



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

CARLA SILVA SOARES

**MAPEANDO RISCOS E SELECIONANDO INTERAÇÕES: A
CONSTRUÇÃO DE DEFESAS CONTRA A VIOLÊNCIA POR
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SALVADOR-BA**

Salvador
2012

CARLA SILVA SOARES

**MAPEANDO RISCOS E SELECIONANDO INTERAÇÕES: A
CONSTRUÇÃO DE DEFESAS CONTRA A VIOLÊNCIA POR
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Paes Machado.

Salvador
2012

CARLA SILVA SOARES

**MAPEANDO RISCOS E SELECIONANDO INTERAÇÕES: A
CONSTRUÇÃO DE DEFESAS CONTRA A VIOLÊNCIA POR
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Aprovada em: 29 de março de 2012

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno – USP

Prof. Dra. Ceci Vilar Noronha – UBFA/ISC

Prof. Dr. Eduardo Paes Machado – UBFA/ISC

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as defesas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contra as possíveis vitimizações (diretas e indiretas) presentes no seu cotidiano de trabalho. Estudos têm abordado ameaças e/ou vitimizações sofridas por categorias profissionais. São ocorrências relacionadas à forma como a sua atividade está organizada. No contexto da atenção à saúde, a violência compromete a equidade e a qualidade na prestação dos serviços. Diante da ameaça de violência, os sujeitos realizam alterações das suas atividades rotineiras para constituir defesas. Estas se baseiam ações individuais e inter-individuais, no reconhecimento e uso seletivo do espaço urbano e/ou no recurso aos laços sociais com atores legais e ilegais. Foi utilizada metodologia qualitativa, com recurso à triangulação metodológica. As técnicas utilizadas foram análise de documentos referentes à atividade de ACS, observação participante das rotinas nas unidades, dos deslocamentos e visitas aos domicílios, e entrevistas semi-estruturadas com 22 ACS. Foram contextos da pesquisa uma entidade de representação da categoria (Contexto A) e dois Distritos Sanitários (DSB e DSC) da cidade de Salvador-BA. Para a análise dos dados, foi feito recurso ao corpo de técnicas da Análise de Conteúdo. Medidas referentes à ética incluíram apresentação de termos de consentimento livre e esclarecido e preservação de nomes, datas, locais e quaisquer outras informações que pudessem comprometer a privacidade dos sujeitos. Os resultados indicam que as vitimizações sofridas e as defesas empreendidas pelos ACS se estruturam em três espaços: privado, público-estatal e público. No espaço privado e no público-estatal as principais ameaças são representadas pelos usuários do programa. No espaço público, os ACS são vitimizados pela exposição às atividades criminosas e a eventuais conflitos armados na microárea. Entre as defesas, destacam-se a cuidadosa avaliação do estado do morador antes de adentrar as residências ou de intervir em situações de violência doméstica, o mapeamento da área e a seletividade no trânsito pelas ruas. Destaca-se ainda o uso de defesas baseadas em interações e negociações com atores legais (rede de vigilância) ou ilegais (créditos de proteção).

Palavras-chave: agentes comunitários de saúde; violência; vitimização de categorias profissionais; defesas contra o crime.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the defenses of Community Health Agents (CHA) against possible victimization (direct and indirect) present in their daily work. Studies have addressed threats and/or victimization suffered by occupational categories. Occurrences are related to how their routine activities are organized. In the context of health care, the violence undermines the equity and quality in provision of services. Facing the threat of violence, subjects perform changes of their routine activities to built defenses. These are based on individual and inter-individual action, recognition and selective use of urban space and/or the use of social ties with legal and illegal actors. Qualitative methodology was used, resorting to methodological triangulation. The techniques were analysis of documents relating to the activity of CHA, participant observation of the routines in the Health Care Units, of transit in the community and visits to the homes and semi-structured interviews with 22 CHAs. Contexts of the research were one representative entity of the category (Context A) and two Health Districts (HDB and HDC) in the city of Salvador, Bahia. For data analysis we resorted to the body techniques of content analysis. Actions regarding ethics included presentation of consent forms and preservation of names, dates, locations and any other information that could compromise the privacy of the subjects. The results indicate that the suffered victimization and defenses undertaken by CHAs are structured into three spaces: private, state-public and public. In the private and the state-public space, main threats are represented by the users of the program. In public space, CHAs are victimized by the exposure to criminal activities and possible armed conflicts in the micro-area. Among the defenses, we highlight the careful assessment of the resident before entering homes or intervening in domestic violence situations, the area mapping and selective traffic on the streets. Was also noted the use of defenses based on interactions and negotiations with legal (network of surveillance) or illegal actors (protection credits)

Keywords: community health agents, violence, victimization of professional categories; defenses against crime.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ACS	Agente Comunitário de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
DS	Distrito Sanitário

APRESENTAÇÃO

Ao ingressar no mestrado no Instituto de Saúde Coletiva,, eu objetivava estudar os impactos psicossociais dos homicídios sobre as suas vítimas indiretas. Tinha interesse em compreender as conseqüências dos homicídios sobre as famílias daqueles que perderam suas vidas. Devido à ousadia da empreitada, pouco compatível com um mestrado em termo de tempo, foi sugerido pelo meu orientador que tomasse um caminho de pesquisa que já havia começado a ser percorrido pelo nosso grupo: as vitimizações e defesas de categorias profissionais. Especificamente, me foi sugerido seguir o caminho aberto pela pesquisadora Tânia Christiane Ferreira Bispo, doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva ISC-UFBA que desenvolveu sua tese abordando o processo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de 2008 a 2011. Na presente dissertação, voltamos a colocar o foco sobre os ACS, estudando a construção de defesas contra a violência no cotidiano deste ator.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	VIOLÊNCIA.....	13
2.2	VÍTIMAS E VITMIZAÇÃO.....	14
2.3	VITIMIZAÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHO.....	18
2.4	DEFESAS CONTRA A VITMIZAÇÃO.....	23
3	MÉTODO.....	28
3.1	CONTEXTO DE ESTUDO.....	31
	3.1.1 Entidade de Representação Profissional - Contexto A.....	31
	3.1.2 Distrito Sanitário B.....	32
	3.1.3 Distrito Sanitário C.....	32
3.2	PARTICIPANTES.....	33
3.3	INSTRUMENTOS.....	34
3.4	ANÁLISE.....	35
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
4	CARACTERIZAÇÃO DO PACS E DO PFS.....	39
5	O ACS: DA LEGISLAÇÃO À PRÁTICA.....	44
5.1	INGRESSO NA ATIVIDADE.....	44
5.2	CAPACITAÇÕES.....	45
5.3	RELAÇÕES DE TRABALHO.....	47
5.4	ROTINA DE TRABALHO.....	50
6	VITIMIZAÇÕES.....	54
6.1	VITIMIZAÇÃO EM ESPAÇO PRIVADO.....	56
	6.1.1 Vitimização direta.....	56
	6.1.2 Vitimização indireta.....	62
6.2	VITIMIZAÇÃO EM ESPAÇO PÚBLICO-ESTATAL.....	65
	6.2.1 Vitimização direta.....	66
	6.2.2 Vitimização indireta.....	68

6.3	VITIMIZAÇÃO EM ESPAÇO PÚBLICO.....	70
6.3.1	Vitimização direta.....	71
6.3.2	Vitimização indireta.....	76
7	CONSTRUINDO DEFESAS.....	81
7.1	DEFESAS EM ESPAÇO PRIVADO.....	81
7.2	DEFESAS EM ESPAÇO PÚBLICO-ESTATAL.....	89
7.3	DEFESAS EM ESPAÇO PÚBLICO.....	91
7.3.1	Mapeando a microárea.....	91
7.3.1	Negociando a circulação.....	95
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICES.....	115
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO – CONTEXTO A.....	116
	APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS.....	117
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA.....	118
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO – UNIDADES..	119
	APÊNDICE E – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO – VISITAS.....	120
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	121

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência figura entre os principais problemas de saúde do Brasil e do mundo (MINAYO, 2007). Dados do Ministério da Saúde indicam que a taxa de mortalidade por homicídio no Brasil em 2008 foi de 26,4 por 100 mil habitantes, e de 23,7 na Bahia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Especificamente em Salvador, no mesmo ano, a taxa sobe para 49 por 100 mil habitantes, confirmando a demarcação das regiões metropolitanas como áreas de concentração dos homicídios (KILSZTAJN, 2005).

Apesar de ser reconhecida como um fenômeno sócio-histórico presente em toda experiência da humanidade, a violência passa a ser considerada uma questão de saúde pública, quando se considera que afeta a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e coletividades. O tema tem levantado discussões sobre a sua prevenção e o enfrentamento das conseqüências sobre as suas vítimas (MINAYO; SOUZA, 1999). A sua relevância tem se traduzido em políticas públicas de âmbito nacional e municipal, tais como a “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (MS, 2001) e o “Plano Intersetorial Modular de Ação para a Promoção da Paz e da Qualidade de Vida na Cidade do Salvador” (PAIM; GONÇALVES; VILASBÔAS, 2009).

No contexto de trabalho, a violência adquire uma face específica. A extensão do problema é pontuada por Waddington, Badger e Bull (2006), que defendem que tais tipos de vitimizações são comuns, não atingindo apenas alguns, mas a força de trabalho como um todo.

Neste sentido, diversas categorias profissionais têm sofrido ameaças e/ou vitimizações, relacionadas à forma como a sua atividade está organizada (LANCMAN *et al.*, 2007). O risco de vitimização varia entre as categorias, atingindo aqueles profissionais que têm contato com clientes, lidam com dinheiro, representam instituições públicas e, principalmente, que têm a rua como espaço de trabalho (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; LANCMAN *et al.*, 2007; PAES-MACHADO; NASCIMENTO, 2006; WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006). Destaca-se ainda, a especificidade da vitimização de profissionais de saúde, que têm expectativas singulares quanto à relação com o seu público, um contrato moral implícito (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Estudos dos últimos anos têm apontado a exposição do trabalhador à violência como um possível desafio à atenção à saúde. A violência teria o papel de mediadora da relação entre a equipe de saúde e a população atendida (DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005; DESLANDES, 2000), tornando-se um fator comprometedor da equidade e da qualidade na prestação dos serviços (EL-GILANY; EL-WEHADY; AMR, 2010).

Diante da ameaça de violência, os sujeitos realizam alterações das suas atividades rotineiras para constituir defesas baseadas principalmente em ações individuais e inter-individuais, no reconhecimento e uso seletivo do espaço urbano e/ou no recurso aos laços sociais com atores legais e ilegais (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; ST JEAN, 2007; FELSON, 2006; GAMBETTA; HAMILL, 2005; LYSAGHT; BASTEN, 2003).

Trata-se de práticas que, embora protejam os indivíduos contra a vitimização, simultaneamente infligem violência à sua vida. As complexas negociações nas quais os indivíduos são cotidianamente forçados a se engajar representam manifestações de violência que atingem uma população muito maior do que aquela efetivamente vitimizada (LYSAGHT; BASTEN, 2003).

Considerando as possíveis conseqüências da violência para o trabalhador e para a atenção à saúde como um todo, o presente trabalho teve como objetivo analisar as defesas dos Agentes Comunitários de Saúde contra as possíveis vitimizações (diretas e indiretas) presentes no seu cotidiano de trabalho. Especificamente, objetivou conhecer as rotinas de trabalho dos ACS nos Distritos Sanitários pesquisados; descrever os tipos de vitimização (direta e indireta) existentes no cotidiano de trabalho dos ACS e suas conseqüências psicossociais para o trabalhador; compreender as perspectivas dos ACS acerca da segurança no seu próprio bairro e analisar as mudanças empreendidas na rotina de trabalho e pessoal dos ACS diante do risco percebido de vitimização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA

A violência, enquanto fenômeno sócio-histórico de relevância crescente para as ciências e a opinião pública, é abordada através de uma diversidade de definições e perspectivas. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (KRUG, E. G. *et al.*, 2002 p. 5) a define como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Porém, Stanko (2003) salienta que “violência” é um termo ambíguo, cujo uso é adaptado de diversas formas pelos sujeitos, para nomear um amplo escopo de eventos e sentimentos. O significado da violência está submerso no contexto em que ela ocorre. As mensagens que transmite são captadas através deste contexto, e têm possibilidades de compreensão que variam de acordo com a idade, o gênero, a orientação sexual, a identidade e a história pessoal de quem a sofre.

Desta forma, demonstra a ampla variação intersubjetiva e intercultural do que é este fenômeno: nem toda violência é condenada, punida ou objeto de desaprovação geral. Destaca uma mudança historicamente nas sociedades dos discursos e atitudes acerca de certas formas de violência (STANKO, 2003).

Sobre a variação cultural, Gartner (1997) pontua que é possível identificar conexões

entre os níveis de violência de uma sociedade as suas tradições culturais, instituições sociopolíticas e composição demográfica. Isto tem implicações sobre como se vai prevenir e controlar a violência interpessoal. Destaca, ainda, que políticas para lidar com o crime que desestabilizam comunidades, reforçam divisões grupais e marginalizam segmentos de uma população podem, ao contrário dos seus objetivos, intensificar o problema da violência.

Trata-se, portanto, de um problema complexo, que necessita ser abordado cientificamente de suas diversas perspectivas, para que se compreendam os seus diferentes sentidos e implicações. No presente trabalho, a violência será investigada a partir de relatos de vítimas (reais ou potenciais), seus processos de vitimização e suas rotinas de defesa.

2.2 VÍTIMAS E VITMIZAÇÃO

Na criminologia, o foco sobre a vítima vem desde 1948, quando nasceu o campo da vitimologia (HENTIG, 1948 *apud* ZEDNER, 1995). Trata-se da parte da criminologia que se dedica ao estudo das vítimas, da incidência, padrões de vitimização, do impacto dos crimes, necessidades e serviços voltados para estas (WALKLATE, 2003; ZEDNER, 1995). Além das pessoas diretamente prejudicadas, têm sido consideradas também as vítimas indiretas: as pessoas afetadas por um crime, que o assistiram ou são obrigados a conviver com as suas conseqüências como vítimas (SCHNEIDER, 2001; ROCK, 2000; ZEDNER, 1995).

No contexto de processos de vitimização, Cohen e Felson (1979) trazem a teoria

das atividades rotineiras, utilizada para discutir a dinâmica de violações predatórias de contato direto. Estas são definidas como atos ilegais que implicam na tentativa ou realização de subtração ou danos a propriedade ou pessoa (GLASER, 1971 *apud* COHEN; FELSON, 1979), e que envolvam contato físico direto entre ofensor e objeto ou vítima.

Segundo os autores, para que tais atos ocorram, é indispensável a convergência no espaço e no tempo de três elementos: criminosos motivados, alvos disponíveis e a ausência de guardiões capazes (COHEN; FELSON, 1979). Argumentam, ainda, que a ausência de qualquer um dos três elementos é suficiente para frustrar a realização destes crimes predatórios.

O “criminoso motivado” se refere a uma pessoa com tendências criminosas e capacidade (psicológica, física, intelectual) de realizá-las. Os autores referem que o aumento progressivo da criminalidade não significa necessariamente aumento no número de ofensores, mas pode ter influência dos outros dois elementos e da sua convergência no tempo e no espaço.

O alvo disponível é uma pessoa ou objeto que ofereça atrativos para o ofensor. Tal atração se traduz em aspectos como

valor (ou seja, a desejabilidade material ou simbólica de uma pessoa ou propriedade para os ofensores), visibilidade física, acesso e a inércia de um alvo contra o tratamento ilegal pelos ofensores (incluindo o peso, o tamanho e o fato da propriedade estar presa ou trancada, inibindo sua remoção clandestina e a capacidade física de vítimas pessoais para resistir a atacantes, com ou sem armas) (COEHN; FELSON, 1979 p. 591)

Cohen e Felson (1979) destacam que mudanças na rotina de atividades e de

produção têm influenciado fortemente a adequabilidade de alvos para crimes. Bens de consumo cada vez mais leves e mais caros têm se tornado mais desejáveis e fáceis de subtrair, além das atividades rotineiras determinarem a sua localização em espaços visíveis e acessíveis. Do mesmo modo, a estruturação da rotina pode ocasionar a posse de objetos que podem funcionar como armas (para realização de atos criminosos ou proteção pessoal) assim como distração, reduzindo a capacidade de resistir a ofensores.

A “ausência de guardiões capazes” se refere à falta de pessoas (parte da força policial ou não) aptas a impedir o ato criminoso predatório de ser bem sucedido, não havendo distinção analítica entre alvo e guardião quando um alvo pessoal defende a si próprio contra a agressão. Cohen e Felson (1979) deixam em aberto a questão do que torna um guardião eficaz ou ineficaz em cada situação, além de admitirem que guardiões possam ter focos primários diversos (somente o infrator, somente o alvo ou ambos).

A questão dos guardiões capazes é um ponto importante de discussão, pelo fato da proteção estar implícita na vida cotidiana e marcada pela ausência de ato violento, sendo fácil de ignorar. Análises sociológicas tendem a abordar amplamente a ação policial, negligenciando a proteção dos cidadãos uns aos outros e o seu papel como guardiões capazes de evitar a realização de atos violentos.

Salienta-se a necessidade destes três elementos convergirem no tempo e no espaço para que o ato violento predatório seja levado a cabo. Neste sentido, parte importante do trabalho de Cohen e Felson (1979) e outros estudiosos (BEATO;

PEIXOTO; ANDRADE, 2004) tem sido analisado como a frequência de convergência dos três elementos é afetada pelas tendências e flutuações nas condições sociais. Destacam, ainda, que “a estrutura espacial e temporal das atividades de rotina legais devem desempenhar um papel importante em determinar a localização, tipo e quantidade de atos ilegais que ocorrem em uma determinada comunidade ou sociedade.” (COHEN; FELSON, 1979, p. 590).

No Brasil, a perspectiva de Cohen e Felson (1979) vem recentemente sendo utilizada nas pesquisas de vitimização de categorias profissionais (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009). A teoria das atividades rotineiras tem ajudado a compreender como a configuração espaço-temporal de determinadas profissões favorece a ocorrência de certos tipos de agressão.

Especificamente no caso dos ACS, a compreensão da violência como originada da convergência espaço-temporal de ofensores motivados, alvos disponíveis e ausência de guardiões capazes (COHEN; FELSON, 1979), traz elementos importantes para analisar a vitimização destes profissionais. No caso de áreas periféricas ou dominadas pela criminalidade, a estrutura espaço-temporal do trabalho do ACS oportuniza o encontro destes profissionais com ofensores motivados e media a presença de guardiões capazes.

2.3 VITIMIZAÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHO

Pesquisas nos últimos anos têm evidenciado algumas características das atividades que tornam seus profissionais mais vulneráveis à violência. Neste sentido,

destacam-se: o contato com o público; posto de trabalho móvel ou externo (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; PAES-MACHADO; LEVENSTEIN, 2002); a necessidade de entrar em casas de pessoas desconhecidas; contato com pessoas instáveis em cuidados de saúde ou serviço social; locais de trabalho no interior de comunidades isoladas; trabalho sozinho ou em pequenos grupos (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006) e o trabalho como representante de órgão público (LANCMAN *et al.*, 2007).

Em pesquisa sobre as experiências de profissionais em contextos de alto risco (polícia; equipe de emergência hospitalar; assistentes sociais; e profissionais de saúde mental), Waddington, Badger e Bull (2006) descrevem o que é considerado um episódio violento para cada uma das categorias, assim como suas conseqüências para o trabalhador. É destacado o caráter específico das agressões sofridas pelos trabalhadores da saúde, por representarem a quebra do contrato moral implícito entre profissional e paciente (relação de cuidado), de modo que se considera que a vulnerabilidade deve ser concebida em termos de exposição a “hostilidade não-merecida”, e não ao nível de agressividade do episódio (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Deste modo, não há uma correlação simples entre a natureza do ataque e sua severidade para a vítima. Além da quebra do contrato moral implícito (no caso dos trabalhadores da emergência), todos os profissionais do cuidado percebiam a violência como um fator externo ao serviço e profundamente perturbador.

A pesquisa de Waddington, Badger e Bull (2006) aborda, ainda, as características

contextuais que expõem o profissional a maior risco, tais como a entrada a residência de outrem, pela não-familiaridade com o ambiente e dificuldade de controlá-lo para a própria proteção. Do mesmo modo, isolamento, possibilidade de fuga, *timing*, e estresse ambiental são características associadas à maior sensação de vulnerabilidade do profissional.

Estudando especificamente profissionais da atenção primária à saúde, El-Gilany, Wehady e Amr (2010) investigaram a magnitude, preditores e circunstâncias da violência no contexto de trabalho destes profissionais. Os autores concluíram que o acesso equitativo à atenção primária, assim como as políticas de aumento da qualidade e credibilidade dos serviços, são prejudicados quando os profissionais se sentem vulneráveis à violência.

No Brasil, pesquisas recentes (LANCMAN *et al.*, 2009; PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; LANCMAN *et al.*, 2007; PAES-MACHADO; NASCIMENTO, 2006; PAES-MACHADO; LEVENSTEIN, 2002) têm destacado a vulnerabilidade de profissionais em geral e principalmente dos que trabalham em deslocamento, a assaltos, agressões verbais e físicas de clientes insatisfeitos.

Em pesquisa sobre o impacto da criminalidade violenta sobre as condições de trabalho, saúde e segurança de trabalhadores do transporte público, Paes-Machado e Levenstein (2002) destacam como principais formas de vitimização: relações conflituosas com os usuários, sonegação de passagem (vista como insuportável devido à humilhação pública que a acompanha), extorsões e roubos (que podem resultar em lesão ou morte). Como conseqüências, destacam-se ansiedade, conflito

de identidade e “transtorno de medo” (p. 1224), este último traduzido na identificação de passageiros civis como possíveis assaltantes.

Ao investigar os processos de vitimização de bancários, Paes-Machado e Nascimento (2006, p.230) destacam como a confluência das políticas bancárias, do policiamento ineficaz e da expansão da atividade de grupos criminosos ocasionam “interações forçadas”, caracterizadas pela dificuldade de escolha, resistência e negociação, que impõem ao funcionário dilemas ontológicos, morais e trabalhistas. A principal consequência destas experiências é o desamparo dos trabalhadores acerca da organização, da vida familiar e das condições gerais de existência, com processos de responsabilização e segregação sendo sofridos dentro da própria empresa e nas redes sociais.

Abordando as condições de trabalho e vitimizações de agentes de trânsito, Lancman *et al.* (2007) constataram que o fato de ter a rua como espaço de trabalho, além de ser representante de órgão público, expõe o trabalhador a agressões verbais e até físicas. Destacam que questões organizacionais do trabalho, tais como a diminuição do efetivo de trabalhadores, aumento da carga de trabalho e a manipulação de dinheiro, exacerbam as tensões com o público e os riscos de vitimização.

Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009), em pesquisa sobre condições de trabalho, vitimização e ação social defensiva entre *motoboys*, desvelam o papel das relações precárias de trabalho, da desconfiança da população em geral e do desrespeito de policiais na estruturação das situações de violência às quais os trabalhadores estão expostos. Destacam, ainda, as defesas construídas pelos *motoboys* a partir do seu

conhecimento ecológico do espaço urbano e das suas redes sociais.

Abordando membros de equipes de PSF, Lancman e seus colaboradores (2009) descrevem as formas de violência que afetam a saúde mental de médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde do PSF, assim como as estratégias desenvolvidas por estes para realizar seu trabalho e se proteger psicologicamente. Os autores constataram forte tendência ao sofrimento psíquico devido à violência no trabalho e à ameaça desta, relacionada principalmente ao medo de sofrer represálias de usuários violentos e insatisfeitos com o serviço. Em todas as categorias profissionais envolvidas são gerados sentimentos de solidão e de vulnerabilidade. Porém, destacam que os principais expostos são os agentes comunitários, que estabelecem estratégias de defesa para enfrentar situações de risco, utilizando-se de “astúcia” (LANCMAN *et al.*, 2009, p.5) e produzindo uma rede de proteção e solidariedade na comunidade.

Ainda no contexto do PFS, Garrido (2004) explorou as percepções, práticas e dificuldades de profissionais do PSF na abordagem da violência doméstica contra as mulheres. A autora verificou que, embora as agressões sejam freqüentemente identificadas pelos profissionais, nem todos as consideram como campo de atuação do setor saúde. Uma parte dos sujeitos considerava a violência doméstica como um fenômeno de caráter privado, sobre o qual não caberia intervenção.

Pesquisando especificamente a vitimização de ACS, Bispo (2011) evidenciou que a maior parte dos profissionais já havia sofrido algum tipo de vitimização no contexto de trabalho. Concluiu que estes profissionais estão expostos à violência em dois

contextos diferentes: o espaço público e o privado. No espaço público, a autora refere a vitimização indireta pela exposição ao tráfico de drogas e a tiroteios. No espaço privado, são vitimizados diretamente pelo assédio sexual e indiretamente pelas ocorrências de violência doméstica.

Dos trabalhos discutidos acima, a maioria destaca a falta de apoio e até culpabilização por parte da chefia como fator importante relacionado à vitimização e às suas conseqüências (LANCMAN *et al.*, 2009; PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; LANCMAN *et al.*, 2007; PAES-MACHADO; LEVENSTEIN, 2002). Lancman e seus colaboradores (2007, p 89) salientam, ainda, que as agressões e riscos terminam sendo naturalizados como “parte do cenário do trabalhar na rua”, de modo que não há estratégias coletivas de defesa, que incluam mudanças na organização do trabalho, para torná-lo menos arriscado.

Diante destes achados de pesquisas anteriores e das especificidades do trabalho dos ACS, destaca-se a importância de abordar os tipos e processos de vitimização destes profissionais, suas conseqüências psicossociais para o trabalhador, e como estas ocorrências se inserem na estruturação da rotina de trabalho. Buscamos incluir, além do espaço público e do privado estudados por Bispo (2011), as vitimizações ocorridas nas unidades de saúde (espaço público-estatal).

2.4 DEFESAS CONTRA A VITMIZAÇÃO

A partir das condições facilitadoras da vitimização de profissionais acima discutidas, observa-se o caráter intrinsecamente arriscado de alguns contextos, de modo que o

desenvolvimento de defesas torna-se crítico para a proteção dos sujeitos. Sanders (2005) salienta que a decisão de assumir ou evitar riscos está mergulhada no contexto social, econômico e político do trabalhador (estrutura da atividade), diante do qual são empregadas estratégias de minimização de riscos baseadas em regras gerais e códigos de conduta.

Felson (2006) classifica as defesas em primárias e secundárias. As primárias são aquelas utilizadas antes de se detectar a presença de um ofensor potencial. São comportamentos empreendidos visando impedir que uma ameaça se instale. São elas: 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. A dissuasão abrange uma série de comportamentos que objetivam aparentar ou demonstrar força e capacidade de resistir a um ataque. Por fim, a superação 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 (FELSON, 2006).

As defesas secundárias (desestímulo e oposição aos adversários) são acionadas quando uma ameaça já se instalou (o ofensor já foi identificado e já iniciou sua ação). Além de impedirem a vitimização presente, também intimidam ações criminosas futuras.

O desestímulo é um conjunto de comportamentos que visam fazer um ofensor

motivado desistir da agressão, tornando o alvo não atrativo, demonstrando capacidade de resistir ou empregando o apoio de guardiões capazes. A oposição aos adversários implica no uso de defesas sociais de emergência (gritos, alarmes, telefonemas), força física ou armas para enfrentar diretamente o ofensor e frustrar a ação criminosa.

Entre os estudos internacionais, há também uma tendência à valorização do reconhecimento e uso seletivo do espaço urbano como estratégia defensiva (LYSAGHT; BASTEN, 2003; GAMBETTA; HAMILL, 2005; ST JEAN, 2007). Estudando comunidades marcadas pela violência sectária na Irlanda, Lysaght e Basten (2003) examinaram a administração da vida cotidiana e a negociação dos espaços. As autoras concluíram que regras não-escritas criam divisões geográficas numa micro-escala. Salientam que um “livro de regras” implícito influencia as práticas espaciais de duas formas: prescreve quais espaços um indivíduo pode usar (e quais não pode); e dita como um indivíduo deve adaptar seu comportamento quando transita por espaço público (LYSAGHT; BASTEN, 2003).

Do mesmo modo, Gambetta e Hamill (2005), estudando práticas defensivas de taxistas, concluíram que os trabalhadores têm um mapa mental das áreas restritas, selecionadas com base em critérios cada vez mais refinados. Quanto maior e mais detalhado o conhecimento que tem acerca de uma área, mais refinada é a seletividade.

Os mesmos autores salientam que também há uma seletividade da clientela com a qual se escolhe lidar, baseada na observação de signos e sinais emitidos pelos

sujeitos. Denominam-se signos as características espontâneas (difíceis de serem fingidas) que demonstram a confiabilidade de um indivíduo. Sinais, por outro lado, são características intencionalmente mimetizadas por um sujeito para convencer o seu interlocutor da impressão que quer causar. Gambetta e Hamill (2005) salientam que os sinais também são utilizados em defesa dos próprios trabalhadores, que buscam demonstrar sua intenção de enfrentar possíveis assaltantes ou de colaborar com estes.

Ainda na perspectiva de uso seletivo do espaço urbano, St Jean (2007) destaca as características ecológicas que favorecem ou inibem condutas delituosas em tais contextos. Entre os seus achados, o autor salienta o recurso à negociação de vigilância entre atores lícitos e ilícitos.

Neste sentido, Coleman (1988) explora o papel dos laços sociais na manutenção da segurança dos atores. Através destas relações, fluem obrigações e expectativas, canais de informação ou normas sociais que contribuem para a redução dos riscos de vitimização.

Do mesmo modo, Sampson, Raudenbush e Earls (1997) abordam o papel da eficácia coletiva como mediadora da associação entre a violência e a pobreza e instabilidade residencial. Salientam, porém, que a efetivação do controle social não depende somente da densidade dos laços sociais, mas também de um senso de confiança compartilhado, e disposição para agir na resolução de problemas comunitários.

Partindo de uma perspectiva que coaduna vários dos estudos internacionais acima discutidos, Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009) problematizam a sutileza da estruturação das atividades rotineiras enquanto recurso de proteção. De acordo com os autores, as defesas – classificadas em restritivas e expansivas – podem ser 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” (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009 p. 92).

As defesas restritivas são ações mais pontuais e imprevisíveis. Seu uso objetiva evitar interações forçadas com indivíduos e ambientes hostis e, em último caso, contra-atacar as ameaças e os perigos efetivos. Trata-se de defesas apropriadas para áreas ecológicas onde o infrator não domina inteiramente a situação ou pode ser neutralizado por diferentes artimanhas (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

As defesas expansivas, por outro lado, são compreendidas como mais perenes e previsíveis. São baseadas em interações e negociações com atores legais (rede de vigilância) ou ilegais (créditos de proteção), visando prevenir crimes aleatórios ou ataques de delinquentes desconhecidos. É uma defesa típica de áreas ecológicas onde o infrator domina o território e limita a circulação de pessoas, bens e serviços, mediante autorizações especiais ou créditos de proteção. Nesta defesa, a principal característica é o recurso à rede social como meio de proteção, seja esta “rede” a de delinquentes locais ou a de moradores (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

No seu estudo sobre vitimização de agentes comunitários de saúde, Bispo (2011) aborda a ocorrência de algumas defesas contra as ameaças de violência presentes no cotidiano de trabalho. Destacam-se entre estas a realização de visitas em duplas, a avaliação da expressão facial do morador durante a visita e o não envolvimento em situações de violência – traduzido na prática do “esquecimento pós-visita” descrito pela autora (BISPO, 2011 p. 153).

Nesta pesquisa, aprofundamos as defesas já apresentadas por Bispo (2011) e exploramos outras. Enfatizamos principalmente a estruturação das defesas em torno dos espaços freqüentados, o mapeamento de segurança das microáreas e a seletividade empregada na circulação pelo bairro e no contato com os usuários do programa.

3 MÉTODO

Considerando a complexidade do fenômeno violência, foi feita uma escolha pela triangulação metodológica. Esta é defendida por Flick (2009) enquanto estratégia para conferir maior fundamentação aos conhecimentos obtidos através de métodos qualitativos, ampliando e complementando as possibilidades de produção teórica. Neste sentido, a pesquisa contou com análise documental, observações e entrevistas.

A análise documental abrangeu portarias, normas, cartilhas relacionadas ao trabalho do ACS e periódicos de grande circulação de Salvador. A partir da leitura exaustiva deste material, foi possível construir uma perspectiva prévia acerca das áreas estudadas, além das atividades cotidianas e conflitos que permeiam o trabalho do ACS. O material serviu ainda para construir posteriormente contrapontos com os dados das entrevistas e das observações.

Concomitantemente à análise documental, foi feito contato com a Entidade de Representação Profissional (Contexto A), onde uma parte dos documentos foi obtida. Os profissionais desta associação, embora já tivessem contato anterior com pesquisa sobre violência, mostraram-se interessados e ansiosos para ver os frutos do meu trabalho.

No escritório da própria Entidade e nos espaços das suas assembleias, realizei 6 horas de observações e entrevistas não-estruturadas, principalmente acerca de denúncias antigas e atuais dos ACS, sobre assédio moral, assédio sexual, ameaças e vitimizações nas áreas. No mesmo contexto, foram feitos os primeiros contatos para entrevistas.

A pedido da direção da Entidade, foi construído um questionário auto-aplicável sobre vitimizações (APÊNDICE A), o qual eles planejavam distribuir entre os seus associados e me devolver o material respondido para análise e apresentação em assembléia posterior. Devido ao tempo curto em que foi realizado todo o processo – cerca de 20 dias entre a produção do instrumento e a assembléia em questão – foram obtidas poucas respostas, e o material foi pouco significativo para contribuir para a pesquisa. Porém, mesmo com as devidas ressalvas, os resultados foram apresentados aos profissionais e serviu para estreitar laços com a instituição e aprofundar as observações e entrevistas deste ponto em diante.

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa do ISC/UFBA, fiz os contatos, através de conhecidos, com unidades dos 3 Distritos Sanitários que seriam contexto do trabalho. Com exceção de um dos DSs, com o qual eu já tinha contato pré-estabelecido, encontrei resistências para realizar a pesquisa nas unidades – mesmo na fase de observações e entrevistas não-estruturadas. Nestes contextos, embora os ACS se mostrassem disponíveis para participação na pesquisa, suas coordenadoras de equipe, ou gerentes das Unidades intervinham, me pedindo que voltasse com autorização e novo parecer ético da Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto foi então submetido para apreciação ao Setor de Capacitação da SMS, que forneceu autorização para que eu realizasse a pesquisa nos três DS escolhidos, após apresentação do projeto e autorização prévia das respectivas gerências. Nesta fase, diante de dificuldades dos DS em localizar o ofício circular que autorizava a pesquisa e em conseguir entrar em contato com um dos gerentes, foi feita a escolha por apenas dois dos DS inicialmente previstos.

Nos dois DS escolhidos fui bem recebida, e os gerentes se mostraram interessados em ver uma pesquisa sobre violência sendo feita com seus ACS. É necessário observar, porém, que a forma vertical através da qual cheguei aos ACS (via coordenações e gerências) foi um fator que dificultou a espontaneidade dos contatos e das entrevistas deste ponto em diante. Muitos dos ACS apresentavam discursos iniciais estereotipados, demorando a ter confiança o suficiente em mim para começar a revelar alguns casos de violência na comunidade e dificuldades de relação com a coordenação e outros profissionais.

A partir deste momento da pesquisa, passei a tomar mais cuidado com as informações recebidas, comparando-as e aprofundando-as com as observações realizadas dentro das unidades e na área. Em um dos DS, por exemplo, a presença constante dos ACS na UBS e o caráter inespecífico dos relatos de violência me fizeram questionar se aqueles faziam visitas cotidianamente. Embora eu tenha mantido minha dúvida em segredo, esta veio a ser confirmada posteriormente, por uma profissional de outra unidade.

Foram realizadas 9 entrevistas no DSB e 11 no DSC. Nestes contextos, por questões de conveniência para os participantes, fiz uma entrevista em grupo de quatro pessoas e três entrevistas em duplas. Na análise dos dados observei que estas entrevistas foram as mais ricas, pois foi mais fácil ultrapassar a qualidade estereotipada e inespecífica dos relatos. Na realização e análise das referidas entrevistas, foram consideradas as especificidades pertinentes à técnica de grupos focais (GASKELL, 2010), como estímulo à participação de todos e exploração de divergências.

Além das entrevistas, foram realizadas observações das rotinas das Unidades de Saúde

e de alguns deslocamentos dos ACS nos dois DS, totalizando 10 horas de observação dentro das unidades e 4 nas microáreas. As entrevistas, assim como as observações de campo, foram seguidas de registros em diário de campo, descrito por Neto (1994) como um instrumento fundamental, uma vez que nele são anotadas percepções, questionamentos e informações que não podem ser obtidas através dos outros instrumentos.

3.1 CONTEXTO DE ESTUDO

A cidade contexto deste estudo é Salvador- Bahia, com população estimada de 2.998.058 pessoas, e cuja taxa de mortalidade por homicídios é de 49 por 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Tal taxa não é igualmente distribuída pela capital, mas se concentra em determinados bairros e regiões (MACEDO; PAIM; SILVA; COSTA, 2001). Especificamente, fizeram parte da pesquisa uma associação profissional e dois Distritos Sanitários.

3.1.1 Entidade de Representação Profissional - Contexto A

A Entidade de Representação Profissional (Contexto A) foi o meu primeiro contato com a categoria neste estudo, onde foram feitas as observações preliminares e contatos para entrevistas. A entrada neste contexto foi facilitada pela pesquisadora Tânia Bispo e pelo presidente da referida instituição.

3.1.2 Distrito Sanitário B

Trata-se de um distrito localizado em uma área periférica de Salvador, porém mista

no que diz respeito à condição social dos seus moradores – invasões e prédios de classe média-alta dividem a mesma região. É formado por 12 bairros, e tem população estimada de 220.000 habitantes. No ano de 2010, teve uma taxa de homicídios de 47 por 100 mil habitantes (MS, 2012).

Possui na sua área de abrangência 52 associações de moradores e 159 instituições religiosas diversas. A rede educacional é formada por 65 escolas, 28 creches e uma faculdade. O DSB conta com 19 instituições parceiras, entre ONGs, associações e instituições religiosas.

A rede de saúde possui, entre outros estabelecimentos, 3 USF, 2 UBS e 2 Centros de Saúde, onde trabalham 143 ACS (112 no PACS e 31 no PSF). Em março de 2011 foram acompanhadas aproximadamente 5.000 famílias pelo PSF e 12.000 pelo PACS (MS, 2011).

A escolha deste DS ocorreu principalmente pela sua composição sócio-econômica mista. Contribui também para a escolha o critério de conveniência, visto que eu já possuía contatos prévios com ACS do Distrito.

3.1.3 Distrito Sanitário C

O principal fator para a escolha do DSC foi o conhecimento prévio de profissionais deste, fruto de pesquisa anterior. Trata-se de um DS com uma área adstrita sócio-economicamente mista, conta com 16 comunidades, distribuídas entre 7 bairros. A população estimada é de 133.000 pessoas. Teve uma taxa de 41 homicídios por 100 mil habitantes no ano de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Possui na sua área de abrangência 37 associações comunitárias (incluindo associações de moradores, de mulheres e outras) e 19 instituições religiosas diversas (2 terreiros, 1 centro espírita, 3 igrejas católicas, 1 igreja universal e 12 outras igrejas). Quanto às instituições de ensino, foram mapeadas pelo DS 27 escolas, 5 creches e 5 faculdades.

A rede sanitária é formada, entre outros estabelecimentos, por 2 USF, 2 UBS e um Centro de Saúde. Nestes trabalham 80 ACS (49 no PACS, 31 no PSF), totalizando o acompanhamento de aproximadamente 4.000 famílias pelo PSF e 5.000 pelo PACS em março de 2011 (MS, 2011).

3.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 22 Agentes Comunitários de Saúde (ACS): 2 da entidade profissional pesquisada (Contexto A), 9 do Distrito Sanitário B, e 11 do Distrito Sanitário C. Os participantes foram abordados nos três contextos referidos. Foram feitos convites diretos e utilizadas indicações de informantes-chave (bola de neve).

Conforme demonstrado no Quadro 1, a maior parte das participantes foi do sexo feminino, com ensino médio completo, casada, católica e afrodescendente. Os participantes tinham em média 40 anos de idade, e 10 anos de trabalho como ACS. Salienta-se a ampla variação da renda familiar dos participantes (de R\$ 545 a R\$ 12 mil reais), que traduz a variação sócio-econômica da amostra.

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

ENTIDADE REPRESENTATIVA - CONTEXTO A

Nome	Idade	Tempo de	Estr/Prog	Escolaridade	Renda familiar	Estado Civil	Religião	Raça/cor
------	-------	----------	-----------	--------------	----------------	--------------	----------	----------

		trabalho						
Ana	48	13	PSF	Médio comp.	R\$ 1.090	Solteira	Católica	Negra
Andréa	41	13	PSF	Superior comp.	-----	Divorciada	Evangélica	Negra

DISTRITO SANITÁRIO B

Nome	Idade	Tempo de trabalho	Estr/Prog	Escolaridade	Renda familiar	Estado Civil	Religião	Raça/cor
Bartira	63	14	PSF	Pós-graduada	R\$12.000	Casada	Católica	Branca
Bianca	26	7	PSF	Médio comp.	-----	Solteira	-----	Parda
Bruno	27	7	PSF	Superior comp.	-----	Solteiro	-----	Pardo
Bárbara	47	14	PSF	Médio comp.	R\$ 1.700	Solteira	Católica	Parda
Basílio	44	14	PACS	Médio comp.	R\$ 3.500	Co-habitando	Católica	Negro
Benedito	42	10	PSF	Superior comp.	R\$ 800	Divorciado	Católica	Negro
Bernardo	26	7	PSF	Superior incomp.	R\$ 820	Casado	Evangélica	Negro
Benjamin	38	7	PACS	Médio comp.	R\$ 545	Co-habitando	Católica	Pardo
Belinda	35	13	PACS	Superior incomp.	R\$ 2.000	Casada	Católica	Branca

DISTRITO SANITÁRIO C

Nome	Idade	Tempo de trabalho	Estr/Prog	Escolaridade	Renda familiar	Estado Civil	Religião	Raça/cor
Camila	38	8	PACS	Médio comp.	R\$ 2.000	Casada	Protestante	Negra
Cátia	32	9	PACS	Médio comp.	R\$ 1.090	Solteira	Católica	-----
Célia	43	9	PACS	Médio comp.	R\$ 2.500	Casada	Católica	-----
Cremilda	60	13	PSF	Médio comp.	R\$ 1.600	Viúva	-----	Banca
Cleide	65	13	PSF	Médio incomp.	-----	Casada	Católica	-----
Cláudia	44	9	PSF	Médio comp.	-----	Casada	Católica	Negra
Carmem	43	12	PSF	Médio comp.	R\$ 1.000	Casada	Católica	Negra
Consuelo	47	12	PSF	Médio comp.	R\$ 1.500	Casada	Católica	Branca
Cíntia	29	5	PSF	Médio comp.	-----	Casada	Evangélica	Negra
Cícero	26	5	PSF	Médio comp.	-----	Solteiro	-----	Negro
Cristiano	36	6	PSF	Médio comp.	R\$ 1.200	Separado	-----	Negro

Quadro 1: Caracterização sócio-demográfica dos participantes

3.3 INSTRUMENTOS

Foram instrumentos deste estudo uma ficha de dados sócio-demográficos dos ACS (APÊNDICE B), um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C) e dois roteiros de observação (APÊNDICES D e E). A primeira visou organizar dados sócio-demográficos dos participantes e outras informações pontuais relevantes para a análise.

O roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C) serviu de orientação às entrevistas abertas. Conta com questões acerca da entrada na atividade e formação, cotidiano de trabalho, relações de trabalho, vitimizações e defesas. Necessário pontuar,

concordando com Gaskell (2002), que este roteiro serviu apenas como orientação à entrevista, e foi em todos os momentos adequado à narrativa e às informações trazidas pelos diferentes participantes.

Do mesmo modo, os roteiros de observação (APÊNDICES D e E) salientaram alguns pontos norteadores para mim em campo, sem pretender abarcar completamente a ampla diversidade de comportamentos e interações passíveis de serem observados. Foram constantemente re-construídos no contato com o campo.

O roteiro de observação nas unidades (APÊNDICE D) contou com 3 dimensões: aspectos físicos da unidade, forma de recepção da pesquisadora, interações profissionais-usuários. O roteiro de observação nas microáreas (APÊNDICE E) contou com 4 dimensões: processo de trabalho; características geográficas e sócio-econômicas da microárea; entrada em domicílios; e circulação pela área.

3.4 ANÁLISE

A organização e análise dos dados foram orientadas pelo corpo de técnicas da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Estas visam inferir as condições de produção/recepção de uma mensagem, através de procedimentos sistemáticos de descrição do seu conteúdo.

Neste sentido, as entrevistas foram transcritas, exaustivamente lidas e posteriormente marcadas com o recurso “Realce” do *Word*, utilizando cores diferentes para as seguintes categorias pré-estabelecidas: ingresso na atividade,

processo de trabalho, vitimizações e defesas. Nas entrevistas em grupo e em duplas, foram acrescentadas notas explorando perspectivas divergentes ou complementares surgidas. O material foi em seguida dividido de acordo com as suas categorias e passou por nova análise, de onde emergiram subcategorias apresentadas nos resultados.

As portarias e normas sofreram duas análises: uma com foco na história, visando reconstruir o percurso do PACS e do PSF; e uma buscando constituir o escopo de funções e atividades dos ACS. Nesta última, além das portarias e normas, foram incluídas também duas cartilhas relacionadas ao trabalho do ACS.

O material das observações, contidos nos diários de campo, foram exaustivamente lidos, tendo sido realçados os pontos referentes a relações de trabalho, vitimizações e defesas. Durante e após a análise das entrevistas, foram retomadas os fragmentos destacados do material documental e dos diários de campo, a fim de estabelecer concordâncias e divergências.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa aspirou como benefícios a oferta de subsídios para mudanças nas condições de segurança no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, junto à gestão e ao sindicato da categoria. Quanto aos riscos, por investigar episódios de violência, a exposição dos sujeitos participantes e dos seus relatos poderia ocasionar retaliações por parte dos envolvidos em tais ocorrências.

Para evitar que tal exposição ocorresse, foi condição para realização das entrevistas estar em local reservado e/ou distante da unidade onde o Agente Comunitário de Saúde trabalha. Foram entrevistados 14 ACS em locais reservados nas respectivas unidades, 4 ACS nas residências próprias ou de colegas, 1 ACS em um shopping e 1 em uma praça da área, em um horário de pouca movimentação.

Do mesmo modo, foram omitidos nomes, datas, locais e quaisquer outras informações que pudessem facilitar a identificação e comprometer a privacidade dos sujeitos. Salienta-se que, com o mesmo fim de preservar a segurança dos participantes, durante os acompanhamentos e observações de visitas não foram feitas perguntas sobre violência, sendo as mesmas realizadas em momento posterior.

Por fim, foram cumpridas as determinações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Deste modo, foram tomadas medidas tais como a apresentação de termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F) aos participantes antes da gravação de entrevistas e acompanhamento das visitas. Salienta-se que não houve remuneração aos sujeitos pela participação na pesquisa. As entrevistas foram iniciadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e pelo setor de capacitação da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

4 CARACTERIZAÇÃO DO PACS E DO PFS

Em 1991, o Ministério da Saúde começou a implantar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que em 1992 passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O programa visa à reorientação do modelo de atenção básica e da dinâmica de organização, sendo compreendido como uma estratégia de transição para o PSF (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criado em 1994, com o objetivo de fortalecer e organizar as ações da Atenção Básica, consolidando o SUS (COSTA *et al.*, 2009; SOUSA, 2008). Destaca-se, ainda, a agenda de substituição da lógica de demanda espontânea por ação programática, diante da qual a equipe de saúde assume o desafio de prestar atenção contínua e baseada na promoção da saúde e na prevenção da doença. (DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005).

Em dezembro de 1997, a portaria 1.886 regulamentou a implantação e operacionalização do PACS e do PSF, definindo responsabilidades a nível federal, estadual e municipal. A mesma portaria detalha as atribuições do ACS, com ênfase no diagnóstico sócio-demográfico e cultural da microárea, na saúde da criança e da mulher.

Em Salvador, o PSF foi implantado no ano de 2000, iniciando com 3 unidades de saúde. Em 2008 já eram 47 USF, e um total de 1614 ACS (788 na ESF e 826 no

PACS).

Em julho de 2002, a lei número 10.507 criou a profissão de ACS, caracterizada 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 lei definiu ainda os 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, foi aprovada pela portaria número 648 a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a Saúde da Família como “estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” e redefinindo os princípios gerais de atuação desta. A mesma portaria redefine 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 a portaria 648 ainda não separava 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)

Na prática, as funções realizadas pelos ACS podem tanto não cumprir tais atribuições, como ultrapassá-las. Deste modo, agentes do estudo de Ferraz e Aert (2005) referiram como suas principais atividades a visita domiciliar, o

acompanhamento de idosos, crianças, gestantes, puérperas e grupos de risco, e a educação em saúde. Esta última foi traduzida como prestação de orientações acerca de higiene, vacinas, uso correto das medicações e cuidados com recém-nascidos, puérperas e gestantes.

Entre as atribuições dos agentes do mesmo estudo, encontrava-se, ainda, o “trabalho burocrático” (FERRAZ; AERT, 2005 p.353). Trata-se de atividades de apoio administrativo às unidades, tais como atendimento ao público na recepção e ao telefone, entrega de medicação na farmácia e marcação de consultas especializadas para a comunidade, que ultrapassam o escopo daquelas previstas pela função.

O trabalho do ACS tem importantes implicações para a qualidade da atenção à saúde: ele é ao mesmo tempo representante da comunidade e da equipe de saúde. Como morador da área, tem acesso privilegiado às crenças, realidade e práticas de cuidado dos moradores (NUNES *et al.*, 2002). Adicionalmente, faz parte da rede social da população atendida, o que seria um facilitador das ações de promoção e educação em saúde.

Como parte da equipe, foi capacitado a partir de referências biomédicas, o que lhe confere conhecimento e discurso sobre saúde diferenciados. Pelo lugar ocupado, qualifica-se o ACS como “o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos.” (NUNES *et al.*, 2002 p 1640). Deste modo, vislumbra-se neste profissional a possibilidade de um diálogo entre o âmbito popular e o biomédico de atenção à saúde.

Apesar das vantagens e expectativas colocadas sobre o trabalho dos ACS, o cotidiano traz uma ampla gama de conflitos. A maior parte destes diz respeito à sua colocação na equipe e sua relação com a comunidade, sua identidade e sua formação (SILVA; DALMASO, 2002).

5 O ACS: DA LEGISLAÇÃO À PRÁTICA

Conforme discutido anteriormente, os ACS foram incluídos no cuidado à saúde em 1991, com o Programa Nacional de Agentes de Saúde (PNAS). Têm como principais atribuições: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde”; e “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998:18). Este capítulo discute o ingresso na atividade, as capacitações, as relações e a rotina de trabalho do ACS.

5.1 INGRESSO NA ATIVIDADE

A motivação e a forma de ingresso na atividade não são homogêneas entre os agentes entrevistados. Em geral, os participantes se inscreveram para a seleção indicados por amigos e familiares. As expectativas eram de encontrar na profissão de ACS a oportunidade para o primeiro emprego (BISPO, 2011), para sair de um trabalho insatisfatório, ou para voltar ao mercado de trabalho após muitos anos (comum entre mulheres que ingressaram após os 40 anos). Uma constante entre os participantes foi a incerteza inicial acerca de qual seria o trabalho como ACS:

Olha só, quando veio a seleção, eu fui. Eu não sabia como era o programa, né. Eu fui porque eu tava desempregada. Só na entrevista que eu fiquei sabendo como era o programa. E o que aconteceu comigo? Simplesmente não mudou, porque eu já fazia esses trabalhos antes. A diferença é que agora eu sou remunerada, e antes eu não era remunerada. Eu já fazia um trabalho voluntário na comunidade. (Andréa, 41)

Destaca-se, conforme referido por Andréa, que muitos dos ACS já tinham

envolvimento em atividades religiosas e/ou comunitárias. Especialmente algumas ACS católicas do sexo feminino (Bartira, Cleide, Carmem, Consuelo), já haviam trabalhado na Pastoral da Criança, e foram estimuladas a se tornarem ACS pela própria instituição.

Muitos ACS já tinham envolvimento comunitário prévio, principalmente os homens. Destaca-se a implicação em atividades comunitárias, como associações de moradores, conselhos de saúde e segurança pública:

Eu sou envolvido em comunidade. Eu sou vice-presidente da Associação do [nome de uma das comunidades da área] aqui. Faço parte de uma associação. E aí, quando falou em comunidade. Sempre gostei de me envolver com comunidade. Sempre gostei de ajudar, correr atrás dos direitos, algumas coisas que necessita na comunidade. Aí eu achei muito importante. Particpei [da seleção]. (Basílio, 44 anos)

5.2 CAPACITAÇÕES

Os relatos revelam a ocorrência de uma capacitação intensa no início da atividade, além de outras, mais curtas, ao longo dos anos de trabalho. No treinamento inicial são discutidas estratégias de acesso às famílias, cadastramento e preenchimento de fichas e noções gerais sobre as doenças e agravos de maior interesse para o programa (hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, gestação, puerpério):

[a capacitação durou] quinze dias. A supervisora, juntamente com o distrito, aquela gestão antiga, né. Explicou ficha por ficha, tudo direitinho. Fez tudo direitinho antes de a gente entrar na área. (Cátia, 32 anos)

Primeiramente, como chegar pra fazer visita, né. Oficinas. Tivemos oficinas. Oficinas sobre as doenças prevalentes da área, né. [...] hanseníase, tuberculose e outras e outras... alcoolismo. E outras, e outras doenças, né. Hepatite,

meningite, rubéola, essas doenças. Sarampo. (Bartira, 63 anos)

Até porque, hipertensão, diabetes, dengue, a gente já está calejado. Então a gente procura novidades. A gente precisa de coisas novas. (Cícero, 26 anos)

Especificamente esta última fala revela um comportamento de muitos dos ACS entrevistados: a busca por novos conhecimentos, que ultrapassem o conjunto básico de capacitações. Saliendam, porém, que esta atitude não é a mais comum entre os profissionais. Deste modo, a falta de interesse da maioria, aliada à falta percebida de treinamentos nos últimos anos, obriga os profissionais mais interessados a buscarem outras fontes.

O decréscimo na frequência de capacitações foi percebido pela maior parte dos ACS. Diversas justificativas são levantadas pelos profissionais para tal mudança, principalmente motivos políticos:

Na gestão de Imbassahy, nós tivemos treinamento o tempo todo. Tudo que tinha, nós estávamos. [...] Valorizavam muito o agente de saúde. Então Imbassahy, que foi criado na época dele, então ele valorizava, a gente tinha muito material, e tudo, pra trabalhar, e tudo. Era bem melhor. (Bartira, 63 anos)

Da secretaria, nunca mais [teve treinamento] Os treinamentos que a gente tem aqui, às vezes por muito a gente pedir, acontecem. O posto já ofereceu alguns. O distrito bem pouco, quase nada. (Célia, 43 anos)

Temas relacionados à violência, violência doméstica e abuso de substâncias não eram abordados em treinamentos a princípio. Em período próximo à realização das entrevistas, os ACS tiveram treinamento com a Aliança de Redução de Danos, que introduziu a abordagem de abuso de substância ao trabalho do ACS:

Porque hoje, usuário de drogas, alcoolismo, tudo isso é dentro da saúde, né. Mas na época, nosso treinamento foi voltado pra saúde, mas não especificamente isso. E sim voltado só pra a saúde da criança. Vacina, nutrição. (Andréa, 41 anos)

Estamos tendo capacitação com pessoal da [Aliança de] Redução de Danos, que aborda essa classe de pessoas: viciados, ex-viciados. É um trabalho que a [Aliança de] Redução de Danos faz muito bem pra abordar a comunidade.(Camila, 38 anos)

Percebeu-se um posicionamento ambivalente sobre o trabalho de redução de danos na comunidade: ao mesmo tempo em que caracterizavam o trabalho da Aliança como “muito importante”, percebiam diversos entraves à prática. Os profissionais referiam medo de lidar com usuários e traficantes de drogas, além de considerarem o problema como sendo de escopo privado, sobre o qual o ACS não deveria intervir (GARRIDO, 2004). Deste modo, para a maior parte dos ACS entrevistados, o curso foi uma experiência importante, porém pouco aplicável à realidade da área.

5.3 RELAÇÕES DE TRABALHO

Perpassando as rotinas de trabalho, três relações mostram-se fundamentais: ACS-profissionais da unidade; ACS-supervisora; e ACS-usuários do programa. Discutiremos a seguir as duas primeiras, e aprofundaremos a última no capítulo seguinte.

A relação dos ACS com os profissionais da unidade é ambivalente: há a valorização do trabalho do agente, porém pouco respeito a este enquanto profissional:

As enfermeiras, técnicos em si, elas têm uma certa proximidade com a gente. Ou seja, mesmo porque eu percebo assim: eles se aproximam da gente porque o nosso trabalho é

interessante pra eles, sabe. Eles, de uma certa forma, quando tem que fazer busca ativa, é o agente que vai. Quando tem que procurar alguém que fez um preventivo e o resultado não foi normal, é o agente que vai. Eles precisam da gente. Por isso eles nos tratam até melhorzinho. Mas de modo geral, os profissionais internos do posto não nos respeitam como tal. (Camila, 38 anos)

Mas, assim, a valorização que eles dão pra a gente é só no momento que a gente faz alguma coisa que valoriza o posto. Entendeu? Ou alguma coisa que a gente faz que coloca o posto lá em cima, os profissionais lá em cima. Mas passou aquele momento, acabou o ACS. A gente não tem voz ativa aqui. (Cíntia, 27 anos)

Em geral, os ACS vêem os profissionais do posto como pessoas que os valorizam apenas sob determinadas condições. Porém, as origens da relação conflituosa entre os ACS e os profissionais do posto é delineada por Carmem, que acompanhou a implantação do PACS e posteriormente do PSF na sua Unidade:

Mas assim, quando a gente chegou, quando começou o PACS, foi um choque. Eu acredito que pra todas as unidades, não só a daqui. Porque entraram uns ACS, se metendo na vida do posto de saúde, que era aquela coisa tradicional, que o paciente vinha, marcava a consulta, entendeu? Porque os agentes, eles tinham, vamos dizer, 150 famílias, então eles queriam conta dessas 150 famílias. Do atendimento das famílias no posto. Começaram a cobrar da unidade, os procedimentos da unidade. Alguns [médicos] até se referiram a alguns agentes nesses termos: 'quem é você pra vir pra cá mandar?'. Teve várias brigas, teve vários problemas com médicos, porque os médicos também estavam mal-acostumados. Então agora, querendo ou não, o ACS chega lá na sala da médica, e às vezes contesta com ela alguma coisa que ela fez. [...] Então assim, nesse sentido, melhorou muita coisa. [...] Vieram os profissionais, que já vinham de outros PSF. O caso dessa enfermeira mesmo, ela já tinha experiência de outro PSF. Então isso também ajudou muito. Porque quem já tinha essa experiência, essa bagagem, já chegou aqui sabendo o que era o PSF. Quando a gente chegou aqui, a gente começou com PACS. As pessoas não sabiam nem o que era PACS, nem o que era o trabalho dos agentes, acharam que todo mundo queria mandar. (Carmem, 43 anos)

Observa-se na fala de Carmem, o histórico de resistência à mudança do modelo

assistencial, um dos principais entraves à implantação do PSF (COSTA *et al.*, 2009; JUNGUES, 2009). Como depositário das expectativas de reorientação do modelo, o ACS perturba a rotina dos profissionais internos. Percebe-se, portanto que na sua relação com os profissionais o ACS oscila entre dois papéis: o oportuno agente de apoio à equipe de saúde dentro da comunidade e o inconveniente agente de mudança.

A relação dos ACS com as supervisoras variou entre os relatos apresentados, porém com concordância razoável quanto às características da supervisora ideal. A qualidade da supervisora é avaliada em dois aspectos principais: sua flexibilidade com os agentes e sua proximidade com a comunidade.

As ACS valorizavam supervisoras que os tratassem com respeito e estivessem abertas a acordos relacionados à rotina de trabalho e à moradia dos profissionais. Encontramos casos de ACS que moravam a mais de 10 km da sua área ou que não faziam visitas cotidianamente, ambos os comportamentos originados de acordos com as respectivas supervisoras.

Por outro lado, no trato com a comunidade, valorizavam supervisoras presentes, que tivessem bom senso e “carisma” ao lidar com as famílias. Para os ACS, a supervisora deve mostrar o mesmo “jogo de cintura” que eles durante as visitas, demonstrando respeito, discrição e disponibilidade:

E eu já tive uma outra supervisora que uma família mesmo não aceitava. Não aceitava de jeito nenhum. Agora, por quê? Teve um caso na área, que a gente foi fazer uma visita na área com essa outra supervisora, que era muito carente. E aí lá na hora a gente tava, ela tava aferindo a pressão da paciente. E a

bacia cheia de prato sujo – a gente foi após o almoço – lá no chão. E em meio, adivinha o que aparece. Um rato. Um rato andando por cima dos pratos. E aí essa supervisora me fez um escândalo: ‘um rato, um rato, um rato! Não pode! Não pode! Não pode!’. E ‘Por quê? Por quê? Por quê?’. Eu sei que ela não pôde mais entrar na comunidade. (Camila, 38 anos)

Às vezes traz problema da comunidade pra ela, pra a gente ver se tem uma solução. O que ela pode fazer, da melhor maneira possível, ela faz. Às vezes ela pega até o carro dela pra poder resolver. (Basílio, 44 anos)

É necessário destacar que cada uma dessas relações tem as suas dinâmicas próprias, baseadas principalmente em pactos morais específicos (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006). Elas oferecem enquadres onde poderão se estruturar as diferentes formas de vitimização às quais os ACS estão expostos, e as defesas em resposta a estas.

5.4 ROTINA DE TRABALHO

A rotina de trabalho envolve visitas individuais ou em duplas (10 a 14 visitas); supervisões por microárea com enfermeira e reunião semanal com todos os ACS. Salienta-se que as visitas em duplas e até em trios não são institucionalizadas, mas são escolhas dos ACS para lidar com situações específicas:

No meu caso, trabalho eu e mais três colegas, que não é o normal. Mas até por uma questão de você ficar mais se... mais... ser mais flexível à comunidade, ser mais fácil de você atuar [...] Por exemplo, quando tem que fazer palestra, a gente se junta. Quando tem que a gente visitar alguns casos mais graves. Alguém que fez um aborto, alguém que por um acaso tomou um veneno, alguém que por um acaso tá em uma situação de risco, aí a gente se junta. Mas as visitas normais, cada um faz na sua, sabe... tem famílias que têm uma certa resistência. Por exemplo, famílias que têm um poder aquisitivo maior, elas têm uma resistência. Existe uma resistência da gente atuar naquela família. Aí eu nunca vou só. (Camila, 38 anos)

As atividades dos ACS na microárea envolvem acompanhamento a hipertensos e diabéticos, busca ativa de casos de hanseníase e tuberculose, acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos. A estes somam-se os trabalhos dentro das unidades, como atividades em sala de espera, preenchimento e atualização de fichas e, eventualmente, apoio em outras atividades internas.

O trabalho da gente é visitar principalmente... é fazer a visita mensal a cada família, né. Principalmente aquelas famílias que têm hipertenso, diabético, gestante. Peso, criança pra peso. Recém nascido, a gente tem que ir mais de uma ou duas vezes no mês. E o trabalho da gente é isso. Priorizar, assim, gestante, diabético, hipertenso. Quem tem problema de anemia falciforme mesmo. (Consuelo, 47 anos)

Os ACS salientam que as suas atividades ultrapassam aquelas previstas na legislação. Como um morador da área com um saber diferenciado, os ACS terminam somando diversas atribuições, que terminam por sobrecarregá-lo (Bispo, 2011; Jardim; Lancman, 2009; Silva; Dalmaso, 2002). Bispo (2011) salienta que sem separação entre o local de moradia e o de trabalho, o tempo de lazer e descanso do ACS termina sendo invadido por atribuições ligadas à profissão:

Já começa primeiro com a visita domiciliar na sua porta, né. [risos de todos]. Bastante cedo, a primeira visita domiciliar você tem, todos os dias. É incapaz de num dia, de você acordar de manhã e não ter uma pessoa já te esperando pra lhe perguntar alguma coisa em relação à unidade. (Cícero, 26 anos)

Educação em saúde é apontada como uma das partes mais importantes do trabalho, porém prejudicada pela falta de recursos:

E a parte melhor é educação em saúde. E na parte educativa, a gente é voltada mais sobre a saúde bucal. Saúde bucal é que tem mais recursos, né, pra a gente fazer. Porque os outros programas não dão o recurso necessário. Nós começamos

mesmo com um grupo lá de obesidade, e teve que parar, porque o médico saiu, a nutricionista saiu, entendeu? Sempre tá parando no meio do caminho. E a escovação, a saúde bucal que dá o suporte. (Andréa, 41 anos)

Sempre tinha [palestra]. Hoje em dia está tendo pouquíssima, porque tá faltando material, às vezes até espaço pra a gente se reunir. Mas sempre estamos fazendo palestra na comunidade. Sempre estamos conversando, passando informação pra a comunidade. (Basílio, 44 anos)

A falta de recursos materiais e humanos não dificulta somente a realização da educação em saúde, mas o trabalho do ACS como um todo. Especialmente nos últimos meses da pesquisa (setembro e outubro de 2011), destaca-se como agravante o concurso público da Secretaria de Planejamento, Tecnologia e Gestão do município de Salvador, para provimento de vagas no setor saúde. A expectativa de serem substituídos desestimulou os profissionais de saúde e aumentou o absenteísmo especificamente entre os médicos.

Às vezes não temos suporte pra tratar dessa situação. A gente encaminha pro posto, o posto não tem material. É meio lamentável, mas... A gente precisa de ter mais recurso na comunidade, pra poder a gente ajudar mais o povo. (Basílio, 44 anos)

Desestimulou. Porque eles já são funcionários há três anos. Aí vem um concurso pra eles concorrerem com pessoas que nem aqui pertencem. Que não pertenciam nem aqui. Então eles perderam o estímulo e tentaram estudar, pra tentar passar, pra ficarem onde estão, né. [...] A saúde está meio parada por esses tempos. Não sei se esqueceram um pouco da saúde. Falta medicamento. Como é que a gente vai trabalhar? [...] Chega num certo limite que a gente é decepado, tem que parar de vez. (Bárbara, 47 anos)

As dificuldades múltiplas para a realização do trabalho foram amplamente descritas por Bispo (2011). A autora destaca as dificuldades financeiras, relacionadas à

empresa privada que os contratava antes¹ e falta de equipamento de proteção e material básico de trabalho.

Destacamos que, assim como as relações com os profissionais e a supervisora, as rotinas de trabalho estruturam as ameaças e as vitimizações às quais os ACS estão expostos. Especialmente nas situações em que a Unidade ou outros serviços de saúde falham em atender à demanda dos usuários, são criadas tensões no trato do ACS com a comunidade.

¹ Até 2008, quando passaram a ser funcionários celetistas municipais, o vínculo dos ACS com a prefeitura era terceirizado. Eles eram contratados por uma empresa privada, com diversas irregularidades no pagamento. Quando mudança foi realizada, muitos dos ACS assinaram, inadvertidamente um documento que lhes tirava o direito de receberem seus salários atrasados e outros direitos trabalhistas.

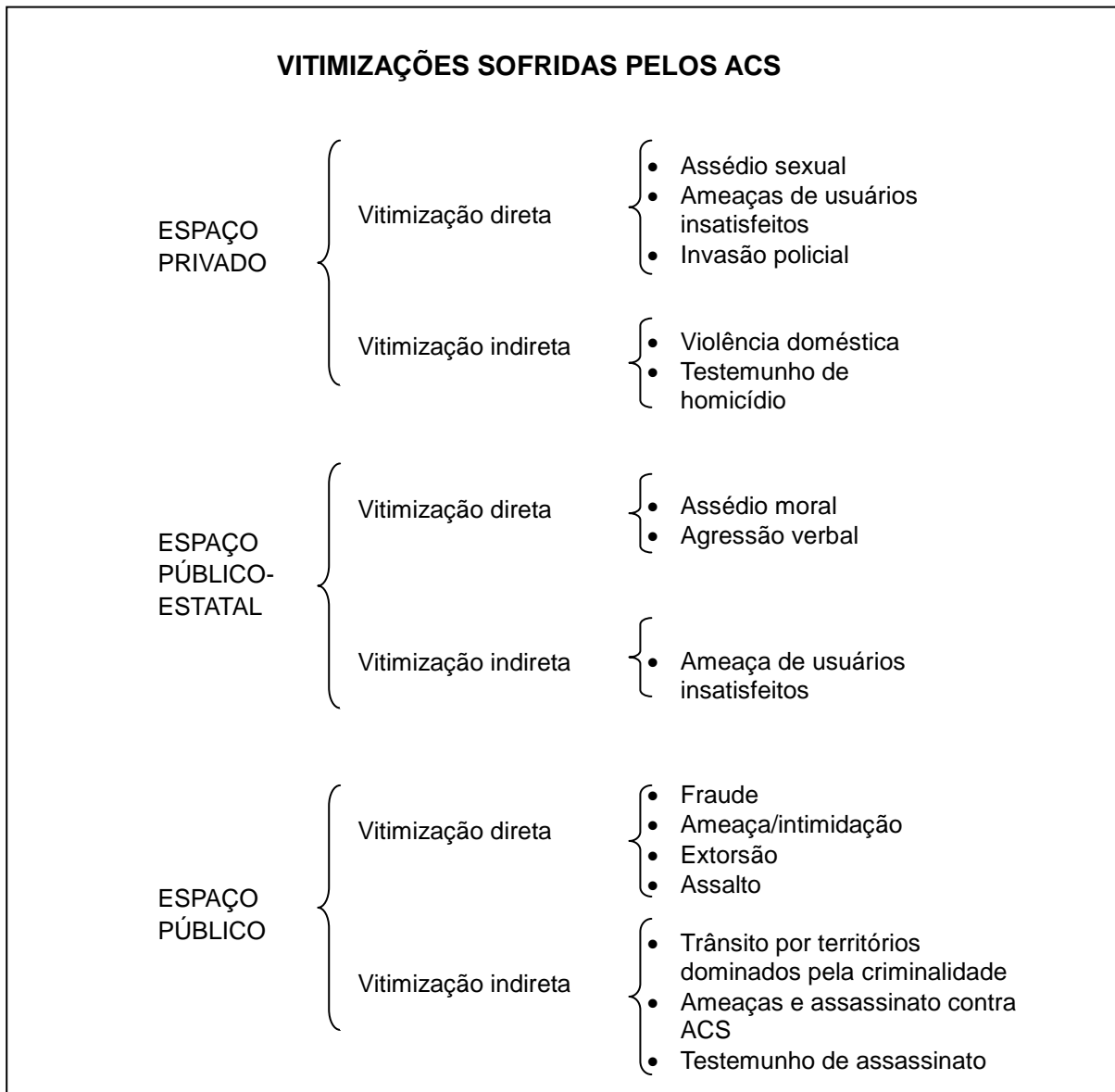
6 VITIMIZAÇÕES

Conforme discutido anteriormente, a vitimologia é a parte da criminologia que estuda as vítimas, os padrões de vitimização, a incidência e o impacto dos crimes, assim como necessidades e serviços voltados para estas (WALKLATE, 2003; ZEDNER, 1995). Define-se vitimização como o processo de tornar-se vítima de um crime (ZEDNER, 1995). Neste capítulo, são abordados os diversos tipos de violência que vitimizam os ACS no seu cotidiano de trabalho.

Abordamos também as vitimizações indiretas, que ocorrem quando uma pessoa ou grupo é afetado por um crime, o assiste ou é obrigado a conviver com as suas consequências como vítimas (SCHNEIDER, 2001; ROCK, 2000; ZEDNER, 1995). Covington e Taylor (1991) salientam que o medo é mais difundido do que a violência, pois aqueles não diretamente vitimizados sofrem indiretamente quando ouvem sobre as experiências de outrem. Neste sentido, há também uma ampla gama de vitimizações indiretas, que auxiliam na construção da perspectiva dos ACS sobre a área, e no desenvolvimento de defesas para lidar com estes riscos.

Conforme discutido anteriormente, ao analisar os crimes de contato direto, Cohen e Felson (1979) apontam a necessidade de três elementos: criminosos motivados, alvos disponíveis e a ausência de guardiões capazes. Para que o crime ocorra há a necessidade de convergência espaço-temporal destes três elementos.

Figura 1 – Vitimizações sofridas pelos ACS



Entre os relatos de riscos percebidos e vitimizações, entram em destaque os diferentes espaços possíveis, que definem o encontro dos alvos com os ofensores e guardiões capazes, além de delinearem as defesas cabíveis. Neste sentido, assim como recomendado no estudo de Bispo (2011), o espaço foi escolhido como divisor para apresentar os resultados (Figura 1): espaço privado (casas visitadas), espaço público (ruas e logradouros das microáreas). Neste estudo, acrescentamos o espaço

público-estatal (unidades de saúde), como um contexto de vitimização diferenciado dos demais.

6.1 ESPAÇO PRIVADO

Ao pensar os espaços como esferas de significação social, com éticas particulares, DaMatta (1997) opõe os contextos “casa” e “rua”. A casa é considerada um espaço calmo, da família, dominado por seus valores, onde o morador goza de respeito e reconhecimento. A rua, por outro lado, seria um local de individualização, perigoso e dominado pela malandragem. Entende-se a casa como um espaço de relações harmoniosas, onde contestações devem ser evitadas e onde a entrada de pessoas estranhas tende a ser limitada e ritualizada.

Neste espaço, o ACS, sobrecarregado com os papéis conflitantes de vizinho e agente público, termina sendo visto como um invasor que traz tensão ao espaço calmo da casa e subverte relações de poder aí estabelecidas. Este enquadramento do ACS como vizinho/agente público é o que estrutura a maior parte das vitimizações descritas neste capítulo.

6.1.1 Vitimização direta

Os espaços privados são marcados principalmente pelo potencial ofensivo dos seus moradores e pela dificuldade do ACS controlar o ambiente para a própria proteção (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006). Representam o risco de isolamento na presença de um ofensor motivado, o que dificulta a vigília de guardiões capazes, tornando os ACS alvos mais vulneráveis (COHEN; FELSON, 1979). Nesta seção

discutimos as ocorrências de assédio sexual, ameaças de usuários insatisfeitos e invasões policiais.

Casos de assédio sexual neste contexto, mesmo os mais sutis, podem ter conseqüências perturbadoras para as ACS. Conforme salienta Bispo (2011), há uma exacerbação da percepção de vulnerabilidade à violência entre as ACS do sexo feminino, quando adentram os domicílios. Na sua pesquisa, a autora descreveu diversos episódios de assédio sexual sofridos pelas ACS nas residências visitadas. Os casos tendiam a ser mais mobilizadores quando envolviam armas de fogo, quando a ACS estava sozinha na casa com o morador e/ou quando este conseguia impedir a sua fuga.

Entre mulheres, as ocorrências variam desde comentários de cunho sexual até investidas físicas dos moradores. Percebeu-se nesta pesquisa pouco conforto das ACS dos distritos em falarem sobre assédio sexual. Somente uma ACS, do Contexto A (Andréa), referiu ter sofrido uma investida física de morador. As ACS dos DS B e C tendiam a minimizar o impacto do assédio, se referindo a estes como “cantadas” ou “piadinhas”.

A gente tinha um jaleco que tem o desenho aqui [aponta sobre o seio esquerdo] do programa. Aí quando a gente ia conversar com homens, então eles vinham e pegavam assim no peito da gente, sabe... dizia assim ‘esse desenho aqui, não sei o que’, mas já naquela intenção mesmo (Andréa, 41 anos)

Quando a gente vai fazer distribuição de camisinha, que é só pra o grupo masculino, a gente ouve de tudo. Mas você tem que manter o seu profissionalismo ali [...] piadinha normal de alcoólatra (Camila, 38 anos)

Com os ACS do sexo masculino ocorrem insinuações e convites de mulheres para se engajarem em atividade sexual. Salienta-se que muitas vezes os ACS (tanto do sexo masculino quanto feminino) se mostram mais ameaçados pelas repercussões do evento – ciúmes dos companheiros das pacientes – do que pelo assédio em si.

Tem muita menina nova que você visita, que o namorado já não gosta. Teve uma menina que eu visitei, a gente conversando e tal. E a gente tem um pênis de borracha, algumas coisas que a gente usa pra fazer palestra. E a gente tem grupo, mas nem sempre o grupo funciona. Então eu gosto muito de fazer na casa. [...] Aí a gente estava fazendo, o namorado chegou “esse cara está te mostrando essa rola de borracha por que?” [...] mas dizer que [a agressão] vai às vias de fato, não. Porque se vir pra cá, tem. Desculpe te falar, eu não vou ficar apanhado. (Bernardo, 26 anos)

Porque vários lugares que eu ia, o pessoal às vezes não me conhecia, aí os caras sem-vergonha [diziam] “ainda bem que uma agente mulher que é minha agente”. Assim, como flerte mesmo. Aí a mulher cismou com a minha cara. Aí a mulher falou assim: “aqui não tem ninguém doente não. Fique aí dando trela a essas vagabundas”. (Consuelo, 47 anos)

Nos dois casos, os ACS, embora constrangidos, sentiram-se aptos a lidar com o assédio em si ignorando-o. Porém, a insatisfação dos companheiros dos respectivos usuários (namorado e esposa), com tendência à culpabilização dos ACS, gerou maior estresse. No caso de Bernardo, houve ameaça de agressão física, devido ao humor alterado do namorado da paciente. No caso de Consuelo, ocorreu agressão verbal, com uso do termo “vagabunda”, que se mostrou ofensivo e ultrajante para a agente.

Conforme citado anteriormente, ao adentrar as casas dos moradores como um representante do poder público, o ACS sugere uma tentativa de inversão das relações de poder estabelecidas nestes espaços. Embora seja um morador da área

e compartilhe com os usuários muitas das suas crenças e práticas de cuidado, o ACS recebeu treinamento a partir de referências biomédicas. Na prática, isto pode se transformar numa relação de poder entre o ACS e os usuários: é o profissional responsável por “fiscalizar” as práticas de saúde dos usuários e “denunciá-las” aos profissionais do posto. Neste sentido, a tentativa de resistência e de reversão desta hierarquia ocorre quando o usuário reporta o ACS aos seus superiores, ou o ameaçam fisicamente:

Uma certa vez, uma senhora, ela era usuária de drogas, e ela quis se indispor comigo. Falando alto, e isso e aquilo. Eu fiquei calada e disse ‘fulana, depois a gente conversa, na hora que você estiver mais calma. Que eu vou explicar pra você’ [...] E aí, então, quando eu voltei – não deixei de assistir a família dela – ela chorou. Ela me pediu desculpa. Me pediu desculpa. Disse ‘ohh, dona Bartira, me desculpe. A senhora é tão boa. A senhora é uma mãe pra mim. Sempre foi uma mãe pra mim e eu fui injusta com a senhora’. (Bartira, 63 anos)

E a gente ainda tem um, né, que todo mundo conhece, L., que é uma bênção, que ele é alcoólatra. É uma bênção, assim, na minha vida. Esse homem caiu de pára-quadras na minha vida [risos]. [...] É da minha área. Mas ele é demais. Até dizer, quinta-feira passada, que ia bater no meu filho de 3 anos, ele disse. Pra poder ter acesso a um cartão. O terceiro cartão. Que eu dei o quarto e ele já me disse segunda-feira que choveu, molhou tudo. E eu disse a ele que ele ia ficar sem cartão. Porque já é o quarto cartão que eu dou, e agora já molhou de novo. Vai entrar no quinto. Não dou mais. E ele, ele fala, ele xinga, minha filha. Ele vai pra cima. Bota dedo na cara. E ele quer. Eu digo ‘fecha a cara esse dedo’, pego o dedo dele e entorto. Ele é muito ousado... (Cíntia, 29 anos)

Cabe destacar que duas das características que permeiam as vitimizações e ameaças de pacientes contra o ACS são a imprevisibilidade e a associação com o álcool e outras drogas. A imprevisibilidade é um fator geral de preocupação, fazendo com que seja prática comum a rápida avaliação do estado do morador antes de decidir entrar ou não na residência.

O uso de álcool e outras drogas aparece como componente em muitos dos relatos de vitimização, especialmente as ameaças e assédio sexual realizados pelos usuários do programa. Esta percepção é, ao mesmo tempo, um componente importante para a construção de defesas pelos ACS e um entrave à atenção a estes pacientes, conforme será discutido em seção posterior.

Na interpretação dos ACS, as ameaças acima discutidas são originadas principalmente por “pacientes problemáticos”, usuários de álcool e outras drogas, que se recusam a aceitar as recomendações que lhe são dadas. O ACS, com sua função normativa sobre a vida privada, torna-se um desencadeador de reações agressivas por parte desses pacientes.

Neste sentido, Donzelot (1980) discute a forma como o corpo e a família vêm historicamente se tornando *loci* de intervenções, controle e exercício de poder pelo Estado. A forma como a população lida com este poder, porém, pode envolver resistências (FOUCAULT, 1982), traduzidas na não-adesão e, em última instância, investidas agressivas contra o agente que controla. Portanto, como representante de instituição pública, cujo trabalho envolve fiscalização e normalização da vida privada, o Agente Comunitário de Saúde torna-se o principal alvo das resistências dos usuários.

Embora as vitimizações no espaço privado sejam, em geral, originadas pelos usuários do programa, há o caso especial das invasões policiais, em que um terceiro ator (policial) entra em cena, transformando a visita rotineira em uma vitimização:

Eu tava atendendo uma família, numa invasão, quando os policiais... Porque era uma casa com janela de madeirite. Eu só ouvi quando o madeirite caiu: blah. Foi o policial da civil que já pulou com a arma na cabeça da mulher. Eu digo 'o que é isso, rapaz? O que é que você está fazendo aí?'. A mulher começou a tremer, porque o filho dela... não sei, se tinha envolvimento ou não, mas estava dentro da residência dela. E lá é privado. Eles já invadiram [dizendo] 'cadê o vagabundo?'. Eu digo 'você vai pular por onde você veio!'; [o policial disse] 'é bandido'; 'o senhor vai pular. O senhor vai sair pelo mesmo local onde o senhor entrou. Não é porque o senhor é policial não. O senhor está invadindo a privacidade de alguém. Isso aqui é lar, e lar é coisa sagrada! Se bate antes de entrar' (Benedito, 42 anos)

Quando eu entrei logo no PACS, estou eu fazendo uma visita de uma senhora, ela hoje está com 98 anos, dona R. [...] E de repente, a polícia chega, olha meu crachá, me joga no quarto com a senhora, tranca a porta e aí revira tudo. Imagine a situação minha, né. Totalmente inexperiente nessa área, fiquei lá dentro de casa, eu chega me arrepio quando eu conto isso, porque foi assim, eu fiquei por um tempo sem conseguir... hj eu vou na casa dela, mas ainda vou meio receosa, 8 anos depois. E fiquei lá com ela no quarto, a gente só ouvia os baques. Derrubaram mesa, derrubaram tudo, quebraram televisão, fizeram um verdadeiro auê. E depois de um tempo, bem, bem, bem mais tarde foi que chegou alguém e socorreu a gente lá dentro. (Camila, 38 anos)

Percebe-se que, no primeiro caso, a postura de Benedito na interação com os policiais invasores foi de enfrentamento e desafio, diferente da postura mais passiva de Camila. As reações diversas geraram desfechos também diversos: uma das ocorrências teve duração curta e sem maiores conseqüências emocionais; enquanto a outra durou horas, gerando ansiedade e medo que se prolongaram até anos após o ocorrido.

É necessário salientar, ainda sobre os eventos acima descritos, que características dos ACS envolvidos (sua história, formação) à época das ocorrências, tiveram papel fundamental nas suas reações. No primeiro caso o ACS já tinha anos de experiência como agente, além de envolvimento com o conselho de segurança pública. No

segundo, por outro lado, a ACS estava na sua segunda semana de trabalho, e não tinha experiências prévias com organizações relacionadas à segurança pública.

Nos dois casos, é possível perceber como as arbitrariedades cometidas pela polícia em bairros periféricos tendem a ser ainda menos toleradas quando o “lar” de “gente trabalhadora” é invadido. Nestas situações, os moradores se sentem igualados aos delinqüentes, e a ambivalência da população em relação à polícia é intensificada (PAES-MACHADO; NORONHA, 2002).

6.1.2 Vitimização indireta

Nos relatos dos ACS, alguns dos eventos que causaram maior perturbação emocional foram violências testemunhadas pelos mesmos. Conforme será visto nesta sessão, quando ocorrem dentro das residências, como a violência doméstica, têm como principal característica o isolamento e a impotência do ACS: por ser a casa um local de acesso limitado ao público, a possibilidade de sigilo de uma denúncia é mínima, o que torna o agente um possível alvo de represálias. Nesta seção são abordados a violência doméstica e o testemunho de homicídio.

Define-se como violência intrafamiliar “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.” (MS, 2002, p. 15). No contexto das relações familiares, faz-se referência também à violência doméstica, que “inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico”, como empregados e agregados (MS, 2002, p. 15).

No contexto desta pesquisa, preferimos a referência ao termo “violência doméstica”, por ser o mais utilizado pelos ACS nos seus relatos. Incluem, entre outras ocorrências, a violência física, a negligência e o abandono.

A violência doméstica foi citada em relatos pontuais, sempre salientando que a ocorrência de agressões contra mulheres, crianças e idosos está menos freqüente nos últimos anos. Os casos vão desde os menos graves, como negligência a idosos com deficiências e outros problemas de saúde, até tentativas de homicídio entre casais.

Salienta-se que ocorrem entre os ACS desta pesquisa opiniões similares àquelas dos profissionais do PSF estudados por Garrido (2004). Nem sempre a violência doméstica é vista como uma questão relacionada à saúde, ficando os profissionais divididos entre aqueles que a consideram uma questão privada e os que a consideram como um problema concernente ao setor saúde, por afetar o bem estar biopsicossocial da pessoa.

Nas ocorrências menos graves, a violência doméstica toma a forma de negligência contra idosos acamados. Os ACS são normalmente as únicas pessoas de fora da família que sabem, devido às visitas que fazem. São situações nas quais, por se tratarem de usuários doentes mantidos em condições insalubres, os ACS se sentem obrigados a intervir.

E ele saía pra trabalhar, deixava ela trancada. [...] ela teve AVC, ficou paralisada em cima da cama. E a gente sempre tinha que entrar pra poder ver ela, conversar com ela. A gente aí começou a chamar os filhos e dizer que ‘isso está errado. Você não pode deixar ela aqui sozinha’. Deixava tudo próximo a ela, mas ela estava trancada, poxa. ‘Aqui é cativo. Você

está mantendo sua mãe em cativeiro. Se você não tomar uma providência, a gente vai denunciar, po'. (Basílio, 44 anos)

Do mesmo modo, quando envolve crianças, a violência tende a mobilizar e ser levada mais a sério pelos ACS. Nestes casos, a violência fragiliza mais o profissional (GARRIDO, 2004), que se sente mais impotente diante da situação:

Tinha um lixão ali, ela jogou o neném, o nenenzinho dela lá nesse lixo. Deixou lá. E aí quando eu cheguei, eu perguntando pra ela 'cadê, fulana? cadê o neném?'. E aí disse que brigou, o marido não quis assumir. Ela tava com o que, com poucos dias de parida. O marido não quis assumir, ela jogou o menino lá. Alguém pegou.[...] Eu fiquei assim... sem saber como agir. Fui atrás da minha supervisora na época, que não era C., e foi aquela agonia, aquela mobilização mesmo, assim. Porque são casos que, como ser humano, você fica atado, né. Sem saber o que fazer. (Camila, 38 anos)

Os casos de violência doméstica contra mulheres são predominantemente referidos pelas ACS do sexo feminino. Quando relatados por ACS do sexo masculino, tendem a ter um tom mais geral e distante. Salieta-se que, mesmo entre as ACS do sexo feminino, casos envolvendo crianças e idosos tendem a causar mais sofrimento psíquico do que casos envolvendo mulheres.

A única exceção foi o que ocorreu com Cleide (65 anos), que testemunhou o companheiro de uma gestante obrigando uma criança a pular sobre a barriga desta, a fim de forçar um aborto. A situação mobilizou profundamente Cleide, que refere ter ficado deprimida e buscado terapia à época.

Diante do sofrimento causado pelo testemunho de violência contra outrem, os ACS tendem a agir de modo a minimizar o sentimento de impotência de duas formas principais: ignorando a situação ou intervindo sobre esta (com ou sem apoio da

supervisora ou da equipe de saúde). Os ACS fazem avaliações cuidadosas antes de decidirem se devem ou não “se meter”, conforme será discutido no capítulo de defesas. Os casos de violência doméstica e negligência nos quais os profissionais de saúde escolhem interferir merecem destaque, pois, além da vitimização indireta e impotência, os profissionais sofrem com o medo de represálias diante das denúncias de tais atos (BISPO, 2011; GARRIDO, 2004).

Uma forma mais extrema de violência testemunhada por ACS dentro de domicílio foi o homicídio perpetrado por delinqüente rival, como o que ocorreu com Consuelo (47 anos):

Eu entrei, cadastrei a família. Eu sei que quando eu fui saindo, chegou um cara, deu a mão de amigo ao rapaz e matou o rapaz. Que estava falando comigo. Aí eu saí, ele matou o cara. [...] Aí no dia que mataram ele, pronto. Aí ninguém trabalha. Três ou quatro dias que ninguém fez mais nada. Eu mesma fiquei pensando, já pensou se eu to lá dentro? (Consuelo, 47 anos)

Trata-se de um evento que tende a ser profundamente mobilizador emocionalmente, pois coloca o ACS em confronto com a sua própria vulnerabilidade. Neste sentido, o discurso sobre a violência na área, que tende a ser distanciado e indiferente dá lugar ao relato trêmulo de quem “viu a morte de perto”.

6.2 ESPAÇO PÚBLICO-ESTATAL

Situada em um contexto difícil de classificar como público ou privado encontra-se a Unidade de Saúde, denominada por nós de espaço público-estatal. Por um lado, tem ampla circulação de pessoas, e, portanto, de possíveis ofensores. Por outro, conta

com o potencial de isolamento físico, que dificulta a fuga diante de uma agressão iminente.

Em sua pesquisa, Bispo (2011) situa este espaço como privado, onde a principal ocorrência é o assédio moral. Porém, observou-se no presente estudo que as ameaças e vitimizações ocorridas neste espaço não se limitam à desvalorização do ACS pelos outros profissionais.

O que melhor caracteriza a unidade de saúde como espaço de vitimização, além da combinação público/privado é o fato de representar instituição pública. Neste sentido, o local e seus profissionais tornam-se bodes expiatórios de uma variedade de insatisfações da população.

Neste sentido, serão relatados na seção de vitimização direta o assédio moral e agressão verbal por outros profissionais das unidades e as ameaças agressivas de denúncias por usuários insatisfeitos. Na seção de vitimização indireta, serão discutidas ameaças de usuários insatisfeitos contra profissionais da Unidade.

6.2.1 Vitimização direta

A relação com os outros profissionais da unidade é permeada por agressões verbais e assédio moral, que tentem a se intensificar conforme aumente a hierarquia do profissional que agride. Em entrevistas e observações no Contexto A, foi possível ter acesso a uma diversidade de ocorrências de assédio moral, sendo o caso de Ana o mais grave. Ana chegou ao Contexto A ansiosa, buscando fazer uma denúncia e,

num discurso confuso, explicou que estava sofrendo perseguição por uma colega e pela supervisora.

No seu relato, Ana deixa claro que a rivalidade com a colega ACS tem 13 anos, originada com a distribuição dos ACS entre as microáreas. Nos primeiros anos do PACS, a colega solicitou a Ana que ficasse responsável pela microárea que seria dela, devido à periculosidade do local e ao agravante do marido desta colega ser policial militar. Oito anos depois, a colega solicitou a Ana que fosse desfeita a troca e teve seu pedido negado. Diante disto, a colega passou assediar moralmente e forjar ameaças à ACS para pressioná-la a aceitar a troca.

Salienta-se que, a razão da denúncia foi o envolvimento da supervisora no conflito entre as ACS, que, pela posição hierárquica, ultrapassava as condições de Ana de responder assertivamente. Em outros casos, foi evidenciado que divergências de opinião nas reuniões dentro da unidade são pouco toleradas, merecedoras de olhares reprovadores e até de agressões verbais, conforme relatado por Bruno (27 anos):

[Tem] Opiniões diferentes, né. Então acaba a gente discordando um do outro. E às vezes acaba abalando essa pessoa. E essa pessoa vem de uma forma agressiva com a gente, querendo desmoralizar a gente. Então, acontece mais essa agressão verbal. [...] A agressão verbal, às vezes pode ser... pode doer mais do que a física. Pode ser aquele que venha a marcar essa pessoa a vida toda. (Bruno, 27 anos)

Além dos conflitos internos com outros profissionais do posto, o que ocorre mais comumente contra os ACS dentro da unidade são ameaças de reclamações por parte dos pacientes. Embora este tópico já tenha sido discutido em seção anterior,

destaca-se que, quando o usuário insatisfeito chega até a unidade de saúde, a ameaça de reclamação torna-se grave para o ACS, podendo ter conseqüências mais sérias:

Estava saindo da unidade com Bruno e Bianca, quando uma paciente chegou perguntando por Bruna (outra ACS). Bianca respondeu que a colega estava de férias e perguntou se poderia ajudar. A paciente, num tom mais agressivo, perguntou “onde é que faz reclamação aqui?”. (fragmento de diário de campo DS-B)

Aí teve um paciente mesmo que foi lá no posto falar que eu não tinha ido cadastrar ele. Passou pra minha enfermeira. [...] Na sexta-feira, eu fui pro posto. Quando eu saí do posto eu fui visitar minha área, né. Se o horário de trabalho é de 8 às 12, de 1 às 5, eu ia visitar ele em um desses horários. Quando deu 11:30 este homem já estava lá no posto me esculhambando.[...] paciente chega lá no posto, aí já começa a falar o que quer. Às vezes não é nem verdade, ele já começa a falar o que quer. Aí já prejudica a gente. (Bianca, 26 anos)

Nos dois casos, o paciente insatisfeito deposita no ACS sua insatisfação, com ameaças de denúncia, comprometendo sua carreira e sua identidade. Embora em nenhum dos dois casos tenha havido ameaça real e direta de violência, é necessário salientar que ameaças de prestar queixas e reclamações podem ser muito mais ansiogênicas do que alguns atos de violência (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

6.2.2 Vitimização indireta

Conforme observado na seção anterior, não foram registradas nesta pesquisa ocorrências de ameaça ou violência física contra ACS dentro das Unidades de Saúde. Este fato pode ser compreendido observando-se as rotinas dos ACS, que, em geral, envolvem um período maior de circulação entre os domicílios e as ruas do

bairro. Porém, foram relatadas situações sofridas por outros profissionais da unidade, como ameaças de usuários insatisfeitos, com ocasional envolvimento da polícia:

Teve um caso também, de um técnico de enfermagem. Que o pai culpou ele de assédio sexual do filho. Porque ele era gay, esse técnico. Mas era uma pessoa respeitadora, respeitava todo mundo, entendeu? E já tinha acontecido um caso desse com esse pai da minha área. Que ele procurou, inventou uma história pra ganhar dinheiro de alguma forma. E eu acho que ele tentou fazer isso novamente, só que não deu certo. Aí, teve um escarcéu danado. Aí chamou polícia. Os policiais queriam pegar o nosso técnico de lá de dentro à força. Porque estavam acreditando. Não sabiam se era verdade ou não, mas queriam. Aí a gerente se meteu, disse que não ia levar. Foi aquela agonia. Aí tirou ele daí do posto, pra não acontecer uma coisa pior com ele. Aí transferiu ele pra outro posto. Mas até hoje não provou nada. (Bianca, 26 anos)

Waddington, Badger e Bull (2006) destacam a existência de um “pacto moral implícito” que media a relação entre profissionais de saúde e pacientes. Neste pacto, cabe ao profissional de saúde atender à demanda por cuidados do paciente, reduzindo seu sofrimento; enquanto cabe a este a subordinação à expertise daquele. Dentro deste acordo, o mínimo esboço de violência é tomado como profundamente ofensivo pelo profissional (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006).

Esta concepção de “pacto moral implícito” facilita a compreensão das tensões na relação usuários-profissionais dentro das unidades de saúde, permeada por ameaças e vitimizações. Os pacientes, muitas vezes insatisfeitos por precariedades no serviço que ultrapassam a competência dos profissionais (falta de material, dificuldades de encaminhamentos para exames), depositam nestes a sua insatisfação. Os profissionais, por outro lado, consideram qualquer constrangimento vindo dos usuários como ofensivo e ameaçador.

6.3 ESPAÇO PÚBLICO

Conforme discutido anteriormente, a rua é o espaço de individualização, das contradições e do perigo. Vê-se a rua como “terra que pertence ao ‘governo’, ou ao ‘povo’, que está sempre repleta de fluidez e movimento” (DAMATTA, 1997 p 57). Trata-se de um espaço “propício a desgraças e roubos, local onde as pessoas podem ser confundidas com indigentes e tomadas pelo que não são” (p 58). Além de espaços do “Estado” e do “povo”, nas regiões com intensa movimentação do tráfico de drogas, as ruas são domínio dos delinqüentes locais e, ocasionalmente, da polícia.

É necessário salientar que, quando se trata do espaço público, os discursos sobre as vitimizações no trabalho e fora dele se confundem, refletindo a dificuldade já discutida de diferenciação entre o âmbito pessoal e o profissional. Por um lado, o fato de percorrer as ruas do bairro diariamente, torna o agente mais vulnerável a ameaças advindas de questões pessoais e familiares dos próprios ACS. Foi o que ocorreu com Amanda (diário de campo, Contexto A), cujo irmão brigou com um traficante local e toda a família precisou se mudar. A agente, porém, permaneceu no bairro e passou a ser perseguida durante o horário de trabalho.

Por outro lado, uma vez que o trânsito pelas ruas do bairro não se limita ao horário de serviço, muitas ameaças surgidas durante a realização do trabalho podem ser efetivadas em outros momentos. Um caso ilustrativo disto é o de Alex (diário de campo, Contexto A), suspeito de ter fornecido para a polícia informações sobre a

criminalidade local, coletadas durante as visitas, que foi assassinado à noite, num bar.

6.3.1 Vitimização direta

Consideraram-se como espaço público as ruas das microáreas cobertas pelos ACS e outras ruas por onde estes circulam durante o horário de trabalho. As ocorrências neste contexto são marcadas por riscos comuns a todos os moradores da área, porém agravadas pela frequência de deslocamentos dos ACS. Neste sentido, estão expostos por mais tempo – e com menos possibilidade de esquiva – à violência que caracteriza o cotidiano do bairro. Nas ruas do bairro, há o compartilhamento do espaço, ao mesmo tempo, com uma diversidade de ofensores em potencial e guardiões capazes (COHEN; FELSON, 1979). Nesta seção discutimos as ocorrências de fraude, ameaça/intimidação, extorsão e assalto.

Assim como ocorre nos espaços privados, os espaços públicos também são *loci* de vitimização por policiais. O maior medo do ACS na relação com a polícia é ser visto conversando com um policial, e ser posteriormente acusado de ter transmitido para estes informação sigilosa sobre a criminalidade local. Neste sentido, faz parte das recomendações dos ACS uns aos outros nunca se aproximar de policiais enquanto transitam pelas ruas do bairro. O risco, neste caso, não é atribuído ao policial em si, mas às interpretações de terceiros sobre o que pode ter sido dito naquela aproximação.

Tal medo de ser utilizado como fonte de informações pela polícia não é infundado. Bartira (63 anos) foi vítima de fraude por um policial para obter informações privilegiadas:

Aconteceu isso comigo: [policial disse] ‘dona Bartira, a senhora é dona Bartira?’, ‘sou eu, por quê?’, ‘olha, nós estamos aqui com um pedido de socorro, porque uma pessoa está precisando de socorro. Está passando mal. E a gente está sem saber onde é.’ [...] Aí eu digo ‘oh meu Deus do céu, o que aconteceu com fulana?’. Aí, que quando chegar, não era. [...] Eu digo, ‘olhe, jamais o senhor poderia ter me usado pra chegar... Pelo menos comigo o senhor poderia ter dito. Porque eu não estou aqui pra isso.’ (Bartira, 63 anos)

Na ocasião, um policial se passando por um socorrista a procurou na microárea para saber a localização da casa de um dos delinqüentes locais, cuja esposa estaria necessitando de atendimento médico de urgência. Em respeito às suas obrigações profissionais – “o agente não pode negar socorro” – a ACS levou o policial até a casa, percebendo que foi enganada. O evento não teve conseqüências mais graves, pois o delinqüente que estava sendo procurado não estava na residência. A reação da ACS foi se desculpar com a moradora da casa e repreender o policial.

Conforme referido anteriormente, em áreas periféricas com alta criminalidade, a relação com a polícia tende a ser ambivalente, sendo esta vista ao mesmo tempo como protetora e agressora (PAES-MACHADO; NORONHA, 2002). Nestes contextos, a tendência dos policiais a conseguir informações através de pressões aos moradores, ou por outros meios escusos – conforme ocorrido com Bartira – aliada à despreocupação daqueles com segurança dos informantes, tensiona a relação dos moradores com a polícia, aumentando a insatisfação.

Em oposição à ameaça pontual e imprevisível representada pela polícia, os delinquentes locais são uma ameaça cotidiana e bem conhecida. A relação com estes é descrita com termos como “respeito” e “amizade”. Trata-se de um padrão de interação estável, que costuma responder a um “pacto moral implícito” (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006) com regras diferentes do pacto entre os ACS e os usuários do programa.

Nesta relação, ao pacto usuário-profissional de saúde, parece se sobrepor o “pacto de não-agressão” (Paes-Machado; Noronha, 2002) firmado entre bandos criminosos e moradores de áreas periféricas. Desta sobreposição resulta um novo pacto, com expectativas diferentes: espera-se dos ACS que cumpram suas atividades na área sem interferir ou denunciar as atividades ilegais; e dos criminosos locais que ofereçam proteção e respeito ao trabalho dos ACS.

Tal pacto, porém, tem um caráter provisório, havendo sempre possibilidade de tensão e ansiedade nesta relação. Por vezes, novas obrigações são atribuídas ao ACS dentro da relação, e o profissional passa a ser responsável não apenas por manter sigilo acerca das atividades ilegais na área, mas protegê-las ativamente:

Estou eu descendo por uma das vielas e nessa viela chega um rapaz e me aborda, me fazendo perguntas que não tem nada a ver [...] só que eu percebi que ele tava nervoso. [...] E aí começou a perguntar ‘a, você mora ali assim’, deu meu endereço, deu o nome das minhas filhas, dos meus filhos, e aí me perguntando sobre vacina, sobre remédio. Coisas que não tinham nada a ver com o tipo de abordagem que ele fez, né, misturando vários assuntos. E eu comecei a ficar, assim, meio, assim, trêmula, né, mas tentando manter o controle. E quando eu olho assim, tá vindo os policiais. [...] E aí, quando eu percebi os policiais, eu dei as costas pros policiais e fiquei na minha conversando com ele. Aí eu já me senti mais calma. Só que os policiais olharam, olharam, olharam, aí desceram. Um

tempinho que os policiais desceram, ele ‘ah, ta bom, obrigado. Segunda feira eu vou lá no posto pegar os remédios’ e descambou pela outra rua. Depois eu soube por uma das meninas que os policiais tinham pegado ele na outra rua, na [nome de rua próxima], que é uma outra comunidade. Então assim, esse tipo de abordagem é comum com os agentes comunitários. Eles se sentem, eu não sei se eles se sentem seguros ou... não sei o que que eles acham, mas sempre que eles se vêem nessa situação, eles vêem o agente comunitário como uma porta de escape pra eles.... sabe... (Camila, 38 anos)

No caso acima, embora a ACS já tenha 8 anos de trabalho na área, e sua adesão ao “pacto” nunca tenha sido questionada, o delinqüente utilizou de um recurso extra para garantir sua cumplicidade com a fuga: a ameaça. Camila compreende e aceita o papel de “porta de escape” atribuído aos ACS pelos criminosos locais. Porém o pacto é tensionado, e Camila torna-se ansiosa ao ver sua família, sua casa e sua rotina serem mencionadas como uma forma de pressioná-la e lembrá-la do domínio dos criminosos sobre a área.

Do mesmo modo, quando os delinqüentes locais tornam-se insatisfeitos ou desconfiados da atuação dos ACS na área, estes passam a acompanhá-los discretamente ou ameaçá-los abertamente, conforme ocorreu com Ana (48 anos)

Eu percebi que eu tava sendo seguida [...] eu acho pra mim que ele tava com arma [...] ele só me seguiu e ficou com gesto de tirar a arma de dentro da camisa [...] eu fiz uma reviravolta pra sair daquela área ali que tava muito deserta (Ana, 48 anos, sobre período em que estava sendo ameaçada por criminosos locais)

Ao contrário do que aconteceu com Camila, no caso de Ana a tensão no pacto foi introduzida pela ACS, cuja idoneidade estava sendo questionada dentro da área, segundo ela, por boatos de uma colega.

Além das tensões pontuais acima descritas, a relação entre delinqüentes locais e ACS é marcada por outras vitimizações. Neste sentido, a extorsão é um crime cotidiano nas ruas, becos e vielas das microáreas dominadas pela criminalidade. Conforme será discutido no capítulo de defesas, nem sempre estes atos são endossados pelas lideranças criminosas, mas são em geral aceitos pelos ACS, desde que não envolvam agressão:

Eles me pediam o saco da balança. Eles me pediam o que achassem na frente, eles me pediam. Mas não vinham com agressão. Querem que a gente compre celular, querem que compre relógio. Que eles fazem o furto, eles querem que a gente compre, pra comprar a droga. [E: e pediam o saco da balança pra que?] Pediam pra botar as coisas deles, pra sair com as drogas na rua. Passando, pro povo... (Bárbara, 47 anos)

E num dia, que eu ia passando num beco. Tinha um beco, assim, um dos malandros da área, me parou, pediu dinheiro. (Benedito, 42 anos)

Diferentemente das extorsões, os assaltos tendem a ser atribuídos a criminosos de outras regiões que invadem a área. Conforme será discutido no capítulo de defesas, os ACS em geral se sentem seguros contra assaltos no seu próprio bairro. Por esta razão, este tipo de ocorrência é inesperada e apavorante:

Fui assaltada. [...] Eu fiquei apavorada... Mas a pessoa não era da área [...] Menina, eu ainda dei bom dia ao rapaz. Tão inocente, tão... oh meu Deus. Ele estava de bike. Quando chegou eu fiz 'oi...'. Aí ele pegou, me encostou no muro: 'bora, bora, o celular'. (Cátia, 32 anos, sobre assalto às 11:30 da manhã, na área)

No mesmo relato, Cátia salienta como costumava se sentir segura na área e transitar até à noite. Percebe-se, portanto, que a sensação de estabilidade trazida

pelo pacto com a criminalidade local tende a ser abalada pela violência arbitrária praticada por sujeito não-pertencente à área.

6.3.2 Vitimização indireta

O espaço público também é *locus* de uma variedade de vitimizações indiretas. Tais ocorrências, na forma de “falas do crime” (CALDEIRA, 2000 p 27), contribuem para reforçar as sensações de perigo e insegurança do ACS na área. As principais vitimizações indiretas em espaço público foram o trânsito pelos territórios dominados pela criminalidade, ameaças e assassinato contra outros ACS e o testemunho de assassinato.

Consideramos o trânsito pelos territórios dominados pela criminalidade como uma forma de vitimização indireta. Nestes espaços, os ACS podem testemunhar o planejamento ou a realização de crimes, além de sofrerem exposição a armas de fogo e vulnerabilidade a possíveis conflitos entre gangues rivais, ou com a polícia. Nestes territórios, os ACS enfrentam, ainda, as suspeitas dos delinqüentes locais sobre a sua circulação, conforme ocorrido com Bárbara (47 anos):

E quando a gente desce, a gente percebe eles perguntando ‘quem está passando aí é a moça da vacina, é?’. Aí é assim. Eles falam. Aí eles deixam a gente trabalhar normal. Uma vez só que H. entrou, um técnico da outra unidade, entrou sem o guarda-pó. Entrou com camisa normal, e estava com o isopor. Ele aí foi, seguiu e eu fiquei mais atrás. Aí ele [traficante local disse] ‘está descendo?’, eu disse ‘estou, e o rapaz está lá na frente’, ele ‘ih, per aí, mande ele segurar o reggae aí’. Porque estava acontecendo algo deles lá embaixo, aí ele não quis que descesse. Aí eu peguei, mandei ele voltar ‘espera aí um pouquinho, H., a sandália aqui está saindo do meu pé’. Ele não entendeu, mas ele chegou pra junto de mim. Aí depois a gente seguiu e foi vacinar um acamado no finalzinho da rua, a gente aí percebeu dentro da casa um movimento. Eles estavam

trocando roupa, alguma coisa assim. Talvez tenha sido de roubo e eles estavam dividindo entre eles, e ele não quis que descesse naquela hora. (Bárbara, 47 anos)

Observa-se uma característica das relações dos ACS com outros profissionais, no trânsito pelas áreas, que foi recorrente: a ACS mantém o sigilo sobre os “pontos quentes” (*hot spots*) (ST JEAN, 2007), e termina sendo a única responsável pelo manejo do risco.

Dentre as múltiplas ameaças advindas do trânsito pelos territórios dominados pela criminalidade, o que parece mobilizar mais os ACS é risco de serem alvejados em meio ao fogo cruzado entre delinqüentes rivais ou com policiais. Neste sentido, os ACS utilizam o termo “bala achada” para se referirem à ameaça de vitimização em meio a tiroteios, alertando os profissionais e seus interlocutores de que a violência, mesmo não sendo direcionada aos ACS, pode atingi-los:

A gente entra em cada viela apertada. Que se vir um cara lá com revólver na mão disparando, você está na frente, você é que leva. Mas o único risco que a gente sofre na comunidade é isso aí. Receber uma bala perdida. Quer dizer, pra mim não existe bala perdida, como eu te falei ali, né, é bala achada: ela achou um lugar, ela alojou. (Basílio, 44 anos)

E ela [supervisora], por orientação dela também, ela disse ‘ó, gente, qualquer movimento, vão pra casa, não trabalhem não’. Porque ela sabe, né, que a gente está ali, né. Pode... Uma bala perdida, e aí? Uma perdida não, uma achada. Porque ela vai achar alguém pra penetrar no corpo (Célia, 43 anos)

O constante risco de transitar pelas ruas do bairro, embora nem sempre se concretize em vitimização direta, acarreta grande sofrimento para os trabalhadores. Conforme vem sendo confirmado por pesquisas, simplesmente conviver com a iminência de sofrer um ato de violento é intrinsecamente ameaçador e gerador de

ansiedade (RICCIO-OLIVEIRA, 2006; WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006; LYSAGHT; BASTEN, 2003; ZEDNER, 1994).

Além das ameaças e testemunho de violências, agentes contam com um repertório de histórias vividas e contadas por outrem, amplamente repetidas, que carregam em si os riscos do dia-a-dia da profissão e os comportamentos a serem evitados. Encontramos alguns relatos similares ao que Moore (2009) chama de narrativas de precaução (*cautionary tales*). Estas são definidas como histórias de ameaças e crimes amplamente divulgadas num grupo para alertar suas vítimas potenciais acerca de precauções a serem tomadas.

Do mesmo modo, Caldeira (2000) utiliza o termo “fala do crime” para se referir todos os tipos de manifestação verbal que têm como tema o medo, como narrativas, debates, comentários, piadas e brincadeiras. Refere que tal fala é contagiante e repetitiva, como uma tentativa de dar sentido e lidar com as experiências de violência. Salienta, porém, que tal repetição funciona como um reforçador das sensações de perigo e insegurança, reproduzindo o medo e fazendo com que a violência seja ao mesmo tempo combatida e ampliada. Isto porque, conforme pontua a autora, “a fala e o medo organizam as estratégias cotidianas de proteção e reação que tolhem os movimentos das pessoas e restringem seu universo de interações” (CALDEIRA, 2000 p 27).

No DS-B, uma destas narrativas é a “história da Kombi”, vivida por dois dos entrevistados e referida por mais quatro participantes formais e informais da pesquisa. Benjamin, Basílio e a supervisora estavam na Kombi da prefeitura,

voltando de uma vacinação na microárea do primeiro, quando foram surpreendidos pelo primo do mesmo baleado e caído na frente do veículo. Devido ao parentesco da vítima com o ACS, decidiram prestar socorro a esta, levando para o hospital.

Como conseqüência, os traficantes rivais que haviam alvejado o jovem buscaram vingança contra os profissionais que deram socorro. Não tendo descoberto quais foram os responsáveis pelo resgate, passaram a ameaçar e proibir a entrada de todos os ACS na área:

Eles foram punidos porque deram socorro. Então, as pessoas estavam atrás de pegar realmente pra tirar a vida desse rapaz [a vítima que foi socorrida]. [...] Aí pegaram e deram socorro, eles aí ficaram prejudicados por um certo tempo, e nós também. Paramos de fazer vacina. Paramos de sair mais na rua. Ficávamos trabalhando mais interno, entendeu? Aí teve esse probleminha só, que foi com um agente, mas acabou sendo com a equipe, né. (BÁRBARA, 47 anos)

Por ser uma história conhecida e repetida pelos ACS, foi possível ter acesso aos seus diversos significados. Para os ACS envolvidos no evento, este demonstrava a periculosidade da área. Para os ACS não envolvidos e outros profissionais, a história trazia uma lição: “não dê socorro a criminosos”.

Outros exemplos de narrativas de precaução são os casos de ACS que entram em conflito com criminosos locais por “falarem demais”. São diversos eventos que têm o mesmo caráter: um ACS tem uma aproximação suspeita com a polícia ou com a mídia, um traficante local é morto poucos dias depois e o ACS passa a ser ameaçado ou é morto pelos comparsas daquele. Estas histórias são amplamente conhecidas e servem de argumento para a resistência dos ACS em se aproximarem de policiais na área.

De forma similar às narrativas de precaução acima descritas, o testemunho de homicídio relembra ao ACS da sua própria vulnerabilidade à violência na área, mesmo quando os riscos tendem a ser minimizados ou estrategicamente enfrentados. Conforme ocorre com os testemunhos de homicídio em espaço privado, nos relatos em espaço público, os discursos – predominantemente marcados pela indiferença à violência e pela confiança no “pacto” com os criminosos locais – se transformam em relatos tensos, trêmulos e ansiosos:

E aí, uma pessoa foi baleada, e aí veio caminhando até a minha área. Porque tinha um mato, né, e nesse mato tinha uma passagem que dava pra a minha área. E aí a pessoa foi andando, andando, toda baleada, e quando chegou lá caiu. Ele já caiu morto. [...] E eu fiquei apavorada, né, porque [os moradores disseram] “olha a agente de saúde aí, olha a agente de saúde aí”, eu... Aí eu fui saindo devagarzinho, porque... Primeiro porque eu não tinha nada a ver com a situação. Segundo porque, o que é que eu ia resolver? Não sou médica, não sou enfermeira... Eu fui saindo de mansinho. (Célia, 63 anos)

O “sair de mansinho” referido pela ACS traduz um comportamento constante dos profissionais em casos que envolvem violência urbana, violência doméstica e abuso de drogas. Diante desses casos, resta muitas vezes ao ACS se esquivar da situação e/ou ignorá-la, empregando a “lei do silêncio” (BISPO, 2011) para evitar que a vitimização indireta se torne direta.

7 CONSTRUINDO DEFESAS

Conforme discutido anteriormente, diante da ameaça de violência, os ACS alteram suas atividades rotineiras para constituir defesas baseadas principalmente em ações individuais e inter-individuais, no reconhecimento e uso seletivo do espaço urbano e/ou no recurso aos laços sociais com atores legais e ilegais (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; ST JEAN, 2007; FELSON, 2006; GAMBETTA; HAMILL, 2005; LYSAGHT; BASTEN, 2003).

Entre os ACS estudados observou-se que as defesas utilizadas são normalmente individuais e informais: construções dos próprios trabalhadores e não organizacionalmente estabelecidas². Assim como as vitimizações, as principais defesas também se estruturam em torno dos espaços freqüentados. Neste sentido, serão apresentadas em três subcapítulos: defesas em espaço privado, defesas em espaço público-estatal e defesas em espaço público (Figura 2).

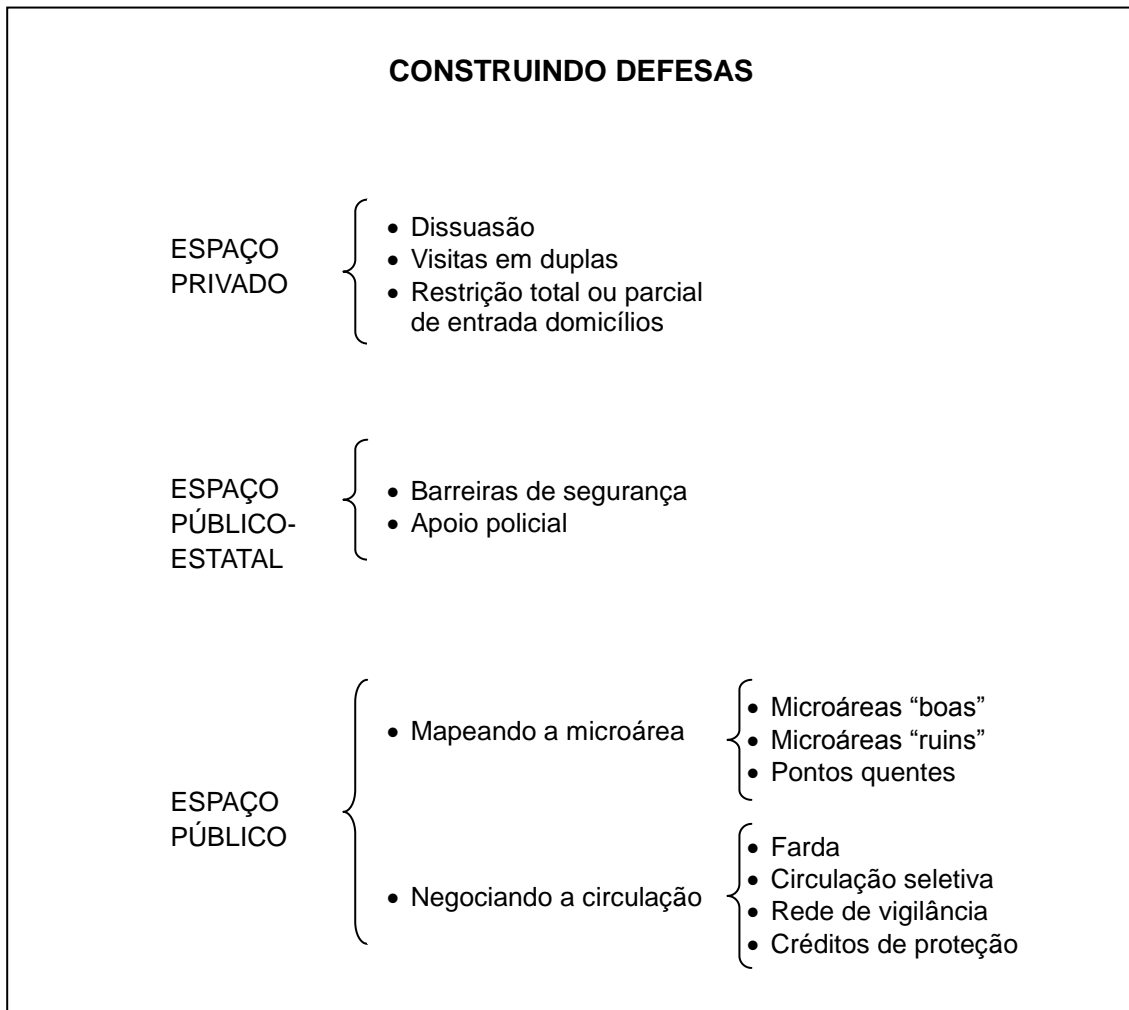
7.1 DEFESAS EM ESPAÇO PRIVADO

As práticas defensivas relacionadas ao espaço privado dizem respeito aos cuidados do ACS na hora de decidir em quais casas entrar, e como se portar na companhia

² Trata-se de defesas construídas predominantemente na prática, ao ponto de algumas serem intuitivas. Isto é demonstrado pelo fato de os ACS entrevistados terem dado muitas respostas vazias às perguntas padrão sobre defesas (“como você faz para se proteger?”; “por que você acha que essas coisas nunca aconteceram com você?”; “como você agiria para evitar que o que aconteceu com seu colega aconteça com você”). Porém, a partir dos relatos de vitimização direta e indireta (especialmente nas narrativas de precaução), na forma de comentários, era possível perceber algumas das defesas mais bem elaboradas.

dos seus moradores. São eles: dissuasão (demonstração de força e capacidade de resistir a um ataque) (FELSON, 2006); realização de visitas em duplas; restrição total ou parcial de entrada em domicílios (mediante avaliação das circunstâncias).

Figura 2 – Construindo defesas



A dissuasão é uma prática defensiva que consiste na demonstração de força e capacidade de resistir a um ataque (FELSON, 2006). Conforme salientado por Gambetta e Hamill (2005) esta demonstração pode ser realizada através do uso intencional de sinais (*signals*): a manipulação pelo ator social de traços observáveis,

para passar uma impressão ao seu interlocutor. No caso dos ACS, o uso da dissuasão, através de sinais, se traduz no uso de diferentes expressões faciais no trato com as famílias e no uso de roupas folgadas e comportamento masculinizado por ACS do sexo feminino, para se protegerem de assédio sexual (BISPO, 2011).

O uso mais comum da dissuasão entre os ACS desta pesquisa foi demonstrar disposição para responder a ofensas e ameaças, evitando discussões com usuários insatisfeitos e, em última instância, finalizando-as antes que se tornassem vitimizações efetivas:

Eu não, que eu não dou ousadia pra sofrer violência, minha filha. Não venha pra cá me agredir nem com palavras nem fisicamente não, que eu rebato. Não tem isso de 'ah, tem que ser profissional'. Mas eu não estou aqui pra apanhar de ninguém, nem pra ser xingada não. [...] Se falar alto, vai ouvir alto. (Cíntia, 29 anos)

A realização de visitas em duplas – referida por Felson (2006) como defesa social emergente – é uma prática comum entre os ACS em certos horários e em períodos de conflito na área (BISPO, 2011). Neste sentido, passam a fazer as visitas em dupla, ou com um familiar, para se protegerem contra possíveis vitimizações. Entre os ACS deste estudo, a visitação em parceria tem uma série de funções, tais como ajudar na pesagem de crianças e facilitação do acesso às famílias de classe média. O uso da visita em dupla como defesa social emergente só ficou evidente nos casos de violência doméstica e outros casos compreendidos como delicados. Nestes casos, a parceria tinha menos uma função de desestímulo a ataques, e mais de socialização dos riscos (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009) acarretados pelas medidas tomadas, conforme descrito no relato de Camila:

Quando tem que a gente visitar alguns casos mais graves. Alguém que fez um aborto, alguém que por um acaso tomou um veneno, alguém que por um acaso está em uma situação de risco, aí a gente se junta. (Camila, 38 anos)

Quanto à restrição da entrada nos domicílios, pode ser total ou parcial. A restrição total de entrada em domicílios se aplica predominantemente às casas onde moram os criminosos locais. Conforme será discutido posteriormente, é por vezes, uma extensão da limitação de trânsito pelos pontos quentes (*hot spots*) (ST JEAN, 2007). São casas dos delinquentes locais, pelas quais os ACS passam sem olhar para dentro, preferindo ter acesso aos seus moradores de outras formas. A principal preocupação dos ACS é com o que pode ser testemunhado nestes espaços, como relatam Benedito e Célia:

Casa que era [dos envolvidos com o crime] eu evitava, porque sabia que era bandido, e estava na hora deles venderem as coisas, e trocar. A gente chegava, às vezes, eles estavam trocando armas. Da gente chegar e eles estarem fazendo os pacotinhos, pra vender. E a gente evitar ir no local. Não fazer visita naquela casa. (Benedito, 42 anos)

A gente vê, né, a gente não é boba. A gente percebe alguns movimentos, algumas coisa. Então, tem certas casas que a gente tem uma certa cautela, né, de entrar. (Célia, 43 anos)

Conforme citado anteriormente, o trânsito por certos pontos da microárea expõe o trabalhador à vitimização indireta por uma série de crimes, como tráfico de drogas e planejamento de assaltos e homicídios. Dentro dos domicílios destes pontos, são realizadas diversas ações ilegais, como preparação e comércio de drogas ilícitas (BISPO, 2011), planejamento de assaltos e assassinatos. A evitação absoluta de entrada em algumas destas residências visa prevenir que esta vitimização indireta ocorra e que, uma vez ocorrendo, não se torne uma vitimização direta, na forma de desconfianças e ameaças dos delinquentes locais.

A restrição total pode ser substituída por uma parcial: a avaliação das circunstâncias, antes de decidir pela entrada (ou não) na residência. Tais avaliações ocorrem tanto antes de entrar nas casas dos delinqüentes locais quanto de outros moradores, e levam em conta uma variedade de fatores, tais como disposição do morador para receber atendimento, estado emocional do mesmo e horário. Benedito salienta que um pedido do morador e a garantia de discrição do trabalhador criam as condições de segurança necessárias para a visita:

Às vezes [um usuário de drogas local] fala “poxa, nunca mais passou por lá”. Eu digo “ah, está precisando de alguma coisa? Vamos lá”. E quando eles falam, é porque não tem nada em casa, né. Ou seja, não está acontecendo nada, então você pode ir lá. Mas você sabe que ele é viciado. Às vezes ele conta pra você “poxa, eu não eu estou bem. Eu estou meio fugido, aí, que a polícia está vindo pra cima de mim. Está dizendo que eu estou vendendo coisa [drogas] e eu não tenho. Você sabe disso. Quando eu vendo, você sabe...”. Eu digo “eu não sei de nada” [risos] (Benedito, 42 anos)

Nesta fala de Benedito, fica evidente a relação de proximidade com o paciente, que chega a confidenciar problemas pessoais ao ACS. Benedito, embora receptivo à demanda do paciente, ao responder “eu não sei de nada” se distancia do assunto, demonstrando a sua discrição e o respeito à lei do silêncio (BISPO, 2011). Considerando que as relações com os “meninos” e a “lei do silêncio” relacionada à criminalidade permeiam mais intensamente as defesas em espaço público, estas serão retomadas e discutidas mais profundamente no subcapítulo posterior.

Tanto no trato com os delinqüentes locais quanto com moradores em geral, a decisão de entrada ou não no domicílio envolve uma avaliação cuidadosa do estado emocional do morador. Especialmente quando estão envolvidos com álcool e outras drogas, a imprevisibilidade parece ser o fator mais importante, conforme salienta

Bartira:

A partir da hora que você chega numa casa, por muito que você conheça, mas você não sabe o estado dele no momento. Você não sabe se ele está drogado, você não sabe se ele está... se ele matou alguém, se ele roubou alguém. Se ele praticou um crime ali. Entendeu? Você não sabe, você não sabe o estado que ele se encontra. Então, ele pode ser muito receptivo com você, e pode não ser. Ele pode não ser receptivo. Depende do estado em que ele se encontra. Viu... pode ser... Uma pessoa que está no auge da droga, ele pode lhe agredir, ser muito agressivo. (Bartira, 63 anos)

A avaliação do estado do morador, especificamente sua fisionomia, antes de adentrar nos domicílio também foi encontrada entre os assistentes sociais entrevistados por Waddington, Badger e Bull (2006), e entre os ACS do estudo de Bispo (2011). Foi referida também por estudos de outras categorias profissionais a observação de um conjunto de características do cliente, a fim de classificá-lo como confiável ou não (SANDERS, 2005; GAMBETTA; HAMILL, 2005).

Conforme discutido anteriormente, os domicílios dos usuários do programa representam como principal risco de vitimização o seu isolamento e impossibilidade de controlar o ambiente para sua proteção (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006), de modo que pode colocar o ACS no mesmo espaço que um ofensor capaz, sem possibilidade de fuga (COHEN; FELSON, 1979). Nesta equação arriscada, resta ao ACS, como proteção, avaliar o morador como ofensor possível ou não, para então decidir sobre a sua entrada na residência.

Ainda se tratando dos moradores em geral, o horário é uma condição importante na decisão de entrar em um domicílio. A limitação de horários socialmente aceitáveis para visitas é vista pelos ACS como uma proteção, partindo do pressuposto de que o

paciente será menos defensivo e mais acolhedor:

Não procurar ir num horário que não é adequado [...] Não vou bater numa casa antes de 8 horas, né. Eu só deixo pra bater numa porta depois das 9 horas. Nunca fico até 11:30. Depois das 11:30, eu nunca fico na porta dos outros. Depois das 5 horas, eu nunca vou. Então, eu acho que isso é uma coisa que eu estou me protegendo. E protegendo eles também, né. Porque eles querem ter o seu sossego. Não é certo uma pessoa estar na porta da outra meio-dia, né isso. Se eu sou uma agente comunitária, como é que eu vou pra a casa do povo meio-dia. A não ser que a moça me chame “não, Cremilda, vai lá meio-dia, que eu só estou lá meio-dia”. (Cremilda, 60 anos)

A avaliação das circunstâncias antes de decidir entrar ou não na residência, se estende às situações onde o ACS é impelido a tomar atitudes, tais como nos casos de violência doméstica anteriormente discutidos. Assim como no trabalho de Bispo (2011), muitos dos ACS referiram que preferem não intervir em casos de violência doméstica, chegando a referir que este problema não diz respeito ao campo da saúde.

Embora tenha sido observado por Bispo (2011) que a principal defesa dos ACS ao lidar com casos de violência é “não se envolver”, percebemos que ignorar a situação de violência é somente uma das estratégias dos ACS para minimizar o sentimento impotência. Diante de algumas características da situação (como o envolvimento de crianças e idosos), o ACS se sente impelido a apelar para a segunda estratégia: intervir. Tal intervenção envolve tanto os meios formais e legais – como denúncias aos órgãos competentes – quanto informais (GARRIDO, 2004).

Os ACS fazem avaliações cuidadosas antes de decidirem se devem ou não “se meter” em uma situação de violência doméstica. Fatores relevantes para esta

escolha são: a gravidade da agressão, a relação do ACS com a família, estado emocional das pessoas envolvidas, a presença de crianças, a intervenção de outros moradores, e o porte de armas de fogo por um dos envolvidos.

Um dia desses, uma mãe pegou a tesoura pra furar o filho de 7 anos. Aí a vizinha da direita com a outra foi que... eu olhei de cá, assim e eu vi elas entrarem. Invadiram mesmo. Chegou lá ela estava discutindo com o marido. Aí o marido... 'essa louca' – e ela já tomou dois tiros do marido – o marido falou assim 'essa louca briga comigo e quer descontar no menino, que não sei o que'. Aí pegou, bateu a porta e deixou ela lá fechada. E pegou o menino, o menino foi pra a banca [reforço escolar] e ele subiu. Saiu da casa, e ela... e as duas vizinhas... e eu também, eu não sei se eu ia me meter não, porque ele já deu tiro nela. Você já pensou, eu vou lá e ele mete a porra [dá um tiro] em mim? (Consuelo, 47 anos)

O marido e a mulher estavam brigando muito. Eu cheguei e as crianças vieram pra mim. E aí eu olhei quem estava mais nervoso. Quem estava mais nervosa? A mulher. E o marido estava com a cartucheira com o revólver do lado. E eu olhei assim, dentro do olho dele, assim. [...] E eu falei 'Meu Deus, pra onde é que eu vou? Vou pra ele. Ele está com o revólver, mas eu vou pra ele'. E as crianças agarradas aqui em mim. Aí eu cheguei, olhei assim pra ele, falei assim 'por que você está fazendo isso? Você não sabe que quanto mais você ficar pirraçando ela vai ficar mais nervosa?'. Ele olhou assim pra mim... Eu falei 'Me dê essa cartucheira. Tome a chave do carro e saia'. (Cleide, 65 anos)

Observa-se que os dois casos envolviam brigas entre casais, com risco a crianças, o que inclina os profissionais a interferirem (GARRIDO, 2004). Também havia em ambos a ameaça de uma arma de fogo, o que tornava a intervenção altamente arriscada. O que diferencia os dois quadros é a presença de outros moradores intervindo, o que fez com que Consuelo decidisse não interferir.

7.2 DEFESAS EM ESPAÇO PÚBLICO-ESTATAL

Em termos de defesas, as Unidades de Saúde têm como característica principal o fato de serem espaços de grande circulação de pessoas, porém possíveis de serem controlados para a proteção dos seus profissionais (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006). Ademais, conforme discutido anteriormente, são espaços que expõem à vitimização não somente os ACS, mas também os outros profissionais da unidade.

Neste sentido, foi observada em todas as unidades a presença de barreiras separando o público em geral dos consultórios onde trabalhavam profissionais de saúde. Estas barreiras eram inicialmente os profissionais da recepção, na sala de espera, onde os pacientes deveriam se identificar e aguardar pelo chamado para atendimento. Fisicamente, as unidades contavam ainda com portas e, na maioria dos casos, escadas que separavam os usuários em geral dos profissionais.

Em uma das unidades, um Centro de Saúde que também trabalha com atendimento a urgências e emergências e tem uma circulação muito maior de pessoas, chamou atenção a dimensão deste aparato de segurança:

Para chegar até a gerente, precisei passar por dois seguranças, que olhavam o ofício e perguntavam de onde eu era. O último dos seguranças tirou uma corrente que restringia a passagem para um corredor e me levou por este. Entramos em outro corredor e subimos uma escada. Lá, apresentei meu ofício novamente a uma secretária, que então me anunciou à gerente. (Diário de Campo)

Isto concorda com o que foi observado por Waddintong, Badger e Bull (2006) nas Unidades de Urgência e Emergência que lhes serviram de contexto de pesquisa. Os autores observaram um forte aparato de segurança nestes setores, alimentado pelo medo que os profissionais tinham da população atendida.

Salienta-se que em todas as Unidades, além do aparato físico que tenta isolar os trabalhadores do grande público, há uma constante vigilância dos profissionais da unidade ao trânsito de pessoas estranhas. Sempre que eu visitava uma Unidade pela primeira vez, circulando ou aguardando nas áreas restritas, era interpelada por todos os profissionais que ali me viam. As abordagens dos profissionais podiam ter tanto um tom educado (“posso ajudar?”), quanto impaciente (“está procurando quem?”), mas sempre com o mesmo objetivo de identificar aquela pessoa desconhecida que ali se encontrava.

Em uma das unidades pesquisadas, embora as barreiras físicas de proteção fossem similares às observadas em outras unidades (escadas separando a sala de espera das áreas de atendimento), a segurança contava com reforço de uma dupla de policiais:

Em todas as minhas visitas a uma das unidades do DS-C, encontrei a mesma dupla de policiais militares (um homem e uma mulher). Localizavam-se em pé na porta, ou sentados na sala de espera, conversando com os funcionários. Não tendo visto isto em nenhum dos outros contextos visitados, perguntei a Cremilda sobre a razão da presença policial naquela unidade específica. Esta respondeu que a frequência com que vinham ocorrendo ameaças de usuários fez com que se solicitasse apoio policial (Diário de campo DS-C)

Como foi observado anteriormente, as dificuldades de prestação de atenção contínua e qualificada à saúde enfraquece o pacto moral implícito (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006) que orienta a relação entre pacientes e profissionais de saúde. Pacientes insatisfeitos com os serviços sentem que a unidade (e por extensão, seus profissionais) não cumpriram com a sua parte do “acordo”, e este

perde a sua força. Neste contexto de tensão, o policiamento dentro das unidades surge como um substituto ao pacto moral.

Conforme já visto nos relatos de interações com policiais no espaço privado e no público, a face mais vista da polícia foi aquela que agride, invadindo “lares de pessoas de bem” e ludibriando moradores para conseguir informação sobre a criminalidade local (PAES-MACHADO, NORONHA, 2002). Porém, para os ACS e outros profissionais, nesta unidade do DSC, a polícia representa unicamente proteção. Neste contexto, a ambivalência é dissolvida, pois a manutenção e reprodução da ordem social ocorre com sujeitos bem definidos: a “gente de bem” são os profissionais do posto; os “suspeitos” são os usuários do serviço.

7.3 DEFESAS EM ESPAÇO PÚBLICO

As práticas defensivas em espaço público se referem às ruas da microárea, por onde os ACS transitam diariamente. Neste espaço, as defesas se estruturam em dois conjuntos de práticas distintos, porém relacionados: mapear a microárea e negociar a circulação.

7.3.1 Mapeando a microárea

O mapeamento consiste na classificação dos espaços mais amplos ou mais adstritos, seguindo uma escala de risco: classificação ecológica das microáreas entre “boas” e “ruins”; e subclassificação dos pontos quentes (ST JEAN, 2007). A primeira classificação realizada diz respeito à microárea como um todo. Neste sentido, para os ACS do DSC, uma microárea “boa” é aquela com ruas mais amplas,

“diretas” e “compridas” que tenham trânsito de carros e, portanto, permitam circulação constante de viaturas policiais e outros guardiões capazes (COHEN; FELSON, 1979).

Com uma concepção de segurança similar, alguns ACS do DSB classificaram como “boas” as microáreas totalmente ou predominantemente de classe média. É o caso da microárea de Bartira, uma rua ampla, cujas residências possuem grandes muros e outros dispositivos, que funcionam como barreiras contra o crime (CALDEIRA, 2000).

Um fato da história recente do DSB pode estar relacionado com a perspectiva destes ACS de que microáreas de classe média são “boas”. Nos últimos anos, parte dos profissionais de uma unidade onde funciona um PACS foi realocada para um PSF, inaugurado numa área predominantemente de classe média:

Conversando com os profissionais, vejo esta USF como um grande produtor de desigualdades na área, não só entre os moradores, mas também entre os ACS. A USF parece mais organizada, com profissionais e espaço mais humanizados. Os ACS desta unidade parecem também mais dedicados e resolutivos. Por outro lado, a área adstrita da UBS é composta por três invasões. Os ACS parecem desmotivados e a restrição de circulação pela microárea é constante. (Diário de Campo, DS-B)

Em todos os contextos, porém, houve consenso sobre o que era uma área “ruim” em termos de segurança: aquela composta por vielas e becos de difícil acesso e pouca visibilidade. O maior medo dos ACS nestas microáreas está relacionado às dificuldades de fuga diante de uma vitimização iminente, de obter vigília e

intervenção de guardiões capazes (COHEN; FELSON, 1979) e de acesso de auxílio médico de emergência:

Eu tenho uma colega, que ela, inclusive já teve várias situações [de violência] com ela. Ela tá pra se aposentar. Já pediu pra sair, porque a [microárea] dela é terrível. Porque ela não tem áreas abertas, só tem becos mesmo. E nesses becos, pra trabalhar... só Jesus mesmo pra guardar nossa vida. (Camila, 38 anos)

A única coisa que a gente sofre é isso. Entrar num beco daqueles. A gente entra em cada viela apertada. Que se vir um cara lá com revólver, com uma arma na mão, disparando, você está na frente, você é que leva... Ou se esconde em algum outro bequinho. Mas o único risco que a gente sofre na comunidade é isso aí. Receber uma bala perdida (Basílio, 44 anos)

Um tiroteio que tenha ali, se a gente sofrer ali, vai ter que esperar a SAMU [...] vai morrer e a SAMU vai pegar o corpo (Ana, 48 anos)

É necessário salientar que um fator fundamental na hora de atribuir segurança/insegurança à própria microárea é a percepção desta como uma zona de conforto, onde o ACS está mais seguro do que em outros locais, protegido pela sua condição de morador. Neste sentido, mesmo quando classificam a própria área como “ruim”, os ACS fazem questão de salientar que se sentem seguros.

Especialmente nas entrevistas em dupla e em grupo, onde as opiniões estavam abertas a contestações e discussões, ficou claro o caráter comparativo da avaliação de segurança. Deste modo, após longa discussão entre quatro ACS do DSC (Consuelo, Carmem, Cíntia e Cícero) sobre qual era a área mais violenta, os profissionais concluíram que “aos olhos do outro, a minha área é muito violenta”, ao

mesmo tempo em que “a área do outro sempre pior do que a nossa.” (Carmem, 43 anos).

É necessário salientar que, quando falamos dos becos e vielas como características da microárea “ruim” como um todo, ainda não estamos falando de movimentação criminosa ou violenta perene. Embora sejam rota de trânsito e até de fuga da criminalidade local, os becos e vielas não são necessariamente dominados por eles. Quando algum dos becos é dominado pelos delinqüentes locais (ponto quente), as regras de circulação e as relações envolvidas se transformam.

Neste caso, entra em jogo a identificação e limitação de trânsito pelos pontos quentes: a parte da microárea classificada como “dos meninos”. Nestes pontos, dominados por atividades ilegais, a circulação de atores não envolvidos com tais atividades é desencorajada e vista como um risco (ST JEAN, 2006). Do mesmo modo, Gambetta e Hamill (2005) salientam que as “áreas proibidas” são selecionadas com base numa classificação espacial meticulosa. Quanto mais detalhado o conhecimento do profissional sobre a área, mais minuciosa é a seletividade aplicada na circulação.

Todos os ACS conhecem os pontos quentes da sua microárea. A principal diferença, porém é o quanto o conhecimento destes pontos é socializado com a equipe como um todo. Por um lado, no DSC, Carmem relatou que visitava a área com profissionais do PSF, alheios ao fato de que estavam sendo “observados” ao passar por certos pontos. Por outro, no DSB, na observação em uma das USF, foi mostrado à pesquisadora um mapa de uma das microáreas, onde as “bocas” estavam

sinalizadas por corações desenhados em papel e colados em diferentes pontos do mapa, prática também observada entre os moto-entregadores estudados por Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009).

Na maior parte das áreas visitadas, a restrição de circulação dos ACS por estes pontos ocorre apenas em períodos críticos. Nestes espaços, conforme será discutido a seguir, o trânsito era mais facilmente negociado com os “meninos”, através de créditos de proteção (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

7.3.2 Negociando a circulação

A negociação da circulação consiste no uso de estratégias para transitar pela microárea, principalmente pelos pontos quentes. Envolve tanto práticas individuais e inter-individuais (uso da farda; e estabelecimento de regras de circulação), quanto inter-grupais (recurso à rede de vigilância, estabelecimento de créditos de proteção junto aos delinqüentes locais e negociação da moradia na área com a supervisora) (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

Conforme já observado por Bispo (2011), o fardamento é visto pelos ACS como parte do seu equipamento de proteção. As fardas em questão podem ser camisas do programa ou camisas de campanhas (de vacinação, de tuberculose, de DST/AIDS) – em raros casos também coletes – acompanhados pelo crachá do programa. Servem para identificar o ACS como trabalhador da área, o que o protegeria de agressões tanto dos delinqüentes locais quanto de policiais.

É necessário salientar que além do papel da “farda” como um fator de proteção, encontramos também a mesma “farda” como algo a ser protegido em situações de violência, resguardando as funções do ACS e seus colegas. Neste sentido, observamos que uma das entrevistadas de Bispo (2011), após ser agredida verbalmente pela paciente, voltou para discutir com a mesma em momento posterior, sem a farda. Do mesmo modo, Bárbara, ao relatar a situação sofrida por colegas, que estavam fazendo vacinação na área e utilizaram a da Kombi da prefeitura para prestar socorro ao primo de um ACS que havia sofrido um ferimento à bala, pontuou que:

eu nem iria dar o socorro. Eu lhe digo isso. Eu iria tentar agilizar até que alguém desse. Sabe por quê? Eles foram errados. Porque eles estavam com a Kombi da prefeitura, então logo, errados eles estavam, né. Então ele poderia ter pedido socorro a outra pessoa. E sair... ou então sair da área, e depois ver o que ele poderia fazer sem a farda. (Bárbara, 47 anos)

Percebe-se a farda como um equipamento que oferece proteção, mas que também deve ser “protegida”, de modo que seja associada somente ao trabalho do ACS em saúde, e não a outras atividades. Desta forma, fica garantida a legitimidade da farda enquanto sinal (GAMBETTA; HAMILL, 2005) de que aquele é um profissional de saúde realizando o seu trabalho e, portanto, merecedor de confiança.

As regras de circulação são normalmente estabelecidas concomitantemente ao mapeamento das áreas. Referem-se às circunstâncias nas quais é necessária (e possível) a limitação total de trânsito pelo local. Neste sentido, Lysaght e Basten (2003) salientam que, em áreas de conflito, os atores se baseiam em um “livro de regras” não escrito na definição das suas práticas espaciais. Estas regras funcionam

de duas formas principais: prescrevem quais espaços um indivíduo pode usar; e dita como um indivíduo deve adaptar seu comportamento quando transita por espaço público.

As condições de não-circulação são ditadas por períodos em que “os meninos estão na bruxa” (Célia, 43 anos), ou que “o bicho está pegando” (Ana, 47 anos). São períodos em que está ocorrendo conflito armado no local, entre grupos de delinqüentes rivais ou entre delinqüentes e a polícia. Em contraste com o que foi afirmado por Bispo (2011), a restrição de circulação pela área não é um movimento natural, líquido e certo dos ACS. A restrição total de circulação parece ser privilégio dos ACS que têm relações muito boas com suas supervisoras. São casos em que a própria supervisora aconselha o ACS a não trabalhar, ou respeita a decisão deste de não realizar visitas.

Está acontecendo alguma coisa na comunidade, de violência, assim. No dia, a nossa supervisora mesmo fala “Ó, não precisa sair pra a área não, fiquem na residência de vocês. Venha bater o ponto e tchau”. (Bruno, 27 anos)

Quando o bicho tá pegando aqui, a gente liga pro posto “ó, tá acontecendo isso e isso e isso, a gente não vai pra a área não”. Entendeu? Que a gente não recebe colete à prova de balas pra trabalhar não. (Bianca, 26 anos)

Mesmo nestes casos, é pedido aos ACS que justifiquem sua ausência na área por escrito, pois sua freqüência e produtividade são acompanhadas rigorosamente pelos distritos. Quando os ACS têm poucas condições de negociar o número de visitas feito por mês (produtividade), e precisam continuar realizando visitas para cumprir a sua meta mensal, ocorre a limitação apenas parcial de circulação na microárea.

Nesta entram em ação formas ainda mais refinadas de defesa, baseadas na seletividade de ruas e horários a visitar:

Porque a gente fica apreensivo de sair, entendeu? Inclusive, quando está muito violento assim, eles andando com a arma em punho, a gente faz relatório, manda pro distrito. Porque aí a produção baixa, né. Que tem hora que a gente vai, tem hora que a gente não vai. A gente fica meio assim. Faz poucas visitas. Faz logo as visitas e depois vai logo pra casa. Por conta disso. Aí a gente faz relatório e manda pro distrito. (Célia, 43 anos)

Por exemplo, uma coisa chata de fazer numa época que a área está, assim, é ficar dentro das casas. Principalmente que a maioria das casas, elas não tem saída, elas só têm entrada. Então é besteira você ir pra uma casa daquelas e ficar lá. [...] Então, quando está assim, eu evito ir para dentro das casas, das residências. Mas eu fico andando na rua, porque ali eu estou dando uma informação, entendeu? Estou orientando algumas pessoas sobre alguma coisa... Eu escolho aquelas casas que eu sei que não têm envolvimento de nada. Aí vou. (Carmem, 43 anos)

Este é o tipo de defesa mais individual entre as regras de circulação pelo espaço. Foi originada a partir da observação pessoal da ACS acerca da dinâmica da ação delinqüente na microárea, fruto de anos de trabalho na comunidade.

Apesar do relato de Carmen, sobre sentir-se mais segura trabalhando nas ruas do que dentro das casas, observamos uma diversidade de opiniões acerca do mesmo tema. Conforme evidenciado nos relatos da maior parte dos ACS, em tempos de conflito na microárea, a ameaça vem constantemente da rua, e as casas dos moradores oferecem abrigo diante de um tiroteio. Neste ponto, as estratégias de circulação na área ultrapassam o seu caráter individual e inter-individual: ao incluírem os moradores (ou outros grupos de atores), tornam-se práticas intergrupais.

Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009) chamam de rede de vigilância, o apoio dos moradores aos profissionais na área, que opera como um amortecedor (*buffer*) ecológico. Trata-se da principal fonte de informação para avaliar e evitar perigos e ameaças. São redes compostas pelos usuários do programa, por onde flui o capital social necessário à proteção dos trabalhadores (COLEMAN, 1988). Além de informações, estas redes oferecem abrigo em situação de conflito armado e legitimação do papel do ACS como trabalhador de saúde:

Aí apareceu um monte de polícia, assim, de uma hora pra outra, minha filha. Eu fico logo com medo, que eu não sei o que é que está acontecendo. As pernas começam a tremer. Eu peguei, pedi à menina pra abrir a porta. A gente pegou, entrou. (Bianca, 26 anos)

Eu já tive situações de ir, pra passar, pra fazer meu trabalho, e eu perceber que não tinha ninguém ali [no beco onde ficam os delinqüentes locais], e eu ficar ali sem saber o que fazer. Aí o que é que eu faço? Eu chamo alguém que tem umas casas assim [nas proximidades do beco] e mesmo que eu não vá, eu dou um jeito de ir ali fazer uma visita a ela, pra poder me identificar que eu trabalho naquela área. Eu não to simplesmente... e aí depois eu dou um jeito de conversar, ou eu puxo um assunto que não tem nada a ver, relacionado à saúde. Quando eu percebo que eles estão olhando, eu dou tchau e vou embora. Aí já fui identificada. (Camila, 38 anos)

A partir deste relato, observa-se que os moradores também participam das defesas de forma indireta. No caso acima, não partiu do morador a iniciativa de identificar Camila como ACS da microárea, mas da própria agente. Do mesmo modo, os moradores podem servir de fontes de informações sem que estejam ativamente engajados nisto. Isto ocorre especialmente nas áreas com maior movimentação de atores ilegais, onde a “lei do silêncio” impera de forma mais rígida. Nestes contextos, os ACS utilizam estratégias para conseguir informações de forma discreta e sem

perguntas diretas. Deste modo, obtêm conhecimentos necessários à circulação na microárea, sem, porém expor seus informantes:

Aí ia [na primeira casa da microárea], trabalhava até essa pessoa soltar alguma coisa. A partir da hora que ela soltasse. Se fosse uma coisa que estivesse perigosa pra mim, eu não ia lá [dentro da microárea]. Eu não ia pra aquele lugar. Mas era despistadamente, né. Porque às vezes tem outras pessoas por perto, né. Você tem que ser sutil. [...] Despistar pra que outras pessoas não saibam que aquela pessoa lhe dá informação. (Bartira, 63 anos)

O acesso à rede de vigilância é fundamental ainda para garantir a realização do trabalho do ACS quando não foram negociadas com os “meninos” as condições de circulação pelos pontos quentes. Em uma das unidades do DS-B, chamou atenção a estratégia de Bárbara para ter acesso às famílias da sua microárea, apesar da sua restrição em entrar em um dos dois pontos quentes identificados:

Na minha microárea mesmo só tem dois pontos. Um é assim, uma entrada de rua, né. [...] Aí começaram a vender [as casas] ao redor, e é uma área de acesso. Aí melhorou, porque são pessoas que vendem verduras e frutas aqui na rua. E que aí eu vou conseguindo trazer pra aqui. Mulheres pra fazer preventivo, as consultas dos maridos. Aí eu vou, criei aquela amizade pra descer até a casa de um, né. Mas eu não vou pra a área no fundo. Porque eles [delinqüentes locais] pegaram, assim, duas casas, e fizeram uma só e ficam lá. [...] Não fico indo lá dentro. Porque a mulher de um deles fica mais na rua. [...] os drogados, pra eu chegar até eles, eu não sei nem que horas eu vou encontrar. [...] Vou encontrar eles pra conversar. É melhor encontrar na rua, que eu encontro normalmente. Ele assim na porta de um bar, eu descendo pra ir ao mercado. Aí ‘oi, tudo bom?’, aí falo, eles me respondem normal. (Bárbara, 47 anos)

Percebe-se pelo relato de Bárbara que, embora o seu acesso ao ponto mais arriscado da microárea não seja negociável, o contato com os seus moradores é possível em espaços considerados mais neutros, como os bares ou as ruas do local.

Evidencia-se ainda que a comunicação com estas pessoas é facilitado pela rede de vigilância (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009).

Quando o trânsito pelos pontos quentes é indispensável, entram em jogo os créditos de proteção (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009): autorizações de circulação baseadas na aquisição e manutenção de confiança entre o trabalhador e a criminalidade local. Observa-se que no caso dos ACS, tais créditos tendem a ser mais facilmente estabelecidos e duradouros do que aqueles negociados pelos *motoboys* estudados por Paes-Machado e Riccio-Oliveira (2009), visto que a maior parte dos ACS estudados mora na mesma área onde trabalha.

Os agentes mantêm boas relações com a criminalidade local, em graus variados: desde o respeito à “lei do silêncio” (não oposição às ações dos traficantes na área; não denúncia à polícia); até o posicionamento ativo em defesa dos criminosos locais: “Eu firmei uma parceria com os meninos, e aí quando eles vão presos eu vou testemunhar [...] se não, minha filha, eu já estava morta” (Andréa, 41 anos). O padrão mais comum de relação com os criminosos locais é o relatado por Ana:

a mesma linguagem que a gente usa com a família que é idônea a gente tem com eles [...] a gente tem segurança assim, tratando eles bem, como um irmão, como um sobrinho (Ana, 48 anos)

Na interação com a criminalidade local, não apenas o ACS tem papel ativo, mas também os próprios criminosos. Na relação ACS-traficantes, cabe a estes a manutenção da segurança e integridade física daqueles, conforme os relatos a seguir:

Eu ia passando num beco. Um dos malandros da área me

parou, pediu dinheiro. Ele tinha passado por mim, um dos chefes do tráfico. Ele tinha passado por mim, mas não tinha saído todo do beco. E aí um dos bandidos me parou pra pedir dinheiro [...] ele viu o cara pedindo dinheiro. Eu tava vindo, ele tava indo, e esse cara tava indo também na direção dele. Ele [malandro] me parou, ele [chefe do tráfico] viu de lá e voltou. E aí fez assim, ó [bate na mesa] “última vez que você para ele, viu. Se você parar ele ou qualquer um desses que trabalha aqui, você não come mais feijão. Estou lhe dizendo: você está morto” (Benedito, 42 anos)

Há casos que você tá passando, que a gente trabalha muito em vielas, em becos apertadinhos, escadarias. E as casas que a gente tá, vai passando, eles estão um de um lado, outro de outro... lá fumando o negócio deles, naquele grupinho. E a gente está pra passar, eles pedem aos colegas pra virarem, pra saírem e a gente passa, entendeu? Os que tiverem da área ali que nos conhecem, manda os caras terem respeito e a gente passa. Fala pra não mexer conosco (Camila, 38 anos)

Eles nos abordaram e mandaram a gente descansar, assistir novela. Quando eles falam isso, você, ó: vaza, entendeu. Porque são situações, realmente, que vai estourar uma violência braba, sabe... (Camila, 38 anos)

Nos três relatos, observa-se que a utilidade dos créditos de proteção não se limita à permissão de acesso aos pontos quentes, mas de defesa efetiva contra crimes aleatórios. Deste modo, a relação com os “meninos” protege os ACS contra extorsões, assédio sexual e exposição a conflito armado.

Como último recurso de defesas inter-grupais, encontra-se a negociação da residência na área com a supervisora. Neste sentido, dados de entrevistas e observações em uma das Unidades indicaram que nesta, pelo menos um dos ACS não mora na mesma microárea onde atua (parte das informações sugere que outros ACS daquela unidade residem em bairros distantes). Esta negociação de moradia é vista pelos ACS de outras unidades como um facilitador do trabalho e uma garantia de segurança para intervir em casos de violência e abuso de drogas.

Observamos, deste modo, a utilização de uma variedade de práticas defensivas pelos ACS, como uma forma de conciliar o trabalho na comunidade com a manutenção da sua própria segurança. A maior parte das defesas acima descritas acarreta conseqüências para a realização da atenção à saúde, como o comprometimento da equidade (EL-GILANY; EL-WEHADY; AMR, 2010), e descontinuidade dos serviços.

Conforme observado por Bispo (2011), diante da falta de condições de trabalho adequadas os ACS tendem a reagir de duas formas: negando-se a realizar o trabalho sem as condições mínimas, ou sanando a falta de condições com recursos próprios. O mesmo foi observado entre os ACS desta pesquisa, quando se trata de falta de segurança. Percebendo a área como um espaço arriscado, no qual são obrigados a circular sem equipamento de proteção e sem apoio organizacional para manutenção da sua segurança, os ACS se comportam de duas formas: deixando de fazer visitas ou mobilizando os recursos necessários à sua proteção, tentando conciliar trabalho e segurança.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua entrada no setor saúde, o ACS é considerado um sujeito fundamental para a reorientação do modelo de atenção. Por ser um sujeito que possui ao mesmo tempo vínculo com a comunidade e com o sistema de saúde, espera-se dele que sirva de ponte entre estes dois contextos, facilitando a oferta organizada de serviços de saúde.

Porém, esta dupla relação com a comunidade forma uma estrutura propícia a ameaças e vitimizações contra o trabalhador. O ACS é um vizinho ao qual foi oferecido um saber e um lugar social diferenciado: passou a ser um fiscalizador e normatizador da vida privada. Adicionalmente, por ser a primeira ligação entre os usuários e o posto, torna-se depositário das expectativas dos usuários sobre os serviços. Quando tais demandas não são respondidas, o ACS torna-se alvo de reclamações e agressões.

Neste sentido, pudemos observar que as principais ameaças e vitimizações que acometem os ACS, assim como as práticas defensivas constituídas diante deste risco, se estruturam em três espaços principais: o espaço privado, o espaço público-estatal e o espaço público. No espaço privado, representado pelas casas dos moradores, os ACS estão expostos principalmente a ameaças de usuários insatisfeitos e assédio sexual.

É um espaço permeado pelo risco de isolamento na presença de um ofensor motivado, o que dificulta a vigília de guardiões capazes, tornando os ACS alvos mais

vulneráveis (COHEN; FELSON, 1979). Neste sentido, as defesas no espaço privado se baseiam principalmente na seletividade de quais domicílios visitar, o que, embora proteja o ACS, compromete a equidade e a qualidade de prestação da atenção à saúde.

Entre as ocorrências em espaço privado, salientamos a vitimização indireta ocasionada pelo testemunho de violência doméstica contra crianças, idosos e mulheres. Conforme pontuado por Garrido (2004), observamos que os profissionais apresentam dois posicionamentos distintos em relação ao problema. Por um lado, consideram a violência doméstica uma questão privada na qual não se deve interferir, principalmente quando a violência é entre casais. Por outro, especialmente quando envolve idosos acamados e crianças, a violência é considerada prejudicial ao bem estar biopsicossocial da pessoa, e por isso é objeto de intervenção da saúde.

Destacamos os casos de violência doméstica nos quais os ACS escolhem interferir, pois, além da vitimização indireta e impotência, os profissionais sofrem com o medo de represálias diante das denúncias de tais atos (BISPO, 2011; GARRIDO, 2004). Neste sentido, os ACS avaliam as circunstâncias antes de decidirem se devem ou não intervir, com base em fatores como a gravidade da agressão, o estado emocional das pessoas envolvidas, a presença de crianças, a intervenção de outros moradores, e o porte de armas de fogo por um dos envolvidos.

O espaço público-estatal, representado pela Unidade de Saúde, combina elementos do público e do privado, além de ser uma instituição pública. O local e seus

profissionais tornam-se bodes expiatórios de uma variedade de insatisfações da população. Quando tais insatisfações são expressas pelos usuários, tendem a ferir o “pacto moral implícito” que media a relação entre profissionais de saúde e pacientes (WADDINGTON; BADGER; BULL, 2006). Dentro deste acordo, o mínimo esboço de violência é tomado como profundamente ofensivo pelo profissional.

Em contextos permeados por precariedades no serviço que ultrapassam a competência dos profissionais (falta de recursos materiais e humanos), as tensões no pacto são constantes. Deste modo, as unidades contam com um aparato de segurança formado por escadas, corredores e portas, destinados a manter o público separado dos profissionais. Em casos extremos, há a dissolução total do pacto, e a segurança da Unidade passa a ser feita pela polícia.

É necessário pontuar que, por esta ter sido uma pesquisa com foco maior no trabalho do ACS, que tem suas rotinas mais estruturadas em torno das residências e das ruas e logradouros do bairro, foi dado pouco destaque às ocorrências dentro das Unidades de Saúde. As observações sugerem que este também é um espaço importante de vitimização não só do ACS, mas de toda a equipe de saúde. Pesquisas futuras neste contexto devem relevar outras ocorrências de vitimização, assim como defesas muito mais refinadas.

Os espaços públicos – ruas e logradouros da microárea – expõem os ACS aos mesmos riscos aos quais estão expostos os outros moradores, como ameaças, trânsito por territórios dominados pela criminalidade, exposição a conflitos armados na área e testemunho de assassinatos. Porém, contribui como agravante o fato de

que o ACS necessita circular nas ruas do bairro diariamente e por longos períodos, o que o torna mais exposto à vitimização do que outros moradores. Nas ruas e logradouros do bairro, sobrepõem-se os riscos de morador e os de trabalhador da comunidade.

Neste contexto, entram em ação diversas práticas defensivas individuais, inter-individuais e inter-grupais. Destacam-se entre estas o mapeamento e circulação seletiva pela microárea (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; ST JEAN, 2006; GAMBETTA; HAMILL, 2005; LYSAGHT; BASTEN, 2003); as interações e negociações com atores legais (rede de vigilância) ou ilegais (créditos de proteção) (PAES-MACHADO; RICCIO-OLIVEIRA, 2009; COLEMAN, 1988).

O mapeamento se refere à classificação das áreas como “boas” ou “ruins”, pelas condições de segurança que ela oferece, além da subclassificação dos seus pontos quentes. A primeira classificação tem como critério principal a amplitude das vias, que está intimamente relacionada com a possibilidade de fuga diante de uma vitimização iminente, e de acesso de guardiões capazes (como viaturas policiais) e de auxílio médico de emergência. Nesta lógica, as microáreas com muitos becos e vielas eram consideradas as piores, por oferecer poucas condições de fuga e de acesso. Quanto à subclassificação dos pontos quentes, trata-se de uma forma mais meticulosa de mapeamento da microárea, com identificação e circulação seletiva nas áreas dominadas por atividades ilegais.

Uma vez mapeada a microárea, entram em jogo as regras de circulação, baseadas principalmente em práticas inter-grupais, como a negociação de créditos de proteção

com a criminalidade local, o recurso à rede de vigilância formada pelos moradores e a realização de acordos com as supervisoras. Destacamos os acordos com as supervisoras, que possibilitam a suspensão total das visitas em período de conflito armado. Porém, contrastando com o que foi afirmado por Bispo (2011), a suspensão total da circulação pela área não é um movimento natural, líquido e certo dos ACS, e depende da relação do profissional com a supervisora.

Neste sentido salientamos o choque entre as formas de proteção construídas e utilizadas pelos trabalhadores e a lógica institucional (representada pelas normas, manuais, treinamentos e chefia). Sem oferta de diretrizes organizadas de proteção contra a violência e recebendo atribuições que comprometem a sua idéia de segurança, os profissionais (individual ou coletivamente) constroem defesas, muitas das quais comprometem a qualidade da atenção prestada. Este choque entre as responsabilidades colocadas sobre os ACS e a sua segurança deve ser refletido, para que seja possível a re-construção do cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e o refinamento das suas defesas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEATO, C.; PEIXOTO, B. T.; ANDRADE, M. V. Crime, oportunidade e vitimização. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n.º 55, p. 73-90, jun., 2004.

BISPO, T. C. **Rompendo o silêncio**: estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA. 2011. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 259-268, 2008.

CALDEIRA, T. P. **Cidade dos muros**: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Editora 34/Edusp, 2000.

COHEN, L.; FELSON, M. Social change and crime rate trends: a routine approach. **American Sociological Review**, 44: 588-608. 1979.

COLEMAN, J. S. Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, 94: 95-120. 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS 196/96**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 13 de Outubro de 2009.

COSTA, G. D. da. COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm, Brasília** 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.

COVINGTON, J.; TAYLOR, R. B. Fear of crime in urban residential neighborhoods: Implications of between and within-neighborhood sources for current models. **The Sociological Quarterly**, 32, 231-249, 1991.

DAMATTA, R. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Brasiliense. 1997.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios.** 2000. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

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** 2005 set-out; 58(5):513-8.

EL-GILANY, A. H.; EL-WEHADY, A.; AMR, M.. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. **Journal of interpersonal violence.** v25, n4, p.716-734, 2010.

FELSON, M. **Crime and nature.** Thousand Oaks/Londres/Nova Deli: Sage, 2006.

FERRAZ, L.; AERT, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, v10, n2, p. 347-355, 2005.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GAMBETTA, D. & HAMMIL, H. **Streetwise:** how taxi drivers establish their customers' trustworthiness. Nova York, Russel Sage Foundation. 2005.

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.

GARTNER, R. Cross-cultural aspects of violence. In: GRISOLIA, J. S. *et al.* **Violence: from biology to society.** Amsterdam: Elsevier. 1997.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes. 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** v.13, n.1, p.81-91, jan-abr 2004.

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** 2009. 43(4). p. 937-44.

KILSZTAJN, S. *et al.* Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1408-1415, 2005.

KRUG, E. G. *et al.* (Org.). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**; v.4, n.43, p.682-8, 2009.

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, n.º 21, p. 79-92, jan./abr. 2007.

LYSAGHT, K. & BASTEN, A. Violence, fear and the 'everyday': negotiating spatial practice in the the city of Belfast. In: STANKO, E. **Meanings of violence**. Londres, Routledge, pp. 124-242. 2003

MACEDO, A. C.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.; COSTA, M. C. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.35, n.6 p. 515-522, 2001.

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.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, Sup, p.1259-1267, 2007.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p. 7-32, 1999.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde (SSA2) - Siab**. Município: Salvador – BA. Disponível em: < siab.datasus.gov.br > Acesso em: 26 de Fevereiro

de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº. 737**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União 2001; 16 mai.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência Intrafamiliar**: orientações para a Prática em Serviço. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2002.

MOORE, S E H. Cautionary tales: Drug-facilitated sexual assault in the British media. **Crime Media Culture**. v.5, n. 3, p. 305-320, 2009.

NETO, O. C. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M. C. de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

NIOSH. Violence in the workplace: risk factors and prevention strategies. Washington D.C.: NIOSH, 1996. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/topics/violence>>. Acesso em: 05 de agosto de 2010.

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, n.º 6, nov.-dez., 2002, p. 1639-46.

OLIVEIRA, C. C. de; FONSECA, R. M. G. S. da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):605-12.

PAES-MACHADO, E.; LEVENSTEIN, C. Assaltantes a bordo: violência, insegurança e saúde no trabalho em transporte coletivo de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n.18, p.1215-27, set-out, 2002.

PAES-MACHADO, E.; NASCIMENTO, AM. Vítimas à deriva: processos sociais de vitimização de bancários por assaltos e seqüestros. **Caderno CRH**, Salvador, v. 19, nº 47, p. 215-232, maio/agos 2006.

PAES-MACHADO, E.; NORONHA, C.V. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n. 7, p.188-221. 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 Sociais**, São Paulo, v. 24, n.º 70, jun./2009.

PAIM, J. S. ; GONÇALVES, H. O. ; VILASBÔAS, A. L. Q. . Política pública e controle da violência: um estudo de caso na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 25, p. 485-494, 2009.

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 2009 mar-abril; 62(2): 294-9.

ROCHA, P. de M.; UCHOA, A. da C.; ROCHA, N de S. P. D.; SOUZA, E. C. F; ROHA, M. de L. R.; PINHEIRO, T. X. 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.

ROCK, P. Homicide, voluntary organizations, and the state in England and Wales. **Homicide Studies**, v. 4, n.1, p.37-62, 2000.

SAMPSON, R. J.; RAUDENBUSH, S. W.; EARLS, F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. **Science**. 277: 918-924. 1997.

SANDERS, T. **Sex work: a risky business**. Devon, Willan Publishing. 2005.

SCHNEIDER, H. J. Victimological Developments in the World during the Past Three Decades: A Study of Comparative Victimology. **Int J Offender Ther Comp Criminol**, v. 45, n.5, p.539-555, 2001.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev 2002.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 153-8.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

STANKO, E. A. **The meanings of violence**. London: Routledge, 2003

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.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento da Teoria Fundamentada - 2ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2008.

WADDINGTON, P.A.J; BADGER, D.; BULL, R. **The violent workplace**. London: Willian Publishing. 2006.

WALKLATE, S. **Understanding criminology**: current theoretical debates. Buckingham: Philadelphia: Open University Press, 2003, p.116-139.

ZEDNER, L. **Victims**. In: MAGUIRE, M.; MORGAN, R.; REINER, R. The Oxford Handbook of criminology. Oxford: Clarendon Press, 1995, p.577-612.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO – CONTEXTO A

Nome: _____

Sexo: ()M ()F Idade: _____ Função: ()ACS ()ACE

Área onde atua: _____ Tempo de trabalho: _____

O presente questionário é parte de um levantamento do [Nome da entidade] das ocorrências de assédio moral, violência urbana e assédio sexual entre ACS e ACE. Por favor, responda honestamente, o sigilo do seu nome está garantido.

Marque um (X) se você sofreu uma ou mais das seguintes ocorrências **dentro da UBS, USF ou PA** nos últimos 12 meses:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agressão verbal (xingamentos, calúnia, chacota) | <input type="checkbox"/> Humilhação ou constrangimento |
| <input type="checkbox"/> Ameaça | <input type="checkbox"/> Agressão física |
| <input type="checkbox"/> Assalto | <input type="checkbox"/> Assédio sexual |
| <input type="checkbox"/> Estupro | <input type="checkbox"/> Tentativa de assassinato |

Marque um (X) se você sofreu uma ou mais das seguintes ocorrências **nas ruas da sua área, durante a realização do seu trabalho** nos últimos 12 meses:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agressão verbal (xingamentos, calúnia, chacota) | <input type="checkbox"/> Humilhação ou constrangimento |
| <input type="checkbox"/> Ameaça | <input type="checkbox"/> Agressão física |
| <input type="checkbox"/> Assalto | <input type="checkbox"/> Assédio sexual |
| <input type="checkbox"/> Estupro | <input type="checkbox"/> Tentativa de assassinato |

Marque um (X) se você sofreu uma ou mais das seguintes ocorrências **dentro de uma das casas visitadas, durante a realização do seu trabalho** nos últimos 12 meses:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agressão verbal (xingamentos, calúnia, chacota) | <input type="checkbox"/> Humilhação ou constrangimento |
| <input type="checkbox"/> Ameaça | <input type="checkbox"/> Agressão física |
| <input type="checkbox"/> Assalto | <input type="checkbox"/> Assédio sexual |
| <input type="checkbox"/> Estupro | <input type="checkbox"/> Tentativa de assassinato |

O [Nome da entidade] agradece a sua participação. Por favor, assine abaixo:

Autorizo o uso deste questionário para fins de pesquisa. Estou ciente do meu direito ao sigilo do meu nome e de outras informações que sirvam para me identificar. Estou ciente do meu direito de desistir da pesquisa a qualquer momento.

Assinatura

APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E
PROFISSIONAIS



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

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS
E PROFISSIONAIS

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____ Raça/cor: _____

Estado Civil: _____ Filhos? _____ Quantos? _____

Renda familiar: _____ Com quem mora: _____

Distrito Sanitário: _____ Unidade: _____

Microárea onde mora: _____ Tempo: _____

Microárea onde atua: _____ Tempo: _____

Tempo de trabalho como ACS: _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



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

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Ingresso na atividade e formação

1. Como entrou na atividade de ACS? Fatores que influenciaram na decisão. Seleção para entrada.
2. Houve treinamento na época da entrada no trabalho? Quantas horas de duração? Temas abordados?
3. Outros treinamentos. Frequência com que ocorrem. Últimos dos quais participou.

Cotidiano de trabalho

1. Quais as principais atividades realizadas? (dentro e fora da unidade)
2. Pontos positivos do trabalho de ACS.
3. Pontos negativos do trabalho de ACS.

Vitimização

1. O que acha da segurança no bairro? Sempre foi assim?
2. E na microárea onde você trabalha?
3. O que é violência para você?
4. Durante o seu trabalho, já viu alguém ser agredido (roubado, espancado, assediado, assassinado)? Detalhar (contra outro ACS? Contra usuários? Na rua? No domicílio?).
5. Algum colega seu já sofreu alguma agressão ou outro ato de violência? Detalhar.
6. E você, já sofreu alguma agressão ou outro ato de violência? Detalhar. Como reagiu?

Defesas

1. O que você acha que faz uma pessoa ter mais risco ou menos risco de sofrer uma violência ou agressão?
2. Você já recebeu alguma orientação ou treinamento sobre como se proteger de violência?
3. Como você faz para se proteger de agressões como aquelas que já ocorreram com colegas, como você relatou? (utilizar para esta questão os eventos de vitimização relatados pelo próprio ACS)
4. E outras formas de se proteger?
5. E se uma destas coisas acontecesse com você? Como você se defenderia?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - UNIDADES



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

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - UNIDADES

Distrito Sanitário:

Unidade:

Data:

Horário:

1. Aspectos físicos da unidade
 - Localização;
 - Condições de conservação do prédio;
 - Barreiras entre sala de espera e consultórios;
 - Outros.
2. Forma de recepção da pesquisadora
 - Primeiro contato;
 - Contato com a gerente;
 - Contato com a supervisora
 - Contato com outros profissionais;
 - Outros.
3. Interações profissionais-usuários
 - Quantidade de pessoas na unidade;
 - Interação usuário-recepção;
 - Interação usuário-ACS;
 - Outros.

APÊNDICE E – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - VISITAS



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

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - VISITAS

Distrito Sanitário:

Unidade:

Agente (s) acompanhado (s):

Data:

Horário:

1. Processo de Trabalho

- Quantidade de visitas;
- Material utilizado;
- Atividades realizadas

2. Características geográficas e sócio-econômicas

- Tipos de construção (barracos, casas, prédios)
- Tipos de vias (ruas amplas, becos, vielas, morros)
- Barreiras de acesso (portões, escadas, muros)

3. Entrada em domicílio

- Aspectos físicos e comportamentais do ACS;
- Fez a visita sozinho ou acompanhado de outro ACS? Motivos.
- Entrada nos domicílios;
- Características sócio-demográficas dos moradores;
- Receptividade dos moradores.

4. Circulação pela microárea

- Aspectos físicos e comportamentais do ACS;
- Ruas transitadas e evitadas;
- Pessoas cumprimentadas (forma de cumprimento);
- Pessoas evitadas.

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente entrevista faz parte da pesquisa de mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), de autoria de Carla Silva Soares e orientada pelo Prof. Dr. Eduardo Paes-Machado. Tem como objetivo analisar o desenvolvimento de estratégias de defesa dos ACS contra as possíveis vitimizações (diretas e indiretas) presentes no seu cotidiano de trabalho.

É garantido o sigilo do participante. Portanto, no ato da publicação dos resultados do estudo, será omitido o nome do participante ou qualquer outra informação que possa servir para identificá-lo

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Para esclarecimento de eventuais dúvidas, entre em contato com a profissional responsável pela pesquisa Carla Silva Soares - ISC/UFBA, Rua Basílio Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador-BA, CEP 401.110-040, tel. (71) 3283-7414, fax (71) 3283-7410, e-mail: carla.soares85@gmail.com Poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA –Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia Tel. (71) 3283-7441; email: cepisc@ufba.br

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

Carla Silva Soares
Pesquisadora responsável