconteceu uma coisa bem interessante, tem um morador novo aqui na minha área em casa de aluguel e ontem eu cheguei me apresentei que eu era o ACS da área [...],e ele me questionou sobre a minha identificação de ACS, eu fiquei sem saber o que dizer, porque realmente eu não tinha identificação nenhuma, nem crachá, nem a própria farda, aí eu falei: olhe aqui a camisa, ele me disse: “essa camisa aí não quer dizer nada, qualquer um pode vestir uma camisa de campanha e vim dizendo que é Agente de Saúde”, e eu parei e pensei, ele tem razão, falei a ele que eu era ACS daquela área há 7 anos e que todo mundo me conhecia que ele poderia perguntar a qualquer vizinho que eles dariam referências sobre mim, perguntei se ele queria que eu chamasse um vizinho para me apresentar e ele disse que sim, e na hora estava passando uma moradora chamei e ela reforçou minhas palavras, ele confiou e me explicou o motivo dele ter tido aquela atitude, por questões de segurança, mas foi uma situação bem constrangedora. Se eu tivesse com o crachá e a farda isso não aconteceria (Clarisse, 46 anos).

Ao que parece, o trabalho dos ACS, da forma como vem acontecendo nas áreas visitadas, necessita de maior atenção por parte dos ‘tomadores de decisão’. Os aspectos dificultadores são identificados nas distintas dimensões: organizacional, profissional e relacional. Observo a carência dos aspectos materiais, relacionados diretamente às condições básicas para o exercício da função de ACS, como os já relatados anteriormente: falta de envelope, caderno, crachá, fardamento e outros. Cada dia aumentam as queixas nesta direção e não é raro à referida lista somarem-se a “falta de material, de equipamento, de medicação até a incompreensão dos gestores, a falta de reconhecimento do nosso trabalho”. Tal conjuntura colabora e/ou agrava o sofrimento psíquico, culminando na exposição do ACS a grande desconforto, e em algumas situações o afastamento das suas funções.

A dificuldade é dar retorno no que a comunidade almeja [...] a dificuldade da Unidade de não proporcionar isso para eles através da falta de material, de equipamento, de medicação até a incompreensão dos gestores, a falta de reconhecimento do nosso trabalho, realmente isso é muito desmotivante (Cleonice, 25 anos).

Uma das maiores dificuldades que enfrento é a perseguição dos superiores hierárquicos, os comentários das supervisoras nas reuniões, buscando qualquer falha para nos chamar a atenção, as queixas sem motivos, as ameaças de estar nos colocando à disposição para mudar de área, quando acontece isso, no outro dia nem venho trabalhar, a vontade é de não voltar mais aqui (Cristina, 47 anos).

Quando a organização do trabalho é fonte de exigências rígidas e estáveis, às quais estão expostos os trabalhadores, acaba-se inviabilizando a construção de defesas e deixando aos trabalhadores a única alternativa de adaptar-se ao trabalho, que passa a ser apenas fonte de pressões patogênicas e meio de sobrevivência.

Não temos direito a plano de saúde, não temos uma pessoa para nos escutar, moramos na área de risco para leptospirose, minha área está cheia de rato e não temos direito a vacina. Nós estamos na linha de frente, recebemos “a galinha pulando” e mesmo assim não temos direito à vacina de meningite, não temos direito a outras vacinas, só tomamos H1N1 porque mentimos dizendo que tínhamos doença crônica (Helena, 25 anos).

No que tange às facilidades no processo de trabalho dos ACS, esses citam às relações com as famílias assistidas, consideram em sua maioria como receptivas e colaborativas. Referem que a comunidade percebe o ACS como um amigo, uma pessoa próxima, um meio de conseguir benefícios públicos.

O ACS efetivamente ocupa uma posição de poder na comunidade, o que pode ser positivamente interpretado em caso de boa relação com o mesmo, ou pode ser dificultado em caso oposto. Por exemplo, o poder dos ACS de marcar consultas para os moradores pode ser valorado de forma positiva, ao se encarar o ACS como um importante aliado e mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, facilitando o acesso dos primeiros ao serviço de saúde:

A maioria é de pessoas humildes, pessoas boas, que nos conhece desde criança, nos veem como um amigo ou até como um membro da família, nos recebem bem e fazem de tudo para facilitar nosso trabalho. Eles nos veem como uma pessoa que está do seu lado e pode facilitar o seu acesso aos serviços de saúde (Mírian, 28 anos).

Algumas famílias nos veem como um aliado na luta a favor da melhoria da saúde, por exemplo, aquelas famílias que nos viram nascer e crescer nessa comunidade e querem ajudar o nosso trabalho. E outros como espíões que querem denunciar eles; nestes casos, os traficantes, os usuários de drogas, as pessoas do mal; já os demais profissionais da unidade nos veem como o chão do PSF, por não termos o nível superior (Moacir, 39 anos).

Desta forma, contar com o apoio e cooperação dos moradores pode livrar os trabalhadores de situações delicadas. Alguns moradores se tornam verdadeiros aliados, alertando-os e orientando-os como proceder para minimizar os riscos.

Segundo os ACS, uma queixa constante dos moradores é a dificuldade de conseguir consulta com algumas especialidades, como por exemplo, o profissional dentista. Às vezes, a Unidade não dispõe desse profissional, embora seja uma exigência do PSF que a equipe de saúde funcione de forma completa; outras vezes,

há o profissional na Unidade, mas faltam equipamentos necessários para a efetivação do seu trabalho. Assim, os ACS tentam justificar para os moradores os motivos que os levam a não conseguirem atender as suas solicitações, entretanto, nem sempre tal justificativa é aceita, deixando o ACS em uma situação de extremo desconforto.

Os ACS assinalam também que o fato de serem conhecidos e compartilharem do mesmo contexto da comunidade pode se tornar um fator ambivalente que ora facilita, ora dificulta o desenvolvimento do seu trabalho e sua aceitação. Percebo que o reconhecimento que os ACS encontram por parte da comunidade também é ambíguo, pois este é aleatório e depende do quanto eles puderem ser úteis para aquelas pessoas. Não há um tipo de ação específica considerada adequada até o momento, que dê um retorno consistente para eles e para os outros atores sociais envolvidos no seu trabalho.

Eu trabalho em uma área muito carente, na sua grande maioria são famílias acolhedoras porque precisam desse atendimento, outras vezes se mostram hostis, porque eles precisam de muita coisa que eu não posso oferecer enquanto ACS. Por exemplo, eu pesava o neto de um senhor e neste dia ele me abordou dizendo que não adiantava nada aquele peso, foi um desabafo dele, perguntou para que eu estava pesando? Se eu não poderia ajudar aquela família com alimento para que pesar e anotar no papel? Que na prática eu não poderia oferecer nenhuma solução para o problema e se ele tivesse desnutrido, o que era que iria fazer? Iria dar comida? Ele estava muito nervoso (Joana, 28 anos).

O morador me falou muitos desaforos porque eu não consegui marcar a consulta para ele, me disse que era ele que pagava meu salário e muito irritado falou: a gente paga a vocês para isso, é o mínimo que vocês podem fazer (Simone, 38 anos).

A expressão “a gente paga vocês para isso” é proferida pelo morador quando experimenta a frustração da negação ao seu pedido de marcação de consultas. Assim, os ACS ficam expostos aos riscos e perigos que o trabalho lhes impõe, não somente os riscos em relação ao mundo do crime, mas também a esses tipos de conflitos, uma vez que foram instruídos a oferecerem serviços clínicos como consultas, exames e medicações ao detectar problemas de saúde nas famílias, porém, nem sempre conseguem efetivar esses serviços.

DaMatta (1997b) ressalta que, em geral, as expressões “a gente paga você para isso” e “sabe com quem você está falando?” são usadas em duas situações básicas: para fazer valer a lei do trabalho e na sua ausência (no caso dos ACS,

quando os moradores chamam a atenção para a execução da sua tarefa) e para burlar a lei do trabalho, quando o morador é frustrado por um ACS que não consegue atender as suas solicitações.

A partir do retorno que o ACS tem da comunidade é possível avaliar, apenas parcialmente, os resultados do seu trabalho, visto que as formas de avaliação utilizadas pelos responsáveis do PSF estão baseadas em pressupostos de produtividade, o qual reflete apenas parcialmente o trabalho destes.

Entretanto, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pelos ACS no seu contexto de trabalho, foi possível perceber nas falas de alguns uma satisfação em pertencer a um grupo seletivo que detém informações diferenciadas do conhecimento popular o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade.

Sendo um integrante da comunidade, o ACS vive situação semelhante às dos usuários do serviço, uma relação de identificação com as condições de vida e saúde da população. Essa aproximação identitária possibilita compreender melhor as condições e o estilo de vida da comunidade, bem como suas necessidades e insatisfações.

Outra dificuldade relatada pelos ACS no processo de trabalho foi relacionada ao calor, à chuva, e à poeira; O deslocamento diário sob sol e calor intenso tem criado transtornos para estes trabalhadores, como no relato a seguir:

A gente trabalha de baixo de sol e chuva, chego em casa muito suada ou molhada, tão cansada que nem consigo pensar em nada, recentemente peguei uma gripe muito forte (Délia, 34 anos).

Neste sentido, Seligmann-Silva (1992, p. 52) acrescenta que “o calor intenso, além de provocar irritação, diminui a capacidade de concentrar a atenção, aumentando os riscos de acidentes e doenças.” Assim como o calor que provoca desconforto e pode potencializar fatores desencadeantes de acidentes e doenças aos trabalhadores, os dias chuvosos também merecem atenção.

O ano passado tive pneumonia, devido a chuvas fortes que peguei trabalhando na área sem capa e sem guarda-chuva (Catarina, 28 anos).

O trecho desse depoimento permite ressaltar a falta de equipamentos de proteção individual para que os ACS atuem nas áreas com proteção e sem prejuízos

à sua saúde. Assim, considerando que os ACS pertencem à comunidade na qual desenvolvem seu trabalho, percebo que estes se encontram expostos ao mesmo ambiente com todos os aspectos intervenientes no processo saúde/doença, como as dificuldades de acesso a serviços de saúde, transporte, alimentação inadequada, dentre outros. Além desses aspectos, a saúde deste profissional pode ser afetada pelas condições a qual são submetidos em seu cotidiano de trabalho, que diz respeito, também, as distintas estratégias de acesso aos moradores, alvo principal de seu trabalho.

O acesso do ACS aos moradores foi outra dificuldade trazida nos seus discursos. A entrada do ACS na casa do morador envolve um conjunto de negociações que facilita ou dificulta o acesso e permanência deste. Nessa perspectiva, uma das dimensões das facilidades do acesso dos ACS ao domicílio está vinculada à relação de confiança que é estabelecida com a vizinhança, em alguma medida à troca de favores, e o conhecimento espacial do local de trabalho.

É importante ressaltar que para se tornar ACS, um dos critérios de seleção, é que o trabalhador resida na área de abrangência em que atua, conforme a Lei Federal 10.507/2002 (BRASIL, 2002). Este é um critério apontado pelo Ministério da Saúde como o principal facilitador da aproximação do setor saúde à comunidade no âmbito do SUS, assim como o agente deve estar morando, no mínimo, há dois anos no local onde trabalhará, ressaltando que são os únicos trabalhadores da atenção primária à saúde que devem obrigatoriamente residir na área de atuação. Entretanto, ser morador e trabalhador da saúde no mesmo contexto traz inúmeras vivências julgadas pelos ACS como positivas e/ou negativas, gerando situações de satisfação e/ou sofrimento.

O tempo de dois anos é solicitado como uma condição necessária para que o ACS conheça a comunidade. Por outro lado, é importante considerar que a qualidade da relação entre agente e comunidade é apenas em parte determinada pelo tempo de sua residência no local, pois a sua empatia com a comunidade e vice-versa são fatores importantes para a integração desse trabalhador.

O ACS atua na prática da “casa” e da “rua” negociando os espaços, no desenvolver das suas atividades no dia-a-dia ele invade os espaços privados, isso traz muitos dilemas, visto que ao mesmo tempo em que ele é o vizinho conhecido ele é o representante do Estado. Nesse sentido, DaMatta (1997b) refere que vivemos em

um sistema onde existe uma espécie de batalha entre o mundo público das leis universais e do mercado; e o universo privado da família, dos compadres, parentes e amigos.

Nessa perspectiva, podemos inferir que o cotidiano de trabalho do agente comunitário constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, num panorama repleto de significados, em que acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, no qual os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação desse cotidiano pode possibilitar a identificação de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde.

Uma dificuldade que o ACS enfrenta relacionada ao acesso é a rotatividade de alguns moradores em casas alugadas, domicílios estes que exigem uma maior cautela por parte dos ACS, visto que são habitados por pessoas estranhas ao seu convívio.

Quando é uma casa que já conheço, é tranqüilo, mas quando é uma casa de aluguel a gente fica imaginando o que vai encontrar, pois a gente chega numa semana tem uma pessoa, em outra semana já mudou, já são outras pessoas [...]. Essa rotatividade ocorre às vezes por questões de violência, às vezes são fugitivos da polícia, que na mesma velocidade que vêm, vão embora [...] (Rita, 29 anos).

Por um lado me sinto um pouco invasor, estou invadindo ali a vida particular daquela pessoa, aonde às vezes só me conhecia de vista, e a partir daquele momento eu entro na sua casa, colho os dados pessoais e sigilosos daquela família e ainda digo o que deve e o que não deve fazer... (Aracy, 36 anos).

Tais declarações nos reportam às citações de Donzelot (1980), o qual discute a forma como a família vem historicamente se tornando objeto de fiscalização, controle, intervenção e exercício do poder pelo Estado. Sendo assim, o treinamento dos ACS deve muni-los também de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que os habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento das suas necessidades.

Discutindo a violência exercida contra trabalhadores que têm a rua como local de trabalho, Lancman e outros (2007), em um estudo com agentes de trânsito, referem que os trabalhadores que executam as suas atividades em ambiente externo,

sem aparato de proteção próprio de ambientes confinados, sem mediadores e devido ao contato direto com usuários ficam vulneráveis a possíveis agressões.

No contexto de processos de vitimização, Cohen e Felson (1979), além de outros estudiosos (BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004) ressaltam que a teoria das atividades rotineiras refere que a presença do agressor e da vítima, juntos, aumentam a probabilidade de ocorrências de violência. Nesse sentido, a alta ocorrência do crime está determinada pela presença de oportunidades para a violência. Nesse ínterim, se insere a violência a que estão expostos os Agentes Comunitários de Saúde. Assim, o trabalho na rua, o adentrar em casas de pessoas estranhas, e a previsibilidade da rotina representam condições oportunísticas para agressores motivados praticarem atos delituosos.

Tal exposição torna estes trabalhadores mais vulneráveis a conflitos e agressões voltadas para seu corpo ou para a sua integridade moral e, por conseqüência, trabalham com medo e desestimulados (em alguns casos), pois são alvos de irritação, insatisfação e revolta, em sua maioria destinada às instituições a que elas/eles representam. Tal situação cria um conflito identitário entre a importância e a legitimidade que os profissionais atribuem àquilo que fazem e à falta de reconhecimento social.

Ainda assim, alguns ACS, nos seus discursos, apontaram como principal vantagem o fato de trabalhar na área em que moram, a questão de ser conhecido e conhecer a maioria das pessoas da sua comunidade:

A facilidade é morar na área e conhecer a minha comunidade (Eva, 24 anos).

A facilidade é a recepção das famílias, como te falei, a maioria das famílias gosta do trabalho do ACS porque estão sendo beneficiadas, acham uma maravilha e isso ajuda muito. Os que me conhecem me recebem bem, vêm a minha procura para que eu marque suas consultas, por eu já conhecer a comunidade eu já sei a necessidade e o que é preciso fazer na área, o que não acontece com uma pessoa que não conhece aquele local não vai saber o que fazer, né? (Patrícia, 34 anos)

Eu conheço a maioria dos moradores da minha área, quando chega alguma pessoa de fora e pergunta: onde fulano de tal mora? Eu tenho o prazer de ensinar dizendo até as características da casa como a cor, o que tem à frente, já digo um ponto de referência que logo a pessoa localiza (Mario, 32 anos).

Percebo no último relato, que esse pertencimento à comunidade para alguns ACS atenua a formalidade do ritual de entrar, estar e sair facilita o trâmite, onde as

peças informam ao estrangeiro a posição das moradias de modo personalizado e até mesmo íntimo desta comunidade conforme sugere DaMatta (1991 b), tudo muito parecido com as cidades brasileiras do interior, onde, não obstante cada casa ter um número e cada rua um nome.

Desta forma, o espaço se confunde com a própria ordem social de modo que, sem entender a sociedade com suas redes de relações sociais e valores, não se pode interpretar como o espaço é concebido. Aliás, nesses sistemas, é possível afirmar que o espaço não existe como uma dimensão social independente e individualizada, estando sempre misturado, interligado ou “embebido”.

No que tange as desvantagens de trabalhar na área em que moram, os ACS apontaram dificuldades que eles sentem em impor limites aos moradores, visto que estes não têm hora, dia, nem local para abordá-los, com os seus problemas, sejam eles de saúde ou não, fazendo dessa forma com que o ACS tenha sua privacidade própria violada e controlada pelos moradores, como mostra as falas abaixo.

A desvantagem é a invasão de privacidade, não temos sábado, domingo, feriados, finais de semana, somos ACS os sete dias da semana (Cristina, 47 anos).

As desvantagens é que geralmente quando se trabalha na área onde você é conhecido alguma pessoas lhe recebem bem outras não [...]. Às vezes também as pessoas confundem o ACS que conhece desde pequeno com o ACS profissional, então acha que eu sempre posso dar um jeito de fazer o que ela quer ou está precisando no momento (Aracy, 36 anos).

Confirmando os relatos anteriores, Souza (2009) ressalta que o papel social desses trabalhadores, muitas vezes é visto como solidário o que, segundo ele, acaba por receber equivocadas interpretações, e conseqüentemente vive sendo abordados em qualquer local que esteja independente do horário de trabalho, final de semana ou feriado.

O fato de morarem no mesmo bairro, entrar nas casas e conhecerem não só as demandas de saúde, mas também a realidade socioeconômica, as questões familiares, de relacionamento interpessoal (aspectos íntimos), promovem o estabelecimento de relações peculiares com essas pessoas.

Às vezes eles fingem não estar em casa, para não deixar eu entrar e saber da vida deles (Romeu, 31 anos).

Ela não me deixou entrar pois não queria que eu a visse toda cheia de hematomas, tinha sido agredida pelo companheiro (Joana, 28 anos).

Jardim e Lacman (2009) chamam atenção em seus estudos que ao morar na comunidade e adentrar a privacidade de seus vizinhos, os ACS acabam, mesmo contra sua vontade, gerando uma via de mão dupla aos olhos dos usuários. Desta forma, seu cotidiano de trabalho envolve uma confluência de condições atípicas, que em muitos casos, transitar diariamente pelas mesmas ruas onde ocorre o movimento do tráfico de drogas e da criminalidade o torna mais vulnerável a vitimizações.

6 VITIMIZAÇÕES QUE ACOMETEM OS ACS NOS ESPAÇOS DO TRABALHO

O presente capítulo abordará a vitimização sofrida pelos ACS nos espaços de trabalho. De acordo com Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006), a violência é identificada atualmente nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais. Neste trabalho considere a vitimização nos espaços públicos aquelas ocorridas nas ruas, no trajeto para o trabalho e na Unidade de Saúde, enquanto que as do espaço privado referem-se aquelas que ocorrem nas casas dos moradores.

Segundo Molina e Gomes (2008), a vitimização deve ser observada sob o ponto de vista do próprio fato e dos fatores ou variáveis que o desencadeiam, bem como a partir dos seus efeitos ou impacto na pessoa que o compadece. A primeira dimensão permite falar do risco da vitimização. A segunda, da vulnerabilidade da vítima concreta, questões conceitualmente diferentes, porém interdependentes (MOLINA; GOMES, 2008).

No que concerne à relação com o trabalho, a vitimização se caracteriza quando alguém é ofendido, ameaçado ou agredido durante o exercício de suas atividades laborativas (WYNNE *et al.*, 1997). Tais situações podem provocar danos físicos, expressos através de lesões e mortes, e danos psicológicos, que podem se apresentar sob a forma de sofrimento psíquico, ou ainda evoluir para casos de maior gravidade, como homicídio ou suicídio (OMS, 2002).

Ainda se tratando das proposições supracitadas, Correia e Vala (2003), sugerem a evidência empírica e a experiência quotidiana muitas vezes mostram que vítimas inocentes além de terem que se confrontar com as conseqüências negativas provocadas pelo fenômeno que as vitimizou (vitimização primária), são vitimizadas uma segunda vez (vitimização secundária) pelas outras pessoas que com elas interagem (heterovitimização secundária) ou por elas próprias (autovitimização secundária). Esta vitimização secundária pode assumir várias formas como a minimização do sofrimento, da evitação, da desvalorização e da culpabilização da vítima. Nesse sentido, o conceito proposto por esses autores não limita a vitimização secundária aos efeitos da intervenção do sistema legal.

As principais formas de vitimização mencionadas pelos ACS entrevistados neste estudo advêm de algumas situações distintas, como: o confronto com os moradores, com a polícia e com outros ACS, sendo fortemente influenciada pelas relações de gênero e pela violência decorrente de ações criminosas. Sendo assim, adotaremos neste trabalho apenas a noção de vitimização primária e secundária baseada nos relatos dos entrevistados. A figura a seguir esquematiza a vitimização sofrida pelos ACS sujeitos dessa pesquisa:

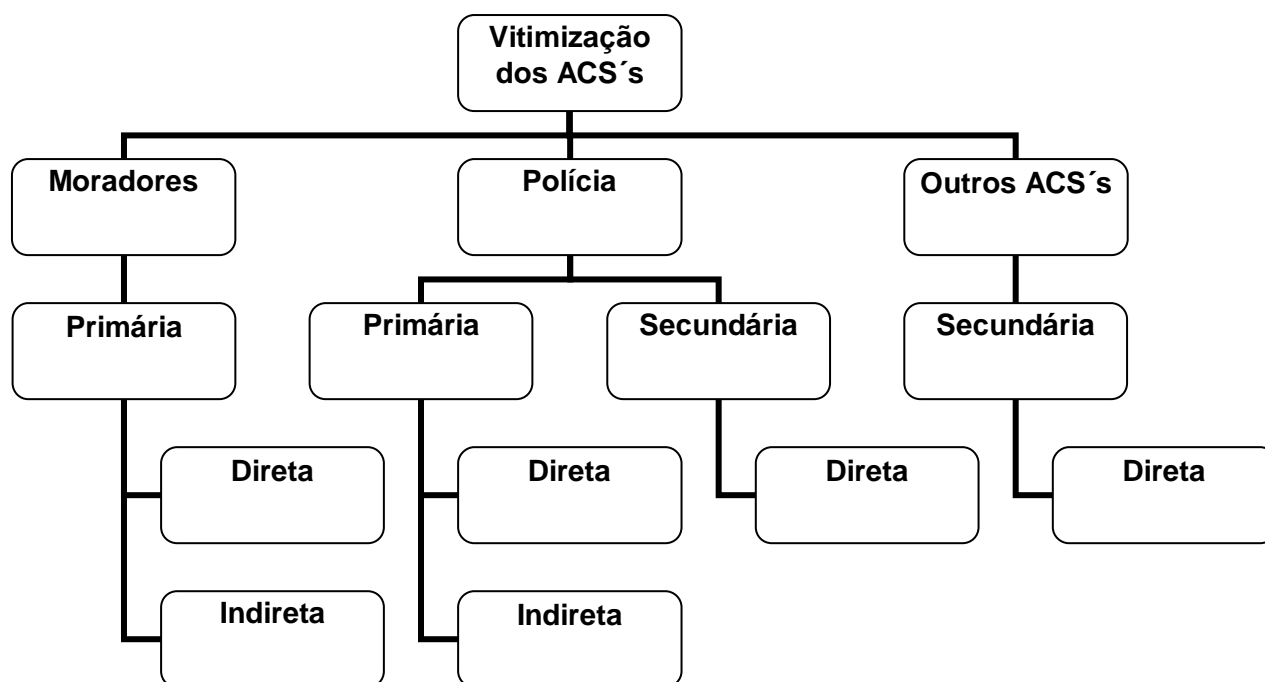


Figura 7: esquema da vitimização sofrida pelos ACS

6.1 VITIMIZAÇÃO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS

Vivenciar a vitimização direta nos espaços públicos é um dos problemas mais difíceis enfrentados pelos ACS; conviver cotidianamente com situações conflituosas e violentas provocam um impacto muito grande na vida desses trabalhadores e faz do seu ambiente de trabalho um verdadeiro campo de batalha.

Pesquisas que abordam a vitimização de categorias profissionais que têm a rua como espaço de trabalho (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009;

LANCMAN *et al.*, 2007) têm destacado a vulnerabilidade destes profissionais a assaltos, agressões verbais e físicas de usuários insatisfeitos, e de modo geral, falta de apoio da chefia para prevenir vitimizações ou lidar com as suas conseqüências.

Ser ACS, na percepção de alguns desses trabalhadores, já é em si um risco, se sentem em enfrentamento contínuo da violência, o que é relatado com angústia por eles, enquanto que outros ACS referem que só se deram conta que moravam em um bairro violento após o ingresso na profissão; o entrar e sair das casas e das ruas lhes proporcionou uma maior visibilidade da violência, a qual até então era naturalizada no seu contexto social.

Moro aqui desde que nasci sempre andei de dia a noite e nunca tive medo, não achava que minha área era violenta pois conhecia a maioria das pessoas, hoje antes que anoiteça eu quero estar em casa e evito sair a noite. Vejo com muita clareza a violência que estou exposta no dia-a-dia (Flavia, 43 anos).

As principais formas de vitimização direta nos espaços públicos observadas no trabalho dos ACS nos distritos pesquisados e relatadas por eles foram representadas principalmente pelo enfrentamento do tráfico de drogas, pelos riscos de circular nas áreas, os quais vêm se intensificando a cada dia e acarretando prejuízos ao trabalhador e desdobramentos que, além de atingir o ACS ainda se estendem aos demais profissionais do PSF. Assim, no depoimento a seguir, percebo que pedir autorização ao traficante para a equipe de saúde adentrar em determinadas microáreas faz parte da rotina dos ACS.

Tem certas microáreas que as enfermeiras e médicos só entram se for comigo, pois já sou conhecido de todos, e às vezes tenho que conversar com algum traficante que não quer os deixar entrar, principalmente nos períodos que estiver tendo batida policial e eles liberam (Mario, 32 anos).

Minha área é perigosa, e eu sendo conhecida facilita muito [...] porque os meninos sabem que eu sou profissional ACS, não deixa ninguém mexer comigo, quando eles estão todos juntos fumando e eu passo ele fala: essa aí é minha não mexe com ela não, isso facilita a gente transitar (Carolina, 37 anos).

Conforme o depoimento acima, o contato com “os meninos” trilhou o caminho para uma relação proveitosa, e o que poderia se converter em um pagamento de extorsão para circular, ter acesso ou permanecer nos espaços urbanos (PAES-MACHADO; LEVENSTEIN, 2004; PAES-MACHADO; NORONHA, 2002), resultou na aquisição de vigilantes capazes de reduzir a vulnerabilidade do ACS às situações de vitimizações.

Nessa perspectiva, Soares (2006) enfatiza que a relação social entre capital social e vitimização pode ser analisada em pelo menos, duas direções: primeiro, maior capital social reduziria a probabilidade de crime e vitimização; segundo, maior capital social ajudaria a superar o trauma das vítimas ocultas.

Para Gambetta (2009), a capacidade de lutar das pessoas é desvelada nas interações com o outro, e que a incerteza das relações é imensa no mundo do crime, o qual é desprovido de relações de simpatia.

Existem ainda momentos nestas áreas em que o nível de tensão e medo dos profissionais, que já é alto, se intensifica; Isso ocorre principalmente quando os mesmos se deparam com tiroteios; Nessa situação alguns procuram proteger-se no próprio local, enquanto outros, ao perceberem a troca de tiros, retornam a Unidade e se negam a continuar as visitas domiciliares pelo menos até que a “poeira assente”.

Eu fiquei muito assustada, o cara estava armado correndo atrás do outro na hora que eu estava andando na área, ele foi fazer uma cobrança de drogas ao outro cara, esse começou a correr em minha direção, ele atirou e só não conseguiu pegar ele porque eu estava no caminho. Na hora que eu ouvi os tiros, me joguei no chão e comecei a rezar, ele começou a me xingar e me culpou, disse que devia atirar em mim, o outro falou: joga ela da ribanceira, eu só pensava em meu filho. Eu estava sozinha na rua, todas as portas e janelas trancadas, pensei que eu iria morrer (Diana, 29 anos).

Considero minha área de risco sim, porque constantemente existe o tráfico de drogas e a rivalidade de áreas em relação aos traficantes, e isso interfere muito no nosso trabalho como ACS [...] duas vezes já me deparei com tiroteio na área, entrei na primeira casa que encontrei aberta a fim de me proteger (Florisberto, 31 anos).

Esses dados me levou a refletir sobre a complexidade do trabalho dos ACS, uma vez que não está retratada nas competências institucionalizadas pelos protocolos e normas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, estando o ACS exposto, no cotidiano de trabalho, às situações de riscos decorrentes das distintas formas de manifestações da violência sem, contudo, ter acesso a ferramentas de enfrentamento.

Dentre os tipos de vitimização nos espaços públicos no trabalho dos ACS, a vitimização indireta também merece destaque. O termo vitimização indireta refere-se ao fato de testemunhar atos de violência ou de abusos ou sofrer as conseqüências de atos ou abusos perpetrados contra conhecidos, amigos ou familiares (WYNNE *et al.*, 1997).

Uma janela analítica é a relação concorrencial entre o trabalho “na rua” do ACS e o tráfico de drogas. Violência e drogas são fenômenos que se relacionam num processo de dominação dos bairros, cujos resultados são assustadores e destrutivos. Dentre as dificuldades relacionadas com as situações e expectativas de vitimização, os ACS trouxeram nas suas falas a percepção do risco existente no desenvolvimento do seu trabalho; foram unânimes em afirmar que enfrentam risco diariamente, considerando suas áreas de atuação como de risco.

Ah, o tráfico de drogas interfere de várias formas no nosso trabalho, muitas vezes temos que parar de trabalhar na área por conta do tráfico, outras vezes vamos temerosos, com medo do que pode acontecer também a nós enquanto trabalhadores. Temos medo até do que poderemos ficar sabendo ou vendo, porque isso nos coloca em uma situação de risco (Carlos, 33 anos).

Como profissional que tem a rua como espaço de trabalho, além de representante de instituição pública, o conflito mais significativo que atinge esta categoria, é o risco de vitimização. Assim, os principais tipos de vitimização indireta observadas no trabalho do ACS surgem em decorrência de três situações principais: do tráfico de drogas, da segurança na área e da atuação da polícia, como expressam os interlocutores a seguir:

Constantemente há o tráfico de drogas e a rivalidade de áreas em relação aos traficantes, e isso interfere muito no nosso trabalho como ACS, porque quando está existindo essa disputa, a gente praticamente fica impossibilitado de estar desenvolvendo nosso trabalho na área, só quando a poeira assenta é que a gente retorna às atividades externas para retomar o trabalho da gente (Carolina, 37 anos).

Por exemplo, a semana passada aconteceu aqui uma chacina de 4 jovens de 16 anos por policiais. Eles mataram os quatro [...] acho que a polícia errou, praticou mais uma violência e aí a gente não tem confiança neles, pois quando os policiais chegam, eles batem em quem estiver no local, seja mulher, idoso ou criança, ou seja, atingem os inocentes que não têm nada a ver com o caso, se existisse policiais decentes que nos desse segurança nós ACS (Luíza, 28 anos).

Quando a polícia está atrás de algum traficante ou quando algum está jurado de morte, todos os moradores sabem e aí ninguém fica na porta, as crianças não saem nas ruas, os bares que geralmente tem gente, nessa época ficam fechados; quando a gente [os ACS] vê tudo calmo já é um sinal de alerta que vai acontecer alguma coisa e aí passamos a situação para a enfermeira e ela suspende nossas atividades na área até que as coisas voltem ao normal (Vinícius, 28 anos).

Já presenciei um assassinato de um menino por policiais no meio da rua, o maior tiroteio, aí eu entrei na primeira casa que eu achei aberta e pedi um copo de água com açúcar (Rachel, 32 anos).

Já ocorreu do policial descer disfarçado de pipoqueiro, de enfermeiro, de eletricitista [...] para pegar os traficantes, dessa forma o policial acaba nos complicando, pois nós é que estamos na área todos os dias (João, 50 anos).

Esta última fala enfatiza que determinadas ações dos policiais na comunidade acaba comprometendo a integridade física e o desenvolvimento do trabalho dos ACS, uma vez que os policiais entram disfarçados na comunidade, e acabam por abalar a credibilidade que os moradores têm nos agentes comunitários de saúde.

O fato da polícia não manter sigilo ou não proteger as pessoas que fazem denúncias contra infratores, expõe esses denunciantes a retaliações, reforça a lei do silêncio e enfraquece os mecanismos comunitários de controle social, que, ao contrário, deveriam ser estimulados como parte de um modelo efetivo de policiamento (PAES-MACHADO, E.; TAPARELLI, G, 1996).

Paes-Machado e Noronha (2002) ressaltam que a violência policial contra indivíduos e grupos é uma realidade palpável e rotineira em quase todas as sociedades modernas e contemporâneas. A discrepância ocorre na forma como as sociedades reagem e buscam coibir esta truculência. Dessa forma, as práticas violentas utilizadas pela polícia contribuem para a reprodução e manutenção da ordem social excludente, representada nas atitudes e no tratamento dado às populações pobres e não brancas.

Esta dualidade presente nos aparelhos externos que nas ações da polícia manifestam-se também nas atitudes de repúdio e aceitação dos ACS / moradores dos bairros periféricos, que acabam sendo as maiores vítimas da violência policial, caracterizando-se como vitimização primária direta e vitimização secundária direta, ambas praticadas por policiais, respectivamente:

Estava na área quando teve uma batida policial, de repente um policial me abordou de forma muito grosseira e perguntou quem eu era, o que estava fazendo ali e se eu sabia onde um traficante morava, eu disse que não sabia, e ele me ameaçou, disse que se eu estivesse mentindo iria sobrar para mim, fiquei muito nervoso (Jorge, 36 anos).

Fui à delegacia dar queixa de um morador que tentou me agarrar, mas sinceramente me arrependi muito, nunca me senti tão humilhada, os policiais fizeram pouco caso da situação, a impressão que dava era que eles não acreditavam no que eu estava contando[...] foi uma situação muito constrangedora (Cleonice, 25 anos).

Logo que comecei a trabalhar como ACS, existia um homem que me assediava, comuniquei à Unidade e deixei de visitar esta casa, mas mesmo assim, ele continuou a me assediar sempre que me encontrava na rua, então

resolvi dar uma queixa dele, imagine que o policial me culpando, perguntou: o que é que a senhora quer na casa dele todo dia ? (Luíza, 28 anos).

Ao buscar ajuda da polícia, a vítima, por vezes, é tratada com descaso e não como um sujeito de direitos. A grande demanda de questões policiais faz com que a polícia não dê a devida atenção às vítimas, vitimizandolas mais uma vez. O caso apresentado, de suma importância para a vítima, é fato desprezível para os policiais que tratam todas as vítimas de maneira igual como se um crime fosse igual aos outros e, por vezes, com desconfiança e sem nenhum respeito.

A esse respeito, Fernandes (1995, p. 69) esclarece que

Há uma grande diferença entre o anseio da vítima, vinculada a um só caso, para ela especial, significativo, raro e o interesse da autoridade policial ou agente policial, que tem naquele fato um ou mais de sua rotina diária, marcada muitas vezes por outros de bem maior gravidade; ainda, assoberbada pelo volume, impõem-se naturalmente a necessidade de estabelecer prioridades. As deficiências burocráticas por outro lado, aumentam geralmente a decepção. Não há funcionários suficientes e preparados. Não há veículos disponíveis para diligências rápidas. Tudo ocasiona demora e perda de tempo. Mais do que isso, muitas vezes a vítima é vista com desconfiança, as suas palavras não merecem logo de início crédito, mormente em determinados crimes como os sexuais. Deve prestar declarações desagradáveis. Se o fato é rumoroso, há uma grande publicidade em torno dele, sendo fotografada, inquirida, analisada em sua vida interior. As atenções maiores são voltadas para o réu. Isso gera o fenômeno que os estudos recentes têm chamado de “vitimização secundária.

Nesse sentido, Barros (2008), enfatiza que a atuação da denominada “polícia investigativa” pode causar possível vitimização em virtude da falta de preparo das autoridades em lidar com a vítima, já que se encontra fragilizada com a situação vitimizadora, ou, mesmo, da própria estrutura do inquérito e da polícia.

Outros estudos vão além quando referem que os policiais militares “plantam armas”, para parecer que de fato houve uma resistência armada, e drogas, para reforçar o descrédito da condição de vítima. Nessa perspectiva Barcellos (2008, p.81), refere que *as armas e maconha fazem parte de uma farsa, uma armação da polícia para incriminar os mortos*. Comungando com esse medo, *um ACS* refere que

A gente tem que ficar muito ligado quando a polícia está por perto, deve ter cuidado com a nossa sacola que usamos para trabalhar, pois corremos o risco da polícia colocar alguma coisa, dentro da sacola, com o intuito de me incriminar, a gente nunca sabe o que pode passar na cabeça do outro né? (Augusto, 28 anos).

Ameaçar alguém é claramente violento mesmo que a ameaça não se concretize; uma agressão verbal pode provocar tamanho sofrimento que o seu

impacto pode ser maior para algumas pessoas que uma agressão física. A suposição do senso comum de que a agressão física é mais grave que a agressão verbal é insustentável. Não existe relação entre a severidade de um ato violento e o impacto que causa sobre a vítima; isto está na dependência direta dos sentidos e significados que os sujeitos de um episódio violento dão às suas próprias ações e às ações de terceiros (WADDINGTON ; BADGER, 2005).

Nesse sentido, Oliveira (2010) salienta que não raras vezes, os policiais militares no exercício de suas atividades ostensiva e repressivas têm causado danos em abordagem ou quando entram em confronto com suspeitos. Entre os danos produzidos, aqueles que atentam contra a vida das pessoas têm ocorrido com bastante frequência. Fatos como esse acometem também os ACS no seu contexto de trabalho, constituindo-se como uma vitimização primária indireta praticada por policiais.

Em minha área já vi dois assassinatos praticados por policiais, um foi morto quando eu estava subindo, aí vi os meninos descendo e ouvi os tiros. Aí eu me joguei no chão para o tiro não pegar em mim, fiquei nervosa, consegui chegar ao portão de casa e entrei logo [...] e só ouvi pá, pá tiro quando cheguei pra ver olha o menino de 15 anos, negro, pobre que vi pequeno, que peguei no colo, estava lá estirado no chão, eu me emocionei muito com aquela triste cena (Rachel, 32 anos).

Ao trazer o fragmento da fala acima, sinto-me incapaz de transcrever a emoção de Rachel ao narrar o evento. Respira aliviada ao ter oportunidade de jogar seu corpo no chão e, ainda nervosa, arrastar-se até o portão da casa mais próxima e constatar que sobrevivera aquela situação de morte eminente, e, logo depois, ao ver aquele outro corpo estirado no chão, é a constatação da morte de um menino que não é anônimo, não é apenas um corpo estirado no chão, é um menino que colocara no colo quando criança, é conhecido, tem vínculo afetivo. A frase “me emocionei muito com aquela cena”, não expressa o significado da emoção daquela mulher, onde para mim estava claro os sinais que seu corpo demonstrava ao recordar. Ao ouvi-la, fui imaginado aquele cenário, e, construindo no meu imaginário cena por cena, incorporei aquela emoção não sendo possível esconder os sinais do meu próprio reagindo à tamanha emoção. Por muitas vezes, tive necessidade de sair de campo antes do programado, pois as cenas, os relatos, as emoções fortes não permitiam continuar trabalhando, sentia a necessidade de me recompor em outro lugar. Assim, por muitas vezes escrevia em meu diário de campo as reflexões do que

seria para aqueles trabalhadores e trabalhadoras o cotidiano de trabalho sobre estas circunstâncias.

Na continuação da entrevista com Raquel ela refere uma situação delicada que envolve questões éticas importantes das informações a que tem acesso. Narra abaixo o ocorrido com um promotor de justiça.

Um dia, um promotor de justiça foi até a minha casa pedir informações sobre um traficante, e tive que ser enfática me negando a fornecer informações; expliquei a ele que as informações sobre os pacientes são de uso exclusivo da Unidade de Saúde, e que não poderia dar informações nenhuma, e ele me ameaçou dizendo que eu poderia ser presa por omitir dados, ele não me agrediu fisicamente, mas me deixou muito aflita e com medo, mesmo assim, disse a ele que não sabia de nada (Rachel, 32 anos).

Diante do exposto, percebi na fala do ACS que o Agente Comunitário de Saúde enfrenta dilemas éticos no que se refere ao sigilo das informações, quando, por exemplo, presencia atividades ilícitas relacionadas à violência e ao narcotráfico que põem em risco a sua atividade profissional. Assim, os ACS passam a ser portadores de segredos que podem resultar em risco à própria vida tanto nos espaços públicos quanto nos espaços privados.

Nesse sentido, durante uma visita domiciliar no Distrito B, o qual apresenta índices elevados de violência, pude constatar tal fato descrito pelos ACS como “sinal de alerta”, visto que, diante de um assassinato de um homem na rua em plena luz do dia, houve um esvaziamento total da rua; os moradores se recolheram nas suas casas com as crianças, fechando portas e janelas e ninguém, mais comentava o ocorrido.

A vitimização pode ser observada, também, nos espaços privados. Tema que será analisado a seguir, que se propõe a discutir a vitimização do ACS nos espaços privados. Como me referir anteriormente, neste trabalho considere as vitimizações nos espaços privados aquelas que acometem os ACS dentro das casas dos moradores.

6.2 VITIMIZAÇÃO NOS ESPAÇOS PRIVADOS

Aqui, recorro a Roberto DaMatta para pensar os distintos contextos “casa” e “rua”, e perceber que os cerimoniais são diferentes em cada um deles: o esperado é que a “casa” seja um espaço de calma, tranqüilidade, repouso e hospitalidade, que seja protegido com honra, com o cuidado dos bens e de seus membros. Não se trata apenas de lugar físico e sim moral. Na “casa” temos tudo, somos alguém reconhecido, temos respeito, temos um mundo à parte. Enquanto que a “rua” é um lugar de movimento, lazer, luta, competição, individualidade, e da malandragem (DAMATTA, 1997b).

Para descrever o espaço da “casa” e da “rua”, o autor acima citado, ainda salienta:

[...] Se a casa distingue-se como espaço de calma, repouso, recuperação e hostilidade, enfim, de tudo aquilo que define idéia de amor carinho e calor humano, a rua é um espaço definido precisamente ao inverso. Terra que pertence ao governo ou ao povo e que está sempre repleta de fluidez e movimento. A rua é um local perigoso (DAMATTA, 1997b, p. 40).

Assim, em casa somos gente, nossa gente. Na rua somos povo, massa, e passamos por indivíduos anônimos. Entretanto, do mesmo modo que a rua tem espaços de moradia, a casa também tem espaços arruados (varandas, cozinhas, sala de visitas) (DAMATTA, 1997b).

Entendendo que a violência extrapola o contexto laboral, ressaltamos aqui a influência das relações de gênero em alguns tipos de violência mais presentes no cotidiano feminino, assumindo uma dimensão social, tornando-se uma questão relevante para investigação no campo da saúde pública.

Sendo assim, o estudo aqui apresentado considera que o conceito de gênero traz um aporte teórico diferenciado sobre a violência no contexto laboral do ACS que, ao enfatizar os aspectos relacionais e culturais da construção social do masculino e feminino, amplia a compreensão desse fenômeno para além dos limites da violência no trabalho, situando-o no plano das relações sociais.

Diante da convivência cotidiana com as várias modalidades de violência, os ACS foram unânimes em expressar o sentimento de insegurança e medo ao entrar na casa do morador pela primeira vez:

Um dia entrei em uma casa que moram quatro mulheres, de repente saiu um homem lá de dentro me olhando dos pés à cabeça, me encarando com o trabuco na mão e perguntou de forma bem irônica: você veio me visitar foi linda? Eu fiquei muito nervosa e falei: eu sou agente de saúde. Uma das moradoras falou: rapaz deixa a menina quieta ela veio fazer o cartão do posto (Tereza, 39 anos).

Eu fui fazer o cadastro de um morador, mas quando eu bati na porta ele estava acordando (a esposa já tinha ido trabalhar), ele me recebeu de cueca branca e transparente; eu fiquei esperando ele ir se vestir, ele estava tentando me assediar com uma forma irônica de falar (não se importava de estar de cueca na minha frente), ele queria me deixar sem graça, e me perguntou: você não vai me entrevistar ? e eu toda sem graça comecei a entrevistar ele, de repente ele tirou o pênis e começou a se masturbar na minha frente, eu levantei super nervosa e sair de lá voando (Anita, 32 anos).

“Sair voando” é a forma de sair daquela situação e do risco de maior agressão. Assim, como Anita, outras mulheres relatam tentativas nesta direção. Nesta perspectiva, concordamos que homens e mulheres são afetados de forma diferenciada pela violência e que a mulher está mais ou menos exposta a certas modalidades de violência, como por exemplo, o assédio sexual, a depender do local em que se encontra e do horário, como sinaliza Goffman (2010, p.117)

Em lugares públicos da nossa sociedade, aquilo que é transmitido por estar dentro ou fora de encontros difere consideravelmente de acordo com o sexo e os períodos da semana. A manhã e a hora do almoço são horas em que qualquer um pode aparecer sozinho em qualquer lugar sem que isto denuncie como a pessoa está se saindo no mundo social; entretanto, o jantar e outras atividades noturnas transmitem informação desfavorável sobre participantes desacompanhados, especialmente prejudicial no caso de mulheres.

Percebi, entretanto, nos depoimentos dos sujeitos, que tanto os ACS do sexo masculino como feminino se sentem extremamente vulneráveis à vitimização. Entretanto, embora a vulnerabilidade à violência seja um fato presente no cotidiano de inúmeras categorias profissionais, estudos mostram que tal fato é exacerbado em especial naquelas profissões majoritariamente femininas, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme mostram os relatos abaixo:

Todos nós estamos expostos ao risco, mas sinceramente eu acho que para mulher é pior. Porque mulher tem aquela história de sexo frágil, né (risos)? Ah! o homem é mais vivo para essas situações, a gente sabe se defender melhor, a mulher não. Uma mulher numa situação de risco começa a tremer e a chorar e acaba não sabendo se defender, a gente [homem] corre mais (risos)... Minha namorada mesmo está pensando em ser ACS, eu já disse para ela que isso não é trabalho de mulher, imagine ela entrando numa casa cheia de marginais, o que podem fazer com ela, né? Eu escuto minhas colegas contar que levam cantadas dos caras, que quando estão só na casa eles tentam fechar porta da casa com ela dentro, não é trabalho para mulher não (Matheus, 25 anos).

Sem dúvida, para mulher é sempre mais arriscado, pois a mulher sempre é vista como alvo dos bandidos. Tem determinadas áreas que a coordenadora mesmo fala, essa não é área para as ACS mulher atuar, pois é muito perigosa, os homens tem mais jeito para lidar com essas questões (Joana, 28 anos).

Matheus, jovem de 25 anos que trabalha na área há 4 anos, julga o trabalho de ACS impróprio para mulheres, ao ponto de desaconselhar sua namorada a exercê-lo, Joana por sua vez, não duvida da maior vulnerabilidade para as mulheres em trabalhar em condições como as relatadas por inúmeras colegas de trabalho. Nestes relatos, percebi o que Lee (2006) demonstrou em seu estudo realizado com enfermeiras: dentre os tipos de violência no âmbito do trabalho, os que mais acometem essa categoria profissional são física, 40%; violência verbal, 29%; e a violência sexual, 24%, nas quais os maiores agressores são os próprios pacientes e seus familiares, seguido por colegas de trabalho.

De fato, a vulnerabilidade feminina é certamente influenciada pelas relações sociais entre o homem e a mulher, pela dinâmica de poder que permeia estas relações e pelo imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero. Assim, o poder permeia as relações violentas nas quais os homens, na maioria das vezes, impõem sua supremacia e força sobre as mulheres. As desigualdades de gênero são importantes propagadoras da violência no trabalho.

Contudo, vale salientar que perceber a violência contra a mulher não é apenas colocar o homem como violento e culpado por sua ação e a mulher como submissa e vítima; a violência é apreendida na sociedade e se estabelece nas relações assimétricas de poder. Chauí (1991), em contrapartida, afirma que a violência é uma expressão determinada das relações de força, entendendo-se a força como a ausência de poder, e presença do desejo de mando e de opressão.

Existe um “trânsito” entre os espaços de convivência que pode ser percorrido tanto por homens quanto por mulheres, ou seja, o mesmo sujeito que em determinado momento pode estar em situação de violência em outro pode ser o algoz. É este caráter relativo que ocasiona incertezas às explicações da opressão. É o que se constata nos relatos a seguir:

Acho que a ACS mulher fica muito exposta a assédio sexual. Imagine que fui visitar a casa de um paciente que é diabético, fiquei horrorizada com tantas fotos de mulheres nuas coladas na parede, a sorte é que eu não estava sozinha, não dá para fazer uma visita em um local como esse sozinha, pois vai que ele faça alguma coisa comigo, eu fiquei constrangida quando fui à

casa dele, na hora que eu cheguei ele botou uma boneca na cama nua com as pernas abertas pra cima; quando eu passava, ele estava andando de cueca com a porta aberta, eu coloquei no livro de ocorrência e comuniquei à Enfermeira. Além desse caso, já ouvi piadinhas de homens que moram na área de todos os tipos, tenho medo, ando o mais simples possível, não ponho roupas justas que mostrem o meu corpo pra não chamar a atenção, já que tenho os quadris largos (Cristina, 47 anos).

Acho que o ACS do sexo masculino está bem mais exposto a situações de violência, pois o homem representa uma ameaça para eles [os traficantes], já a mulher não, eles acham que as mulheres não vão ter coragem de denunciá-los. É muito complicado porque nem sempre o homem é bem visto, às vezes a gente acompanha estudantes de faculdade e profissionais na área para fazer algum trabalho e precisa tirar fotos; quando são pessoas que eles não conhecem, eles pensam que nós [os homens] estamos levando pessoas para fazer o mapeamento dos locais do tráfico para denunciar à polícia (Paulo, 30 anos).

Expõe mais o homem, acho que eles [os traficantes] têm mais preconceito com os homens, é tanto que quando a área está perigosa eu não chamo meus colegas para ir comigo, prefiro ir só (Benedita, 26 anos).

Aqui vale enfatizar que episódios como esse não são protagonizados apenas por homens acometendo as ACS's mulheres, mas também por mulheres lésbicas e homossexuais acometendo os ACS's de ambos os sexos, como acentua Romeu (31 anos):

Em relação ao assédio eu fui agarrado na tora, entrei em uma casa para fazer uma visita que morava só uma mulher, eu estava sentado fazendo as perguntas de repente ela sentou perto de mim e começou a me agarrar dizendo que estava louca por mim há muito tempo, levantei e fui saindo e ela me insultando, perguntando se eu não era homem? Se eu costumava correr de mulher, depois de algum tempo, encontrei ela na Unidade e ela falou vai lá em casa pra gente conversar melhor (Romeu, 31 anos).

Eu já fui assediada por uma mulher, tomei um susto quando percebi que ela era lésbica. Ela mora com duas amigas, quando elas estão juntas ela se comporta bem, mas quando ela está só ela só me recebe apenas de lingerie e fica se insinuando, foi uma situação muito constrangedora (Catarina, 28 anos).

Pois é, aconteceu comigo, eu estava trabalhando em uma área onde uma mulher separada, indiretamente me dava uns toques, me questionava se eu era casado, se tinha namorada, o que fazia quando saía dali? E um dia ela me falou diretamente, que estava querendo ficar comigo, já levei muitas cantadas também de homossexuais (Paulo, 30 anos).

[...] e por outro lado tem também as cantadas que a gente [os homens] também recebe, é uma situação muito constrangedora... A mulher deu em cima de mim, eu desconversei e saí, a partir daquele dia eu evitava sempre ir sozinho nessa casa, sempre quando ia lá levava uma colega do sexo feminino, para evitar que ela depois dissesse que eu dei em cima, tentei agarrar ela, então sempre procurava estar com uma pessoa ao lado para poder ser testemunha. Foi uma situação muito constrangedora (Mario, 32 anos).

Referindo-se a assédio moral, também conhecido, entre nós, como terror psicológico ou violência psíquica, constitui-se em um fenômeno social, a despeito das

diferenças culturais, a rigor refere-se aos atentados contra a dignidade humana, ocorridos de forma intermitente, que podem manifestar-se na família, na escola ou no trabalho. Na compreensão do assédio moral no trabalho, Hirigoyen (2003, p. 65) salienta que

Por assédio em local de trabalho temos que entender toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho.

Segundo Hirigoyen (2002), a escolha do termo “assédio moral” implicou em uma tomada de posição, tendo em vista a impossibilidade de estudar esse fenômeno sem levar em conta a ética. Assim, enquanto “assédio” denota a qualificação psicológica, o termo “moral” trata efetivamente do bem e do mal, do que é considerado aceitável ou inaceitável na nossa sociedade. Nesse sentido, o conceito de assédio moral, no que se refere à vítima, remete ao desprezo, ao maltrato, à humilhação; e, no que se refere ao agressor, remete à intencionalidade de fazer mal a alguém.

De acordo com a abordagem de Hirigoyen (2003), o assédio moral nasce como algo inofensivo e propaga-se de forma silenciosa. Em primeiro momento, os dois protagonistas adotam uma atitude de “evitação de conflito”: o agressor ataca com pequenos toques indiretos, uma mentira, uma afronta sutil, sem provocar abertamente o conflito. A vítima submete-se, preferindo não se mostrar ofendida e procura tentar um acordo a arriscar o conflito. Esses ataques, porém, vão se multiplicando e a pessoa é acuada, posta em situações de inferioridade, submetida a manobras hostis e degradantes de forma recorrente, por períodos cada vez maiores, o que pode chegar à violência manifesta.

No ambiente de trabalho, as pessoas mais visadas para se tornarem vítimas de assédio são aquelas que apresentam certa capacidade de resistir à autoridade: os indivíduos acima dos cinquenta anos, julgados menos produtivos e adaptáveis a novas formas de trabalho, tornam-se vítimas fáceis ou mesmo porque temem o desemprego. As mulheres são também freqüentemente assediadas e de forma diferentes dos homens: as ações contra elas têm uma conotação machista e sexista e invariavelmente evoluem para o assédio sexual (HIRIGOYEN, 2003).

Em vista das questões que foram tratadas acima, trago o relato de Aracy (36 anos) que, ao realizar uma visita domiciliar, chegou à casa de um morador e o chamou do lado de fora da porta, porém ninguém atendeu. O som estava ligado com volume muito alto, e ela insistiu. Uma voz masculina de dentro mandou-a entrar, e ao fazer isso, deparou-se com três homens sentados, fumando e com olhares insinuosos. Um deles pediu “que a ACS se aproximasse, pois naquele dia iria responder tudo que ela necessitasse”. Ela imediatamente foi embora, apavorada, e não voltou ao domicílio.

Foi salientado por algumas ACS que situações deste tipo já foram comunicadas à coordenação da Unidade; embora, nenhuma providência legal tenha ocorrido, ao contrário, às vezes o(a) ACS passa a ser culpabilizado(a) pela violência sofrida, caracterizando-se como uma vitimização secundária direta, praticadas por superiores hierárquicos e por outros colegas ACS

Passei por uma situação muito difícil, um morador me assediou durante uma visita, retornei para unidade e relatei o caso para a minha coordenadora, ela simplesmente teve a audácia de me perguntar por que eu fui para área com uma calça jeans tão apertada? Só faltou dizer que eu pedir para ser assediada, fiquei indignada com a situação e é por isso que hoje eu não comunico mais nada (Lara, 26 anos).

Imagine que depois que denunciei a mãe que espancava as filhas menores, e que comecei a ser perseguida pelos pais dessa criança, alguns colegas ACS foram totalmente contra a mim e me culpabilizaram pela situação, fiquei muito indignada com eles (Fátima, 36 anos).

Nesse sentido, o assédio moral possui ligação direta com as relações hierárquicas de poder em que há o autoritarismo. São práticas que se realizam, se concretizam no local de trabalho, e que individualizam, quando na verdade isso é resultante de condições outras de trabalho.

Através dos depoimentos dos ACS foi possível perceber que as relações de gênero e classe se intensificavam quando havia uma relação hierárquica institucional presente, caracterizando, assim, como um tipo de vitimização primária direta praticada por superiores hierárquicos:

O mês passado discuti com minha coordenadora, pois ela queria que eu fizesse um trabalho burocrático que não é da minha responsabilidade, elas gostam de desviar a gente de função quando é conveniente para elas, falei para ela que não iria fazer, que não era minha atribuição e ela simplesmente me expôs na reunião na frente

de todos os meus colegas dizendo: eu não tenho culpa se você não estudou minha filha, tem que fazer o que manda. Elas querem nos humilhar só porque somos negras, pobres e não temos nível superior (Paloma, 23 anos).

Essa postura de discriminação e repressão totalmente oposta à esperada dos superiores hierárquicos mostra-se contraditória às recomendações do Ministério da Saúde, o qual determina que uma Equipe de Saúde da Família deve buscar a construção de um trabalho conjunto, em benefício da população.

Nessa perspectiva, Zaluar (1985), ao estudar o modo de vida das classes populares no Rio de Janeiro, chega à conclusão de que a relação entre trabalhador e patrão é permeada pelos conflitos engendrados entre capital e trabalho, fazendo emergir a condição do trabalhador dependente e subalterno frente ao patrão. A autora ainda ressalta que muitas vezes o trabalhador descreve tal situação com palavras que designam a humilhação e o sofrimento vivido no mundo do trabalho. Chama a atenção sobre o autoritarismo nas relações de trabalho, que faz emergir as violências no trabalho.

A todo o momento eles [os profissionais do PSF] nos colocam como se fossemos o chão do PSF e isso é o que mais nos revolta, as coordenadoras chamam a gente para reclamar em qualquer lugar, é uma postura antiética, e sempre foi assim, elas esquecem que se não fosse o ACS o PSF não existia (Simone, 38 anos).

Quando tem algum evento na Unidade e nós ACS aparecemos bem vestidos, nós somos olhadas dos pés a cabeça pelos outros profissionais da unidade, eles acham que a gente não pode andar arrumada, isso é um tipo de discriminação porque somos pobres (Jacqueline, 22 anos).

Neste sentido, Costa Neto (2000) enfatiza que é preciso que haja um respeito profissional entre os membros e a conscientização de que a formação de cada profissional não é inferior a nenhuma outra formação.

O enfoque da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1992) mostra que as vivências de sofrimento e de prazer estão associadas, fortemente, às relações socioprofissionais. Quando o ambiente de trabalho é bom, mesmo que as tarefas sejam difíceis e desafiantes, os estímulos positivos funcionam como fatores de êxito. Mas, quando o clima relacional é ruim, ocorre o que Dejours denomina “pressão para trabalhar mal”. Aqui tomo a experiência de Rita e Maria para melhor contextualizar:

Então a falta de respeito e de caráter do nível superior é demais, a forma como eles vêm chamar nossa atenção, não tem postura. Pelo fato da gente

não ter o nível superior, nós ACS somos esmagados, somos discriminados (Maria, 43 anos).

Se a senhora fizer essa pesquisa em todos os PSFS de Salvador vai ver que nenhum ACS está satisfeito com as condições de trabalho, somos desvalorizados pelos demais profissionais do PSF, a Bahia é o Estado que está pagando o pior salário para o ACS no Brasil, se ainda fosse um dinheiro pouco mais fossemos respeitados, mas nem isso. Se alguém disser que está satisfeito com a profissão de ACS é mentira, eu me retiro de qualquer lugar onde tenha gestores falando que o ACS é a base do PSF, porque sem o ACS o programa não existe, é tudo hipocrisia, estou totalmente desacreditada deste programa (Rita, 29 anos).

Neste sentido, Oliveira e D'Oliveira (2008) afirmam que a violência simbólica é um tipo de violência onde os trabalhadores são tratados como pessoas de “segunda categoria”, seja pela cor da pele, baixa escolaridade, falta de qualificação profissional, ou mesmo por estigma associado à determinada categoria profissional e segundo os autores é um tipo de violência muito comum no ambiente de trabalho.

É possível perceber também através do relato de alguns ACS que a própria comunidade, por não compreender o verdadeiro papel do ACS, rebela-se contra ele tornando-o vítima de retaliações, o que se caracteriza como uma vitimização primária praticada por moradores.

Fui fazer uma visita a uma moradora que sempre mandava dizer que não estava e não permitia minha entrada, era uma pessoa bem difícil, neste dia quando chamei no portão recebi um balde de água vindo da casa de cima, saí indignada com a atitude dela voltei para Unidade e deixei claro que essa casa não mais visitaria (Aracy, 36 anos).

A insistência de Aracy em cumprir com suas obrigações profissionais de visitar uma família em que, ao que parece, já demonstrava por inúmeras vezes não aceitar o trabalho do ACS através de sinalizações de recusa ao ‘mandar dizer’ que não estava em casa, culmina com a cena de ser recebida, neste dia, com um balde de água na cabeça. No cotidiano do bairro, ‘jogar água’ quer dizer a expressão máxima de ‘não te quero aqui’. Joga-se água no cachorro na época do cio que perturba o silêncio na rua. Comparada a um animal mal tratado, Aracy agora consegue um argumento forte para não mais visitar aquela casa. Tal cena revela esta complexa rede vivida pelos ACS no seu cotidiano de trabalho. Ser ou não aceito, envolve uma complexidade de atos, que vão além de um simples ‘sim’ ou ‘não’. Para tanto, reportando-se à realização do Grupo Focal, um fato que nos chamou a atenção foram algumas respostas dos ACS, quando questionados sobre o que era violência no trabalho, os ACS do primeiro grupo reportaram-se à desvalorização sofrida devido à

posição hierárquica por parte dos profissionais de nível superior, enquanto que o segundo grupo se restringiu à violência perpetrada contra eles por parte da comunidade, citaram que alguns moradores fecham as portas e fingem não estar em casa para não atendê-los, enquanto outros invadem suas casas sem sequer pedir licença.

Assim como os auxiliares de segurança no carnaval, os ACS, apesar da diversidade quanto ao tipo e a natureza da violência que são acometidos no âmbito laboral, só conseguem identificar aquelas agressões que provocam uma incapacitação para o trabalho (MAIA, 2008).

Uma das ACS enfatiza:

Estava dormindo, era mais ou menos meia noite quando bateram na minha porta me chamando pelo nome, pedindo que eu abrisse logo; quando abri eram dois traficantes do bairro, me falaram que eu tinha que ir à casa de um deles que tinha sido baleado para aplicar benzetacil e fazer curativos, já que ele não poderia ir até o hospital para não correr o risco de ser preso. Infelizmente esse é um fato corriqueiro aqui, não tive alternativa, tive que ir mesmo com muito medo, pois se eu me negasse não sei o que eles fariam comigo, pois os bandidos antigos nos respeitam, mas os mais novos não consideram (Tarsila, 46 anos).

Paradoxalmente, os ACS expressam sentir-se respeitados pelos bandidos mais antigos, que já os conhece desde criança e que cresceram juntos, quanto aos mais novos referem que esses não possuem qualquer consideração.

Diante de tais narrativas e da observação participante, foi possível perceber que os ACS como profissionais de saúde podem conseguir o 'respeito' dos moradores, mas como cidadãos que residem no local que trabalham estão sujeitos a conflitos e exposições, pois, se algo acontece com algum morador, por exemplo, delações de membros da comunidade para a polícia, podem tornar-se alvo de suspeita e suas famílias passam a correr perigo.

6.2.1 A Violência doméstica e seus impactos no trabalho dos ACS

A confiança e a intimidade que pode ser estabelecida entre os ACS e os moradores permitem compartilhar temas como o medo, as doenças, a violência do bairro, as privações. Um fato que também me chamou a atenção foi à frequência com

que os ACS relataram presenciar casos de violência doméstica bem como a quantidade de vezes que são requisitados para intervir nesses conflitos familiares, aflorando o sentimento de indignação e impotência diante desta problemática; afirmam ainda que as mulheres vítimas dos maridos “escondem mais do que falam”, e as mães muitas vezes escondem os filhos para os ACS não perceberem as marcas da violência intrafamiliar.

Ah! São vários problemas, um muito comum é a violência doméstica, você chega na casa e encontra uma mulher toda espancada, é algo que nos causa grande indignação e impotência. Faço de conta que não estou vendo nada, faço o cadastramento, dou as orientações cabíveis e vou embora, você não tem o que fazer nesses casos, a única coisa que fazemos é contar para a supervisora quando chega à Unidade e aí fica a critério dela passar para instâncias maiores ou não. Nesses casos, geralmente ela não passa, pois eles também não tem resolutividade para dar (Fernando, 32 anos).

Tem pessoas que vem nos chamar em casa de madrugada pedindo para ligar para a Delegacia da Mulher por ter alguma vizinha apanhando do marido (Eva, 24 anos).

Assim, a violência doméstica é um problema que, além de atingir os lares, acaba envolvendo os ACS. Estes, por terem, por vezes, uma relação muito próxima com as famílias, através das visitas domiciliares que realizam, presenciam ou tomam conhecimento da violência experienciada por mulheres, crianças e idosos, através de relatos destas ou de vizinhos, colocando-os em situação constrangedora e de difícil administração.

Logo, a violência doméstica acaba interferindo no trabalho do ACS, principalmente porque ele não tem como intervir, haja vista que continuará trabalhando com essa família e terá que retornar à mesma casa para dar continuidade às suas atividades; além disso, geralmente residem no mesmo bairro, pré-requisito para o exercício da função de ACS, e possuem uma relação de amizade com as famílias com as quais trabalham.

Neste sentido, ao falarem sobre os dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, Fontoura e outros (2004, p. 76) concluem que “os dilemas vivenciados no seu cotidiano de trabalho ultrapassam, extrapolam, sua formação profissional, por estarem inseridos em um macrocontexto de problemas que constituem a realidade vivida pela sociedade brasileira”.

Outro problema também vivenciado por esses profissionais é a falta de preparo para enfrentar essas situações. Na formação do ACS não existe capacitação

específica que o oriente sobre qual deve ser sua conduta em caso de violência doméstica, tendo o mesmo que agir segundo seu discernimento, ética profissional e a experiência adquirida no seu dia-a-dia, o que fazer diante desse problema? Calar-se frente à situação? Intervir tentando ajudar o casal? Ou notificar o problema às autoridades competentes para que tomem as devidas providências? O fato é que qualquer atitude tomada pelo ACS irá requerer dele um envolvimento para o qual muitos não estão preparados e também irá trazer conseqüências para o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Quando questionado aos ACS acerca dos sentimentos diante das situações de violência enfrentadas no seu cotidiano de trabalho, alguns trouxeram nas suas falas sentimentos como angústia, medo, indignação e injustiça.

Trabalhar com esse sentimento de medo no que faz, fala ou observa é muito angustiante (Margareth, 40 anos).

Sinto-me injustiçado em muitas situações, uma delas é quando sou culpabilizado por coisas que ultrapassam a minha competência (Fernando, 32 anos).

Portanto, o ACS necessita no cotidiano de trabalho de ferramentas que superem não só o conhecimento pautado no modelo biomédico vinculado à doença, mas também que o habilite para atuar no âmbito social de cada família e no campo das necessidades de saúde dos usuários como agente transformador.

As distintas formas de violência e vitimização vivenciadas pelos ACS no exercício de suas funções laborais podem ter repercussões importantes na saúde deste profissional que tem como função maior, contribuir com a saúde das pessoas. Aqui impõe uma pergunta: “quem cuida do cuidador?”. Longe de conseguir respostas para esta e outras questões, que envolve a complexidade deste tema, intentamos no próximo item refletir sobre os possíveis impactos das atuais condições de trabalho para a saúde destes profissionais.

7 O IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO SOBRE A SAÚDE DOS ACS

Neste capítulo abordaremos sobre o impacto das condições de trabalho sobre a saúde dos ACS; os conflitos e as agressões que a princípio parecem partes integrantes do trabalho desses trabalhadores acarretam outro problema: o adoecimento decorrente da dimensão organizacional do trabalho.

As relações de causalidade do processo de adoecimento, ainda que se considerem as causalidades múltiplas, sempre foram discutidas insuficientemente dentre das abordagens científicas. O paradigma da multicausalidade nos lembra que fatores estruturais dos sujeitos, associados a impactos contínuos na vida cotidiana, formam um caleidoscópio próprio para cada indivíduo. Essas experiências podem ser um fator de agravo ou desencadeador do processo de adoecimento, seja ele considerado uma doença psicossomática, um distúrbio psicossocial ou mesmo um transtorno psíquico.

Assim, percebi que os ACS expressam fragilidade diante das condições de trabalho em um contexto nos quais os vários tipos de violência estão presentes. Acredito que a constante tensão emocional no trabalho diário é causa de desmotivação, exposição freqüente ao risco de cometer erros e adoecimento do profissional.

Englobando a perspectiva da saúde, Lee (2006) explica que as conseqüências da violência no âmbito do trabalho dos profissionais de saúde trazem repercussões que vão além do físico, pois chega a atingir os pacientes e seus cuidadores, com uma variação entre ansiedade, insônia, estresse pós-traumático até problemas familiares.

Nessa perspectiva, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, devido à característica de suas funções e diante de todas as dificuldades expostas, vem imbuído, muitas vezes, de desgastes emocionais, físicos e/ou psicológicos que podem se expressar através da fadiga muscular e mental, fatores determinantes para o estresse. Assim, Seligmann-Silva (1992) acrescenta que a fadiga é comum em atividades que exigem uma concentração da ação por longo tempo, e pode provocar, além de perturbações do sono e distúrbios psicológicos diversos, falha de

desempenho e queda nos níveis de atenção, constituindo-se, assim, fator relevante no desencadeamento de acidentes.

Com o intuito de exemplificar os impactos da violência sobre a saúde, me reporto à Molina e Gomes (2002), os quais citam os delitos do trânsito que se caracterizam como um dos processos de vitimização mais estudado na atualidade, conforme esses autores, o sujeito que é vítima desse tipo de delito passa por três fases de sintomas. Na primeira fase, considerada como de curta duração, a vítima apresenta alteração de comportamento, como agressividade, apatia, pânico e confusão mental.

Na segunda fase, que pode durar algumas semanas, se desenvolvem os transtornos mentais como depressão e ansiedade, bem como comportamentos socialmente não adaptativos. O sujeito revive a experiência de vitimização e pode apresentar sintomas como fadiga, dores, fragilidade emocional, irritabilidade, distúrbio do sono, hipervigilância e problemas digestivos.

Na terceira e última fase, à qual se caracteriza por reações a longo prazo, inclui transtornos mentais não orgânicos e, em menor escala, os orgânicos:

Desde o dia que presenciei este assassinato que minha pressão ficou alta [...]. Tenho medo de falar, quando me perguntam a respeito eu digo que não sei de nada, tenho medo de andar sozinho na área, quando estou distraída que alguém fala alto ou toca em mim eu já me assusto (Luíza, 28 anos).

Desde o dia que presenciei o assassinato do menino de 15 anos pela polícia de forma nua e crua que sinto insônia, medo, insegurança, cefaléia. Tem um ano que eu não sei o que é dormir direito, além de já ter apresentado pico hipertensivo por duas vezes (Lúcia, 32 anos).

Logo após o tiroteio que presenciei na minha área eu não consegui fazer mais nada, fui para a Unidade, para relatar o caso no livro de registro e não conseguia nem ordenar meu pensamento, deu um branco (Eva, 24 anos).

Queixas freqüentes de problemas de saúde relacionados com as condições de trabalho dos ACS como, por exemplo, distúrbios do sono, foram algo mencionado pela maioria dos ACS nos seus depoimentos. Segundo Soares, Miranda e Borges (2006), os padrões de sono das vítimas secundárias podem ficar profundamente alterados. Embora possamos isolar os sintomas – dificuldade de dormir, acordar e não conseguir voltar a dormir, e pesadelos – eles raramente aparecem sozinhos, tendem a formar síndromes. Além disso, os problemas com o sono acompanham outros sintomas, dependendo do trauma e da pessoa.

Alguns ACS trouxeram nos seus relatos exemplos de envolvimento em situações de conflito causando impacto na qualidade de suas vidas e de seu trabalho:

A mulher queria que eu fornecesse a ela o endereço de uma mulher que é amante do marido, fiquei muito nervosa com a situação; meu coração palpitou e até minha pressão subiu, mas não forneci pois faz parte da ética do trabalho (Diana, 29 anos).

Através do relato e da observação participante foi possível perceber também que a ética do sigilo é uma fonte de grande sofrimento para o ACS, uma vez que faz parte do seu trabalho conhecer profundamente as famílias, mas ao fazê-lo, são colocados freqüentemente em uma encruzilhada entre não falar – e essas pessoas continuarem a sofrer os maus tratos – ou falar para protegê-las, quebrando, com isso, o trato de confidencialidade e se expondo a riscos.

As situações de violência vivenciadas pelos ACS têm se configurado de várias formas: agressão verbal, psicológica e física, ainda que em menores proporções, e institucionais, dentre outras. A desmotivação para o trabalho tem sido associada às diversas situações de violência que se repetem cotidianamente, sem nenhuma perspectiva de mudança com a participação do trabalhador.

Teve uma visita que quando eu toquei a campainha a moradora soltou um cachorro da raça Pastor Alemão, que por pouco não mordeu meu braço, mas na hora de correr, no susto, tomei uma queda e ralei todo meu braço (Luíza, 28 anos).

Tanto as agressões físicas quanto as não físicas são aspectos que agem negativamente na saúde dos trabalhadores, sendo causa de tristeza, raiva, desapontamento, medo e perda da satisfação com o trabalho, podendo causar prejuízo para a instituição empregadora, ao passo que ter sofrido violência aumenta a indisposição para o trabalho e o absenteísmo. Trabalhadores vítimas de agressão evitam o contato com o paciente, prejudicando, assim, a qualidade da assistência, além de fomentar a queda de produtividade, com prejuízos para a instituição (CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M., 2004).

Nessa perspectiva, Morin e outros (2000) apontam que as perturbações transitórias decorrentes do estresse, da fadiga e da sobrecarga emocional, podem levar as muitas outras conseqüências, entre elas, a síndrome do stress pós-traumático.

Essas conseqüências podem ser corroboradas nas falas que se seguem:

Quando eu chego à minha casa à noite, fico pensando nos problemas da área, não consigo me desligar de jeito nenhum, tomo remédio para dormir e não consigo dormir, tomo antidepressivo diariamente (Flávia, 43 anos).

Desde quando escorreguei na área durante uma visita sinto fortes dores nas articulações, inclusive eu não estava conseguindo nem agachar, os pés incham; eu tenho dificuldade para andar, além disso, tenho gastrite e enxaqueca, às vezes eu estou sentindo dor, mas tenho que fazer as visitas (Regina, 39 anos).

Percebi através dos relatos que embora esses interlocutores estejam desenvolvendo suas atividades, ainda exibem comportamento que produz a experiência traumatizante, evidenciando sinais sugestivos de Estresse Pós-Traumático.

Outro aspecto evidenciado por alguns ACS como causador de problemas sobre sua saúde e seu trabalho seria, algumas vezes, a falta de apoio entre os colegas ACS e os demais membros da equipe do PSF, levando a situação de estresse e desentendimento entre o grupo, caracterizando-se como vitimização secundária direta praticada pelos superiores hierárquicos e por outros ACS

Imagine que depois que denunciei a mãe que espancava as filhas menores, e que comecei a ser perseguida pelos pais dessa criança, fui até ameaçada de morte, alguns colegas ACS foram totalmente contra a minha postura e me culpabilizavam pela situação, uma colega ACS teve a audácia de falar que eu merecia está passando por aquilo, pois quem mandou falar demais... fiquei tão indignada com esse comentário dela que fiquei doente, não conseguia dormir direito (Fátima, 36 anos).

Nesse sentido, Lee (2006) argumenta que a falta de apoio dos colegas e dos superiores hierárquicos também é relatado em outras categorias profissionais como um dos fatores que gera impacto negativo sobre a saúde do trabalhador.

O trabalhar dos ACS é, sobretudo, tecer relações de confiança que permitam construir um ponto de vista mais amplo voltado para a promoção. Construir uma relação de confiança com as pessoas impede também que haja um reconhecimento mais amplo do seu trabalho, uma vez que a confiança requer silêncio, ser discreto, ser invisível (UCHIDA *et al.*, 2007).

Logo, os ACS's precisam desenvolver mecanismos de defesa que lhes permitam conviver com o sofrimento das pessoas, com a violência e com a injustiça, e que os proteja do risco que vivenciam. No entanto, Uchida e outros (2007) receiam que esses mesmos mecanismos lhes causem certa frieza.

É importante ressaltar que no processo de investigação de relação causal entre doença e trabalho, os fatores de risco estão presentes nos locais de trabalho e não devem ser compreendidos de forma isolada e estanque. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) aponta que as doenças do trabalho representam um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores e que são causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. O fato de manifestar-se de forma lenta e insidiosa dificulta o estabelecimento entre doença e trabalho.

8 AS DEFESAS UTILIZADAS PELOS ACS NO ENFRENTAMENTO DA VITIMIZAÇÃO

A constatação que a vitimização repetitiva não é aleatória, tem direcionado os debates para fatores e condições de risco. Pois a análise das condições em que os roubos ocorrem pode subsidiar defesas mais eficazes do que medidas isoladas de proteção, uma vez que ao perceber as dificuldades em um alvo primário, os infratores tendem a deslocar a atividade delituosa. Ou seja, em vez de ser evitado o crime é deslocado quando as oportunidades não são eliminadas, de modo que os índices de criminalidade global não são reduzidos.

A análise do crime a partir das circunstâncias em que ocorrem é o pressuposto central da Teoria das Atividades Rotineiras, desenvolvida por Cohen e Felson (1979). De acordo com esta teoria a adoção de uma abordagem que privilegia a identificação de fatores que influenciam a probabilidade de vitimização torna possível o desenvolvimento de estratégias de prevenção no âmbito das políticas de segurança pública e segurança pessoal.

Segundo a Teoria das Atividades Rotineiras (COHEN; FELSON, 1979), para a ocorrência de um ato predatório, é necessário a conversão no tempo e no espaço de três elementos: ofensor motivado, alvo disponível e ausência de guardiões capazes. Quatro atributos determinam a adequação e a propensão ao alvo: o valor calculado pelos infratores; a inércia ou os aspectos físicos da pessoa/propriedade; a visibilidade; acessibilidade ao alvo. Tanto o ofensor quanto o alvo (vítima) fazem parte de uma comunidade e a diferença entre eles é que o primeiro tem como sustento a subtração de recursos dos alvos, recursos esses que são obtidos por meio de atividades ou trabalhos reconhecidos como legais.

Assim, a proximidade entre a vítima e o ofensor motivado é intrinsecamente relacionada com a probabilidade de ocorrência da ação criminal. A esse respeito, Garson (2008) coloca que a propensão para vitimização pode ser reduzida, alterando variáveis como o alvo, a visibilidade ou o acesso ao alvo. De modo que a teoria é aplicada apenas aos crimes que envolvem contato direto entre os agentes em um tempo e espaço definido.

Embora a vitimização de Agentes Comunitários de Saúde venha ocorrendo cada vez com mais frequência na nossa sociedade, este é um tema ainda pouco explorado pela literatura. O ambiente de oportunidades para a ocorrência de delitos tem revelado uma notável capacidade explicativa na literatura criminológica internacional. A dinâmica de fatores ambientais na distribuição de crimes em espaços urbanos tem sido cada vez mais utilizada para a discussão da atividade criminosa. Logo, a vitimização de pessoas em determinados lugares tem gerado debates sobre fatores e condições de risco.

A análise das condições em que a violência ocorre pode subsidiar defesas mais eficazes do que medidas isoladas de proteção, uma vez que ao perceber as dificuldades em um alvo primário, os infratores tendem a deslocar a atividade delituosa. Ou seja, em vez de ser evitado, o crime é deslocado quando as oportunidades não são eliminadas, de modo que os níveis de criminalidade global não são reduzidos (MAYHEW, 2000).

Cohen e Felson (1979, *apud* BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004) salientam que analisar o crime a partir de circunstâncias em que os mesmos ocorrem é o marco principal da Teoria das Atividades Rotineiras. O ambiente de oportunidade para os delitos tem sido cada vez mais utilizado na discussão dos componentes racionais da atividade criminosa e no desenvolvimento de estratégias de prevenção situacional por conta de sua adequada capacidade explicativa na literatura criminológica internacional.

No entanto, para Cohen e Felson (1979, *apud* BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004), embora seja fundamental, a oportunidade não é a condição única para que a vitimização ocorra, há uma convergência no tempo e espaço de fatores pessoais, ambientais e situacionais envolvidos nos crimes predatórios.

A adoção de uma abordagem que favoreça a identificação de fatores que influenciam a probabilidade de vitimização torna possível o desenvolvimento de estratégias de prevenção no âmbito das políticas de segurança pública e segurança pessoal (PEIXOTO; ANDRADE; MORO, 2007).

Cohen e Felson (1979, *apud* BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004) asseveram que a Teoria das Abordagens de Atividades Rotineiras, buscam explicar a evolução das taxas de crimes não por meio de características dos criminosos, mas das

circunstâncias em que os crimes ocorrem. A primeira das três condições são os ofensores motivados, hábeis a realizar a atividade ilícita. A capacidade ou habilidade dos ofensores assenta-se fundamentalmente em traços psicológicos e não em capacidades físicas, mas pode também envolver inteligência, a educação e outros recursos, ferramentas e camuflagem necessários para uma atividade ilegal específica (GARSON, 2008).

Disponibilidade do alvo ou metas tangíveis, o que se configura na segunda condição, envolve a localização e o alcance dos alvos potenciais e dos ofensores, de modo que a teoria é aplicada apenas aos crimes que envolvem contato direto entre os agentes em um tempo e espaço definidos (PEIXOTO; ANDRADE; MORO, 2007). Quatro atributos determinam a adequação e a propensão a ser alvo: o valor calculado pelos infratores, a inércia ou os aspectos físicos da pessoa/propriedade, a visibilidade e, por último, a acessibilidade ao alvo. Assim, a proximidade entre a vítima e o ofensor motivado é intrinsecamente relacionada com a probabilidade de ocorrência da ação criminal (BURSIK; GRASMICK, 1993, *apud* BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004). Outra dimensão que o alcance do alvo envolve é o aspecto temporal.

Peixoto, Andrade e Moro (2007) discutem a *temporalidade*, afirmando que tal conceito reflete a estrutura da localidade onde o ofensor seleciona seus alvos em função dos padrões de alocação de tempo entre lazer e trabalho. A utilização do tempo tem um papel fundamental na determinação do encontro infrator-alvo aumentando a probabilidade de ocorrência do evento criminal (COHEN; FELSON, 1979, *apud* BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004; PEIXOTO; ANDRADE; MORO, 2007). A esse respeito, Garson (2008) coloca que a propensão para a vitimização pode ser reduzida alterando variáveis como o alvo, a visibilidade ou acesso ao alvo.

A terceira condição seria a ausência de guardiões capazes de prevenir violações (COHEN; FELSON, 1979, *apud* BEATO; PEIXOTO; ANDRADE, 2004). Desta forma, a falta de vigilantes adequados determina a opção para vitimizar com maior frequência aqueles que estão em desvantagem para responder aos ataques ou modificar seus padrões de atividade (FELSON, 2006). Assim, indivíduos que cuidam de uma casa, membros da família, colegas de trabalho, amigos e até estranhos na rua possuem mais condições de atuar como guardiões adequados, porque têm mais probabilidade de estarem presente nos eventos, do que policiais.

A noção de guardiões para Peixoto, Andrade e Moro (2007) equivale ao conceito de controle social da abordagem da desorganização social. Segundo os autores, as semelhanças estariam em alguns indicadores representativos de capacidade do guardião, tais como o número de pessoas vivendo na residência, o nível de proteção exibido entre os vizinhos e a disposição para usar mecanismos de controle formais e informais.

Nessa premissa, reportando-se à violência que permeia o cotidiano de trabalho do ACS, durante minha vivência em campo para o desenvolvimento deste estudo, foi possível perceber que adentrar em determinadas áreas da cidade num contexto de violência explícita, muitas vezes significa ter que utilizar defesas para garantir condições de circulação e possibilidade de desenvolvimento de suas atividades laborais, se constituindo muitas vezes em mais uma fonte de medo, tensão, violência e ameaça, o que leva os ACS a utilizarem defesas na sua rotina de trabalho.

Analisar as defesas utilizadas pelos ACS na sua rotina de trabalho se tornou algo bastante instigante para mim, uma vez que a linguagem estabelecida pelo grupo visa antes de qualquer coisa garantir defesas próprias para o enfrentamento da violência, e a quebra dessas defesas geram risco ao grupo. Assim, ao ingressar no mundo vivenciado pelos ACS, tive que aprender e saber interpretar essa linguagem, de modo a ter uma maior familiaridade com o grupo estudado.

De início, tentei aprender a performance da saudação, já que os grupos têm suas peculiaridades na forma de se cumprimentar. Entre os ACS, a saudação não se diferencia das “tribos urbanas” das grandes cidades, batidas de mão aberta em seguida fechada, representando uma forma de elo e afirmação de companheirismo, saudação muito utilizada pelos ACS homens. Entretanto, observava que as ACS mulheres também se cumprimentavam dessa mesma forma, dando-lhes um aspecto masculinizado, fato que me chamou a atenção.

Em vista das questões mencionadas acima, Goffman (2010) acrescenta que quando indivíduos entram na presença imediata uns dos outros onde não é preciso nenhuma comunicação falada; eles ainda assim, inevitavelmente, iniciam uma espécie de comunicação, pois em todas as situações atribui-se importância a certos aspectos que não estão necessariamente ligados a comunicações verbais

particulares. Eles incluem aparência corporal e atos pessoais: vestuário, postura, movimento e posição, volume do som, gestos físicos como acenar ou saudar.

Desta forma, podemos começar a analisar o efeito da linguagem do corpo, pois é um fato interessante que assim como as atividades corporais parecem ser particularmente bem projetadas para espalhar sua informação através de toda uma situação social, estes sinais parecem bem projetados para fornecer informações sobre o envolvimento dos indivíduos. Logo, num contexto de violência explícito, na tentativa de garantir condições de circulação e possibilidade de desenvolvimento de suas atividades laborais, os ACS estabelecem defesas tanto individuais quanto coletivas, que permitem lidar com situações de risco, e lhes confirmam maior proteção para si e sua família. Desta forma, ao discorrerem sobre o enfrentamento da violência no seu cotidiano de trabalho, os ACS enfatizam algumas defesas que utilizam para se proteger da violência, coadunando com o esquema a seguir, proposto por Felson (2006).

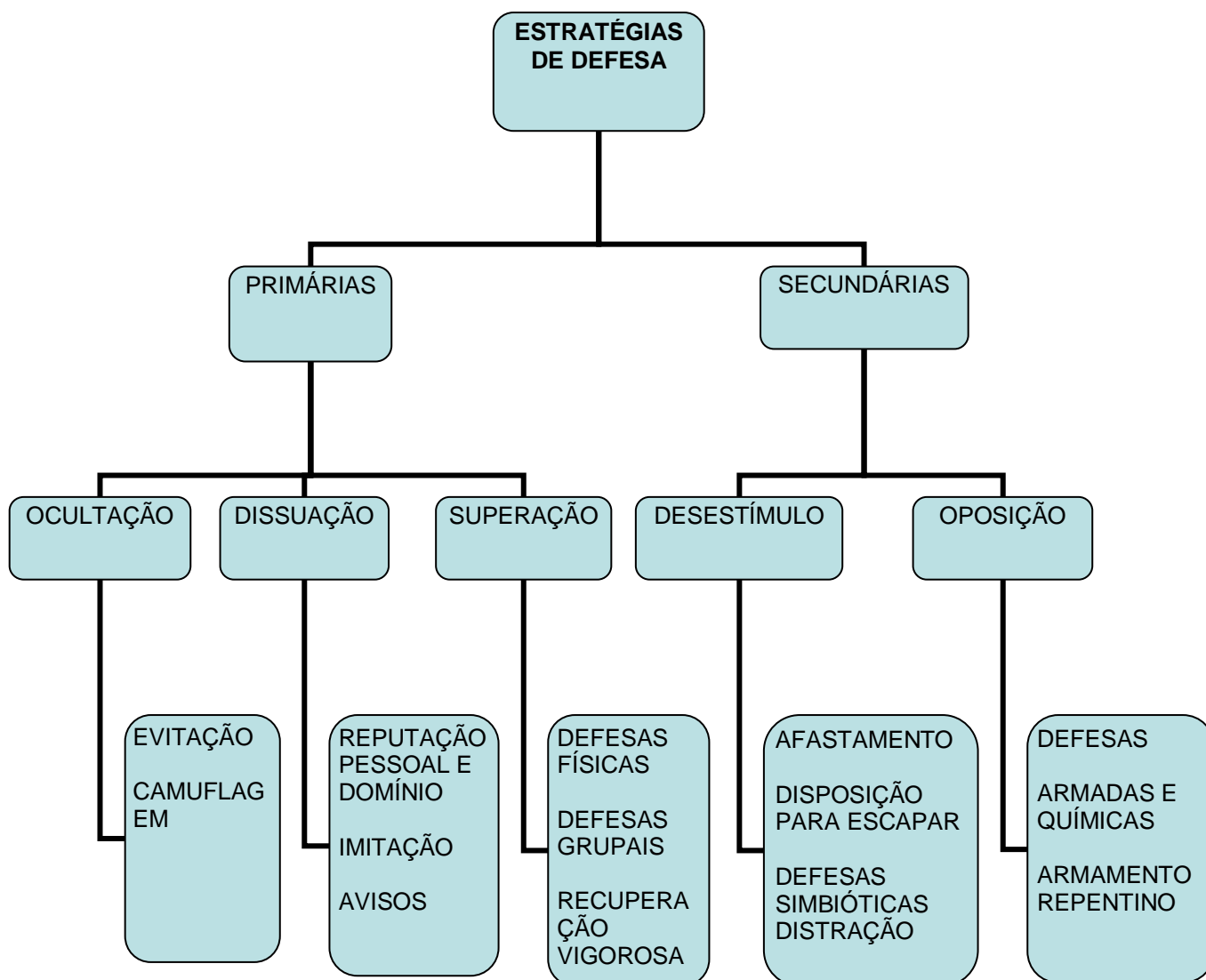


Figura 8: Estratégias de defesa

Fonte: Felson (2006)

Felson (2006) classifica as estratégias de defesa em primárias e secundárias. Para ele, as defesas primárias são aquelas utilizadas antes mesmo de o indivíduo sofrer o ataque. São comportamentos empreendidos visando impedir que uma ameaça se instale. As defesas primárias são: ocultação, dissuasão e superação.

A ocultação ocorre quando a vítima em potencial evita determinadas áreas ou pessoas, ou se camufla, tentando tornar-se um alvo menos atrativo, no caso das ACS, percebi que elas evitavam determinadas vestimentas bem como locais que sugeriam riscos ou que o agressor possa se esconder. A dissuasão abrange uma série de comportamentos que objetivam tornar o crime “menos atrativo, mais arriscado e mais difícil para os agressores”, por exemplo, a utilização de códigos com a comunidade que os avisam quando descer ou não para área. Por fim a superação,

que utiliza defesas físicas (fechaduras, cadeados e/ou muros), grupais e compensatórias para manter ofensores potenciais à distância ou minimizar o prejuízo gerado por uma possível ação criminosa, no caso dos ACS podemos citar as visitas domiciliares realizadas em dupla.

As defesas secundárias são utilizadas depois de se detectar uma situação ameaçadora, ou seja, um ofensor já foi identificado e já iniciou sua ação. Destacam-se por intimidarem as empreitadas criminosas futuras. As defesas secundárias são subdivididas em desestímulo e oposição aos adversários.

O desestímulo configura uma série de comportamentos utilizados para fazer um ofensor motivado a desistir da agressão, tornando o alvo não atrativo, demonstrando habilidade de resistir ou buscando apoio de guardiões capazes. A oposição aos adversários implica no uso de armas, força física ou defesas sociais de emergência (gritos, alarmes, telefonemas) para enfrentar diretamente o ofensor e impedir que a ação criminosa seja completada.

É necessário observar que tanto entre as defesas primárias quanto as secundárias, é dado destaque ao papel da rede social, e são destacadas ações coletivamente construídas para lidar com o crime. Nas categorias de Felson (2006), ele não destaca a diferença entre as defesas que implicam mudança na sua própria rotina e as que implicam busca de apoios externos.

Neste sentido, Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009, p.92), cita as defesas sócio-espaciais que são compreendidas como táticas baseadas na “adaptação pragmática às situações, na exploração das possibilidades existentes e, no caso das defesas expansivas, na negociação de vigilância adequada de atores lícitos e ilícitos” adequando-se perfeitamente para problematizar a estruturação das atividades rotineiras enquanto recurso de proteção. Estes autores dividem as táticas socioespaciais de defesas em restritivas e expansivas.

As defesas restritivas são consideradas ações mais pontuais e menos previsíveis. Seu uso é destinado a evitar interações forçadas com indivíduos e ambientes hostis e, no limite, contra-atacar as ameaças e os perigos advindos daí. Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009) destacam que tais defesas são apropriadas para áreas onde o infrator não domina por completo a situação ou pode ser neutralizado por diferentes situações.

As defesas sócio-espaciais expansivas são compreendidas como mais perenes e previsíveis. Baseiam-se em interações e negociações com atores legais ou ilegais para gerenciar crimes aleatórios ou se defender de predadores avulsos. Este tipo de defesa é característico de áreas ecológicas onde o infrator possui domínio territorial e limita a circulação de pessoas, bens e serviços mediante autorizações especiais ou créditos de proteção. Uma marcante característica, aqui é o recurso à rede social como meio de proteção (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

A discussão de defesas empreendidas contra a vitimização levanta, portanto, algumas possibilidades de categorias de análise, tais como defesas primárias e secundárias (FELSON, 2006) e táticas sócio-espaciais restritivas e expansivas (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009). A combinação de ambas as categorizações pode orientar a compreensão de novas facetas do objeto singular e complexo que é a vitimização/defesa de Agentes Comunitários de Saúde.

Nessa perspectiva, durante a observação participante acompanhando ACS e a enfermeira em uma visita domiciliar, foi possível perceber que não só os ACS utilizam defesas próprias para se proteger da violência, mas também os moradores, que vivem fechados em suas casas com medo de invasão de policiais e de traficantes.

A segurança da minha área é muito precária, quando tem tiroteio é uma loucura, pois as ruas são muito estreitas, muitos becos, os moradores colocaram grades na frente das casas e fecharam os becos de um lado a outro com portões que se mantêm fechados, e então quando tem batida policial é o maior corre-corre não tem nem onde a gente entrar, a gente tem que se virar como pode, isso já faz parte da nossa rotina (Aracy, 36 anos).

Foi possível perceber que os moradores utilizam alguns dispositivos de segurança como grades em portas, janelas e becos que dão acesso a outras ruas; tornando os espaços que seriam públicos em privados, impedindo o acesso dos ACS, dificultando assim, a realização do seu trabalho.

A seguir mostraremos alguns dispositivos de segurança utilizados pela comunidade (figuras 9, 10 e 11).



Figura 9: Dispositivos de segurança utilizados pelas comunidades (1)
Fonte: Tânia Bispo, 2009.



Figura 10: Dispositivos de segurança utilizados pelas comunidades (2)

Fonte: Fotos Tânia Bispo, 2009.



Figura 11: Dispositivos de segurança utilizados pelas comunidades (3)

Fonte: Fotos Tânia Bispo, 2009.

Nos Grupos Focais realizados, alguns ACS utilizaram também metáforas para descreverem situações, locais ou pessoas que fazem parte do seu cenário de trabalho. Muitas dessas metáforas foram utilizadas para expressar contextos ligados

ao narcotráfico como uma forma fácil e não comprometedor de denominar os usuários, traficantes, o local de consumo e venda de drogas.

Os depoimentos por eles enunciados trazem elementos bastante relevantes no que diz respeito à utilização de expressões peculiares, como por exemplo: “shopping Center” (áreas de tráfico de drogas); “cabeça-prêmio” (pessoas que estão sendo ameaçadas de morte); “Olho viu, boca piu” (sigilo para determinadas situações e pessoas), “cara de paisagem” (cara de quem não está entendendo o que esta acontecendo) dentre outras.

Shopping Center são as áreas onde rolam o mercado de drogas, além dos traficantes, tem também o pessoal que vai comprar, então sempre a gente vê muita gente desconhecida, além disso, essa área possui o Centro do menor infrator, esses menores fogem, pulam nos quintais das casas, roubam roupas que estão no varal, já vestem e assaltam o primeiro que vê pela frente (Tereza, 39 anos).

“Cabeça-prêmio” são os caras que estão devendo ao tráfico e não pagam, eles ficam jurados de morte, a qualquer momento é morto dentro de casa. Eu não quero ser testemunha e nem eles querem testemunha nessa hora, então da porta mesmo eu faço minha visita, e vou embora, o que vejo não comento, nosso lema é: “olho viu, boca piu” (Cristina, 47 anos).

Boca calada não entra mosca. Silêncio é a alma do negócio porque a gente tem que preservar a nossa vida (Paulo, 30 anos).

Para não nos trazer problemas, utilizamos aquela técnica chamada “esquecimento pós-visita” (Benedita, 26 anos).

Em vista de tais depoimentos, o “esquecimento pós-visita” referido pelo interlocutor acima, é um elemento de maior relevância e significância no grupo estudado, visto que esquecer o que se presenciou ou o que ouviu é uma defesa que os ACS utilizam para não se comprometer com determinadas situações como as expostas acima. Este comportamento também é denominado pelos ACS como “lei do silêncio”, é o que enfatiza Vinícius, um dos interlocutores:

Não, ninguém se mete, é a lei do silêncio... Sabe aquela coisa: não vi, não ouvi e não quero saber, para poder viver em paz. É isso aí, temos que fazer cara de paisagem é a melhor estratégia de sobrevivência.

Desta forma, no intuito de adquirir a confiança da comunidade, evitar represálias por parte de alguns, o ACS muitas vezes adere ao pacto de silêncio, mantendo sigilo ao presenciarem atos ilícitos. Nessa perspectiva, o estudo realizado por Fontoura e outros (2004) com 18 Agentes Comunitários de Saúde constatou que dentre as situações presenciadas pelos ACS que permeiam a “lei do silêncio” e a

“cara de paisagem” estão os maus tratos contra mulheres, adolescentes, crianças, idosos, incestos, homicídios e roubos. Além disso, aparecem a violência e a negligência familiar.

Goffman (2010) ressalta que um dos componentes mais delicados da aparência pessoal parece ser a composição do rosto. Um meio muito evidente usado pelo indivíduo para mostrar que está situacionalmente presente é controlar apropriadamente, através dos músculos faciais a forma e a expressão das várias partes desse instrumento. Apesar de este controle poder ser absolutamente não consciente, todavia é exercido. Temos “caras de festa”, “caras de velório” e vários tipos de rostos institucionais.

Nessa perspectiva, Gambetta (2009), tecendo considerações teóricas sobre a comunicação dos criminosos em prisões, discute a complexa questão da intencionalidade e o potencial fracasso dos sinais quando o “recedor” detecta que a intenção do “sinalizador” é “tentar causar uma impressão”. Explana sobre a importância da teoria da sinalização como chave para resolver um dos problemas de confiança e afirma que a partir da elaboração da teoria da sinalização pode-se construir uma teoria da violência interpessoal.

Dessa forma, o autor citado ainda descreve sistematicamente os sinais que prisioneiros enviam e exibem, por exemplo: a presença de cicatrizes, que indicam que esse alguém esteve em brigas e sobreviveu; Explica como isto fornece informações aos outros internos sobre a sua “resistência/força” (GAMBETTA, 2009).

Os ACS afirmam também que a realização da visita domiciliar em parceria se dá pelo fato de sua área ser violenta e oferecer risco à sua segurança. Logo, ao realizar sua atividade em dupla, eles conseguem se proteger de determinadas situações se comunicando através de códigos e ao mesmo tempo auxiliando um ACS menos experiente.

Geralmente quando a área está perigosa e está ocorrendo assaltos, ameaças, assédio sexual, violência de uma forma geral, a gente procura fazer a visita com outro colega para se proteger; também quando o colega é remanejado de sua área e não conhece a atual para a gente dar as dicas (Roberta, 23 anos).

Cabe destacar que, os ACS recorrem não apenas aos colegas para se sentirem protegidos, mas também aos próprios familiares, assim, não apenas o ACS fica exposto à situações de violência, mas também seus familiares.

Desde a ameaça que sofri que só vou trabalhar em companhia do meu pai, e assim mesmo morrendo de medo do que possa acontecer comigo e com ele, e na área só vou acompanhada por algum colega. Recentemente fiz uma visita com um colega e meu pai, ele só não entrava na casa dos moradores, ficava na porta me esperando (Simone, 38 anos).

Ao desempenhar suas atividades em companhia de outra pessoa, os ACS conseguem criar um espaço no qual eles podem ajudar um ao outro na resolução de algum problema.

Durante a realização de grupos focais, os interlocutores trouxeram relatos de assédio moral e sexual por parte de alguns moradores, o que os levou a criar alguma defesa a fim de se proteger. Cristina (47 anos) relatou que um dia estava de folga e um morador passou por ela na rua, assediando-a e falou: “O que é que uma farda não esconde hein?”. A partir desse episódio, ela evita determinadas vestimentas que modelem o corpo, mesmo nos dias em que não está trabalhando, assim como evita visitar sozinha moradores do sexo masculino que residam só, solicitando a companhia de outros colegas ACS, como uma forma de defesa.

Outro mecanismo de defesa observado em campo foi à estratégia de evitar, na medida do possível, transitar por algumas áreas em determinados horários. Numa ocasião de visita, por exemplo, passávamos em uma grande área onde haviam homens sentados em um gramado, e as ACS relataram que ali diariamente os traficantes se reuniam, sendo assim, elas evitavam transitar naquele local em determinados horários, Gabriela, denomina esta estratégia de macetes:

Eu já sei todos os macetes, já que no período da tarde eles [os traficantes] estão reunidos definindo as atividades da noite; visito essa microárea pela manhã e deixo a rua de cima para tarde, quando por alguma eventualidade não dar tempo visitar a área pela manhã, sempre dou um jeitinho de não ir só, chamo um colega para me acompanhar (Gabriela, 30 anos).

Dejours (1992) utiliza a expressão *macetes da profissão* para referir-se a comportamentos pragmáticos adotados pelos trabalhadores como resultado da experiência. Por serem pragmáticos baseiam-se na experiência e na observação, sem articulação direta com conhecimentos teóricos. Segundo esse autor, a descoberta e a produção de macetes surgem como fruto das potencialidades criadoras e inventivas dos trabalhadores para dominar o processo de trabalho.

Desta forma, fica a cargo dos trabalhadores desenvolverem estratégias de defesa por conta própria e baseados no próprio conhecimento ecológico da área

onde trabalham. Contam, por vezes, com apoio importante de colegas da própria categoria, além de uma rede social constituída por moradores, clientes e até quadrilhas (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA 2009; LANCMAN *et al.*, 2007).

Neste sentido, os ACS elaboraram defesas próprias para se protegerem dos agravos à saúde e riscos a que estão expostos no âmbito do trabalho, como absenteísmo, realizar a visita domiciliar em parceria, evitar entrar em casa de pessoas que residem sozinhos, coletar os dados da porta sem adentrar a residência do morador, evitar transitar por determinadas áreas em alguns horários, observar muito e falar pouco, ter precaução ao ajudar alguém para não ser mal interpretado, estabelecer parceria com a comunidade e estar atento a “rostos estranhos”, ou seja, pessoas desconhecidas, que não são moradores da área.

A necessidade da realização do trabalho em dupla como forma de defesa grupal envolve outros profissionais que também apresentam fatores de risco para vitimização, como é o caso dos motoboys. Tão vulneráveis à vitimização quanto os Agentes Comunitários de Saúde, os motoboys tornam-se alvos altamente atraentes para vários tipos de violência. Além de roubarem seus telefones celulares e as encomendas que eles transportam, os criminosos também tomam as motocicletas para serem utilizadas como veículo para outras ações criminosas (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

Além da defesa grupal, os motoboys, assim como os Agentes Comunitários de Saúde, também recorrem à chamada defesa social emergente (FELSON, 2006). Embasada na solidariedade e advinda das condições de trabalho, da estigmatização e da sensação de desproteção, a defesa social se expressa na formação de grupos de apoio a colegas envolvidos em conflitos nas ruas (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

A gente evita estar sozinha na área em certos horários, como por exemplo, no final da tarde ou à noite, é mais perigoso, nós temos que tomar algumas precauções; meu colega mesmo já foi assaltado duas vezes no final da tarde; a supervisora da unidade diz que não pode fazer nada e sempre quer que a gente dê conta do nosso trabalho, então a prevenção fica por nossa conta também (Augusto, 28 anos).

A situação trazida no enunciado acima coaduna com Felson (1994), quando o mesmo ressalta que a vitimização repetida e múltipla é comum em determinadas horas, ou “*dangerous hours*”, conforme relembra Xu (2009), momentos do dia ou da

noite, em dias específicos da semana, em locais onde há consumo excessivo de álcool ou em áreas geográficas específicas, aproveitando-se dos momentos em que os alvos estão mais vulneráveis em suas atividades rotineiras.

Refletindo sobre as táticas socioespaciais expansivas, Felson (2006) cita o controle da criminalidade e salienta o papel das defesas restritivas e da vigilância prestada por atores legais, as quais envolvem interações e negociações com atores ilegais para gerenciar crimes aleatórios (ST. JEAN, 2007).

Nessa perspectiva, Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009) salientam que essa negociação para lograr vigilância adequada de atores ilegais está mais presente em áreas ecológicas onde o infrator possui domínio territorial e limita a circulação de pessoas, bens e serviços mediante autorizações especiais ou crédito de proteção. Desta forma, o controle territorial estabelece limitações ao acesso e à circulação de pessoas estranhas às localidades, em especial, de condutores de veículos, como carros e motocicletas, para se defender dos ataques.

Assim como os ACS, os motoboys recebem créditos de proteção fornecidos pelas “quadrilhas”, os quais compatibilizam a manutenção da normalidade do fluxo de encomendas com o domínio territorial (PAES-MACHADO; TAPARELLI, 1996). Para os motoboys, a suspensão das entregas torna-se algo prejudicial a suas atividades laborais, e o mesmo acontece com a suspensão das visitas domiciliares pelos ACS. A interrupção de ambas as atividades prejudica diretamente os moradores, conseqüentemente os membros da quadrilha também se prejudicam, visto que tanto eles como os moradores dependem das atividades desses profissionais (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

Outras defesas utilizadas pelos ACS e citadas nos enunciados foram a lei do silêncio (o não envolvimento do ACS com as situações de violência detectadas, em que eles assumem o comportamento de omissão e distanciamento), a vigilância à fisionomia dos moradores, a postura e linguagem masculina utilizada pelas ACS do sexo feminino, o absentéismo ao trabalho, a transferência do ACS de determinadas áreas de risco e o enfrentamento de algumas situações.

Quando está existindo disputa entre gangues, a gente praticamente fica impossibilitada de desenvolver nosso trabalho na área, então não vamos para área, pois não temos como fazer visitas, só quando a poeira assenta é que a gente retorna às atividades externas para retomar o trabalho (Delia, 34 anos).

Sempre no final da tarde quando vejo que eles [os traficantes] estão reunidos no final da rua, perto da maré, eu vou pela outra rua, faço um percurso bem maior, perco muito tempo, mas não passo perto, pois se vazarem alguma informação, de repente vão pensar que foi eu (Isabel, 39 anos).

Para Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009), é comum determinados grupos de trabalhadores que se deslocam em zonas de risco, modificar suas rotas de deslocamento para não se tornarem alvos fáceis.

Nesse sentido, os ACS também relatam que em dias de agitação do tráfico de drogas, a suspensão das atividades nas áreas de alto risco torna-se inevitável, essa é uma tentativa de evitar situações de ataques predatórios.

Quando minha área está perigosa, os moradores me avisam na unidade, imediatamente eu suspendo a visita (Isabel, 29 anos).

Temos uma colega que a área dela é muito perigosa, e a enfermeira sabe, e tem gente dentro da unidade que acha que ela tem que ir pra área, independente de como essa esteja (Cláudia, 32 anos).

Em concordância com as falas anteriores, Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009) afirmam que a suspensão das atividades pelos trabalhadores é malvista pelos estabelecimentos, uma vez que estes acham que para garantir a continuidade e não comprometimento das atividades, é preciso que os profissionais estejam sempre em campo de trabalho, não importa os meios e sacrifícios realizados para isso.

Esse tipo de postura adotada pela equipe é vista como desresponsabilização ou descaso do estabelecimento com os riscos de vitimização de seus empregados (PAES-MACHADO, NASCIMENTO, 2006).

Assim como os ACS, os motoboys enfrentam a mesma realidade de muitas vezes modificarem suas rotas de deslocamento para não se tornarem alvos fáceis. Tais modificações envolvem tanto as mudanças previstas em itinerários para alterar as atividades rotineiras (FELSON, 2006) ou reduzir a previsibilidade de tempo e lugar de deslocamento, como as mudanças imprevistas para evitar vitimizações (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009, p. 93).

A estratégia é a seguinte: a gente está numa micro-área onde houve um assassinato, a gente fica um período sem ir lá até que a 'poeira abaixe', após alguns dias quando retorna a área, tem que fingir que nada aconteceu pra gente conseguir trabalhar e não se envolver em fofocas (Milena, 31 anos).

Nesse contexto, o que chama a atenção são as defesas adotadas pelos ACS para continuar o seu trabalho dentro de um ambiente em que fingir que nada

aconteceu, o que eles denominam de “lei do silêncio” é o que prevalece. No entanto, presenciar situações extremas, como um assassinato, causa medo que não pode ser demonstrado, mas tem reflexos na vida pessoal e profissional que ainda não estão adequadamente mensurados nem constituem objeto de análise das organizações de saúde e que podem comprometer algumas ações do PSF, em alguns locais onde é mais necessário.

Nesse sentido, percebemos que alguns ACS não demonstram ter uma postura crítica questionadora em relação à sua conduta de omissão e de individualismo, mas, ao contrário, acha natural conhecer fatos da população com a qual trabalha e ignorá-los ou não divulgá-los. Mantém, assim, o sigilo por uma questão profissional ou por medo das consequências, evitando o conflito interior. Sua ética parece passar por um mecanismo de defesa de sobrevivência no qual está incluída a manutenção de sua fonte de subsistência, assim como seu trabalho. A omissão legitima-se pelas condições de trabalho a que estão sujeitos diante de uma área fortemente marcada por condições de violência.

Outra defesa bastante utilizada é a troca de informações entre os ACS e a comunidade. Para eles a comunicação é fundamental na detecção de ameaças e diminuição dos riscos de exposição à violência, como mostra o relato abaixo:

E eu falo sempre com o colega porque a nossa área é bem próxima, quando acontece alguma coisa eu falo pra ele e ele fala pra mim, é ate mesmo pra gente se defender. É troca de informação entre a gente (Larissa, 41 anos).

Eu sempre aviso a minha colega quando a área está perigosa (Sílvia, 39 anos).

Para Felson (2006) essa troca de informação se dá por meio da mobilização dos recursos de vigilância de atores legais e ilegais e objetivam tornar os crimes, menos atrativos, menos arriscados e mais difíceis.

Concordando com Felson (2006), os autores Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009), ainda enfatizam que este é um tipo de defesa informal chamada de autopolicamento, que é realizada a fim de reduzir o déficit crônico de vigilância existente devido a desproteção policial.

Durante o processo de observação e entrevista, um fato que nos chamou a atenção dentre as defesas citadas pelos ACS foi o estar atento à fisionomia dos

moradores para adentrar ou não nas residências. A vigilância é citada pelos ACS como peça fundamental na sua atividade diária.

Meu pai todo dia me fala que quando tiver realmente que entrar nessas casas, não é pra eu entrar sem estar atenta à fisionomia dos moradores primeiro, porque você não sabe em que situação aquela pessoa está, você tem que deixar a pessoa aparecer na porta para você ver a fisionomia da pessoa, não entro de primeira, agora eu fico esperando, primeiro eu observo e depois que eu vejo a pessoa eu entro (Tereza, 39 anos).

A vigilância compreende defesas, primárias e secundárias, que objetivam tornar os crimes menos atrativos, mais arriscados e mais difíceis. Elas são aplicadas antes ou depois de detectar a presença de ameaças por meio de métodos de ocultação, dissuasão, superação, desestímulo e oposição aos adversários (FELSON, 2006).

Ao tempo em que a quase totalidade desse tipo de defesa depende de recursos próprios, individuais e interindividuais, e, por isso mesmo, com o que a literatura tem denominado de autopolicamento (*self-policing*) (SANDERS, 2005), a defesa secundária simbiótica se dá por meio da mobilização de recursos de vigilância de outros atores, legais e ilegais (FELSON, 2006).

Quando a área está perigosa, está tendo batida policial, tem alguém jurado de morte, os próprios moradores telefonam lá para a minha unidade e avisam: fulano não desça que hoje o mar não está para peixe, já aviso para minha supervisora e lá eu não vou (Mírian, 28 anos).

Remetendo-se à Teoria das Atividades Rotineiras (COHEN; FELSON, 1979), os guardiões são pessoas ou objetos cuja presença interfere na ocorrência do crime quando aumentam a possibilidade de fracasso do ofensor. Vizinhos e parentes seriam mais eficazes do que policiais refletindo a contribuição da eficácia social, ou seja, confiança mútua e solidariedade entre vizinhos, bem como sua disposição para intervir em prol do controle social (FELSON, 1994).

Atualmente, os ACS se posicionam em um espaço de indeterminações e incertezas no qual há definição de competências, habilidades e saberes, estando esse trabalhador sempre na linha de frente do sistema, sem, contudo, estar muitas vezes capacitado para atender às inúmeras demandas cotidianas, já que seu arsenal de ferramentas de trabalho é demasiadamente restrito e não condiz com o panorama amplo de representações e subjetividades apresentado no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família.

Evitar a identificação ou ocultar a associação com estabelecimentos que operam com dinheiro, talões de cheque, cartões de crédito e outros objetos de valores (SANDERS, 2005), é uma defesa bastante utilizada pelos motoboys no transporte de encomendas valiosas, entretanto, se essa é uma boa estratégia para se livrar dos delinqüentes, o mesmo não é válido para o público e a polícia. A falta de fardamento alimenta suspeita e discriminação contra motoboys, constituindo-se em um risco para estes trabalhadores por conta da estigmatização da categoria e dos abusos de autoridade pela polícia, quando param e os revistam (PAES-MACHADO; RICCIO- LIVEIRA, 2009).

Riccio-Oliveira (2005) afirma em seus estudos que a falta de uniformes além de gerar suspeitas e discriminação entre os passantes, constitui ainda um risco adicional para determinadas classes de trabalhadores.

Sempre na busca de autodefesas, os ACS recorrem também à crenças religiosas como uma forma de proteção, pois percebem não só a sua vulnerabilidade à violência, mas também dos seus familiares, os quais passam a ser um depósito de suas aflições, motivo gerador de estresse no ambiente familiar, e assim, as angústias do trabalho são também trazidas para o contexto familiar:

A minha estratégia primeira é rezar antes de sair de casa e pedir a Deus que me proteja; a segunda, eu não procuro me envolver na questão de violência, como é o caso de um paciente de 14 anos que era gerente da boca e a mãe veio me pedir ajuda, eu nem esperei ela falar, porque eu falei infelizmente eu não posso te ajudar [...]. Prefiro fingir que não sei de nada e alerto toda a minha família para que não fiquem na janela, não fiquem olhando muito lá pra baixo, tudo o que eu fico sabendo na área eu falo com minha família e peço que não falem para ninguém, não adianta eu saber das coisas e minha família não saber, pois se eles estiverem sabendo dos acontecimentos da área eles procuram também se proteger (Lúcia, 32 anos).

Nesse sentido, Camelo (2002) afirma que a pessoa com estresse relacionado ao trabalho tenderá a apresentar problemas no gerenciamento de seu papel familiar, gerando relações tensas e conflituosas. Assim, a carga psíquica do trabalho, descrita nos depoimentos acima como resultado da relação dos ACS com a organização do trabalho, refletiu a existência e aptidões desses à vitimizações no âmbito do trabalho.

Reportamo-nos aos aspectos de gênero para citar algumas defesas utilizadas pelos ACS, as quais emergiram nas suas falas e foi observado por mim enquanto pesquisadora no acompanhamento da visita domiciliar, foi à postura e a linguagem

masculina adotadas pelas ACS do sexo feminino ao se dirigirem à comunidade, fato que era percebido também pelos demais ACS:

Percebo até que algumas colegas ACS mulheres adotam uma postura masculina quando estão na área. Como por exemplo, a linguagem, os gestos; aqui na unidade são extremamente bonitas e femininas, mas na área elas se comportam às vezes como homens, cumprimentam algumas pessoas batendo as mãos, usam roupas folgadas, cabelos presos com bonés como geralmente homens fazem. Acho que isso é uma forma de se defender do assédio de alguns moradores; de repente elas se sentem mais vulneráveis do que os homens e agem como se fossem homens na área para não despertar atenção masculina (Ricardo, 30 anos).

Quando vou para área vou trabalhar meio desarrumada, de bermuda larga, de chinelo ou tênis, camisa folgada, cabelos presos com boné, me visto um pouco como homem, e falo e me comporto de forma masculina, é uma forma de não despertar interesse de alguns moradores que gostam de assediar a gente (Rachel, 32 anos).

Assim como os ACS, os auxiliares de segurança do carnaval (cordeiros) enfrentam a mesma realidade sobre a influência dos papéis tradicionais de gênero nas suas atividades laborais. Maia (2008) pontua que de modo geral, as mulheres tomam maiores cuidados com a saúde, são mais disciplinadas no trabalho, e apresentam uma visão mais positiva e pouco diferenciada do policiamento. Em alguns casos, as mulheres exercem um efeito moderador da conduta agressiva de homens, pois se escolherem agredir, não pode contar com a defesa feminina, reduzindo o ímpeto violento. Em algumas situações as mulheres com o apoio dos homens adotam atitudes tipicamente masculinas, podendo partir para a agressão junto com eles e/ou toma a iniciativa na mesma.

Ao refletir sobre a postura e linguagem masculina utilizadas pelas ACS, reportamo-nos a Scott (2005), ao referir que as relações estabelecidas entre homens e mulheres podem ser classificadas como desiguais, ou seja, fruto das desigualdades de gênero, pois homens e mulheres não são percebidos na sociedade apenas como corpos com diferenças sexuais. Socialmente, as mulheres são reconhecidas como emoção, coração, fragilidade e docilidade, enquanto os homens são força, coragem, poder e instinto. Como reflexo desta construção social, a ACS do sexo feminino adota posturas, linguagem e gestos considerados masculinos como uma forma de se prevenir da violência.

Uma ACS de Paripe relatou pra mim que estava na área do “Bate Coração” trabalhando, foi assaltada e o assaltante queria levar ela pra um beco para estuprá-la, ela entrou em luta com ele e conseguiu correr. (Regina, 39 anos)

Desta forma, é possível perceber que a vulnerabilidade feminina à violência está atrelada tanto a comportamentos, sexualidade e identidade de gênero quanto ao comportamento dos homens e às condições sociais que deveriam propiciar a implementação de políticas públicas direcionadas à mulher.

Nessa perspectiva, Farias e Torres (2003) ressaltam que o exercício da violência é possível por ter esta forma social de poder na qual a masculinidade se liga à força, ao dinheiro e à autoridade. A violência, além disso, constitui-se como uma estratégia maior de empoderamento, e é neste cenário de poder que estão inseridas as relações violentas no âmbito do trabalho.

Ainda se tratando das proposições supracitadas, uma ACS refere ter sido agredida verbalmente e fisicamente por uma moradora e ter revidado a agressão verbal. Informa que a moradora queria que ela cadastrasse sua mãe que não morava na microárea, a ACS ao informar que não seria possível o cadastramento, a moradora aumentou o tom de voz e utilizou gestos e palavras contra a ACS, a qual informou que “desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela a pena de detenção é de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, ou multa”, e foi embora indignada, ao terminar a jornada de trabalho, retirou a farda, e foi até a casa da moradora e falou

Estou aqui, vim agora para você colocar o dedo na minha cara, agora estou sem farda e fora do horário de trabalho [...], mandei que ela me respeitasse, que eu era mulher, não era criança, e ela saiu correndo para dentro da casa, até hoje toda vez que ela me ver, baixa a cabeça e entra para não falar, fiz isso para ela me respeitar como mulher e como profissional (Denise, 31 anos).

Nesse aspecto, Moore (1987) cita a vingança (ou retaliação), como meio de reafirmação da dignidade e do valor humanos para quem sofre uma injúria ou um dano. Para o autor, ainda que a vingança nunca funcione completamente, uma vez que *não existe a restauração completa por injúrias já infligidas*, quem age de forma vingativa procura *igualar as coisas*.

A vingança é possivelmente o meio mais primitivo de realização da ira moral. *No entanto, embora primitiva, é também altamente contemporânea* (MOORE, 1987, p. 38). Essa visão de contemporaneidade da ação vingativa frente a uma situação de ofensa é igualmente explorada por Garland (1999). Tentando propor uma descrição

global do castigo na sociedade moderna, o autor traz entre outras, uma abordagem desenvolvida sobre o tema na obra de Durkheim.

Diante do enunciado, pude perceber mudanças de papéis dos ACS que ao se despir da roupa que os identifica como agente público, o faz agir como um ser pertencente a um grupo, porém não com uma hierarquia, eles saem de um papel e incorpora outro, se despindo da responsabilidade profissional com os demais. DaMatta (1997b) traz que o mundo da “casa” e da “rua” demarca fortemente mudanças de atitudes, assim, o público difere do privado e cada espaço requer determinados comportamentos permeados por códigos.

Podemos inferir que a mesma atitude de enfrentamento, que encontramos em alguns moradores, também domina alguns ACS, tornando suas atividades repetidos espetáculos de ousadia e audácia. Nesse sentido, Le Breton (1995) assinala a atitude que leva o ser humano em situações de risco a encará-las ao invés de fugir ou evitá-las. É uma maneira de o indivíduo lutar contra a angústia, atirando-se em sua direção, colocando-se corpo a corpo como em desafio. Uma vez enfrentado, o medo se dissipa e, por alguns instantes, a pessoa tem a sensação de tê-lo dominado.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração desse estudo foi possível perceber a complexidade das relações laborais vivenciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde dos distritos sanitários aqui abordados, bem como as dimensões alcançadas pela violência no cotidiano das UBS. O acúmulo de situações de violência social e institucional configura um quadro preocupante para a saúde dos trabalhadores, encarregados de prestar cuidados à população, que necessita de medidas urgentes. O presente estudo abordou uma das facetas da violência: a vitimização dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho.

Como pesquisadora e profissional de saúde, antes de fazer a imersão no campo de investigação, que neste caso significou a possibilidade de partilhar com os ACS alguns momentos do seu cotidiano de trabalho, detinha a informação de que as áreas eram reconhecidas como violentas. No entanto, estar em campo compartilhando com os ACS momentos públicos e privados da vida das pessoas de cada comunidade visitada, me possibilitou desvelar o que significava a exposição daqueles trabalhadores às situações adversas.

Durante minha vivência em campo para o desenvolvimento deste estudo, foi possível perceber que a linha divisória entre o público e o privado, parafraseando Roberto DaMatta (1997b), entre a 'casa' e a 'rua', configura-se como tênue e algumas vezes inexistente. Nesta complexa relação que é morar e trabalhar no mesmo bairro, muitas vezes se confundem os papéis de trabalhador e morador. Assim, os ACS são vistos pela comunidade por múltiplas e contraditórias imagens, ora um amigo, ora um espião, construídas em um paradoxo de valorização/ desvalorização.

O *corpus* que fundamentou a análise nesta tese resultou prioritariamente das respostas às entrevistas sem deixar de valorizar as observações de campo. A partir dos depoimentos dos ACS, torna-se possível vislumbrar que não existe uma resposta que possa separá-los em dois pólos opostos: ou seja, em momentos representam à comunidade, em outros, o Estado, desempenhando funções na área de saúde pública. Assim, no presente estudo, ao utilizar a Teoria das Atividades Rotineiras foi possível uma análise do entendimento do objeto em questão, permitindo discutir as

possibilidades e limites das defesas utilizadas pelos ACS para a redução das oportunidades atrativas para o crime.

Ficou evidente que a profissão ACS surge para estes como uma oportunidade de um vínculo empregatício, entretanto, foi possível perceber que a necessidade de formação e qualificação para atuação na área de violência tão enfatizada nos trabalhos de Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009); Waddington, Badger e Bull (2005) foi retratada neste estudo como uma lacuna importante.

Nas áreas de maior criminalidade, o Estado perde o seu poder monopolizador no controle da violência, e o ACS fica a mercê dos delinqüentes locais, assim, o cerceamento do seu direito de “ir e vir” é mais um problema enfrentado pelos ACS, configurando-se como situações de extrema ameaça à vida e à propriedade do trabalhador, desencadeando estados de tensão e medo.

Dentre às atividades desenvolvidas pelos ACS, a visita domiciliar é considerada a principal, entretanto, esses muitas vezes são obrigados a desenvolverem atividades que não são especificamente suas. Assim, esses trabalhadores demonstram suas insatisfações ao deixarem marcados em seus discursos que o processo de trabalho tem acontecido sem condições materiais, com prejuízo de sua motivação e dos resultados apresentados, ou seja, repercutindo na qualidade da assistência prestada.

Identificamos que tão grave quanto à falta de materiais são as precárias condições de infra-estrutura dos distritos pesquisados, caracterizado pelas casas abandonadas, presença de barracos de madeira, matagal, ladeiras, falta de pavimentação nas ruas, precariedade no saneamento básico e um alto índice de violência urbana que se constituem como fatores que favorecem à vitimização dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto do trabalho.

Trabalhar na rua, num contexto de violência explícito, muitas vezes significa desenvolver estratégias diversas para garantir condições de circulação e possibilidade de desenvolvimento de suas atividades laborais. Assim, os ACS vitimizados reelaboram suas práticas, e recriam seu trabalho cotidianamente, muitas vezes de forma solitária, redimensionando crenças, conceitos e conflitos. Neste processo, acredito muitas vezes ser ético omitir um assassinato, como forma de se proteger e garantir a atenção às famílias necessitadas; respeitar as famílias muitas

vezes significa não discutir na ESF questões de violência vivenciadas pelas mesmas, sejam quais forem os tipos de violência.

Assim, os ACS passam a utilizar práticas defensivas que possam inibir a concretização da ação delituosa, como: realização da visita domiciliar em parceria, o absenteísmo ao trabalho, a postura masculina adotada pela maioria das ACS do sexo feminino, a transferência do ACS de determinadas áreas de risco, o não envolvimento do ACS com as situações de violência detectadas, em que ele assume o comportamento de omissão e distanciamento; e o enfrentamento da violência através de atitudes enérgicas e pontuais por parte de alguns ACS, o que em alguma medida repercute tanto numa dimensão pública quanto privada, afetando a qualidade da atenção prestada àquela comunidade.

Identifiquei, ainda, nessa pesquisa que a maioria dos ACS já sofreu algum tipo de vitimização no cotidiano de trabalho, ora facilmente percebida em suas diversas facetas, ora dificilmente definida pelos mesmos, pode ser interpretada quanto à visibilidade com que o tema vem sendo abordado nos distintos cenários que se apresenta.

Apesar dos vários estudos que apontam para a gravidade da vitimização no âmbito do trabalho (PAES-MACHADO; NASCIMENTO, 2006; PINTO, 2009); não existe, por parte dos gestores a intenção de dar visibilidade para tão importante questão. As queixas dos ACS são ignoradas, o sofrimento é silenciado, o temor de represálias por parte dos superiores hierárquicos e/ou moradores os escondem sob uma rotina de trabalho exaustiva e adoecedora.

Além de evidenciar alguns dos problemas relacionados com o processo de trabalho, o estudo permitiu levantar os riscos aos quais se expõe essa categoria de trabalhadores, bem como dialogar a respeito dos problemas de saúde já identificados por outros estudos, que vão desde sintomas como cefaléia, hipertensão, insônia, lesões por esforços repetitivos, até transtornos psíquicos como a depressão, síndrome do estresse pós-traumático e a síndrome do pânico. Concluindo que os agravos à saúde decorrem também das condições de trabalho inadequadas, da falta de uma assistência eficaz, da vitimização secundária que culpabiliza, responsabiliza e pune os trabalhadores.

Diante do exposto, e de todas as dificuldades apresentadas, podemos inferir que, o enfrentamento da violência vivenciado pelos ACS prejudica consideravelmente o desempenho de suas atividades repercutindo em sua saúde.

Explorar uma temática como violência no âmbito do trabalho no contexto da enfermagem evidenciou a necessidade de um aprofundamento qualitativo dessa pesquisa, bem como do desenvolvimento de outras pesquisas com temas relacionados, que venha a conduzir a equipe de ACS frente a ocorrências desses casos na comunidade.

9.1 SUGESTÕES

Diante da magnitude que a violência alcançou, principalmente nos grandes centros urbanos, acreditamos que as intervenções exigem abordagem e monitoramento interdisciplinares.

O setor de saúde, pela sua amplitude, cobertura geográfica e por atender às vítimas de todo tipo de violência, pode ser considerado um poderoso aliado em sua prevenção, de forma articulada com outros setores da sociedade. Segundo Zerh (2008), o acolhimento às vítimas do crime é de importância fundamental para sua recuperação.

Discutí aqui a premente necessidade de preparo dos ACS para atuarem em áreas de abrangência de elevada criminalidade, bem como suporte emocional visando a evitar o risco real ou potencial, diante das probabilidades de conflitos de grupos rivais ou dos episódios de violência doméstica que chegam aos serviços, afetando todos os profissionais. Os programas hoje em vigor não são reconhecidos como eficientes, como o Plano de Ação para a Redução para a Morbimortalidade por causas Externas na Bahia, desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde que, apesar do seu mérito, pode ser considerada uma experiência isolada, cujo trabalho pode ser ampliado para um contexto mais amplo, com a participação de outros profissionais com um desenho intersetorial. Ainda que se percebam algumas iniciativas, estas não são reconhecidas como eficazes, pois se mostram como propostas isoladas, sem conseguir alcançar os níveis mais básicos da magnitude do problema, o que gera insatisfações.

Neste cenário de fragilidade dos direitos dos trabalhadores a melhores condições de trabalho, reconheço a importância das Convenções Coletivas. Ressalto que questões relativas à saúde e segurança no trabalho são tratadas de forma, ainda, incipientes. Assim, as reivindicações estão mais relacionadas à conquista de direitos trabalhistas e previdenciários que poderão se reverter em ganhos financeiros, do que à reestruturação do processo de trabalho. É de suma importância que esses profissionais tenham o apoio e a capacitação necessária, a fim de que possam desenvolver todo o seu potencial e não venham a sofrer os efeitos das condições de trabalho desfavoráveis e muitas vezes prejudiciais a sua saúde física e psicológica.

Considero também que, devido à importância das atividades desempenhadas por esses profissionais, faz-se necessário uma maior valorização dessa classe de trabalhadores, que recebem baixos salários, trabalham muito e que, na maioria das vezes, pode ser observada uma satisfação em estar desempenhando um papel tão importante na sociedade, o de ser os “olhos e ouvidos” dos serviços de saúde dentro da comunidade.

O cenário descrito aponta para a necessidade de uma análise das repercussões desse problema para o desenvolvimento do trabalho dos ACS, por parte da Secretária Municipal de Saúde, e para a melhoria das condições de trabalho.

Frente ao exposto, é necessário que medidas sejam adotadas na direção de políticas públicas instituídas em defesa destes trabalhadores. Torna-se imprescindível a obrigatoriedade de abordagem relacionada à violência no âmbito do trabalho com garantia de espaço de discussão acerca da temática. Ainda que se entenda que medidas de prevenção e controle das situações de violência pareçam difíceis por exigirem novas abordagens, estas são indispensáveis para que alcancem novos patamares, para que se amplie e solidifique os conhecimentos sobre a realidade do trabalho dos ACS, de forma a embasar a formulação de políticas públicas voltadas para o segmento.

Nesta perspectiva, sugiro o desenvolvimento de processos e relações de trabalho na rede, quanto às subjetividades dos profissionais e usuários, focalizando características do trabalho dominado pelo medo quando é preciso estabelecer o vínculo e o comprometimento com a comunidade, pois os mecanismos de defesa adotados, e legítimos, têm se mostrado incompatíveis com o projeto de atenção implementado. Assim como aprofundamento das questões levantadas sobre os

agravos à saúde dessa categoria de trabalhadores para que, através disso, seja possível planejar, executar e formular defesas e segurança, prevenção do crime e do adoecimento e promoção da saúde e qualidade de vida para os Agentes Comunitários de Saúde.

REFERÊNCIAS

ARNETZ, J. E. The violent Incident From (VIP): a practical instrumental for the registration of violent incidents in the health care workplace. **Work and Stress**, v.12, n.1. p.17-28, 1998.

AZEVEDO, T. P. Vitimologia: uma questão feminina? **Ciclo de Debates: Interfaces da saúde da mulher**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia y Sistema Penal**. Compilación in memoriam. Montevideo-Buenos Aires: IBDEF, 2004.

BARCELLOS, Caco. **Rota 66: a história da polícia que mata**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, F. M. **A participação da vítima no processo penal**. Rio de Janeiro: Lumes Juris, 2008.

BEATO, C.; PEIXOTO, B. T.; ANDRADE, M. V. Crime, oportunidade e vitimização. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, nº. 55, p. 73-90, jun., 2004.

BERISTAIN, A. **Nova criminologia à luz do direito penal e da vitimologia**. (Tradução de Candido Furtado Maia Neto). Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 04 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Programa nacional de agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Secretaria de Políticas Públicas: Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Os Números**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2008 a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 27 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2002. (Caderno de Atenção Básica nº. 5; Programa Saúde da Família)

_____. Presidência da República. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jul. 2002. (Revogada pela Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006).

_____. Presidência da República. Lei nº. 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Patrícia Maia). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 ago. 2006.

_____. Presidência da República. Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c09.def>> Acesso em: 8 de Outubro de 2009.

BURKE, P. Violência Urbana e Civilização. In: OLIVEIRA, N. V. (Org.). **Insegurança Pública**: reflexões sobre a criminalidade e a violência urbana. São Paulo: Nova Alexandrina, 2002, p. 32-50.

CAMELO, S. H. H. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CANO, Inácio. Execuções sumárias no Brasil: o uso da força pelos agentes do Estado. In: Justiça Global, Núcleo de Estudos Negros, organizadores. **Execuções sumárias no Brasil: 1997-2003**. Rio de Janeiro; 2003. p.11-68.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica de grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30(3), 285-93, jun. 1996.

CARMI-LUZ, T. *et al.* Verbal and physical violence towards hospital and community-based physicians in the Negev: an observational study. **BMC Health Serv Res.** v. 5, nº.54, p. 1-6. 2005.

CARNEIRO, S. A mulher negra na década – a busca da autonomia. Apresentação. **Cadernos Geledés**, São Paulo, nº. 5, outono 1995.

CARNEIRO, S. A. M. **Trabalho e violência**: relação de proximidade. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CHAUÍ, M. **Repressão Sexual**: Essa Nossa (Des)Conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1991.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis - RJ: Vozes, 2006.

COHEN, L. E.; FELSON, M. Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach. **American Sociological Review**, Washington-DC, 44(4), 1979, p. 588-608.

COLORADO F. D. Una Mirada desde las victimas: el surgimiento de la victmologia.

Ensayo. “**Umbral Científico**”, v. 9, p. 41-159, 2006.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA. **La violencia**. Declaración de posición Del CIE. Ginebra, 2000. Disponível em: <<http://www.icn.ch/psviolence00sp.htm>>. Acesso 25 jul. 2009.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57(6): nov/dez., 2004, p. 746-9.

CORREIA, I; VALA, J. Crença no mundo justo e vitimização secundária: O papel moderador da inocência da vítima e da persistência do sofrimento. Análise psicológica. Lisboa, 3 (XXI): p.341- 352. 2003

CORIOLANO, M.W.L.; LIMA, L.S. Grupos Focais com Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18 (1): 92-96.

COSTA NETO, M. (Org.). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde: Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000 (Caderno 1).

COSTA, C. L. O tráfico do gênero. **Cadernos Pagu (11)**: trajetórias do gênero, masculinidades. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero/ UNICAMP, 1998, p. 127-140.

COSTA, G. D. da. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 62 (1): 113-8 jan-fev. 2009.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B.; D´OLIVEIRA, A. F.; KISS, L. B. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2006, v. 11, p. 1323-1332.

DAB/DATASUS/SIAB/SMS. **Relatórios da USF**: período de 2007 e 2008. Disponíveis em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/pacto2006/pacba.def>>. Acesso em: 12 set. 2009.

DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu-SP, v. 6, nº. 10, p. 75-94, fev. 2002.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro, Rocco, 1997b.

_____. **Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. 6. ed. Rio de Janeiro, Rocco, 1997a.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: Synthesis Report**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper, 2002.

DI MARTINO, V.; CHAPPELL, D. **Violence at work**. Geneva: International Labour Office, 1998.

DIAS, M. A. E.; CUNHA, F. T. S.; AMORIM, W. M. de. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 58(5): 513-8, set-out, 2005.

DONZELOT, J. **A Polícia das famílias**. (Tradução de M. T. da Costa Albuquerque; revisão técnica de J. A. Guilhon Albuquerque). Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 10, nº. 1, jun. 2007, p. 55-73. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.Org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2009.

DURKHEIM,É. **As Regras do Método Sociológico**. 6. ed. Lisboa: Presença, 1995.

ELSEN, I. *et al.* **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ESCOREL, S. *et al.* **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da**

Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

ESTRYN-BEHAR, M. *et al.* Violence risks in nursing – results from the European 'NEXT' Study. **Occup Med**, London, v. 58, nº. 2, p. 107-14, 2008.

FARIAS, M. V.; TORRES, J. D. C. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. **Salud Publ Mex.** 45 (Supl 1): 2003, p. 44-57.

FELSON, M. **Crime and Everyday Life.** Thousand Oaks, California: Pine Forge Press, 1994.

_____. **Crime and nature.** Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 2006.

FERNANDES, A. S. **A participação da vítima no processo criminal.** São Paulo: Malheiros, 1995.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTOURA, D. M. *et al.* Dilemas bioéticos no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 15, nº. 3/4, jul./dez. 2004.

FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA. Violência e seus efeitos espaciais. **Informativo**, Salvador, ano 9, nº. 13, abr., 2009.

FREITAS, M. C. S. **Agonia da fome.** Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2003.

FREUND, J. **Sociologia de Max Weber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GAMBETTA, D. **Codes of the Underworld.** How Criminals Communicate. Princeton: Princeton University Press. 2009.

GARLAND, David. El castigo y La solidaridad social: La obra de Émile Durkheim. In:_____. **Castigo y sociedad moderna:** um estudio de teoria social. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 1999. cap. 2, p. 39-65.

GARRIDO, E. N. **Mulheres em situação de violência doméstica**: o que faz a Equipe de Saúde da Família? 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

GARSON, D. **Routine Activity Theory**. Key Concepts and Terms. Raleigh, North Carolina: North Carolina State University, 2008. Disponível em: <<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/routine.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 64-89.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição Densa: Por uma teoria Interpretativa da Cultura. In: _____. **Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.13-41.

GOFFMAN, E. **Comportamentos em lugares públicos**: notas sobre a organização social dos ajuntamentos. Tradução de Fabio Rodrigues Ribeiro da Silva. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. R. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo: ABRASCO, v. 4, n. 2, 1999.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paideia**, São Paulo, 2002. Disponível em: <sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>. Acesso em: 10 maio 2009.

GRAHAM, S. L. **Proteção e Obediência**: criadas e seus patrões no Rio de Janeiro 1860 - 1910. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

GUERRIERO, I. C. Z. (Coord). **Relatório da reunião sobre Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Guarujá, 28 a 30 de agosto de 2006. São Paulo: Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Special Programme for Research and training in Tropical Desases sponsored by UNICEF/UNDP/Eork Ba. São Paulo, 2007.

GUIMARÃES, L. A. M.; TEIXEIRA, A.; CAMARGO, D. A. Violência no Trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 3, p. 245-264, 2003.

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2003.

_____. **Mal estar no Trabalho: redefinindo assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

IANNI, A. M. Z.; QUITÉRIO, L. A. D. Promoção da saúde e meio ambiente no Programa de Saúde da Família: os casos da Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.81-91, jan-abr 2004.

ISLAM S. S. *et al.* Risk factors for physical assault. State-managed workers' compensation experience. **Am J Prev Med**, v. 25, nº. 1, p. 31-7, 2003.

JACOBINA, A.; NOBRE, L. C. C.; CONCEIÇÃO, P. S. A. SEMINÁRIO ESTADUAL VIOLÊNCIA E SAÚDE, II. **Informativo CES**, Salvador, SESAB, v. 2, nº. 2, p. 2, abr., 2009.

_____. Vigilância de Acidentes de Trabalho Graves e com óbitos. In: BAHIA (estado). SESAB/SUVISA/CESAT. **Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para Vigilância da Saúde do Trabalhador**. Salvador: CESAT/SESAB. 2001.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu-SP, v. 13, n. ° 28, p. 123-35, jan./mar. 2009.

JUNGUES, J. R.; SELLI, L.; SOARES, N. DE A.; FERNANDES, R. B. P.; SHRECK, M. Processo de trabalho no programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 43(4). p. 937-44, 2009.

KENNEDY, L. W.; SACCO, V. F. **Vítimas de crime em contexto**. Los Angeles: Roxbury Publishing Co., 1998.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 31- 40.

KNAPP, P.; CAMINHA, M. Terapia Cognitiva do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p.31-36, 2003.

KNOW, R. P. *et al.* Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. **Hong Kong Med J.**, Hong Kong, v. 12, nº. 1, p. 6-9, 2006.

KRUG, E. G. *et al.* Violência: um problema mundial de Saúde Pública. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra, OMS, cap. 1, p. 01-22, 2002.

LANCMAN, S. *et al.* O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP, v. 11, nº. 21, jan./abr. 2007, p. 79-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 abr. 2009.

_____. Repercussões da violência na saúde mental dos trabalhadores do programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, nº. 4, jun/2009. p. 682-688.

LE BRETON, D. **Passions du Risque.** Paris: Metailié, 1995.

LEE, D. T. Violence in the health care workplace. **Hong Kong Med J**, Hong Kong, v. 12, n.1, p. 4-5, 2006.

LEOPARDI, M. T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEVINE, P. A. **O despertar do tigre:** curando o trauma. São Paulo: Summus, 1999.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo** - um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003. 202 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo, São Paulo.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S42-S57, 2008.

MAIA, J. M. **O carnaval dos cordeiros:** trabalho e violência entre auxiliares de segurança de Salvador. 2008. 250 f. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MARQUES, P. F. **Práticas de saúde da mulher no espaço domiciliar**: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde. 2001. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFBA, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MARZIALE, M. H. P. A violência no setor saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Botucatu-SP, 12(2), março-abril, 2004, p. 147-8.

MAYHEW, C. **Preventing Client-Initiated Violence**: A Practical Handbook. Canberra: Australian Institute of Criminology, Research & Public Policy Series nº. 30, 2000.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUZA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002, p. 135-151.

MINAYO, M. C. S. *et al.* A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, 1994, p. 7-18.

_____. **Missão: prevenir e proteger**: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9 nº. 3, p. 239-262, 1993.

MOLINA, A. G. P. ; GOMES, L. F. **Criminologia**. 3. ed. São Paulo: RT, 2000.

_____. _____. 4. ed. São Paulo: RT, 2002.

_____. _____. 6. ed. São Paulo: RT, 2008.

MOORE, Barrington Jr. **Injustiça**: as bases sociais da obediência e da revolta. São Paulo: Brasiliense, 1987.

NASCIMENTO, A. M. D. N. **Sob a mira do crime**: vitimização, saúde e identidade entre bancários na Bahia. 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador.

NASCIMENTO, E. R.; FERREIRA, S. L. Desigualdades de Gênero: reflexões sobre saúde da mulher. In: COSTA, Ana Alice Alcantara, ALVES, Ívia Iracema Alves. **Ritos, Mitos e Fatos**. Mulher e Gênero na Bahia. Salvador: NEIM/UFBA, 1997. p. 79-90.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPACIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **Violence in the Workplace**: Risk Factors and prevention strategies. USA: Department of Health and Human Service, 1996.

NOGUEIRA, R. P. ; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*** – o agente comunitário de saúde. Brasília: UNB, 2004. Disponível em: <<http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs>>. Acesso em 09 jun. 2004.

NORONHA, C. **Domínios do medo social**: violência, crime e pobreza na Grande Salvador. 2000. 247 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

NORONHA, C.; ALMEIDA, P. ; SANTOS, L. **Violência e saúde**: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2003.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, nº. 6, nov.-dez., 2002, p. 1639-46.

OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras

de enfermagem em um Hospital Geral de São Paulo (SP). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 42(5), p. 868-76, 2008.

OLIVEIRA, C. C. de; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 41(4): 605-12, 2007.

OLIVEIRA, N. V. (Org.). **Insegurança Pública**: reflexões sobre a criminalidade e a violência urbana. São Paulo: Nova Alexandrina, 2002.

OLIVEIRA, P. “**Preciso de justiça para ter paz**”: a busca por justiça entre familiares de vítimas perpretados por policiais militares em Salvador. 2010. 82 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. (Editado por Etienne G. Krug e equipe). Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Cuando el trabajo resulta peligroso. **Trabajo**, Genebra, nº. 26, septiembre / octubre de 1998. Disponível em: <<http://oit.violencia.trabajo.html>>. Acesso em: 27 set. 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Oficina Regional para las Américas. Washington: OMS, 2002.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington, DC: Opas, 1993 (mimeo).

PAES-MACHADO, E.; LEVENSTEIN, C. “I’m sorry everybody, but this is Brazil”: armed robbery on the buses in Brazilian cities, **Brit. J. Criminol.**, London, nº. 44, 2004, p. 1-14.

_____. Assaltantes a bordo: violência, insegurança e saúde no trabalho em transporte coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, nº. 5, p. 1215-1227, out. 2002.

_____. Quando a violência chega ao local de trabalho: criminalidade violenta e vitimização no transporte coletivo. In: OLIVEIRA, N. R. (Org.). **A Outra Face da Moeda**: violência na Bahia. Salvador: Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador, 2000.

PAES-MACHADO, E.; NASCIMENTO, A. M. Vítimas à deriva: processos sociais de vitimização de bancários por assaltos e sequestros. **Caderno CRH**, Salvador, v. 19, nº 47, p. 215-232, maio/ago., 2006.

PAES-MACHADO, E.; NORONHA, C. V. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº. 7, p. 188-221., jan/jun 2002.

_____. Policing the Brazilian poor: resistance to and acceptance of police brutality in urban popular classes (Salvador, Brazil). **International Criminal Justice review**, Atlanta - Georgia, v. 12, p. 53-76, 2002.

PAES-MACHADO, E.; RICCIO-OLIVEIRA, M. A. O jogo de esconde-esconde. Trabalho perigoso e ação social defensiva entre motoboys de Salvador. **Rev. Bras. de Ciências Criminas**, São Paulo, v. 24, nº. 70, jun., 2009.

PAES-MACHADO, E.; TAPARELLI, G. Violência juvenil, infração e morte nas quadrilhas de Salvador. **Caderno do CEAS**, Salvador, nº. 165, p. 63-81, 1996.

PEIXOTO, B. T.; ANDRADE, M. V. MORO, S. **Violência urbana**: uma análise comparativa da vitimização em São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Vitória. Textos para Discussão. Belo Horizonte: Cedeplar-UFMG, Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

PINTO, L. S. P. **“Até tu chefe?”**: vitimização de empregados de bancos privados na Bahia. 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 62(2): 294-9. mar-abr, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos observacionais em estabelecimentos de atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 41-49.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 276-283, 2007.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (Orgs. e Intr.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice; Revista dos Tribunais, Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, v. 5, 1988, p. 68-80.

RICCIO-OLIVEIRA, M. A. **Ases do asfalto**: vitimização e responsabilização no trabalho de motoboys de Salvador. 2005. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RICOUER, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Porto, Portugal: RÊS Editora, 1989.

ROCHA, P. M. *et al.* de A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S69-S78, 2008.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero Patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANDERS, T. **Sex work**: a risky business. Devon: Wilian Publish. 2005.

SANTANA, F. S.; KALIL, M. E. X.; OLIVEIRA, Z. C. **O Rastro da violência em Salvador – II**: Mortes de residentes em Salvador, de 1998 a 2001. Relatório de pesquisa. Salvador: FCCV/DICS/SESAB/UNICEF/UMLNR/UFBA, 2002.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Violência no Trabalho: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 2, nº. 1, p. 36-54, jan./mar., 2004.

SARDENBERG, C. M. B. Estudos Feministas: um esboço crítico. In: GURGEL, C. (Org.). **Teoria e Práxis dos Enfoques de Gênero**. Salvador: REDORNEGIF, 2004, p. 17-40.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. (Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila). Recife: SOS Corpo, 1993.

_____. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, nº. 1, jan./abr., 2005, p. 11-30.

SELIGMANN-SILVA, E. **Saúde mental e trabalho**. In: TUNDIS, A.S.; COSTA, N.R. (Orgs.) *Cidadania e loucura: políticas públicas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

SHAW, C. R.; MCKAY, H. D. Juvenile delinquency and urban areas. In: CULLEN F. T.; AGNEW, R (Org.). **Criminological Theory: Past to present**. Los Angeles: Roxbury, 2003. p. 104-110.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., & COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, 40, p.112-120. 2006.

SILVA, A. **A prática da Equipe do Programa de Saúde da Família, mudança ou conservação?** 2002. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S263-S272, 2003.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP, v. 9, nº. 16. 2005.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. Os agentes comunitários de saúde no processo de municipalização de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, nº. 1, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufz.br/revista>>. Acesso em: 23 out., 2007.

SIMONETTI, M. C. M. **Displays de gênero e moral sexual entre Agentes de Saúde em um Território Urbano**. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SOARES, A. M. C. “Territorialização” e Pobreza em Salvador – BA. **Estudos Geográficos**, Rio Claro, 4 (2): 17-30 dez., 2006. Disponível em:

<<http://www.rc.unesp.br/igce/grad/geografia/revista.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2008.

SOARES, A. Un phénomène au pluriel: les violences. **L'effectif**. 4(4), p. 26-33, 2001.

SOARES, C. B. *et al.* Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, nº. 3, p. 317-22, set., 2000.

SOARES, G. A. D; MIRANDA, D.; BORGES, D. **As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1): 1325-1335, 2009.

SOUZA, L. J. R. **Trabalho a céu aberto**: situações de violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em Salvador - BA. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina; Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ST. JEAN, P. K. B. **Pockets of crime**: broken window, collective efficacy and the criminal point of view. Chicago/Londres: University of Chicago Press, 2007.

STANKO, E. A. **The meanings of violence**. London: Routledge, 2003.

SUANNO, M. V. R. Auto-Avaliação Institucional: Princípios e Metodologia do Grupo Focal. In: BELLO, J. L. P. **Pedagogia em Foco**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/avinst01.htm>>. Acesso em: 23 set. 2009.

TAPARELLI, G.; NORONHA, C. V. **Vidas em risco**: quando a violência e o crime ameaçam o mundo público e o privado. Salvador: Arcádia, 2008.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu-SP, v. 6, nº. 10, 2002, p. 75-94.

TRAD, L. A. B. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do programa de Saúde da Família. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**,

Botucatu-SP, nº. 2, 1999, p. 103-106.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14: 429-435, 1998.

TREVISAN, J. S. **Seis balas num buraco só: a crise do masculino**. Rio de Janeiro: Record 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UCHIDA, S. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: Um trabalhador na “Berlinda”- Estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Travailler**, São Paulo, nº. 17, 2007.

VELHO, G. Estigma e comportamento desviante em Copacabana. In:_____. (org.). **Desvios e divergências: Uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 116-124.

_____. O estudo do comportamento desviante: A Contribuição da Antropologia social. In:_____. (Org.). **Desvios e divergências: Uma crítica da patologia social**, Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p.11-28.

VELOSO, I. S. C. **A interferência da violência social no trabalho em uma unidade Básica de Saúde**. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VIANA, A. L. D. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2): 11-48. jul./dez. 1998.

WADDINGTON, P. A. J.; BADGER, D.; BULL, R. Avaliando a definição de violência no Trabalho. **Rev. Britânica de Criminologia**, London, 45 (2), 2005.

_____. **The violent workplace**. London: Willan Publishing Seekbooks, 2006.

WALKLATE, S. **Understanding Criminology: Current Theoretical Debates**. Buckingham: Open University Press, 2007.

WYNNE, R.; CLARKIN, N; COX, T.; GRIFFITHS, A. **Guidance on the prevention of violence at work**. Luxembourg: European Commission, 1997.

XU, J. The robbery of motorcycle taxi drivers (*dake zai*) in China: A Lifestyle/Routine Activity Perspective and Beyond. **Brit. J. Criminol.**, London, 49, may/2009, p. 491-512.

YANGNI-ANGATÉ, A. Se necesitan corazones, cabezas y manos para dispensar atención primaria. **Foro Mundial de la Salud**, OMS, Ginebra, v. 12, nº. 4, 1991, p. 437-440.

ZALUAR, A. **A Máquina e a Revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ZEHR, H. **Trocando as lentes**: Um novo foco sobre o crime e a justiça. Justiça restaurativa (Tradução de Tônia Van Acker). São Paulo: Palas Atenas, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Cor:

Religião:

Nível de escolaridade:

Profissão:

Tempo de profissão:

Tempo de atuação:

Tempo de atuação na microárea:

Local de Trabalho:

Você mora na área onde trabalha? Sim () Não ()

Tempo de vida na área:

Com quem mora?

Qual a renda familiar?

O PROCESSO DE TRABALHO

01. Fale-me sobre o que lhe motivou a exercer a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

02. Qual o treinamento que recebeu ou vem recebendo para exercê-la? Tipo? Duração? Com que frequência você tem treinamento? Contribuição.

03. Que tipo de atividades você desenvolve no seu cotidiano de trabalho? Com quem?

04. Fale-me das visitas familiares. Como você se sente quando entra pela primeira vez na casa de um morador?

05. Fale-me das facilidades encontradas no seu cotidiano de trabalho.

06. Fale-me das dificuldades enfrentadas no seu cotidiano de trabalho.

07. O que você faz nas visitas? O que gosta mais dessa atividade? Os moradores já trouxeram assuntos que você não se sentiu à vontade em lidar? Quais? Por quê?

08. Como avalia as famílias com as quais trabalha?

09. O que você acha das condições de vida das famílias de moradores da sua área?

10. Como você acha que as famílias e a comunidade percebem o ACS?

11. Quais as vantagens e desvantagens de trabalhar e morar na mesma área?

SEGURANÇA DA ÁREA

01. O que você acha da infraestrutura dos serviços públicos da sua área?
02. O que você acha da segurança pública da sua área?
03. Você considera que a unidade em que você trabalha tem segurança? Por quê?
04. Você considera a área em que atua uma área de risco? Por quê?

DEFESAS UTILIZADAS

01. Você adota alguma estratégia de defesa pessoal no cotidiano de trabalho? Quais? Por quê?
02. Em caso de violência com as famílias ou com você próprio(a) no âmbito do trabalho, quais as estratégias de defesa que você e a equipe utilizam para enfrentar a situação?
03. O que você sugere como estratégia para facilitar o trabalho do ACS na área?

QUESTÕES DE GÊNERO

1. Você acha que ser um ACS do sexo feminino ou masculino lhe expõe mais a riscos? Por quê?
02. Quais os tipos de violência que os ACS homens e mulheres estão mais expostos?
03. O que você acha de visitar casas em que só residem apenas homens ou apenas mulheres? Por quê?
04. Você acha que ACS homens e mulheres estão vulneráveis aos mesmos riscos?

VITIMIZAÇÃO

01. Você já presenciou ou já soube de casos de violência com as famílias e comunidades com as quais trabalha? SE SIM, Quando? Por quem? Contra quem? Você fez ou pensou em fazer alguma coisa? Outras pessoas fizeram alguma coisa? Você tem conhecimento do resultado das ações?
02. Você já sofreu alguma agressão enquanto fazia seu trabalho? SE SIM, Quando? Por quem? Como ocorreu? Quem estava presente? O que você fez? O que outras pessoas fizeram?
03. Se sim, como você se sentiu/sente depois destes fatos/ocorrências?
04. Você já presenciou ou soube de outros casos de violência com colegas seus? SE SIM, O que aconteceu? Quando? Por quem? Como ocorreu? Quem estava

presente? O que seu colega fez? O que outras pessoas fizeram? Você tem conhecimento do resultado das ações?

05. Fale sobre as relações hierárquicas entre os diversos atores no contexto do PSF.

06. Quais os efeitos da violência no cotidiano de trabalho para o desenvolvimento das suas atividades profissionais?

07. Quais os efeitos da violência no cotidiano do trabalho para a sua saúde?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Pesquisa:

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: VITIMIZAÇÃO NO ÂMBITO DO TRABALHO

Pesquisadora: Tânia Christiane Ferreira Bispo

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Paes-Machado

DATA:

LOCAL:

INÍCIO:

TÉRMINO:

ASSUNTO OBSERVADO:

Observação de campo	Comentários do observador
Como se dá a relação entre os Agentes Comunitários de Saúde, a comunidade e os demais profissionais do PSF?	
Produção discursiva: conteúdos das palavras, frases, gestos, emoção na relação entre os ACS, a comunidade e os demais Profissionais dos PSF.	
Os ACS são acolhidos pelos moradores?	
Observar comentários pessoais sobre a visita dos ACS e demais profissionais do PSF aos moradores.	
Observar a postura do ACS e demais profissionais perante situações de violência.	
Observar defesas adotadas pelos ACS e equipe, em situações de violência.	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, de autoria de Tânia Christiane Ferreira Bispo, sob a orientação da Prof. Dr. Eduardo Paes-Machado, tem por objetivo analisar os tipos, formas e efeitos da vitimização sobre o trabalho, identidade e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família em Salvador-BA.

Procedimentos Metodológicos: a produção de dados implicará na realização de entrevistas semiestruturadas individuais e observação participante com Agentes Comunitários de Saúde, envolvendo perguntas relacionadas ao processo de trabalho, a segurança e a vitimização do ACS no contexto de Unidades de Saúde da Família. Ademais, serão analisados documentos relativos ao Programa Saúde da Família (PSF) e ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde das instituições pesquisadas. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, assegurando-se os devidos cuidados a Ética na Pesquisa em Saúde, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, tais como sigilo, retorno de benefícios para a instituição informante, comunicação às autoridades sanitárias dos resultados da pesquisa, dentre outros. As informações obtidas serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. A participação é voluntária, podendo ser retirado o consentimento pelo entrevistado ou participante em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado. Não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo (antes e durante o curso da pesquisa), o(a) sr.(sra.) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Tânia Christiane Ferreira Bispo, que pode ser encontrado no ISC/UFBA, Rua Basílio Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador-BA, CEP 401.110-040, tel. (71) 3283-7409, fax (71) 3283-7410, e-mail: taniaenf@uol.com.br

Concordo voluntariamente em consentir minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

Tânia Christiane Ferreira Bispo
Pesquisadora responsável

APÊNDICE D - CERTIFICADO DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - DCV

Certificado

Certificamos que _____, participou da capacitação sobre **AS FACETAS NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE** no dia 28 de Outubro de 2008, com carga horária de 4 horas.

Salvador, 28 de Outubro de 2008

Tânia Christiane Ferreira Bispo
Doutoranda em Saúde Pública
Professora da Universidade do Estado da
Bahia - UNEB.

APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS										
CODINOME.	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	COR AUTORREFERIDA	RELIGIÃO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/ TEMPO DE PROFISSÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA	DISTRITO QUE TRABALHA	RESIDE NA ÁREA QUE TRABALHA OU PRÓXIMO
João	50 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Católico	2º Grau	ACS/4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Madalena	41 anos	Feminino	Solteira	Negra	Espírita	2º Grau	ACS/4 anos	4 anos	Distrito C	Não
Francisco	35 anos	Masculino	Casado	Negro	Protestante	2º Grau	ACS/ 5 anos	5 anos	Distrito C	Sim
Maria	43 anos	Feminino	Casada	Branca	Católica	3º Grau	ACS/ 10anos	10 anos	Distrito C	Não
Roberta	23 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Benedita	26 anos	Feminino	Solteiro	Negra	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Não
Carlos	33 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Não declara	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Florisberto	31 anos	Masculino	Casado	Negro	Protestante	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Ana	33 anos	Feminino	Solteira	Branca	Católica	3º Grau	ACS/ 9 anos	9 anos	Distrito C	Sim
Carolina	37 anos	Feminino	Casada	Negra	Não declara	2º Grau	ACS/ 10 anos	9 anos	Distrito A	Sim
Paulo	30 anos	Masculino	Casado	Negro	Cristianismo	3º Grau inc.	ACS/ 10 anos	9 anos	Distrito A	Sim
Olga	36 anos	Feminino	Casada	Parda	Evangélica	3º Grau inc.	ACS/10 anos	9 anos	Distrito A	Sim
Jorge	36 anos	Masculino	Separado	Negro	Católico	2º Grau	ACS/ 6 anos	6 anos	Distrito A	Sim
Anita	32 anos	Feminino	Casada	Negra	Católico	2º Grau	ACS/ 3 anos	3 anos	Distrito C	Sim
Ricardo	30 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Católico	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Evileide	24 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católico	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim

Augusto	28 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Lúcia	32 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito C	Sim
Cleonice	25 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Joana	28 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Cecília	29 anos	Feminino	Solteira	Negra	Candomblé	3º Grau inc.	ACS/ 6 anos	6 anos	Distrito A	Sim
Simone	38 anos	Feminino	Solteira	Branca	Católica	2º Grau	ACS/ 6 anos	6 anos	Distrito A	Sim
Sílvia	39 anos	Feminino	Casada	Parda	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 6 anos	6 anos	Distrito A	Não
Tereza	39 anos	Feminino	Casada	Negra	Evangélica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Mírian	28 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Matheus	25 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Indefinido	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Índira	31 anos	Feminino	Casada	Branca	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Cristina	47 anos	Feminino	Casada	Negra	Indefinida	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Margareth	40 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Catarina	28 anos	Feminino	Solteira	Negra	Candomblé	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Elizabete	38 anos	Feminino	Solteira	Negra	Espírita	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Romeu	31 anos	Masculino	Casado	Pardo	Evangélico	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Paloma	23 anos	Feminino	Solteira	Negra	Batista	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Rosa	31 anos	Feminino	Solteira	Negra	Espírita	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Odete	29 anos	Feminino	Solteira	Negra	Cristã	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Fátima	36 anos	Feminino	Solteira	Negra	T. Jeová	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Emília	30 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim

Anísia	30 anos	Feminino	Casada	Parda	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Diana	29 anos	Feminino	Casada	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Jacqueline	22 anos	Feminino	Casada	Parda	Cristã	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Virginia	36 anos	Feminino	Casada	Negra	Indefinida	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Emanuela	29 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Fernando	32 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Indefinida	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Flávia	43 anos	Feminino	Viúva	Parda	T. Jeová	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Vinicius	28 anos	Masculino	Casado	Negro	Católico	3º Grau inc.	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito B	Sim
Flora	47 anos	Feminino	Solteira	Negra	Evangélica	2º Grau	ACS/ 9 anos	9 anos	Distrito A	Não
Luíza	28 anos	Feminino	Casada	Parda	T. Jeová	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Regina	39 anos	Feminino	Casada	Negra	Protestante	3º Grau inc.	ACS/ 5 anos	5 anos	Distrito A	Sim
Victor	32 anos	Feminino	Casada	Negra	Evangélica	3º Grau inc.	ACS/ 5 anos	5 anos	Distrito A	Sim
Gabriela	30 anos	Feminino	Casada	Parda	Cristã	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Isabel	39 anos	Feminino	Solteira	Parda	Evangélica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Aracy	36 anos	Feminino	Casada	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Helena	25 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	3º Grau inc.	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Rita	29 anos	Feminino	Solteira	Negra	Candomblé	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Rachel	32 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Tarsila	47 anos	Feminino	Casada	Negra	Candomblé	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Denise	31 anos	Feminino	Casada	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Clarisse	46 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim

Larissa	41 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Clara	26 anos	Feminino	Casada	Parda	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Patrícia	34 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	3º Grau Inc.	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Edson	32 anos	Masculino	Casado	Pardo	Católico	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Mario	32 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Católico	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Amélia	44 anos	Feminino	Solteira	Negra	Espírita	3º Grau Inc.	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Délia	34 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Gisele	52 anos	Feminino	Casada	Parda	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Milena	31 anos	Feminino	Casada	Negra	Candomblé	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Josefa	41 anos	Feminino	Solteira	Branca	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Cláudia	32 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	2º Grau	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Moacir	39 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Católico	3º Grau Incom.	ACS/ 6anos	6 anos	Distrito C	Sim
Moisés	29 anos	Masculino	Casado	Negro	Católico	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Kadú	32 anos	Masculino	Solteiro	Negro	Católico	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Não
Mabel	26 anos	Feminino	Solteira	Negra	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Isabele	28 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim
Malu	30 anos	Feminino	Solteira	Parda	Católica	2º Grau	ACS/ 4 anos	4 anos	Distrito A	Sim

ANEXOS

ANEXO A - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELA SMS

**Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal.**

Salvador, 09 de Março de 2009.
Ofício N.º 049 / 09.

Senhor (a) Coordenador (a),

Estamos apresentando **TÂNIA CHRISTIANE FERREIRA BISPO** aluno (a) da UFBA. INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, que deverá executar o projeto de pesquisa nos Distritos Sanitários: do S. Ferroviário, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Itapuã, Cabula/Beirú, intitulado "**Agentes Comunitários de Saúde: facetas no Âmbito do Trabalho**", para fins estritamente acadêmicos.

A aluna deverá apresentar a aprovação do Comitê de Ética para desenvolver a pesquisa, que deverá ser operacionalizada em conformidade com as normas e rotinas dos D. S., e disponibilidade dos profissionais envolvidos.

Obs. O pesquisador apresentar cópia do projeto e resultado da pesquisa depois de concluída, sendo que a publicação e divulgação da conclusão da pesquisa fora do âmbito acadêmico da Instituição de Ensino, só serão permitidas mediante autorização da SMS.

Atenciosamente,


Almir Silva Ferreira
Educação Continuada


Flávia D. M. de Mattos
Subcoord. De Educação Permanente

C/ cópias para os D. S. acima

Ilmo. (a). Sr. (a).

Dr.(a)

M.D. Coordenadores (a) dos D. S. Barra, Brotas, Cabula, Subúrbio, S. Caetano, Itapuã e Liberdade.

ANEXO B - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 030-09 / CEP-ISC

Registro CEP: 031-09/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "Rompendo o silêncio: Vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador- Ba."

Pesquisador Responsável: Tânia Christiane Ferreira Bispo

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 29 de setembro de 2009, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 01 de outubro de 2009.

Leny Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia