

FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

Thaís Trifilio Nocera

**Representações e práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre
a violência nos territórios no município de Juiz de Fora, Minas Gerais**

Juiz de Fora
2024

Thaís Trifilio Nocera

Representações e práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a violência nos territórios no município de Juiz de Fora, Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Atenção à Saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Danielle Teles da Cruz

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sabrina Pereira Paiva

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nocera, Thaís Trifilio .

Representações e práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a violência nos territórios no município de Juiz de Fora, Minas Gerais / Thaís Trifilio Nocera. -- 2024.

125 p.

Orientadora: Danielle Teles da Cruz

Coorientadora: Sabrina Pereira Paiva

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2024.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Profissionais da Saúde. 3. Saúde. 4. Violência. I. da Cruz , Danielle Teles , orient. II. Paiva, Sabrina Pereira , coorient. III. Título.

Autor

Thaís Trifilio Nocera

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família

Aprovada em 1º de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a **Danielle Teles da Cruz** - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a **Sabrina Pereira Paiva** - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. **Leandro David Wenceslau**
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a **Débora Carvalho Ferreira**
Universidade Federal de Viçosa

Juiz de Fora, 18/10/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 01/11/2024, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 01/11/2024, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leandro David Wenceslau, Professor(a)**, em 01/11/2024, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Debora Carvalho Ferreira, Usuário Externo**, em 01/11/2024, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2050513** e o código CRC **1C7DBE74**.

Dedico esta pesquisa e minhas reflexões aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aos do serviço de Atenção Primária à Saúde, que trabalham, e persistem, diariamente na busca por um acesso à saúde digno e ao viver, muito além do sobreviver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Regina, pelo amor e suporte incondicional. A meu pai, José Carlos, por me incentivar e compartilhar o que se tornaria minha primeira paixão: a leitura.

Agradeço ao companheirismo de meu irmão Thiago, sempre disposto a me auxiliar nas minhas empreitadas pessoais e profissionais.

Agradeço ao meu melhor amigo, que esteve ao meu lado neste percurso, meu companheiro Matheus.

Agradeço às minhas Orientadoras, Professoras Doutoras Danielle Teles e Sabrina Pereira, por me conduzirem ao aprofundamento do mundo da pesquisa e pelas considerações construtivas que me guiaram durante o Mestrado e me trouxeram novos horizontes e perspectivas.

Agradeço a todas as Professoras e Professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), assim como as minhas colegas de turma, pelos conhecimentos compartilhados e pelo acolhimento durante esta trajetória.

Agradeço aos Profissionais de Saúde, pela generosidade e confiança em compartilhar comigo tantas experiências! Posso dizer que cada conversa e reflexão contribuíram para minha transformação e construção pessoal e que, por onde for, levarei este aprendizado.

“Ninguém nasce odiando o outro pela cor de sua pele, ou por sua origem, ou sua religião. Para odiar as pessoas precisam aprender, e se elas aprendem a odiar, podem ser ensinadas a amar” (Nelson Mandela, 1994, p. 410).

RESUMO

A violência, por suas variadas formas de expressão e magnitude, apresenta-se como importante preocupação para a sociedade, tornando-se um problema de Saúde Pública. As equipes da Estratégia de Saúde da Família que trabalham em territórios caracterizados por alta vulnerabilidade social, atravessados por inúmeras expressões da questão social, tais como fome, desemprego, dificuldades e falta de acesso às Políticas Públicas, falta de infraestrutura urbana, tráfico de drogas, convivem, cotidianamente, com vários níveis e formas de violências. Sendo assim, o estudo teve como questão de pesquisa: qual a repercussão da violência sobre a saúde e o cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, MG? Objetivou-se conhecer a percepção de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, que atuam em uma Unidade de Saúde da Família, em local geograficamente reconhecido nesse município como de maior índice de violência, acerca da repercussão que a violência exerce sobre suas rotinas e ações de cuidado, bem como descrever as consequências da violência na vida pessoal e na saúde desses profissionais. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com dados obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com 15 Profissionais de Saúde, versando sobre perfil socioeconômico e familiar; trajetória de estudo e trabalho; território de trabalho e violência. O Diário de Campo foi utilizado para registro de impressões e informações adicionais ao longo da pesquisa de campo. Posteriormente, os dados foram analisados, obedecendo aos critérios da técnica de Análise de Conteúdo. O estudo possibilitou entender que a violência nos territórios é compreendida e vivenciada de modo distinto, entre o trabalhador que é morador da comunidade e entre o trabalhador não vinculado à comunidade assistencial. As situações de violência comprometem a realização de atividades em campo, na comunidade, no estabelecimento do vínculo entre o profissional e o usuário, além de afetar a assistência à saúde e de estar associada à insatisfação laboral, sendo elencada como fator de adoecimento no contexto do trabalho. Espera-se que este estudo seja um disparador para elaboração de novas estratégias para o enfrentamento dos desdobramentos da violência nesses contextos com benefícios aos Profissionais da Área de Saúde e, conseqüentemente, aos usuários e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Profissionais da Saúde; Saúde; Violência.

ABSTRACT

Violence, due to its various forms of expression and magnitude, is a major concern for society, becoming a public health problem. Family Health Strategy teams, which work in territories characterized by high social vulnerability, crossed by numerous expressions of social issues, such as hunger, unemployment, difficulties and lack of access to public policies, lack of urban infrastructure, and drug trafficking, live with various levels and forms of violence on a daily basis. Therefore, the study had as its research question: what is the impact of violence on the health and daily lives of Primary Health Care (PHC) professionals in the city of Juiz de Fora, MG? The objective of this study was to understand the perception of physicians, nurses, nursing technicians and community health agents who work in a family health unit in a geographically recognized location in this municipality as having the highest rate of violence, regarding the impact that violence has on their routines and care actions, as well as to describe the consequences of violence on the personal lives and health of these professionals. This is a qualitative research study, with data obtained from semi-structured interviews with 15 health professionals, covering socioeconomic and family profile; study and work history; work territory and violence. The field diary was used to record impressions and additional information throughout the field research. Subsequently, the data were analyzed, following the criteria of the Content Analysis technique. The study made it possible to understand that violence in the territories is understood and experienced differently, between workers who live in the community and among workers not linked to the care community. Situations of violence compromise the performance of activities in the field, in the community, and in the establishment of the bond between the professional and the user, in addition to affecting health care and being associated with job dissatisfaction, being listed as a factor of illness in the work context. It is expected that this study will be a trigger for the development of new strategies to face the consequences of violence in these contexts with benefits to health professionals and, consequently, to users and the Unified Health System (SUS).

Keywords: Violence; Primary Health Care; Health Personnel; Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Regiões Administrativas de Juiz de Fora.....	36
Quadro 1 –	Listagem das Unidades de Saúde do Município de Juiz de Fora com equipes de Estratégia de Saúde da Família.....	49
Quadro 2 –	Participantes do Estudo Piloto – Unidade Nossa Senhora do Socorro.....	58
Quadro 3 –	Participante do Estudo Piloto – Unidade Bandeira Branca..	59
Quadro 4 –	Participantes da pesquisa.....	65
Figura 2 –	Ciclo das relações estabelecidas na APS.....	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABT	Atenção Básica Tradicional
AC	Análise de Conteúdo
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
VD	Visita Domiciliar
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NEDH	Núcleo de Estudos de Políticas de Drogas, Violência e Direitos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPDU	Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PROFSAÚDE	Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESUC	Secretaria de Segurança Urbana e Cidadania
Sejusp	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFSJ	Universidade Federal de São João del Rei
VD	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	MOTIVAÇÃO DO ESTUDO.....	14
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO.....	17
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	OBJETIVO GERAL.....	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1	SOBRE A VIOLÊNCIA: CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO.....	25
4.2	O PARALELO ENTRE VIOLÊNCIA E SAÚDE: CONTEXTO NACIONAL.....	29
4.3	VIOLÊNCIA NO CONTEXTO JUIZ DE FORA.....	35
4.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO.....	44
5	PERCURSO METODOLÓGICO	53
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
5.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	54
5.4	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	54
5.5	ESTUDO PILOTO.....	55
5.5.1	Unidade de Saúde Nossa Senhora do Socorro	56
5.5.2	Unidade de Saúde Bandeira Branca	58
5.6	COLETA DE DADOS.....	59
5.6.1	Unidade de Saúde Vila das Dores	60
6	ANÁLISE DOS DADOS	62
7	RESULTADO E DISCUSSÃO	64
7.1	VIOLÊNCIA E TRABALHO: A CORDA BAMBA ENTRE O ESTADO E O USUÁRIO.....	66
7.2	A TRÍADE: VIOLÊNCIA, TERRITÓRIO E CORPO.....	72
7.3	A OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ALVO DA VIOLÊNCIA.....	81

7.4	DO PENSAR AO AGIR: POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.....	88
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado da entrevista	116
	APÊNDICE B – Diário de Campo	121
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	123

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser desenvolvida no maior nível de descentralização e estar geograficamente mais próxima das comunidades, precisa ser a preferencial “*porta de entrada do indivíduo*” nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da equidade, do vínculo, do cuidado integral e continuado, com corresponsabilização e participação social, a APS considera as especificidades sociais e culturais de cada indivíduo, buscando realizar uma atenção integral à população adscrita (Brasil, 2012).

Nesse sentido, os profissionais que atuam nesse nível de Atenção à Saúde estabelecem relação de forte vínculo com as comunidades assistidas, e as ações em saúde ofertadas sofrem influência direta dos fatores geográficos, culturais e socioeconômicos das populações. Contudo, a crescente exclusão social, econômica e a massificação gerada pelas relações de poder, do nível macro (Estado e sistema capitalista) ao nível micro (entre os grupos sociais), em um contexto já marcado por grandes desigualdades, vêm gerando impactos cada vez mais negativos nas interações pessoais (Rückert *et al.*, 2008). As dificuldades que permeiam o acesso aos direitos sociais repercutem nas ações de cuidado ofertadas na APS e o olhar deve ser direcionado à capacitação dos profissionais, à rede de suporte e à realidade dos serviços. O presente estudo busca contribuir para que essa temática ganhe destaque e que aperfeiçoamentos sejam incorporados, de modo a promover uma Atenção Primária à Saúde de qualidade.

1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Ao ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e me debruçar sobre as possibilidades de pesquisa para o Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional, tive grande interesse em direcionar meus estudos para a temática “*violência*” nos territórios das Unidades de Saúde situados no município de Juiz de Fora, MG, e a influência da mesma sobre a saúde e o cotidiano dos profissionais atuantes em Atenção Primária à Saúde. Para compreender os caminhos que me levaram a essa temática, faz-se necessário entender um pouco da minha trajetória, motivo pelo qual dedico esta seção do texto a

uma breve retrospectiva da minha história pessoal e de como essa se articulou com minhas escolhas profissionais, culminando no enfoque desta pesquisa.

Meu contato com a dualidade “saúde – doença” remonta às fases iniciais de crescimento, ainda durante a infância. Minhas recordações dos primeiros anos de vida são permeadas pelo contato com diversos setores dos serviços de saúde, devido aos cuidados com um familiar. Os ambientes, por vezes estéreis e rígidos, e os profissionais, em muitos momentos extremamente focados em metas laboratoriais inflexíveis, traziam uma visão limitada da pessoa envolvida no processo do adoecimento. O cuidado esteve sempre vinculado à figura do Médico, com especialistas focais que demonstraram uma dimensão restrita do impacto da doença na família e nos hábitos e rotina da pessoa portadora de uma comorbidade. Tais pontos tornaram-se, para mim, questionamentos, reflexões e, posteriormente, uma procura por condutas em Saúde que permitissem uma visão mais próxima entre a figura do profissional e a da pessoa em posição de cuidado.

Assim, o interesse pela área médica surgiu como reflexo de uma personalidade construída com interesse em aprender e investigar a realidade, somada ao desejo de ter uma profissão que permitisse o contato com pessoas, que não fosse meramente burocrática e estéril, mas que permitisse ser resolutiva, aliviar dores físicas e mentais. Durante a Graduação em Medicina, na Universidade Federal de Juiz de Fora, pude conhecer e me interessar pela Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma especialidade muitas vezes pouco valorizada entre os pares, mas que me permitiu, como acadêmica, reconhecer o paciente além das patologias e dos sintomas e como protagonista da sua história, com ações compartilhadas e centradas em seus desejos e em sua vida diária.

Somado aos interesses de uma medicina menos hospitalocêntrica, bem como em paralelo com medidas de promoção e prevenção da saúde, me vi, após o término da graduação, cursando a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, agora vinculada à Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), e com interesses pessoais cada vez maiores para os estudos relacionados aos impactos do meio social, geográfico e cultural nos processos saúde e doença dos indivíduos. Após o término da Residência, retornando à cidade de Juiz de Fora, agora como médica efetiva da Atenção Primária à Saúde, fui alocada em uma Unidade de Saúde, com modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada em um bairro periférico do município, onde o interesse pela temática “violência”, finalmente, ganhou destaque.

Nesse cenário, previamente reconhecido como local de grande vulnerabilidade social, pude experimentar e conviver com a violência relacionada ao tráfico, que gera mortes violentas e intencionais, e com a própria violência no interior das Unidades de Atenção Primária à Saúde, recíproca, entre profissionais e a população em geral. Tais situações, muitas vezes, foram o resultado de uma insatisfação comunitária com os diversos aspectos sociais/econômicos e de segurança social, que repercutiam nos profissionais mais próximos e suscetíveis a receber tais demandas. Pela primeira vez, pude sentir a frustração de não conseguir atuar como gostaria, de me ver limitada, não apenas pela escassez de recursos, pelas condições precárias de uma estrutura física ou até mesmo pelo desinteresse de outros profissionais, mas também por atos de violência, que limitavam ações no território, assustavam e repeliavam funcionários, e que tornavam ainda mais inatingível a possibilidade de exercer uma medicina com autonomia dos sujeitos.

Desse modo, pude experimentar como tais circunstâncias levaram a repercussões na qualidade de vida dos profissionais atuantes no serviço e, em um segundo momento, na qualidade das ações de saúde ofertadas à população usuária. No que diz respeito às ofertas de ações, destaco que, nos momentos em que a comunidade vivia situações de conflitos relacionados às facções criminosas, com confrontos entre traficantes e atuação da instituição policial, a Equipe da Área de Saúde, mediada pelo medo e insegurança, algumas vezes, restringiu suas ações no território, com necessidade de remarcação de Visitas Domiciliares (VDs) e das ações em campo, com redução do atendimento de demanda espontânea e com ausência dos pacientes em consultas eletivas.

Além disso, a Unidade de Saúde passou por reorganização da oferta de serviços, devido ao adoecimento e afastamento dos profissionais, com comorbidades ligadas à saúde mental, e sobrecarga sobre aqueles que permaneciam em atividade, com impacto na satisfação laboral e com a permanente sensação de insegurança no ambiente de trabalho. O convívio com tais situações, repetidas vezes, dia após dia, trouxe, para mim, novas reflexões: sobre a profissional que sou e gostaria de ser; sobre o quanto permitimos, no cotidiano, que a violência se infiltre e molde nossas ações; sobre o quanto, de forma efetiva, conseguimos compreender a realidade social e suas implicações para a saúde da população usuária dos serviços da Área de Saúde no Brasil. Parece haver uma invisibilidade da violência, enquanto um aspecto que constitui a estrutura da sociedade brasileira, e que precisa ser, de fato, tratada e

nomeada no âmbito dos serviços da área de Saúde, em vez da manutenção de uma conduta em que o assunto não é dito.

Portanto, o ingresso no Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) conflui para o direcionamento dos estudos e reflexões a respeito da temática “*violência*” nos territórios da APS e a influência da mesma sobre a saúde e o cotidiano dos profissionais atuantes. Essa temática é um desdobramento de uma reflexão pessoal, com base na relevância do tema na atualidade e da necessidade de ser aprofundado, discutido, revisado e priorizado. A partir desta pesquisa, gostaria que se torne possível trazer luz ao tema no município de Juiz de Fora e que os profissionais da linha de frente da Atenção Primária à Saúde possam usufruir de melhores condições para exercer uma Estratégia de Saúde da Família fidedigna às bases teóricas e aos fundamentos de universalidade, equidade e integralidade.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Segundo o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde (OMS¹, 2002), anualmente, no mundo, morrem mais de um milhão de pessoas por causas violentas, considerando-se como violência:

O uso intencional de 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002a).

O crescimento dos índices de violência e a preocupação com esse fenômeno atingem diversos segmentos da sociedade, com a diversidade, a magnitude, a incidência e a prevalência desse fenômeno refletindo, diretamente, na Saúde Pública, e se destacando como uma das principais causas de comprometimento à saúde e ameaça à vida (Teles, 2013). Em todo o mundo, a violência é um dos principais contribuintes para mortes, incapacitações e doenças, sendo a morte violenta o resultado mais visível de comportamentos violentos que, muitas vezes, não são sequer relatados às autoridades, em áreas de saúde ou segurança. A violência exerce

¹ Organização Mundial de Saúde

forte demanda sobre Sistemas de Saúde, Atendimento Social e Justiça Criminal e tem grande impacto sobre a economia dos países. Existem gastos associados ao acesso aos Serviços de Saúde Mental e cuidados emergenciais, além de prejuízos no desempenho laboral e aumento das taxas de desemprego e absenteísmo (OMS, 2014).

Entende-se, portanto, a violência como uma expressão da questão social, que gera agravos na saúde e diminui a expectativa e a qualidade de vida da população, além de gerar iniquidades, podendo culminar com mortes ou sequelas irreversíveis, tanto no corpo quanto na mente, atingindo não apenas a vítima, mas também toda a família e comunidade. Ao relacionar o tema como problema de Saúde Pública, o setor Saúde admite a sua participação com os demais setores e com a população na construção da cidadania e da qualidade de vida da população, executando ações específicas como as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos (Brasil, 2001).

No Brasil, nota-se, além da escalada da violência, dados preocupantes quanto à subnotificação e qualidade insatisfatória do preenchimento das fichas de notificação. Em 2012, O Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS), registrou o maior número absoluto de assassinatos e a maior taxa de homicídios desde 1980, dados que foram superados em 2017, momento em que foram notificados 65.602 homicídios, o maior nível histórico de letalidade intencional no país, com uma taxa de 31,6 mortes para cada cem mil habitantes². Em contrapartida, em 2019, foram notificados 45.503 homicídios no Brasil, com uma taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes, número inferior ao encontrado para todas as séries temporais desde 1995³. A queda no número de homicídios entre os anos de 2018 e 2019 foi de 22,1%. Vale lembrar que, de 2019 a 2022, observa-se que as taxas permaneceram estáveis, o que pode ser justificado pelo envelhecimento populacional (com potencial queda dos homicídios em sequência à redução da população jovem), não se excluindo o questionamento a respeito da diminuição substancial das notificações e qualidade dos registros oficiais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2024). É importante destacar que não houve sinais de melhorias na

² Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 2 out. 2024.

³ Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 2 out. 2024.

conjuntura da Segurança Pública Nacional desde 2019. Sem incentivos para implantação do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e com uma política nacional que privilegiou a legislação armamentista, estima-se que a redução dos homicídios poderia ter sido maior do que a observada nesse período⁴.

No âmbito municipal, Juiz de Fora apresentava baixas taxas de mortalidade por homicídios no início dos anos 2000, dados que apresentaram agravamentos significativos, especialmente, entre os anos de 2012 e 2014. Em 2014, ocorreu o aumento de 160% em relação aos registros de ocorrências de homicídios desde 2010. No mesmo período, o aumento de 120% foi expresso em relação às tentativas de homicídios não consumados⁵. No mesmo período, em comparação com a média nacional, Juiz de Fora apresentou um aumento de 40% do número de homicídios, índice muito superior a outros municípios de mesmo porte (Paiva, 2015). A cidade vivenciou uma escalada da violência; contudo, não foram reportadas possíveis explicações para essa redução (Fraga; Delgado, 2020).

Durante a pandemia de COVID-19, houve redução das notificações: em 2020, a taxa foi de 9,77 por 100 mil habitantes; em 2021, 7,10 por 100 mil habitantes; e em 2022, 12,91 por 100 mil habitantes⁶. Cabe destacar que a redução das notificações não significa, necessariamente, que o problema tenha diminuído. Assim, a mudança no perfil de notificação pode ser atribuída ao contexto pandêmico. No ano de 2022, os números voltaram a crescer, com maior quantitativo de mortes por armas de fogo desde 2018, com crescimento de 78,5% no total de crimes contra a vida, utilizando armas, se comparado aos dados coletados entre janeiro e novembro de 2021 (SEJUSP-MG)⁷. O ano de 2023 apresentou dados que reforçam o aumento da violência no município, sem uma justificativa elaborada⁸.

Em contrapartida, em 2024, dados do Observatório Municipal de Violência e Criminalidade, órgão vinculado à Secretaria de Segurança Urbana e Cidadania

⁴ Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf>. Acesso em: 2 out. 2024.

⁵ Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=4186>. Acesso em: 2 out. 2024.

⁶ Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/2018-08-22-13-39-06/dados-abertos>. Acesso em: 2 out. 2024.

⁷ Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/29-01-2023/mortes-por-arma-de-fogo-aumentam-em-jf-em-2022.html>. Acesso em: 2 out. 2024.

⁸ Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2023/05/17/em-pouco-mais-de-um-mes-juiz-de-fora-tem-mais-de-20-assassinatos-e-tentativas-de-homicidio-aumento-e-de-500percent-em-relacao-a-2022.ghtml>. Acesso em: 2 out. 2024.

(SESUC) da prefeitura de Juiz de Fora, evidenciam que, no comparativo entre os primeiros quadrimestres de 2023 e 2024, todas as variáveis de criminalidade (crimes violentos, homicídio consumado, roubo, furto, dentre outras naturezas) sofreram redução considerável de ocorrência. Atualmente, o município configura na segunda colocação entre os 10 municípios mais populosos, com menor índice de violência do estado (queda de 46,15% entre os homicídios consumados)⁹. Contudo, ao longo de 2023 e nos primeiros meses de 2024, diversas reportagens e publicações em mídias televisiva e digital evidenciaram situações de violência dentro de Serviços de Saúde do município de Juiz de Fora, MG, com atos de violência praticados por usuários contra trabalhadores de serviços de Atenção Primária e Secundária, com destaque para atos ocorridos dentro das Unidades de Saúde.

Considerando esse breve histórico, compreende-se que os profissionais e os Serviços de Saúde de APS confrontam-se, cotidianamente, com a necessidade de atuar diante da violência urbana e social, uma vez que estão vinculados a territórios caracterizados pela pobreza, exclusão social, tráfico de drogas e altos níveis de desemprego. As dificuldades cada vez maiores de acesso aos direitos sociais geram maior probabilidade de vivenciar situações de violência devido às vulnerabilidades (Rückert *et al.*, 2008).

Na APS, grande parte das atividades laborais devem ser desenvolvidas no próprio território dos usuários, com exposição contínua dos profissionais a situações de violência nas comunidades, às ausências de recursos materiais e inadequação de equipamentos e a sobrecarga de atividades, o que acarreta maior risco de conflitos e atitudes violentas entre os usuários e as equipes e, também, entre membros das próprias equipes (Sturbelle *et al.*, 2019). Assim, a motivação desta pesquisa partiu do seguinte questionamento: o quanto e como os profissionais de saúde que trabalham em territórios, em que percebemos altos índices de pobreza, violências e mortes intencionais por armas de fogo, seja pela polícia e/ou entre facções criminosas presentes nos territórios, são afetados e atravessados por esse contexto na atuação cotidiana? Todavia, é necessário destacar que novas reflexões, a partir dos estudos sobre a temática e, também, a respeito da realização da pesquisa em si trouxeram, e

⁹ Disponível em:

<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=84007#:~:text=Os%20n%C3%BAmeros%20de%20homic%C3%ADdios%20consumados,apenas%20quatro%20cidades%20obtiveram%20redu%C3%A7%C3%A3o.> Acesso em: 2 out. 2024.

que o presente estudo busca compreender como a temática da violência no território influi e se infiltra nas relações entre usuários e profissionais, entre os próprios profissionais e na atuação desses na Atenção Primária.

2 JUSTIFICATIVA

O crescimento dos índices de violência nos últimos anos e a preocupação com esse fenômeno atingem diversos segmentos da sociedade. A violência apresenta-se de modo diverso, com aumento progressivo em incidência e prevalência, especialmente nos grandes centros urbanos, refletindo-se na Saúde Pública como uma das principais causas de ameaça à vida e de comprometimento da saúde (Machado, 2015). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam que, em 2019, mais de 1,5 milhões de adolescentes e jovens adultos com idades entre 10 e 24 anos morreram no mundo, cerca de 5.000 óbitos por dia, com as principais causas de mortes nessa faixa etária vinculadas às chamadas “causas externas” (agressões, autoextermínio e acidentes de transporte) (Malta *et al.*, 2021). Diariamente, milhares de indivíduos são vítimas de atos violentos não fatais e, apesar da veiculação em mídia evidenciar atos de agressões com desfechos vinculados a óbitos, diversos atos violentos estão presentes de modo rotineiro nos modelos de interação social, sendo que as vítimas com ferimentos físicos ou psicológicos necessitam de tratamentos, que, muitas vezes, não são comunicados aos serviços de saúde e/ou às autoridades policiais (Malta *et al.*, 2021; OMS, 2014).

Em 2021, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconheceu que a violência constitui uma grande ameaça para a segurança e saúde dos trabalhadores e de outras pessoas no mundo do trabalho, podendo constituir uma violação ou abuso dos direitos humanos, incompatível com um trabalho seguro e decente. A violência no local de trabalho é considerada um problema de Saúde Pública global, devido à sua prevalência e graves consequências para os trabalhadores envolvidos nesse processo. Dessa forma, os profissionais da Área de Saúde podem estar expostos a diversos riscos à saúde e segurança no trabalho, incluindo exposição à violência (Benício; Barros, 2017).

O fenômeno da violência, assim como os métodos para seu enfrentamento no contexto dos serviços de saúde, ainda é recente e não está completamente incorporado aos saberes e às práticas cotidianas dos profissionais da área de Saúde. No que diz respeito aos profissionais de atuação em APS, cotidianamente, esses se encontram com eventos de violência, uma vez que estão inseridos, sobretudo nos grandes centros urbanos, em comunidades com altos índices de desemprego, baixa escolaridade e renda (Machado, 2015). Em muitos momentos, ao se depararem com

a violência, os profissionais da Área de Saúde ainda não sabem como reagir. Os profissionais de APS já convivem com condições precárias de trabalho, relacionadas aos aspectos de falta de materiais e insumos, estruturas físicas das Unidades de Saúde danificadas e número insuficiente de trabalhadores, devendo, ainda, lidar com situações para as quais não receberam treinamentos específicos, como habilidades para o enfrentamento de ameaças de violência física e atos de violência psicológica (Sturbelle *et al.*, 2019).

A complexa interação de vulnerabilidade social, relacionamentos interpessoais, fatores individuais, econômicos, culturais e ambientais, gera um fenômeno estrutural e estruturante das relações sociais atravessadas pelo modo de vida capitalista, que cria um ciclo de perpetuação em si (Barroso, 2021). A violência se retroalimenta e, no cenário mundial da atualidade, associada à transição demográfica, com a alta letalidade de jovens, somada aos maiores índices de desemprego, culmina em um grande problema de cunho econômico e social (IPEA, 2019). A tarefa de prevenção à violência é de natureza múltipla, devendo abarcar um conjunto de ações de prevenção (primária, secundária e terciária), além de agregação de saberes distintos, com integração entre setores da área de Saúde com outros campos, como de Educação, Segurança e Justiça, Assistência Social e de Políticas Governamentais e Não Governamentais, de modo a serem criadas estratégias coletivas de prevenção (Dahlberg; Krug, 2006; Peres; Ruotti, 2015).

O presente estudo traz para discussão e análise a relação que se efetiva entre as ações de cuidar dos profissionais e a violência que permeia e é produzida, e reproduzida, no território adstrito, propondo-se a analisar a repercussão sobre o cotidiano desses profissionais, bem como das ações de cuidado ofertadas, posicionando o cuidado como meio de prover saúde, e tendo como enfoque as equipes de ESF da APS. Nesse sentido, é necessário a busca pela compressão da temática, tão prevalente em nossa sociedade, às controvérsias envolvidas no tratamento da mesma e a relevância de se trazer tal olhar para Juiz de Fora, uma vez que não há, até o momento, enfoque para tais situações no município.

3 OBJETIVOS

A hipótese sustentada neste estudo é a de que a violência, nos territórios e comunidades onde a APS está inserida, apesar de invisibilizada no cotidiano dos serviços, culmina em consequências que repercutem nas ações de cuidado realizadas pelos profissionais, com influência sobre o cotidiano de ações e sobre a saúde dos mesmos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como as violências vivenciadas nos territórios de trabalho repercutem na vida e nos processos de trabalho dos profissionais da Área de Saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora, MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;
- Identificar como a violência presente em territórios de APS repercute nas ações de cuidado promovidas pelos profissionais;
- Compreender os sentidos dados pelos profissionais às violências vivenciadas, cotidianamente, pela população usuária dos serviços de APS;
- Reconhecer as consequências das violências vivenciadas no cotidiano do trabalho para a saúde dos profissionais.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência apresenta-se como um campo complexo, capaz de se correlacionar com diversos saberes e temáticas, em constante remodelamento. É um fenômeno intrínseco, arraigado na construção das coletividades. Vale ressaltar que sempre existiu, independente do recorte histórico ao qual se debruce, fazendo-se presente em diversos segmentos sociais, estando entranhada em aspectos culturais e nos modos de organização social. A violência é tão antiga quanto a constituição das primeiras organizações coletivas e repercute muito além do dano físico, comprometendo a mente e o estado emocional dos indivíduos, com consequências que podem até não ser identificadas em um olhar externo, mas que repercutem, efetivamente, sobre o bem-estar dos violentados (Alves *et al.*, 2022). Nos tópicos a seguir, percorreremos um breve retrospecto da temática e da sua correlação com o campo Saúde, com destaque ao município de Juiz de Fora.

4.1 SOBRE A VIOLÊNCIA: CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO

Diariamente, o tema “violência” tem ganhado cada vez maior destaque na mídia televisiva, escrita e nos meios de divulgação *on-line*, tornando-se uma das maiores preocupações da sociedade. A veiculação de informações relativas a homicídios, furtos, violências sexuais e físicas, bem como conflitos entre facções – polícia, fazem parte da vida diária, especialmente em grandes centros urbanos (Cruz Neto; Moreira, 1999).

Zaluar (1999) afirma que a violência é definida como o exercício de força com carga negativa, visando a perturbar acordos e regras que modelam as relações da sociedade. Segundo Minayo e Souza (1998), a violência consiste em atos proferidos individualmente ou em grupos, levando não apenas à morte de outros, como também trazendo danos e comprometendo a integridade física, mental, espiritual e moral dos indivíduos.

Ao trazer o enfoque da discussão para a violência na sociedade brasileira, embora continuamente vinculada à pobreza, aos atos contra a propriedade privada, como se restrita à camada mais pauperizada da sociedade, podemos afirmar que essa se configura como um fenômeno de aspecto multifatorial e complexo, associada também a instituições de segurança e aos diversos escalões do próprio Estado. A

violência, expressa não apenas por atos fatais, mas também por agressões físicas, sexuais ou psicológicas, possui associações intrincadas com o acesso, ou a ausência de acesso, bem como com as Políticas de Assistência Social, Saúde Pública e de Educação (Cruz Neto; Moreira, 1999; Dahlberg; Krug, 2006). Assim, a partir do modelo de sociedade brasileira, capitalista, periférica, patriarcal¹⁰, racista, com fortes traços coloniais, compreende-se que a crise estrutural do capital (Mészáros, 2009), conectada ao espraiamento do neoliberalismo, ao alargamento da desigualdade social e à precarização social, acabam por acentuar, ainda mais, as várias formas de violência já presentes.

Os ambientes urbanos surgem e são estimulados, continuamente, pelos ideais de consumo, acumulação de bens e excesso de capital, com produção de restos e dejetos em demasia e valorização do material em detrimento da vida humana. Inclusive, algumas vidas são mais valorizadas e resguardadas do que outras, moldando-se, desse modo, a forma de relação que se estabelece entre os indivíduos, com paradoxos entre os *modus vivendi*. Se, por um lado, poucos podem usufruir mais e melhor das inúmeras possibilidades de posses, a imensa maioria é negligenciada, contribuindo para o que se traduz como desordem urbana. As interações, os relacionamentos e os hábitos de vida são tão diversos que acontecimentos os quais marcam e caracterizam violência em uma região da cidade podem ser compreendidos como parte da interação social e banalizados no cotidiano de outros que habitam região diversa (Abrahão; De Farias, 2021; Peres; Ruotti, 2015).

O crescimento populacional urbano, desenfreado, sem respaldo de Políticas Públicas efetivas, gerou um grande número de pessoas vulnerabilizadas, residindo em comunidades com grande densidade populacional, desorganizadas. Nessas comunidades, na maioria das vezes situadas em áreas de grandes aclives, vielas estreitas, escadarias e baixo saneamento, destaca-se a dificuldade gerada à mobilidade dos indivíduos, que residem em domicílios com pouco espaço entre si, baixa ventilação, poucos metros quadrados de área construída, com maior exposição às intempéries de temperatura, umidade, inundações e deslizamentos, repercutindo, diretamente, nos indicadores de Saúde (Gusso; Lopes; Dias, 2019). À margem da

¹⁰ Para o movimento feminista e para o sentido aqui empregado, “o ‘patriarcado’ se refere à formação social em que os homens são os detentores de poder. O poder funciona em um sistema de ‘dominação masculina’ e de opressão das mulheres” (Delphy, 2009, p. 173).

sociedade, a maioria desses indivíduos são negros, “*de menor valor humano*”, uma vez que a condição de humanidade universal é a dos brancos (Silva; Anúciação; Trad, 2024). São indivíduos permeados pela pobreza e pelo desemprego, ocupando postos de baixa remuneração, realizando serviços informais ou ainda envolvidos em meios ilícitos de geração de renda, como o tráfico. Nesses locais, há muitas pessoas com baixa escolaridade, que não desenvolvem habilidades emocionais e cognitivas para lidar com momentos de crises e sobreviver no sistema de oportunidades excludentes, sistema este gerado pelo sistema capitalista. Os números relacionados à violência demonstram que não há distribuição igualitária desta entre os grupos sociais. Os índices mais altos de homicídios mundiais são evidenciados em homens, jovens adultos, naturais de países de baixa ou média renda, pretos. Portanto, a esses, resta o ato de sobreviver em meio às grandes cidades (Abrahão; De Farias, 2021; Dahlberg; Krug, 2006).

Desse modo, leva-se à construção do processo de distribuição de vidas com diferentes valores: o valor da vida diretamente relacionado à utilidade que esta desempenha para a sociedade do capital. Vale assinalar que quanto maior a disparidade entre esses dois polos (vidas com maior e menor valor), mais se intensifica e se acentuam as tensões sociais, criando-se um ciclo de retroalimentação da violência, que é o responsável por garantir que determinada parcela da sociedade mantenha privilégios em detrimento das demais em situações de precariedade (Abrahão; De Farias, 2021; Cruz Netto; Moreira, 1999). Pode-se, a partir desse enfoque, questionar: qual é o lugar direcionado à vida e à morte? Em qual lugar de poder está inserido o indivíduo? Quais os corpos podem viver e quais os corpos podem morrer? A violência é, portanto, entendida como experiência relacionada a processos políticos, atravessada por noções de família e de parentesco, bem como pela forma como as pessoas utilizam a linguagem para expressar dor e sofrimento.

No que diz respeito à América Latina, tal processo de urbanização desordenado culminou com inúmeras cidades em que o controle social da violência é precário, pouco efetivo e facilitador do surgimento de facções criminosas, que impõem força pelo uso de armas de fogo, controlando áreas, criando pontos de venda de substâncias ilícitas, com disputas frequentes de dominação de territórios e criação de regimentos locais que orientam o viver da comunidade. Acrescenta-se que a América Latina é descrita como a região com o maior número de homicídios do planeta, onde estão situadas as 10 cidades, com mais de trezentos mil habitantes, mais violentas do

mundo. A violência é estabelecida pelo uso da arma de fogo e pelo *status* social da mesma nesses territórios, criando-se um ciclo vicioso, em que quanto mais armas disponíveis, maior o incentivo para que os indivíduos procurem se armar de modo ilegal, potencializando a letalidade na resolução de conflitos diversos do cotidiano. A violência física, assim como nos primórdios, é incorporada como método de solução de conflitos cotidianos (Cavalcanti, 2018; Peres; Ruotti, 2015).

Nesse sentido, a própria percepção dos habitantes sobre a violência passa a ser influenciada pela incidência com que são submetidos a situações violentas no cotidiano. Esse fato implica, novamente, perceber a violência como uma das expressões da questão social e histórica, pluridimensional, com base nos estudos das diversas sociedades ao longo do tempo. Remetendo ao conceito de biopoder, observa-se, na prática, a divisão da espécie humana em subgrupos: quem deve viver *versus* quem deve morrer, quem exerce o controle e quem é controlado, sendo que o uso da violência é um mecanismo de controle e tentativa de ascensão social e econômica (Mbembe, 2016; Cavalcanti, 2018; Dahlberg; Krug, 2006).

Dados do último Relatório de Desenvolvimento Humano¹¹ (2023-2024) evidenciam que, após duas décadas de avanços, as desigualdades nos Índices de Desenvolvimento Humano (IDHs)¹² estão aumentando entre os países no topo e os países na base. Atualmente, o Brasil (IDH 0,759) ocupa posição atrás de países vizinhos, como Argentina e Cuba. Esse documento traz como recomendações o combate às diversas formas de desigualdade, uma vez que o avanço das disparidades reflete uma nova geração de desigualdades que se acentuam durante o ciclo de vidas das pessoas, refletindo profundos desequilíbrios nas relações e disparidades nos poderes (de compra, de acesso aos serviços essenciais e de formação humana).

Desse modo, concluímos que, em grande proporção, nas cidades, em especial naquelas da América Latina, e conseqüentemente no Brasil, a organização social e econômica descrita propicia e fomenta a precarização de distribuição desigual. E, assim, faz-se com que o local onde se reside, a sexualidade que se expressa, a religião ou a fé que se assume, o grupo social a que se pertence, ou a cor de pele que

¹¹Disponível em: <https://www.undp.org/pt/angola/publications/relatorio-do-desenvolvimento-humano-rdh-2023-2024>. Acesso em: 2 out. 2024.

¹² O IDH é avaliado em uma escala de 0 a 1, utiliza critérios como: expectativa de vida, anos de escolaridade e renda *per capita* para sua avaliação.

se apresente, sejam fatores que acentuam a vulnerabilidade e que vidas sejam consideradas pouco dignas de sobrevivência, perpetuando a violência estrutural como modo de organização e presença na sociedade (Oliveira *et al.*, 2020; Silva; Anunciação; Trad, 2024).

4.2 O PARALELO ENTRE VIOLÊNCIA E SAÚDE: CONTEXTO NACIONAL

Apesar de a violência já ser reconhecida há muito tempo como um problema para os setores de justiça e segurança, intrinsecamente, caracteriza-se, ainda, como um grave problema de Saúde Pública, configurando um fenômeno social e histórico multifatorial, com intersecções com diversas condições individuais e coletivas, entre as quais se destacam raça/cor, gênero, classe socioeconômica, condições e estilos de vida e, ainda, o acesso aos Sistemas de Saúde (Alves *et al.*, 2022; Silva; Anunciação; Trad, 2024).

Como descrito por Minayo (2005, p. 55), a violência repercute na saúde:

(1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; (2) porque se relaciona diretamente ao conceito ampliado de saúde e aos determinantes sociais do processo saúde e doença.

Dessa forma, a violência exige ações intersetoriais, em que o campo da Saúde se integra. À medida que o setor assume esse fenômeno como algo que também lhe diz respeito, tem o papel de elaborar estratégias de prevenção e superação, interagindo com a sociedade civil e com outros campos institucionais (Cruz Neto; Moreira, 1999; Minayo, 2005).

No Brasil, faz-se necessário retomar aspectos históricos e estruturais para compreendermos o cenário atual. As práticas violentas tiveram início no passado colonial e agrário, que foram banalizadas à medida que se vinculavam ao Estado como parte de um sistema econômico e político. Assim, a violência brutal e os abusos incessantes, de início sobre os povos indígenas e depois sobre as pessoas negras, configuram-se como raízes da sociedade brasileira e com frutos que reverberam no presente, no qual a linguagem, a moral, a política e os costumes seguem esse passado culturalmente violento (Souza, 2017b; Soares; Vieira; Costa, 2019).

Ao contrário do observado em países de origem anglo-saxônica, germânica ou holandesa, em que a segregação racial sempre se manifestou de forma explícita, com base em leis e políticas que garantiam a delimitação clara entre as raças, permitindo aos grupos discriminados que se agregassem e reforçassem sua cultura e identidade, no Brasil, a aparente manifestação de igualdade perante a lei acabou por acomodar o racismo e a desigualdade social em uma falsa aparência de tolerância e diversidade. O último dos países americanos a abolir a escravidão (1888) nunca apresentou um planejamento político e organizacional para suprir e reparar as demandas da população negra (Fredrich *et al.*, 2022). Pelo contrário, a base de sua formação propiciou que o povo dominado não apenas se identificasse, como também almejasse ser o dominador, em uma *ideologia do branqueamento*, com internalização e busca pela constante manutenção dos valores dos brancos em detrimento dos pretos (Gonzalez, 1984).

Esses traços marcam, também, a construção das Políticas de Saúde no Brasil, que adotou um padrão de exclusão de grande parte da população nos Sistemas de Saúde até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No modelo de Atenção à Saúde adotado ao longo do século passado, a perspectiva de enfatizar a doença e a concepção de saúde, pela via mercadológica, contribuíram para que a questão da violência não fosse objeto de intervenção das Políticas Públicas de Saúde ao passo que o acesso aos serviços da área de Saúde refletia também as marcas da violência do passado ao ignorar os grupos vulnerabilizados e as iniquidades em Saúde.

Desde o desenvolvimento de Cursos de Medicina Preventiva na década de 1950, permeados por uma visão crítica sobre o autoritarismo vigente, com o desenvolvimento do movimento de Reforma Sanitária na segunda metade dos anos 1970, iniciou-se uma discussão acerca da possibilidade de um modelo de Sistema de Saúde pautado no direito universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e com a participação popular, integrando a saúde, até então previdenciária, à Saúde Pública. Em paralelo com o próprio processo de redemocratização e crise da ditadura militar brasileira, a defesa da promoção da saúde e melhoria das condições de vida, com um Sistema Único de Saúde, de caráter nacional, em vez das políticas isoladas de controle de agravos, ganha espaço e vincula a Saúde Coletiva a um campo de produção de conhecimentos e práticas democráticas em Saúde, o que culminou com a aproximação da Política de Saúde Brasileira aos princípios defendidos pela OMS (Paiva, 2015).

A partir da década de 1970, com a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e, posteriormente, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, teve início a discussão sobre a saúde como um direito, com projetos de reformulação no Sistema de Saúde com vistas à universalização do acesso e financiamento do setor, além da reorganização do modelo de Atenção Básica de Saúde com a criação do Sistema Único de Saúde. Tais políticas vinham ao encontro do êxito dos Sistemas Públicos de Saúde da maioria dos países europeus. Diversos municípios implementaram o modelo de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a base para a aplicação dos princípios doutrinários que viriam a ser estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988 (Santos, 2018).

Assim, na década de 1980, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987) e a Assembleia Nacional Constituinte (1988), reiterou-se a municipalização da Saúde e os Princípios do SUS. A participação popular foi fundamentada, com base legal, a partir dos Conselhos de Saúde deliberativos nas 3 esferas de governo, Executivo, Legislativo e Judiciário. Os avanços dos anos 1980 foram ratificados e impulsionados com as Leis nº. 8080 e 8142/1990 (Paim, 2018; Santos, 2018). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, as ações de promoção e prevenção da saúde, com subsídio em diagnósticos epidemiológicos e na formação profissional e trabalho multiprofissional, sofreram consideráveis avanços. O Brasil promoveu a descentralização dos serviços e dos recursos, aumento da oferta e o acesso ao Sistema de Saúde, por meio da APS (Paim, 2018).

Todavia, com o avançar da doutrina neoliberal, principalmente a partir dos anos 1990, os valores civilizatórios do SUS, além de suas bases políticas limitadas, vêm sofrendo importantes impactos. O Estado, por meio dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, não tem sido capaz de manter a sustentabilidade do Sistema de Saúde, que segue sob duras perdas econômicas e científicas/tecnológicas. Com recursos escassos, o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, cada vez mais associados a articulações com setores privados, que deveriam ser legalmente complementares, mas que, cada vez mais, acumulam funções. Atualmente, grande parte das internações e serviços de média e alta complexidade do SUS são realizados em instituições privadas, com repasse financeiro por meio de pagamento por produção (Santos, 2018).

Na maioria dos países capitalistas centrais, há mais tempo, e no Brasil, a partir da década de 1940, as enfermidades infecciosas foram cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por violências e acidentes. Tais condições dependem, em grande parte, das questões ambientais, dos avanços em Ciência e Tecnologia, das intervenções e dos procedimentos médicos, bem como do acesso a tais avanços. A esse movimento de mudança no perfil e no contexto das taxas de mortalidade e de morbidade, os estudiosos dão o nome de “transição epidemiológica” (Schramm *et al.*, 2004).

A OMS (1993), por exemplo, observa que “[...] desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras” (OMS, 1993, p. 5), somado a “[...] todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas” (OMS, 2002, p. 20). No Brasil, sobretudo nas décadas de 1980 e 1990, as discussões sobre o aumento da criminalidade se acentuaram, em meio ao processo de redemocratização. A temática da Segurança Pública passou a integrar as agendas social e política brasileiras, relacionada ao aumento perceptível da criminalidade nos centros urbanos. E, a partir da década de 1990, a violência e suas consequências passaram a ser objeto para a Saúde Pública, devido à mudança do perfil epidemiológico dos óbitos.

Como descrito por Njaine *et al.* (2020, p. 22): “[...] violência não é um problema médico típico, é, fundamentalmente, um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade”. E a violência, segundo Andrade, Azeredo e Peres (2020), leva a um ciclo contínuo de intercorrências sobre o processo saúde-doença: gera mortes, traumas físicos e mentais, com comprometimento da qualidade de vida individual e coletiva, escancarando a inadequação da organização tradicional dos Serviços de Saúde, com necessidade de uma cadeia de cuidados que engloba a atuação multidisciplinar e intersetorial.

Minayo e Souza (1998) afirmam que as “doenças de desenvolvimento”, as quais assumiram o papel principal dentre as causas de mortalidade na década de 1980, perderam sua centralidade, especialmente em virtude dos acidentes de trânsito e homicídios, estes últimos vitimando, sobretudo, a população jovem. Tal como em uma epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta, que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de raça, de classe e no interior das instituições (Minayo; Souza, 1998).

Maricato (2000), ao trabalhar o processo de urbanização brasileira englobando alguns indicadores demográficos, socioeconômicos e urbanísticos, evidencia o quadro controverso do “desenvolvimento” nacional, marcado por positivities e negatividades, entre elas, o crescimento da violência. Segundo a autora, um dos indicadores mais expressivos e definitivos da piora nas condições de vida urbana no país é o aumento da violência a níveis antes nunca vividos pelas metrópoles, marcando um momento singular da História, uma vez que a violência social, até os anos 1980, era uma característica das zonas rurais. Considerando o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVPs), usado em documentos nacionais, como o Atlas da Violência (IPEA, 2024), pode-se mensurar o quanto a criminalidade violenta priva os indivíduos de oportunidades de envelhecimento e desenvolvimento em outras fases da vida, com redução da progressão educacional e redução da participação no mercado de trabalho, impactando, assim, o desenvolvimento econômico dos países. Entre 2012 e 2022, no Brasil, o número de APVPs entre os jovens de 20 anos por homicídios foi o dobro do verificado por acidentes ou suicídios.

Assim, no Brasil, são elencados alguns fatores associados à violência, sendo a urbanização, com o crescimento desordenado das cidades e da criminalidade organizada, o modelo de organização econômica vigente e a consequente desigualdade social causada por esse modelo, além da necropolítica do Estado e da ausência de Políticas Sociais que garantam os direitos de cidadania, sendo esses alguns dos principais pontos a serem destacados (Peres; Ruotti, 2015). Minayo *et al.* (2018) traz a reflexão de que a violência tem como ponta do *iceberg* negócios ilegais (drogas ilícitas e armas de fogo) praticados, principalmente, por jovens pobres, pretos, periféricos, que vivenciam uma luta diária por conquista de território e defesa de fronteiras, em uma espécie de guerra urbana contra indivíduos em situação similar e contra o Estado. Esses são subprodutos de uma esfera política com queda progressiva dos sistemas sociais e desenvolvimentistas, frutos de uma sociedade consumista, imediatista e egocêntrica, em que as Instituições de Segurança Pública, dificilmente, geram algum impacto (Abrahão; De Farias, 2021).

Dados do IPEA (2024) evidenciam que, em 2022, no Brasil, de cada cem jovens (15 a 29 anos) que morreram por qualquer causa, 34 foram vítimas de homicídio, com uma média de 62 jovens assassinados por dia. Observa-se que a vitimização de pessoas negras (soma de pretos e pardos) correspondeu a 76,5% do total de homicídios registrados no país no mesmo período, uma taxa de 29,7 homicídios para

cada 100 mil habitantes *versus* 10,8 homicídios para cada 100 mil habitantes em pessoas não negras (brancas, indígenas e amarelas). Considerando uma análise na década de 2012 a 2022, observa-se redução na taxa de homicídios de negros a partir de 2017, com posterior aumento após 2020, seguindo relativa estabilidade até o momento. Em contrapartida, na população não negra, verifica-se invariabilidade dos dados, com leve redução também a partir de 2017.

Destaca-se como central a relação entre a pobreza, o crime e as desigualdades, não só relacionadas às diferenças de renda, mas também de acesso desigual às condições dignas de cidadania: oportunidades de trabalho com remuneração digna e com direitos trabalhistas, ensino de qualidade, acesso à Saúde Pública e à infraestrutura física básica. Soma-se a esses fatores a falta de segurança adequada do Estado: em que as ações de policiamento e os sistemas judiciais operam, muitas vezes, de modo distinto de acordo com a cor/raça, sexo biológico e identidade de gênero, além das classes sociais (Cavalcanti, 2018). De modo geral, 4 elementos básicos atuarão na produção da opressão e serão os pontos de destaque para ações distintas do Estado: raça, heterossexualidade, classe social e padrões de colonialismo (Collins, 2017; Silva; Anúciação; Trad, 2024). Vale ressaltar que as principais vítimas das violações e das ações, por vezes, truculentas dos Órgãos de Segurança ainda são os jovens adultos, pobres e pretos (Silva; Anúciação; Trad, 2024).

Além disso, as violações dos direitos humanos e conflitos nas esferas de Segurança Pública são outro ponto de destaque no que tange à violência no Brasil. A própria força policial adota abordagens de cunho punitivo em detrimento de ações preventivas, favorecendo a impunidade, uma vez que ações extremamente amplas no foco “punição” levam à dispersão de capacidades limitadas de ação, com pouca efetividade vinculada. Nesse contexto de incerteza, criminosos não têm incentivo para desistir do uso da violência. A força policial ainda é responsável por uma porção significativa das mortes violentas e, ainda, por sistemáticas denúncias de violações aos direitos humanos (Cavalcanti, 2018; Minayo *et al.*, 2018). Desse modo, torna-se central o papel da violência como mediadora das relações sociais, desempenhando papel nos modos de organização social, sendo a *própria violência um modo de vida* e tornando-se tão entranhada, inserida no cerne da estrutura social, que as desigualdades de acesso se traduzem em chances de existências diversas, em uma balança que já é desigual desde o nascimento, com inúmeras restrições de acessos

a serviços, bens, locais, estruturas e à vida em si (Barroso, 2021; Silva; Anúnciação; Trad, 2024).

O modo de organização social neoliberal e o capitalismo globalizado permitem e estimulam a marginalização de um grupo de pessoas, que são excluídas dos trabalhos formais, de fontes regulares de renda e seguridade social. As Políticas Públicas são deficientes para as classes menos favorecidas e permitem que estratégias de sobrevivência sejam adotadas, com a formação de conjuntos habitacionais popularmente referidos como *guetos*, *periferias* e *favelas*. Esses conjuntos de moradia são comunidades com precariedade na oferta de serviços públicos essenciais, falta de saneamento básico e acesso à Saúde Pública, além de alta densidade populacional. Esses já foram, inclusive, identificados como aglomerados subnormais¹³, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 1991 a 2022¹⁴, só sendo reconhecidos como *favelas* a partir de 2022, após um processo de reivindicação histórica por reconhecimento e identidade desses movimentos.

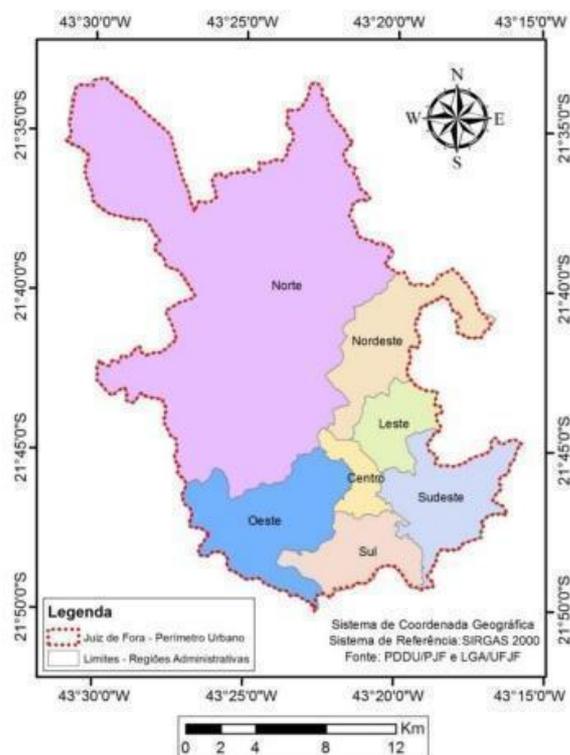
4.3 VIOLÊNCIA NO CONTEXTO JUIZ DE FORA

Juiz de Fora é um município da Zona da Mata Mineira, na porção sudeste do estado, de porte médio, localizado entre duas capitais: Rio de Janeiro e Belo Horizonte, com uma população estimada de 540.756 pessoas (IBGE, 2022). Como ponto comercial, ao longo do “Caminho Novo”, o município, originalmente denominado Santo Antônio do Paraibuna, foi criado em 1850, ganhando, em 1856, o nome de Juiz de Fora. Foi favorecido pela abertura da Estrada União e Indústria e a implantação de projetos energéticos e, em 1911, era composto por 15 distritos: Juiz de Fora (sede), Água Limpa, Paula Lima, Rosário, São Francisco de Paula, Sarandi, Porto das Flores, São José do Rio Preto, Vargem Grande, Matias Barbosa, São Pedro de Alcântara, Chácara, Santana do Deserto, Benfica e Mariano Procópio (IBGE, 2022).

¹³ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14152-asi-censo-2010-aprimorou-a-identificacao-dos-aglomerados-subnormais>. Acesso em: 2 out. 2024.

¹⁴ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38962-favelas-e-comunidades-urbanas-ibge-muda-denominacao-dos-aglomerados-subnormais>. Acesso em: 2 out. 2024.

Figura 1 – Regiões Administrativas de Juiz de Fora



Fonte: Mapas da Cidade – Prefeitura de Juiz de Fora.

Juiz de Fora é reconhecida como cidade polo Cultural, Industrial, Educacional e de Saúde de sua macrorregião. Com área geográfica total de 1.433,87 km² (Secretaria de Planejamento e Gestão de Juiz de Fora, 2022)¹⁵, compreende os distritos de Torreões, Humaitá de Minas, Monte Verde de Minas, Rosário de Minas, Penido, Valadares, Sarandira e Caetés de Minas, dividindo-se em 8 regiões administrativas: centro-oeste, centro, leste, oeste, norte, nordeste, sul e sudeste. É considerada uma das cidades brasileiras com mais altas taxas de expectativa de vida e um dos melhores índices de qualidade de vida (PIB¹⁶ *per capita* de R\$ 35.145,34), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021). Apresenta Índice de Gini (indicador que mede a concentração da distribuição de renda

¹⁵Disponível em:

https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumentoplanejamento/arquivos/Relatorio_Anual_Gestao_2022_DigiSUS.pdf. Acesso em: 2 out. 2024

¹⁶ Produto Interno Bruto

em uma população), 2020, de 19,43% (143ª posição nacional), com renda média da população de R\$ 1.778,64¹⁷.

Conforme descrito, até o século XVIII, a cidade teve seu crescimento vinculado ao Caminho Novo, funcionando como um entreposto comercial. Com a decadência da economia mineradora, a população local teve de reinventar meios de sobrevivência, iniciando, na região, a Era da economia agrícola, especialmente na segunda metade do século XVIII, com lavouras, sobretudo, de café. Estima-se que 26% da população escrava da província chegou a ser concentrada na região (Paula, 2006). Com o término legal do período escravocrata, os ex-escravos permaneceram a esmo, não sendo absorvidos pela indústria em ascensão, que buscava mão de obra qualificada. Graças à criação da Rodovia União Indústria, que auxiliou no escoamento da produção cafeeira, facilitou-se o desenvolvimento do município e sua integração com os demais centros urbanos, com instalação de fábricas e criação de um centro industrial local. Os negros, não tendo locais para refúgio, ou migraram rumo a comunidades quilombolas do entorno, ou permaneceram vinculados às fazendas cafeeiras, em troca de moradia e alimentação. Muitos buscaram a sorte em direção ao centro da cidade, apenas para serem, em seguida, repelidos, “[...] cabendo ao poder público vigiá-los e afastá-los do centro” (Almeida, 2006, p. 40).

Durante a fase industrial, as moradias do centro da cidade, em condições insalubres, foram ponto de refúgio para os estrangeiros: italianos, alemães e portugueses (Brito, 2013). Em 1930, com a estagnação da indústria, e com a cidade mantendo-se graças às pequenas fábricas de matéria têxtil e graças ao setor de comércio e serviços, somado às constantes epidemias associadas às precárias condições de higiene nos cortiços, o fluxo de pessoas, motivadas pelo interesse em atividades laborais e de subsistência, começa a migrar em direção a outros locais. O adensamento populacional inicial, restrito à área central, tornou-se insuficiente, fazendo com que se iniciasse o fluxo habitacional em direção às áreas periféricas (Paula, 2006). Vale assinalar que parte desse processo está vinculado a 1960, com a criação da Universidade Federal de Juiz de Fora e, nos anos 1970, com a instalação da Siderúrgica Mendes Júnior e a Paraibuna de Metais. Com investimentos no desenvolvimento urbano, direcionados à infraestrutura e geração de emprego e renda,

¹⁷ Disponível em: https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/ranking/TOP_Municipio2020mais.htm. Acesso em: 2 out. 2024.

o crescimento urbano foi acompanhado da periferização da população, acarretando agravos ao setor público no que tange à oferta de serviços e infraestrutura. Destaca-se que, em Juiz de Fora, historicamente, marca-se o abismo entre pobres e ricos.

Os projetos de modernização da cidade, com empreendimento como a Companhia Mineira de Eletricidade, a Tecelagem Bernardo Mascarenhas e a Usina Hidrelétrica de Marmelos, ocorreram em paralelo aos investimentos em instituições de ensino, voltadas à “elite conservadora e católica”, como a Academia de Comércio e o Instituto Granbery (Abreu, 2010). Sendo assim, até meados de 1980, foram promovidos projetos de reurbanização da área central da cidade e dos bairros próximos (Menezes, 2003).

Nesse processo, destaca-se a necessidade da população em buscar terras com menor preço agregado, visto que, com a ausência de espaços disponíveis no centro, os disponíveis, em ação de oferta e procura, apresentaram altos valores. Geograficamente, ao longo do tempo, a expansão urbana municipal, iniciada nos vales laterais na calha do Paraibuna, foi ascendendo e ocupando as encostas e aclives, ampliando os bairros e redistribuindo os adensamentos populacionais. Destaca-se que, inicialmente, os mais pobres foram expulsos dos cortiços e dos aglomerados centrais, sobretudo na década de 1970, em que a pressão para a destruição desses redutos foi muito relevante, empurrando os moradores em direção às periferias e encostas (Abreu, 2010).

Tais ações não impediram ou reduziram a velocidade de criação de novas áreas ocupadas, com grande densidade de populações mais pobres, espaços que ganharam a denominação posterior de “favelas”. Tal termo, de caráter muitas vezes depreciador, constantemente, traz aos moradores dessas regiões um valor de problema, aglomerado urbano, miséria e desordem. É possível detectar áreas de padrão socioeconômico extremamente díspares, com grandes serviços nas áreas de Educação, Saúde, Lazer e Cultura dispostos lado a lado com regiões com padrão de ocupação inferior ao da vizinhança, com ruas estreitas, declividades acentuadas, residências com muitos membros e deficiências de infraestrutura e saneamento básico (Britto, 2013). De um lado, bairros nobres, com a classe média-alta; do outro, áreas precárias, sem infraestrutura, sem calçamento, com acúmulo de lixo nas ruas, por vezes com esgoto a céu aberto, com construções precárias e com alto risco de desabamento, ocupadas pelas classes mais baixas. Paisagem muito similar à visualizada em grandes centros urbanos, como o Rio de Janeiro. Contudo, em Juiz de

Fora, sempre houve uma tentativa de encobrir tal fato por parte do Poder Público municipal, dos setores acadêmicos e da própria classe média (Abreu, 2010).

Para as classes médias e altas e o Poder Público municipal, na paisagem urbana, não existia espaço para abrigar aqueles que não se incluíam aos meios de consumo capitalista. O foco foi o de promover, ainda mais, a exclusão desses, de modo a se tornarem despercebidos. Essa faixa da população, com a impossibilidade de pagarem aluguel e/ou de adquirirem, legalmente, um terreno para construir suas moradias, ao serem despejados pelo não pagamento do aluguel, ou serem expulsos de áreas ocupadas ilegalmente, ou até mesmo, retirados de locais que apresentem risco de desmoronamento da moradia devido a deslizamentos de terras, escorregamentos, entre outros, iniciam, mais uma vez, suas trajetórias em busca de novas ocupações de terras, migrando de região em região.

Durante a década de 1970, no mandato do Prefeito Mello Reis (1977-1982), destacou-se o período no qual ocorreu o maior número de remoções de moradores de favelas na cidade, objetivando a dita “renovação urbana” com construções de praças, parques, alargamento de ruas, aberturas de estradas, entre outros. Esse governante realizou uma verdadeira operação de guerra na cidade, não só contra os moradores de favela, como também contra os miseráveis em situação de vulnerabilidade social. Em todos os casos, esses sujeitos sociais foram removidos para locais ainda mais precários e mais afastados do centro urbano e, como consequência, dos locais de trabalho, geralmente com difícil acesso ao transporte público e aos serviços urbanos básicos.

Na década de 1990, com a prática em voga das políticas neoliberais e a abertura do país aos investimentos estrangeiros, a indústria sofreu um amplo processo de precarização e privatização, com estagnação do setor industrial local, culminando com aumento do desemprego e enfraquecimento das relações trabalhistas, agravando o processo de desequilíbrio entre classes (Rodrigues, 2015). Notadamente, em 1996, com revisão em 2000, há o decreto de uma proposta de Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano para Juiz de Fora (PPDU), visando a adequar as medidas públicas à realidade de inchaço urbano, com prejuízo importante da infraestrutura municipal, incapaz de atender à demanda populacional. Esse Plano teve como meta garantir o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem viver dos cidadãos. Diversos profissionais de áreas de estudo variadas avaliaram e elaboraram um documento, com o diagnóstico dos principais problemas encontrados

na cidade, sendo que uma das propostas visou ao direcionamento do crescimento da cidade em direção a condições geomorfológicas mais propícias e áreas de maior potencialidade econômica. Contudo, no PPDU, é observado um aspecto de zoneamento da cidade, sem considerar o aspecto histórico temporal de formação dos bairros, agrupando bairros com características muito distintas, com tentativa frustrada de projetar a cidade com base em um macrozoneamento (Almeida, 2006).

Outras tentativas de planejamentos se sucederam, alguns, inclusive, com maior atenção às ações de inclusão social e Políticas de Educação, Habitação e Saneamento Básico de áreas carentes, todavia, sem possibilitar efetiva atuação. Enfatiza-se, o que vem sendo observado, com base em todo esse retrospecto histórico, é a consequência inevitável, associada às áreas periféricas: *o aumento da violência no município*. A política elitista e conservadora, cujo foco sempre envolveu a ligação de Juiz de Fora por meio de laços econômicos, pouco preocupada com os cidadãos das classes populares, provocou, repetidas vezes, ao longo do século XX, o adiamento da revisão das leis envolvendo o uso de terras/zoneamento/loteamento e parcelamento de solos. As consequentes insatisfações em relação à infraestrutura, ao uso de transportes urbanos, ao acesso à Saúde, à Educação e à Segurança Pública começaram a refletir, especialmente, ao longo do século XXI, em aumento dos índices de crimes como homicídio e tráfico de drogas (Rodrigues, 2015).

Destaca-se, ainda, a marginalização que os núcleos pauperizados de periferia sofreram, associados à percepção social de associação com a criminalidade. O auge de tal processo ocorre a partir de 2012, em que foi observado aumento gradativo, no município de Juiz de Fora, dos números absolutos de assassinatos e taxas de homicídios¹⁸, de modo que foi criada, em 2013, uma comissão para elaboração de um Plano Municipal de Enfrentamento à Criminalidade, com tema de debate na Ordem dos Advogados e realização do Seminário intitulado “Violência Urbana em Juiz de Fora: o que deve ser feito?”¹⁹. Nesse período, uma série de reportagens foram realizadas, inclusive em um jornal de circulação municipal, o **Tribuna de Minas**, sob o tema “A escalada da violência em Juiz de Fora”, buscando respostas para a

¹⁸ Disponível em: <https://www.camarajf.mg.gov.br/www/noticias/exibir/7873/Taxa-de-homicidios-explode-em-duas-decadas-e-meia.html?p=444>. Acesso em: 2 out. 2024.

¹⁹ Disponível em: <https://www.juizdefora-oabmg.org.br/noticias/exibir/884/SEMINARIO-VIOLENCIA-URBANA-EM-JUIZ-DE-FORA-O-QUE-DEVE-SER-FEITO.html?p=472>. Acesso em: 2 out. 2024.

crescente violência na cidade²⁰. O destaque nas reportagens envolvia o debate das causas associadas ao aumento do número total de mortos por armas de fogo no município, e as justificativas levantadas incluíram os enfrentamentos entre gangues de bairros rivais e brigas interpessoais, uma vez que a maior incidência dos óbitos foi encontrada entre jovens, de 18 a 25 anos, do sexo masculino. Na época, a zona norte da cidade era a região com maior número de casos. As estratégias adotadas no município, desde então, envolvem o controle social seletivo, eliminando contingentes vulneráveis, por meio do uso da força, com maiores índices de encarceramento e outras formas de privação e liberdade, somente reforçando o cenário de vulnerabilidade social e aumentando, ainda mais, o perfil da violência urbana.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2019, houve 45.503 homicídios no Brasil, com uma taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes. Infelizmente, tal retrato não reflete a realidade do país, uma vez que há deterioração na qualidade dos registros oficiais (IPEA, 2021). Em Juiz de Fora, em 2019, a taxa observada foi de 11,78 mortes por 100 mil habitantes (IPEA, 2021). No mesmo período, no município de Juiz de Fora, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram confirmadas 518 notificações de violências com uso de armas de fogo.

Atualmente, o Núcleo de Estudos de Políticas de Drogas, Violência e Direitos Humanos (NEDH) da UFJF publica estudos periódicos relacionados às áreas geográficas do município de Juiz de Fora com índices de maior violência. Ao longo dos anos, a cidade foi consolidando seu perfil demográfico e econômico e, gradativamente, ampliou os processos de periferização da população e segregação socioespacial, distinguindo áreas dinâmicas e modernas das antigas, degradadas e violentas. Na cidade, as vítimas da violência criminalizada apresentam características comuns, relacionadas à concentração de riquezas e à fragmentação territorial, com clara delimitação entre áreas incluídas e excluídas, que operam com diferentes formas de trabalho (Britto, 2013).

Com o apoio do NEDH da UFJF, e a partir de dados da Polícia Militar, nos anos de 2017 a 2021, é possível verificar o comportamento da violência urbana em Juiz de

²⁰ Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/opinioao/tribuna-livre/20-03-2015/a-escalada-da-violencia-em-jf.html>. Acesso em: 2 out. 2024.

Fora, evidenciando a dinâmica temporal e sua configuração espacial. As instâncias de poder, as condições financeiras e de lazer das comunidades envolvidas, os serviços de saúde, a qualidade de vida, a violência e a criminalidade urbana são parte dos pontos que podem vincular os números expressos a essas comunidades.

Ressalta-se que dados de 2022 mostram que os casos de homicídios consumados cresceram 72,5% em Juiz de Fora, o maior registro em 4 anos, segundo dados da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP), com novas repercussões na mídia televisa e em meios digitais. Reportagens divulgadas em meios de informação digital destacam que, no primeiro semestre do ano de 2022, foi registrado o maior número de homicídios desde 2018, com 33 assassinatos contra 25, no mesmo período, no ano de 2021. As disputas entre gangues locais são elencadas como o principal motivo do aumento da violência²¹. Destaca-se, ainda, que o crescimento no número total de crimes envolvendo armas de fogo, no município, é muito superior ao comparativo do estado de Minas Gerais. Entre 2021 e 2022, houve aumento de 9,24% em Minas Gerais, número muito inferior ao aumento de 78% dos crimes nos registros juiz-foranos²².

Durante o ano de 2023, entre os meses de abril e maio, Juiz de Fora apresentou um aumento de 500% nas ocorrências de homicídios tentados e consumados, em relação ao ano de 2022²³, sendo destacadas causas relacionadas a rixas entre lideranças de organizações criminosas. Em contrapartida, no ano de 2024, dados veiculados pelo Observatório Municipal de Violência e Criminalidade²⁴ evidenciaram queda, no comparativo 2023 – 2024, para todas as variáveis de criminalidade no município (crimes violentos, homicídio consumado, roubo, furto, entre outras naturezas), sem justificativa explicitada para tal redução dos dados. A maior queda nesses indicadores, entre os 10 municípios mais populosos de Minas Gerais, foi em

²¹ Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2022/09/10/numero-de-homicidios-no-1o-semester-de-2022-em-juiz-de-fora-e-o-maior-desde-2018.ghtml>. Acesso em: 2 out. 2024.

²² Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/29-01-2023/mortes-por-arma-de-fogo-aumentam-em-jf-em-2022.html>. Acesso em: 2 out. 2024.

²³ Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2024/01/11/apos-pico-de-homicidios-nos-5-primeiros-meses-de-2023-assassinatos-sofrem-reducao-em-juiz-de-fora-aponta-balanco-da-pm.ghtml>. Acesso em: 2 out. 2024.

²⁴ <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sesuc/arquivos/monitor-dados-publicos.pdf>

Juiz de Fora. Dados do Atlas da Violência 2024 evidenciam o município como a 68ª cidade brasileira e a quarta cidade mineira em número de homicídios estimados²⁵.

Contudo, ao longo de 2023 e nos primeiros meses de 2024, novas reportagens ganham destaque nas mídias televisiva e digital, não apenas expondo dados relacionados à violência urbana, mas também trazendo à tona situações de violência dentro de Serviços de Saúde do município²⁶ e ²⁷. As equipes de ESF atuam em um território definido, com população definida, visando à promoção de ações de Atenção Primária à Saúde de acordo com as necessidades de saúde da população. Cada equipe deve priorizar as condições clínicas e sanitárias de acordo com os critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência da comunidade local. Vale assinalar que, no contexto das equipes que atuam em áreas urbanas, a violência torna-se parte integrante do cotidiano de ações (Silva *et al.*, 2021). No contexto da ESF de áreas urbanas, não apenas os profissionais estão inseridos em comunidades periféricas, experienciando o viver da população em meio ao tráfico e à violência, inclusive, na própria articulação e organização familiar, como também ainda vivenciam a violência nos processos subjetivos e ordinários do viver (Parreiras, 2021).

Os Serviços de Saúde e, em particular, as Unidades Básicas de Saúde, refletem e simbolizam, em meio às comunidades nas quais estão situadas, o poder político, institucional e econômico. E, como ponto focal desses poderes, sofrem a retaliação da amargura social dos usuários, diante da limitada capacidade de expressão dos mesmos na sociedade capitalista. A dor e a doença tornam-se pontos para reivindicação de direitos, o que, na maioria das vezes, vai muito além do conceito de Saúde Física e Mental, mas refletem o acesso a um sistema que oprime e exclui, significativamente, essa parcela social (Pussetti; Brazzabeni, 2011). Os Serviços de Saúde oferecidos no Brasil são apenas mais um ponto de toda uma rede estrutural, incapaz de responder, de modo adequado e satisfatório, ao sofrimento de uma grande parcela da população (Farmer *et al.*, 2006).

²⁵ Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/20-06-2024/jf-homicidios.html#:~:text=O%20Atlas%20da%20Viol%C3%Aancia%202024,Gerais%20com%20mais%20homic%C3%ADdios%20estimados>. Acesso em: 2 out. 2024.

²⁶ Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/8666794/>. Acesso em: 2 out. 2024.

²⁷ Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/mulher-perde-lugar-na-fila-faz-quebradeira-em-ubs-e-ameaca-enfermeira-em-mg-1.3335001>. Acesso em: 2 out. 2024.

4.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO

A Estratégia Saúde da Família, principal perspectiva de Atenção Primária à Saúde no Brasil, por sua proximidade com os territórios onde se destacam a desigualdade e vulnerabilidade social, é um espaço permeado, cotidianamente, pelas consequências da violência, sobretudo no contexto urbano das médias e grandes cidades (Silva *et al.*, 2021).

A APS é um modelo de atenção apresentada por diversos países desde a década de 1960, visando a um acesso mais efetivo ao Sistema de Saúde, com equilíbrio entre as demandas e os gastos envolvendo o cuidado, com objetivo de reverter o enfoque curativo, hospitalocêntrico e individualista tradicional (Almeida *et al.*, 2018; Fertoni *et al.*, 2015). O conceito, no Sistema de Saúde, envolve o primeiro nível de assistência, estando mais próximo do usuário, tendo sua abordagem formadora de toda a base que determina o trabalho e o acesso aos demais níveis das redes de Atenção Primária à Saúde. Além disso, permite a coordenação do cuidado, atuando, de modo horizontal, entre as diversas especialidades focais e níveis secundários e terciários de atendimento. Seu papel inclui a organização e racionalização do uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados. Visa a promover, manter e melhorar o cuidado e o processo saúde-doença de seus assistidos (Almeida *et al.*, 2018; Starfield, 2002).

Assim, a partir da Conferência de Alma-Ata, realizada no ano de 1978, no Cazaquistão, busca-se uma primeira definição para a Atenção Primária à Saúde (Fausto; Matta, 2007).

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA: Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade (UNICEF²⁸, 1978, p. 1).

²⁸ Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Assim, na Conferência de Alma-Ata, são destacados 3 componentes essenciais da APS: primeiro contato do usuário com os Serviços de Saúde (porta de entrada); garantia de Acesso Universal à Saúde; e a relevância da participação social, com as características socioeconômicos e culturais indissociáveis (Giovanella, 2018).

Ainda em 1970, graças à participação das Universidades e do movimento da Reforma Sanitária, marca-se o início da participação dos municípios no desenvolvimento da APS. Em 1980, com a redemocratização em voga, foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que, em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição. Destaca-se a permanência de iniciativas municipais e estaduais em relação à APS, sem ainda haver um modelo nacional de Sistema de Saúde brasileiro implementado (Lavras, 2011).

A partir do enfoque na descentralização das ações e municipalização do SUS, em 1990, tem início a maior estruturação da APS até o momento, sob responsabilidade principal dos municípios e incentivos financeiros do Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento. A criação dos Conselhos Municipais de Saúde, por meio da Lei nº. 8076 de 1992, possibilitou a fomentação da participação popular e do controle social nas decisões das Políticas Públicas, algo novo até o momento (Castro; Machado, 2010). Em 1994, é proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) (Lavras, 2011). Desde então, o Ministério da Saúde adota o que, em 2006, ganhou o *status* de Estratégia de Saúde da Família como modelo de implantação da APS no Brasil, visando a estruturar o Sistema de Saúde no âmbito municipal. O fato de o PSF deixar de ser um Programa e assumir a alcunha de Estratégia objetiva demonstrar uma ação de cunho permanente e contínua. A ESF torna-se o primeiro acesso ao Sistema de Saúde, permitindo a racionalização da utilização dos demais níveis assistenciais, promovendo a transformação do modelo biomédico tradicional, até então com hegemonia na figura médica (Fertonani *et al.*, 2015; Giovanella *et al.*, 2009).

Este, em 1998, é definido como o modelo de reorganização assistencial nacional (Brasil, 1998). A Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica e apresenta a seguinte definição:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...]. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Portanto, trata-se de uma importante ferramenta que busca reordenar o modelo de Atenção à Saúde e viabilizar a concretização dos Princípios do SUS dentro de uma perspectiva na qual as práticas e ações de cuidado compreendam a determinação social do processo saúde-doença, a valorização dos indivíduos e de suas subjetividades, valores e cultura (Fertonani *et al.*, 2015; Giovanella *et al.*, 2009).

No Brasil, duas formas de atuação em Atenção Primária são encontradas: as equipes de Estratégia de Saúde da Família e as equipes de Atenção Básica Tradicional (ABT). Enquanto a ABT ainda centraliza as ações na figura de especialistas focais (ginecologistas, pediatras e clínicos gerais), as equipes atuantes na Atenção Primária, no modelo de ESF, são de composição multiprofissional: Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica das necessidades de saúde da população (Brasil, 2017). Cada equipe é responsável por áreas com 600 a 1.000 famílias cadastradas (limite máximo de 3.500 habitantes por equipe).²⁹

Destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é a figura central na Estratégia de Saúde da Família. Como parte integrante tanto da equipe quanto da comunidade, é um profissional que vivencia experiências similares às da

²⁹ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 out. 2024.

comunidade assistida, por residir no mesmo local em que atua, acompanhando as famílias adscritas. Também é responsável pelo cadastramento e acompanhamento das famílias, além de ser agente disseminador de informações no Sistema de Saúde (Brasil, 2017). Comumente, tem sua atuação marcada pela vulnerabilidade social, com enfrentamento diário de questões sociais, econômicas e ambientais, com importantes reflexos no acompanhamento e supervisão do processo saúde-doença da população.

No município de Juiz de Fora, a implantação do modelo do Programa Saúde da Família data de 1995, antes da instituição estadual do modelo em Minas Gerais, com as bases teóricas fundamentadas a partir da II Conferência Municipal de Saúde do mesmo ano³⁰. As primeiras UBSs a incorporarem o modelo foram: Jardim Esperança, Vila Olavo Costa, Furtado de Menezes, Retiro, São Benedito, Santo Antônio, Jardim da Lua, São Sebastião e uma Unidade de Saúde Móvel destinada à zona rural (Castro, 2009). O modelo do município tinha como base equipes formadas por profissionais Médico (1), Auxiliares de Enfermagem (2) e Agentes Comunitários de Saúde (3). Ao longo dos anos, foram elencadas diversas problematizações vinculadas ao modelo municipal, com destaque para a necessidade de maior integração e comunicação entre as equipes, trabalhos em áreas de risco e da interação da gestão com as equipes (Castro, 2009).

De acordo com dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), hoje, o município de Juiz de Fora conta com 64 Unidades de Saúde, sendo que dessas 46 são de modelo de Estratégia de Saúde da Família e 19 de modelo tradicional. Entre aquelas com modelo de ESF, a cobertura estimada é de 52%, divididas entre: 42 Unidades de Saúde de área urbana, 3 de zona rural e 1 (uma) Unidade de Saúde Móvel. Estão distribuídas em 8 regiões administrativas: norte, sul, sudeste, leste, nordeste, oeste, centro e zona rural.

A partir de 2024, o município aderiu ao programa de repasse do Governo Federal, com incentivos para atuação das Unidades de APS em horário estendido. Em 1º de fevereiro de 2024, novas Unidades de Saúde passaram a funcionar de modo ininterrupto, das 7h às 20h (Bandeirantes, Linhares, Marumbi, Monte Castelo, Santa Cecília, Santa Cruz, Santa Luzia, Santo Antônio e Santos Dumont) e, a partir de 26 de

³⁰ Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

fevereiro de 2024, 34 unidades sofreram ampliação no atendimento, tornando os turnos de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, sem interrupção para o almoço, e aos sábados das 7h às 12h. Para tanto, novos profissionais foram contratados e incorporados às equipes, somando 67 novas equipes às atualmente existentes³¹ e ³².

O Quadro 1, a seguir, mostra a distribuição das Unidades de Saúde do município de Juiz de Fora com as equipes de ESF e os profissionais vinculados, de acordo com dados disponíveis no CNES 2023.

³¹ Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2024/02/26/quase-30-unidades-basicas-de-saude-tem-atendimento-ampliado-em-juiz-de-fora-confira-bairros-e-horarios.ghtml>. Acesso em: 2 out. 2024.

³² Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=78554>. Acesso em: 2 out. 2024.

Quadro 1 – Listagem das Unidades de Saúde do Município de Juiz de Fora com equipes de Estratégia de Saúde da Família

Nº	UBS	EQUIPES	ENFERMEIROS	AUX. DE ENFERMAGEM	MÉDICOS	ACS
1	ALTO GRAJAÚ	2	2	2	2	8
2	BAIRRO INDUSTRIAL	2	2	2	1	8
3	BANDEIRANTES	3	3	3	3	13
4	BARREIRA DO TRIUNFO	2	2	2	2	5
5	CIDADE DO SOL	2	2	2	2	14
6	FILGUEIRAS	2	2	2	2	7
7	FURTADO DE MENEZES	2	2	2	3	9
8	GRANJAS BETHÂNIA	2	2	2	2	5
9	HUMAITÁ	1	2	1	2	3
10	IGREJINHA	1	2	1	1	4
11	JACUTINGA	1	1	1	1	3
12	JARDIM DA LUA	1	2	1	1	5
13	JARDIM ESPERANÇA	2	2	1	2	10
14	JARDIM NATAL	2	2	2	2	12
15	JOQUEI CLUBE I	2	2	1	2	9
16	JOQUEI CLUBE II	3	3	3	3	8
17	LINHARES	5	5	5	5	23
18	MARUMBI	3	3	2	3	13
19	MILHO BRANCO	4	3	4	4	14
20	MONTE CASTELO	3	3	3	3	8
21	NOSSA Sª APARECIDA	2	2	2	3	14
22	NOVA ERA	4	3	4	4	9
23	PARQUE GUARANI	2	2	2	2	3
24	PROGRESSO	3	3	3	3	9
25	RETIRO	2	2	2	2	10
26	SANTA CECÍLIA	3	4	3	3	9
27	SANTA CRUZ	4	4	4	4	16
28	SANTA EFIGÊNIA	2	2	2	2	9
29	SANTA LUZIA	5	5	5	5	18
30	SANTA RITA	2	2	2	2	9
31	SANTO ANTÔNIO	3	3	3	4	19
32	SANTOS DUMONT	3	3	3	3	8
33	SÃO BENEDITO	3	3	3	3	17
34	SÃO JUDAS TADEU	2	2	1	2	9
35	SÃO PEDRO	1	1	1	1	7
36	SÃO SEBASTIÃO	3	4	3	4	12
37	TEIXEIRAS	3	3	3	3	11
38	TORREÕES	1	1	1	1	5
39	VALE VERDE	3	3	2	2	10
40	VILA ESPERANÇA	3	2	2	3	11
41	VILA IDEAL	2	4	2	2	14
42	VILA OLAVO COSTA	1	2	2	2	5

Fonte: CNES 2023.

O fato de estarmos em um país com dimensões continentais, com diversidade de culturas, geografias, costumes locais e formas de enfrentamento, contribui muito para a não homogeneidade da oferta de serviços. Questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe exercem influência direta no campo saúde-doença, em especial, quando consideramos ações em comunidades ribeirinhas, quilombolas, rurais, indígenas, urbanas e em áreas de violência. Ainda, no que se refere especificamente à APS, há necessidade de valorizar as conquistas e superar o padrão cultural, reconhecendo as falhas, visando à superação dos desafios da atualidade. Embora a cobertura estimada da ESF em todo o país fosse de 64%, em 2019, nem todos os indivíduos que residem em áreas de cobertura de uma Equipe de Saúde são, efetivamente, cadastrados e usufruem das Ações de Saúde ofertadas (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

O SUS, que tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, vem sofrendo retrocessos e fragmentação da oferta em seu Sistema de Saúde, sobretudo no âmbito da APS, nos últimos anos. A integralidade tem sido um dos maiores desafios do Sistema de Saúde brasileiro, graças às questões políticas, econômicas/administrativas, tecnológicas, sendo dificultado em sua plenitude na reprodução do cuidado universal e equitativo. Na prática, observa-se a dissociação da teoria e da dificuldade de implementação do modelo nas mais diversas realidades do país. Outros desafios envolvidos no processo da efetivação dos atributos e diretrizes envolvem a gestão do trabalho e a gestão de pessoal, além da formação e da qualificação de profissionais para atuarem na APS. A essencialidade da ESF está centrada nos atributos e princípios que norteiam o modelo de APS. Assim, os profissionais atuantes realizam atendimentos em territórios com altas taxas de homicídios, com serviços dentro das Unidades de Saúde e em domicílios, circulando e travando relações interpessoais com os membros das comunidades assistidas, com percepção direta dos reflexos dos determinantes sociais no processo saúde-doença-cuidado (Nonato *et al.*, 2020).

Na prática, observa-se que, devido à violência, o trabalho desenvolvido no interior das Unidades de Saúde é o priorizado e, na realidade, quase exclusivo. Há perda das ações desenvolvidas em território e com a comunidade, além da dificuldade em manutenção dos profissionais vinculados às UBSs e constantes queixas de medo, impotência e descontentamento profissional (Machado, 2015; Vieira, 2009). Ainda, são destacados diagnósticos de transtornos depressivos e esgotamento profissional

(Fisekovic *et al.*, 2015), com a vivência dos profissionais em meio à violência, seja armada, física, verbal ou moral, constantemente banalizada.

No contexto de APS, em que os profissionais são inseridos em comunidades à margem da sociedade, atendendo populações com alto índice de desemprego, sem espaço para participação em Centros de Poder e Justiça, a violência se perpetua, muitas vezes, fisicamente, mas não contra os responsáveis pelas desigualdades infligidas (Barroso, 2021; Farmer *et al.*, 2006; Tronto, 2007). Nesse universo, cuja organização política, social e econômica não só permite, como também coloca indivíduos em situações de perigo (individual e coletivo), com arranjos típicos da chamada “violência estrutural”, em que pessoas sofrem todas as dificuldades e restrições de acesso ao mundo capitalista e à sociedade neoliberal, impõe-se a necessidade de uma ação multiprofissional e interdisciplinar na elaboração de estratégias de prevenção, com integração do planejamento – gestão – assistência.

Assim, a violência cotidiana é vivenciada em vários territórios onde equipes de APS atuam. De modo geral, os profissionais não são capacitados para reconhecer e atuar de modo correto nesses contextos, inclusive, não sendo capazes de compreender a dinâmica das comunidades, além dos atendimentos clínicos, como parte da demanda de ações que envolvem a atuação em Saúde da Família. Destaca-se, ainda, a chamada “Lei dos Cuidados Inversos”, datada de 1970, mas que ainda reflete a realidade das desigualdades de acesso aos Sistemas de Saúde: os pacientes vulneráveis das regiões periféricas, os mais necessitados, são os que menos dispõem de serviços de saúde e ações assistenciais satisfatórias (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

Nesse sentido, o próprio ato de cuidar e tratar, em um contexto de comunidades permeadas pela violência estrutural, esbarra em diferentes interpretações: muito além da modalidade de cuidado que oferta serviços que permitam o acesso à saúde, os profissionais da APS devem desenvolver o chamado “*taking care of*”, sem modalidade exata de tradução em português, mas que envolve o buscar a responsabilização e o cuidado diante das questões da comunidade, o envolvimento com os problemas locais e a atuação em saúde voltada à melhoria dessas condições levantadas (Tronto, 2007).

Reitera-se a necessidade de discussões sobre a problemática de forma intersetorial, de modo que as estratégias elaboradas sejam resolutivas. Embora as ações para o enfrentamento da violência devam ser intersetoriais, a APS é um ponto forte para ações, uma vez que está inserida no território, a partir do vínculo com os usuários e habitantes desse contexto, com o cuidado focado no acolhimento, na

valorização da autonomia e na corresponsabilização do cuidado em saúde (Nonato *et al.*, 2020).

Vale ressaltar, nesta pesquisa, que, enquanto os Profissionais de Saúde não forem capacitados e sensibilizados para as questões socioculturais que envolvem o ato violento e enquanto não obtiverem adequado respaldo da Gestão, com ações de integração à comunidade, não combativas, mas de sensibilização ao fato, as consequências são de um caminho individual percorrido pelos envolvidos em situações de violência. Enfatiza-se que pouco se consegue atuar em conjunto com outras Políticas Públicas para o enfrentamento do fenômeno. O tema “violência” inclui-se no conceito ampliado de saúde e, pela Constituição Federal de 1988, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais, em que a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro (Brasil, 2012).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta investigação, buscou-se aprofundar a análise da violência enquanto parte do dia a dia de profissionais de Atenção Primária à Saúde, valorizando os olhares dos mesmos, os contextos e as formas de violências vividas em seus cotidianos. A opção pela pesquisa qualitativa foi ao encontro dessa demanda, com a lente mais fechada, mas não desconsiderando os números do crescimento da violência nesses territórios, procurando-se compreender as narrativas dos profissionais e suas experiências com a violência nos espaços de trabalho.

5.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com Dyniewicz (2009, p. 102), a abordagem qualitativa de pesquisa “[...] baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como é definida pelos seus próprios atores”. Nessa esteira, Gil (2017, p. 53) aponta que: “[...] o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo”.

Tendo em vista que a pesquisa qualitativa tem como enfoque a análise de microprocessos, considera-se esse o melhor método de escolha para o presente estudo, em que se buscou, por meio de relatos individuais, realizar uma análise intensiva dos dados, produzindo um conhecimento útil aos trabalhadores da ponta, que estejam atuando nos serviços de APS, visando à promoção e ao reconhecimento das situações que se desenrolam nas Unidades de Saúde e nas comunidades (Martins, 2004).

Por conseguinte, com objetivo de compreender como a violência afeta a saúde, o cotidiano e as ações de serviços dos trabalhadores da APS do SUS Juiz de Fora, é necessário conhecer como o problema é vivenciado pelos participantes desta pesquisa.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

A presente proposta de pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob número de Parecer nº. 69371923.6.0000.5147 (Anexo A).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os profissionais da APS, em Unidades de Saúde com modelo de ESF, do município de Juiz de Fora, MG. Para inclusão dos Profissionais de Saúde, foram observados os seguintes critérios: atuação mínima de 6 meses na UBS selecionada, ter mais de 18 anos, ter disponibilidade e interesse em participar da entrevista semiestruturada. Os Profissionais de Saúde que estiveram de férias, licença ou atestado médico no período da coleta de dados foram excluídos.

5.4 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Considerando os dados disponibilizados pela Coordenação do Núcleo de Estudos de Políticas de Drogas, Violência e Direitos Humanos³³ da UFJF, dos últimos 5 anos, para a cidade de Juiz de Fora, e, ainda, tendo como referência o estudo de Fraga e Delgado (2020), foram selecionados bairros com maior índice de violência no município, na categoria homicídios consumados e tentados, e, entre esses, escolhidos aqueles que contam com modelos de Unidade de Saúde tipo ESF. A partir desses elementos, chegamos a um universo de 63 Unidades do tipo ESF, com 3 UBSs localizadas em bairros com maiores indicadores de homicídios consumados e tentados. O desenho inicial proposto para a pesquisa previa a realização da coleta de dados nessas 3 unidades; entretanto, diante da realização do estudo piloto, foi possível observar inúmeros desafios presentes no contexto da APS no município.

Durante o período de planejamento desta pesquisa, e da realização piloto, a Secretaria de Saúde iniciou um movimento de alteração no funcionamento da APS, objetivando ofertar aos usuários atendimento em horários voltados à população

³³ Disponível em: <https://www.ufff.br/nevidh/publicacoes/>. Acesso em: 2 out. 2024.

economicamente ativa, popularmente divulgado como funcionamento dos serviços de Atenção Primária no “horário do trabalhador”. Nesse sentido, a partir do final do ano de 2023 e ao longo de todo o ano de 2024, iniciou-se e consolidou-se um movimento de ampliação de atendimento das Unidades de Saúde, que passaram a não fechar no horário de almoço, mantendo horário integral de funcionamento e permanecendo abertas das 7 horas às 19 horas, além de oferta de serviços aos sábados pela manhã. Tais mudanças reverberaram na necessidade de contratação de novos profissionais e na insatisfação de outros, com mudanças nas escalas de trabalho, incorporação de novas equipes de saúde dentro de um mesmo espaço geográfico, com clima de tensão e desmotivação referido pelos próprios trabalhadores, além de menor disponibilidade dos mesmos em participar do estudo.

Nessa esteira, atrelado ao contexto concreto de prazos e necessidades burocráticas, no qual está imersa a realização e a conclusão de um Mestrado, optamos pela condução da pesquisa em 2 momentos: inicialmente, com aplicação de um pré-teste em 2 (duas) UBSs, cujos dados obtidos não fizeram parte do resultado final desta investigação, e, posteriormente, a etapa de coleta de dados propriamente dita, em uma única Unidade de Saúde, com modelo de atendimento tipo ESF.

Todas as unidades selecionadas, na etapa do estudo piloto e na etapa de coleta de dados para a pesquisa, estão situadas na região leste do município e, objetivando a manutenção do sigilo dos participantes deste estudo, serão descritas, a seguir, com nomes fictícios.

5.5 ESTUDO PILOTO

A coleta de dados foi precedida por um estudo piloto, que aconteceu entre outubro e dezembro de 2023. Este se configurou como uma etapa importante da pesquisa e possibilitou maior aproximação com a realidade na qual está inserida a APS no município, além de permitir que o instrumento de coleta fosse testado, com detecção de possíveis dificuldades dos sujeitos na interpretação das perguntas. Objetivou-se, dessa forma, aperfeiçoar o instrumento e treinar a pesquisadora.

Quanto à caracterização das equipes escolhidas³⁴ nas Unidade de Saúde onde foi realizado o pré-teste, a composição de profissionais inclui: Médicos, Enfermeiros,

³⁴ Disponível em: <https://rfsaldanha.shinyapps.io/quemtrabalhaaqui/>. Acesso em: 2 out. 2024.

Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. A necessidade de realização do estudo piloto em 2 (duas) unidades teve como motivação a busca por incluir, naquele momento, a maior diversidade de categorias profissionais possível, validando o roteiro com os membros de uma equipe tradicional de ESF. Destaca-se que apenas profissionais do sexo feminino participaram do estudo piloto, o que pode ser justificado pela grande maioria de profissionais desse gênero comporem as equipes, além da maior disponibilidade das mulheres em participar do estudo.

5.5.1 Unidade de Saúde Nossa Senhora do Socorro

O trabalho de pesquisa teve início em 23 de outubro de 2023, quando entrei em contato com a Gerente da Unidade de Saúde, por mensagens via *WhatsApp*. Na ocasião, combinei com essa profissional um momento de conversa presencial, na própria UBS, no período da manhã. Ao chegar ao local, o primeiro impacto foi negativo: trata-se de uma construção antiga, com uma grande porta de ferro que separa a região interna (com salas de atendimento e acesso dos profissionais) da recepção. Acrescenta-se que, na recepção, a qual mais configura uma espécie de corredor estreito, com 4 ou 5 cadeiras dispostas, há uma separação de vidro entre os usuários e os funcionários, que se revezam no horário do atendimento. O clima me pareceu hostil.

Pacientes em fila reclamavam da demora dos atendimentos, uma senhora chegou a dizer “*é por isso que a gente tem que chegar quebrando tudo*” depois de alguma negativa dada pela funcionária da recepção. Destaco a atitude dos funcionários, que, mais tarde, reconheci como uma das Técnicas de Enfermagem do local e um Agente Comunitário, que se mostravam verbalmente pouco solícitos ou com respostas ríspidas durante o atendimento aos usuários. Após alguns minutos de espera, fui convidada a conhecer a Gerente da Unidade de Saúde. Informei a ela sobre as ideias que tinha para a pesquisa, minha motivação e trajetória profissional. A funcionária mostrou-se muito receptiva à pesquisa e à possibilidade de realização das entrevistas com os profissionais. Disse que iria circular na reunião de equipe, no dia seguinte, uma lista, explicando aos profissionais sobre o projeto e organizando quais estariam disponíveis para conversa comigo, já na próxima semana. Ficou acordado que meu retorno à Unidade de Saúde seria na segunda semana de novembro de 2023,

a fim de não atrapalhar o funcionamento do Posto de Saúde e para aproveitar a maior disponibilidade dos profissionais, uma vez que estariam em horário protegido.

Ao retornar ao local na data acordada, percebi que o combinado não ocorreu como planejado, pois não havia uma lista ou possibilidade de seleção de profissionais. Na verdade, muitos nem sabiam do que se tratava a pesquisa, ou nem mesmo haviam recebido qualquer tipo de informação sobre minha presença na Unidade de Saúde. Optei por me adaptar ao imprevisto e consegui um ambiente com privacidade, ou seja, uma pequena sala, usualmente destinada à aferição de pressão arterial e pequenos acolhimentos do dia a dia. Assim, dispus 2 (duas) cadeiras, organizei o gravador e fui conversando com os profissionais que ia conhecendo pelos corredores e explicando a cada um sobre a pesquisa. Desse modo, e através de conversas boca a boca entre os funcionários, consegui realizar 5 entrevistas individuais, com o questionário piloto, dividido em 3 blocos de perguntas (perfil socioeconômico e familiar; trajetória de estudo e trabalho; território de trabalho e violência). Entre os profissionais participantes, todas mulheres, com idades entre 30 e 57 anos, pertencentes às seguintes categorias: 2 (duas) Enfermeiras, 2 (duas) Técnicas de Enfermagem e 1 (uma) Agente Comunitária de Saúde. Essa UBS contava, naquele período, com 5 equipes, 23 Agentes Comunitários de Saúde e apenas 2 (duas) Médicas. Fazia parte das Unidades com horário estendido de atendimento: funcionando diariamente das 7h às 19h, contudo, sem profissional da categoria médica após as 17 horas. Os profissionais relataram que os médicos que iniciaram os atendimentos nesses horários não permaneceram.

Quanto à comunidade, observei que envolve o atendimento a uma população predominantemente preta ou parda, com questões socioestruturais relevantes, desde grande fluxo de pessoas de baixa renda, com diagnósticos de comorbidades crônicas “descompensadas”, a comorbidades ligadas à saúde mental e aos transtornos vinculados ao uso de álcool e/ou drogas. O fato de o bairro ter uma relação de proximidade territorial com um centro de detenção faz ainda com que muitos dos usuários atendidos tenham vínculos com pessoas em situação de privação de liberdade, e cuja rotina envolva o contato com tráfico de drogas e violências domésticas, violência contra mulheres e crianças e violência sexual.

Neste estudo, destaco que minha impressão, após as entrevistas, corrobora a seguinte expectativa: profissionais que, mesmo não relatando ter vivenciado, pessoalmente, algum tipo de violência, ou mesmo não reconhecendo a comunidade

como violenta, traziam, em seus relatos, experiências cotidianas de contato com situações de violência verbal, agressões nos discursos e no trato, sobrecarga de trabalho e esgotamento. Devido à ausência de profissionais Médicos nessa amostra, procurei contato, via *WhatsApp*, nos dias e semanas que se seguiram, com as 2 (duas) colegas, sendo que uma das profissionais retornou o contato, mas, apesar das tentativas, não foram encontrados horários possíveis para a realização da entrevista. Por fim, em contato com as Orientadoras desta pesquisa e com decisão conjunta, foi acordado fazer a aplicação da entrevista piloto com uma profissional médica de outra Unidade de Saúde, levando a pesquisa à Unidade de Saúde Bandeira Branca.

Quadro 2 – Participantes do Estudo Piloto – Unidade Nossa Senhora do Socorro

PARTICIPANTES DO ESTUDO PILOTO – UNIDADE NOSSA SENHORA DO SOCORRO						
Categoria³⁵	Idade (anos)	Raça/cor	Gênero	Escolaridade	Estado civil	Tempo de atuação na ESF
E	30	Parda	Feminino	Ensino Superior completo	Casada	2m*
TE	47	Branca	Feminino	Ensino Superior incompleto	Casada	22a*
ACS	51	Parda	Feminino	Ensino Médio completo	Viúva	23a*
TE	33	Parda	Feminino	Ensino Superior incompleto	Casada	3m*
E	37	Branca	Feminino	Mestrado concluído	Casada	4a*

Fonte: Autor (2024).

Legenda:

a* (período de tempo em anos)

m* (período de tempo em meses)

5.5.2 Unidade de Saúde Bandeira Branca

O contato com a Médica da Unidade de Saúde Bandeira Branca se deu por intermédio de uma das Orientadoras desta pesquisa. Na primeira semana de dezembro de 2023, encaminhei uma primeira mensagem, via *WhatsApp*, identificando-me e esclarecendo de onde havia obtido o contato dela e informei sobre os tópicos e objetivos principais do estudo. Após alguns desencontros, foi acordado

³⁵ Agente Comunitário de Saúde (ACS); Técnico de Enfermagem (TE); Enfermeiro (E); Médico (M).

um encontro para uma quinta-feira, no horário em que, segundo a profissional, o fluxo de atendimentos estaria terminado e os demais funcionários estariam em reunião de equipe.

Ao chegar ao local, a primeira impressão não poderia ser mais diferente da vivenciada na Unidade de Saúde Nossa Senhora do Socorro. A construção desse Posto de Saúde data de 2012, e a recepção é ampla, com diversas cadeiras, sinalização em portas e corredores, ambiente iluminado. Esteticamente, é antagônico ao experienciado no relato anterior. A equipe estava completa, com 2 Médicos, 2 Enfermeiros, 2 Técnicos de Enfermagem, 5 Agentes Comunitários de Saúde e 1 Farmacêutico.

A entrevista com a profissional foi realizada na sala em que ela atende os pacientes, lembrando que a recepção foi calorosa. Embora reservada, mostrou-se disposta e aberta aos questionamentos. Destaco a percepção de se tratar de um bairro familiar, segundo o relato. A violência destacada foi conectada ao tráfico e a rixas, contudo, de modo a não repercutir, efetivamente, sobre o trabalho praticado na Unidade de Saúde.

Quadro 3 – Participante do Estudo Piloto – Unidade Bandeira Branca

Entrevistado (a) nº	Idade (anos)	Raça/cor	Gênero	Escolaridade	Estado civil	Atuação profissional	Tempo de atuação
1	40	Branca	Feminino	Ensino Superior completo	Solteira	Médica	10a*

Fonte: Autor (2024).

Legenda:

a* (período de tempo em anos)

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de uma entrevista individual, em ambiente privativo, dentro da própria Unidade de Saúde. O horário das coletas foi diverso e, comumente, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, e a partir de diversas visitas à UBS, no período de janeiro de 2024 a de fevereiro de 2024.

O roteiro semiestruturado utilizado é resultante da experiência acumulada no estudo piloto e conta com 3 blocos de perguntas: Perfil Socioeconômico e Familiar; Trajetória de Estudo e Trabalho; Território de Trabalho e Violência (Apêndice A).

A pesquisadora contou com um Diário de Campo (Apêndice B), para descrição das informações e detalhes observados nas Unidades de Saúde. As falas foram gravadas em aparelho celular e MP4, tendo sido transcritas posteriormente. Com objetivo de garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes da pesquisa, adotou-se um código para categorias profissionais³⁶ seguido por numeração sequencial.

5.6.1 Unidade de Saúde Vila das Dores

Considerando meu histórico pessoal de trabalho com a Gerente da Unidade de Saúde Vila das Dores, estabeleci contato por meio de mensagens via *WhatsApp*, apresentei esclarecimentos sobre o Mestrado Profissional em Saúde da Família, discorri a respeito de minha atuação como mestrande de Saúde da Família e informei qual é o foco de minha pesquisa. Enfatizo que explicitar meu interesse em trazer a temática “violência” e dar voz aos funcionários das Unidades de Saúde trouxe à tona questões pessoais da própria Gerente. Esta, de pronto, atendeu a minha solicitação e permitiu minha ida à Unidade de Saúde, deixando livre meu acesso aos funcionários, desde que não interferisse no andamento das ações de Saúde. Assim, realizei 5 visitas à UBS, em momentos distintos, objetivando ter acesso aos diversos profissionais. A maior dificuldade encontrada para realização das entrevistas deu-se em relação à equipe médica, não por recusa das profissionais, mas pela alta demanda de atendimentos e período de férias das mesmas. Apenas um profissional recusou a participação na pesquisa, e outros foram excluídos por não atenderem aos critérios necessários (atuação nesse território inferior a 6 meses).

A Gerente conversou com a equipe, em reunião interna, no dia anterior a minha primeira ida à Unidade de Saúde, de modo que os funcionários já compreendiam meu objetivo em estar presente no local. Desse modo, em janeiro de 2024, no período da manhã, iniciei as entrevistas. No primeiro dia da pesquisa de campo, foram realizadas 4 entrevistas com 2 (duas) Agentes Comunitárias de Saúde, com a Assistente Social e com a Enfermeira/Gerente da UBS. Em meu retorno, realizei 4 entrevistas, com 2 (duas) Agentes Comunitárias, 1 (uma) Técnica de Enfermagem e uma Enfermeira. Assim, prossegui ao longo das demais semanas, até concluir o trabalho na primeira

³⁶ Agente Comunitário de Saúde (ACS); Técnico de Enfermagem (TE); Enfermeiro (E); Médico (M).

semana de fevereiro, realizando as 3 últimas entrevistas com uma Agente Comunitária, com 1 (uma) Técnica de Enfermagem e com 1 (uma) Médica. Reforço que a Unidade de Saúde Vila das Dores contava com equipe majoritariamente feminina, exceto um Farmacêutico (que não participou do estudo por não preencher os critérios já citados).

Desse modo, foram realizadas, ao todo, 15 entrevistas, com a participação das 2 (duas) Médicas, 2 (duas) Técnicas de Enfermagem, 2 (duas) Enfermeiras, 1 (uma) Assistente Social e 8 Agentes Comunitárias de Saúde, com exclusão dos seguintes profissionais (segundo os critérios de exclusão): Cirurgiã-Dentista (afastamento por gravidez); Farmacêutico (há menos de 6 meses na Unidade de Saúde) e 1 (uma) Agente Comunitária (recusa em participar). As profissionais residentes de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social não participaram do estudo, bem como os internos da Graduação em Medicina presentes no local.

As entrevistas com as Agentes Comunitárias de Saúde foram realizadas em uma sala destinada a ser a nova sala de vacina da UBS. No momento, contava com 1 (uma) escrivaninha, 2 (duas) cadeiras e 1 (uma) geladeira. As entrevistas realizadas com as Técnicas de Enfermagem ocorreram na sala de vacina. A entrevista com a Assistente Social se deu em uma Sala da Enfermagem, sendo que as Enfermeiras e as Médicas participaram da entrevista em suas respectivas salas. Observei alguns pontos a serem destacados: por ser uma profissional conhecida de grande parte dos profissionais, obtive uma ampla aceitação deles em participar do estudo, com confiança depositada em mim, como figura pessoal e não apenas profissional. Mostraram-se simpáticos ao tema, recordaram situações delicadas e de grande fragilidade, além de estarem abertos aos questionamentos e à conversa. Por outro lado, em alguns momentos da entrevista, questionavam se poderiam tocar em nomes ou desviavam o olhar em direção ao gravador, parecendo verbalizar menos do que gostariam, sendo que muitos conversaram mais abertamente a partir do momento em que o gravador foi desligado. Em paralelo, notei que os últimos entrevistados já pareciam saber para qual rumo iríamos tomar em relação ao roteiro, como se já houvessem conversado com seus colegas sobre o tema.

6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados no trabalho de campo foram analisados, interpretados e categorizados de forma crítica, considerando, especificamente, os conteúdos narrativos voltados aos objetivos do estudo, os quais foram organizados e, posteriormente, categorizados, respeitando as narrativas, as visões de mundo e os sentimentos aflorados durante as entrevistas, conforme anotações feitas no Diário de Campo. Por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa, ao contrário do que é necessário em pesquisas quantitativas, as quais necessitam do estabelecimento prévio de métodos analíticos muito bem estabelecidos, compreende-se que a análise dos dados obtidos é dependente do estilo do próprio pesquisador e apresenta fluidez, de acordo com as informações elencadas ao longo da coleta de dados. Acrescenta-se que os fenômenos analisados são de natureza complexa, não sendo uma tarefa simples isolar causas e motivações, sendo as construções estabelecidas sempre parciais, dependentes da posição, da educação, dos interesses, da história e dos preconceitos do próprio pesquisador (Martins, 2004). A objetividade da pesquisa qualitativa é criada a partir de critérios bem definidos pelo pesquisador em relação à temática em estudo e a seu compromisso com os valores; contudo, a objetividade é relativa e a neutralidade pura não existe.

Ressalta-se que a análise dos dados exige uma capacidade integrativa e analítica complexa, tendo início ainda durante a fase de coleta dos mesmos, no caso, durante o processo de aplicação das entrevistas com os profissionais, adotando-se critérios, que, ao mesmo tempo, sejam capazes de restringir a expressão de subjetividade do pesquisador, permitam o exercício de sua imaginação e sensibilidade em guiar as dinâmicas criadas e absorver as informações verbais e não verbais expressas pelos sujeitos (Gil, 2017; Martins, 2004).

Assim, nesta pesquisa, foi adotada a Análise de Conteúdo (AC), em que a pesquisadora categorizou e classificou os dados, criando um conjunto de determinadas características a partir dos fragmentos das mensagens. A Análise de Conteúdo data do início do século XX e pode ser compreendida como uma técnica de pesquisa que “[...] trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo de comunicação de um texto replicáveis em seu contexto social” (Caregnato; Mutti, 2006). Assim, no contexto desta investigação, a partir das unidades de fala transcritas (frases ou palavras) que se mostraram repetidas

nos discursos dos diferentes sujeitos, organizou-se uma categoria que representasse um conjunto de ideias elaboradas pelos sujeitos pesquisados. Considera-se o discurso o meio de expressão dos sujeitos, e o discurso dos participantes desta pesquisa foi trabalhado a partir de 3 etapas: redução dos dados, exibição e conclusão/verificação. A *redução dos dados* envolve o processo de focalização, simplificação e categorização das informações presentes nas narrativas transcritas e no Diário de Campo do pesquisador, criando-se sumários organizados de acordo com os principais temas presentes no discurso. Algumas categorias já estavam estabelecidas antes mesmo do início da análise, enquanto outras surgiram a partir das transcrições. A criação das categorias é exaustiva e é limitada pela própria saturação: momento em que os novos dados nada mais acrescentam de diversidade aos tópicos criados. Os dados são segmentados, mas cada unidade criada mantém conexão com as outras e com o todo, buscando não apenas descrever as informações levantadas, mas também permitir a criação de explicações, confirmando ou refutando a hipótese do estudo (Bardin, 2011; Caregnato; Mutti, 2006).

A *exibição* consiste no processo de organização dos dados previamente categorizados, possibilitando a verificação de semelhanças e divergências dos discursos, com definição de novas categorias de análise, além das criadas no processo de redução (Caregnato; Mutti, 2006).

A última etapa é a *conclusão*, em que a regularidade, os padrões e as possíveis explicações dos dados têm início. Objetiva-se uma síntese de informações em alto nível, criando-se, a partir da segmentação inicial, um quadro amplo e coerente da percepção dos profissionais sobre as violências nos territórios de atuação (Caregnato; Mutti, 2006). De fato, o que se procura é a obtenção de um sentido mais amplo da violência e de suas consequências na realidade da ESF do município de Juiz de Fora, a partir das experiências pessoais de cada sujeito participante da pesquisa.

As categorias de análise foram criadas a partir do núcleo de sentido das narrativas dos participantes, obedecendo aos objetivos desta pesquisa. Dessa forma, as categorias encontradas e estudadas foram: violência no trabalho: a corda bamba entre o Estado e o usuário; a tríade: violência, território e corpo; a oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde como alvo da violência e do pensar ao agir: possibilidades de enfrentamento da violência.

7 RESULTADO E DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização das equipes escolhidas na Unidade de Saúde Vila das Dores, onde foram aplicadas as entrevistas, na época em que foi realizada, 2 (duas) equipes dividiam a mesma estrutura física, contando com 2 profissionais Médicos, 2 (duas) Enfermeiras, 2 (duas) Técnicas de Enfermagem e 9 Agentes Comunitários de Saúde. Havia, ainda, um profissional Cirurgião-Dentista, um Farmacêutico e uma Assistente Social. A Unidade de Saúde era também ponto de ensino, tanto para o Internato da Graduação em Medicina da UFJF quanto para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFJF, contando com uma residente da Odontologia, uma residente da Enfermagem e uma residente do Serviço Social.

Considerando a variabilidade de classes profissionais que compõem uma equipe de ESF, bem como a relevância dos diferentes caracteres socioeconômicos e educacionais na percepção da violência urbana e, ainda, o tempo hábil para conclusão do Mestrado Profissional, a composição das categorias profissionais participantes na pesquisa foram: 8 Agentes Comunitárias de Saúde; 2 (duas) Médicas; 2 (duas) Enfermeiras; 2 (duas) Técnicas de Enfermagem e 1 (uma) Assistente Social. Evidencia-se que, das 15 entrevistadas, todas eram do sexo feminino, sendo que a mais nova tem 31 anos e a mais velha 59 anos. No tocante à escolaridade, 7 possuem Ensino Superior completo, 3 Ensino Superior incompleto e 4 entrevistadas concluíram o Ensino Médio.

No que tange ao aspecto religioso, entre as 15 profissionais entrevistadas, 7 se autodeclararam católicas; 5 neopentecostais; 2 (duas) espíritas e somente 1 (uma) participante negou vínculo religioso. Em relação à raça/cor, 3 identificaram-se como pardas, 5 como pretas, 6 como brancas. Todas as profissionais de Nível Superior identificaram-se como brancas. Em relação ao estado civil, 6 declararam-se casadas, 2 (duas) em união estável, 2 (duas) viúvas e 4 são solteiras. Quanto ao tempo de atuação na Unidade de Saúde, a profissional com maior tempo de vínculo presta serviço no local há 21 anos, enquanto que a com menor tempo de atuação encontrava-se, no momento da pesquisa, há 10 meses. No que diz respeito à renda, a menor renda familiar apontada pelas profissionais foi de 2 salários mínimos, enquanto a maior renda foi de 20 salários. A média salarial familiar entre todas as Agentes

Comunitárias foi de 3,7 salários mínimos ao mês e, entre as profissionais de Nível Superior, a média salarial relatada foi de 10 salários (Quadro 4).

Quadro 4 – Participantes da pesquisa

PARTICIPANTES DA PESQUISA										
Identificação	Idade (anos)	Raça/cor	Gênero	Escolaridade	Estado civil	Religião	Graduação? Especialização (área)?	Conhece a Ficha de Notificação	Renda Estimada (salários)	Tempo na ESF
ACS 01	52	PA	F	SC	Solteira	Católica	Recursos Humanos	Não	2,8	10a*
ACS 02	53	PA	F	MC	Casada	Evangélica	Não	Não	2,8	20a*
ACS 03	52	P	F	SC	Casada	Espírita	Serviço Social	Não	3	15a*
ACS 04	53	B	F	SC	Casada	Evangélica	Não	Sim (nunca usou)	4	20a*
ACS 05	59	P	F	SI	Viúva	Católica	Psicologia (cursando)	Sim (nunca usou)	5	20a*
ACS 06	44	P	F	SI	Solteira	Católica	História (não concluído)	Não	2	10a*
ACS 07	56	B	F	MC	Viúva	Católica	Não	Não	7	10a*
ACS 08	58	P	F	MC	Casada	Evangélica	Não	Não	3	21a*
TE 01	51	P	F	MC	Solteira	Evangélica	Não	Não	3	6a*
TE 02	43	PA	F	SI	União estável	-	Enfermagem	Não	6	18a*
AS	31	B	F	SC	União estável	Católica	Serviço Social	Sim (já usou)	6	3a*
E 01	41	P	F	SC	Casada	Católica	Urgência e Emergência	Sim (já usou)	8	11a*
E 02	36	B	F	SC	Casada	Evangélica	Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado	Sim (nunca usou)	5	3a*
M 01	35	B	F	SC	Solteira	Espírita	Residência em MFC (não concluída)	Sim (nunca usou)	10	18m*
M 02	37	B	F	SC	Casada	Católica	Reumatologia	Sim (nunca usou)	20,00	10m*

Fonte: Autor (2024).

Legenda:

SC – Ensino Superior Completo

SI – Ensino Superior Incompleto

MC – Ensino Médio Completo

PA – Parda

P – Preta

B – Branca

a* (período de tempo em anos)

m* (período de tempo em meses)

7.1 VIOLÊNCIA NO TRABALHO: A CORDA BAMBA ENTRE O ESTADO E O USUÁRIO

A categoria “violência no trabalho” engloba as situações de violência que os Profissionais de Saúde relatam vivenciar durante a atuação laboral, seja na própria Unidade de Saúde, seja na atuação em campo na comunidade. Tal categoria foi subdividida de acordo com os exemplos relatados, sofridos ou presenciados pelos profissionais de: (a) atos de Violência física; e (b) atos de Violência não física (verbal, assédio moral, falta de infraestrutura, falta de recursos, precariedade de vínculo). Além disso, a categoria traz as reflexões e percepções dos profissionais, das repercussões e das consequências das violências vivenciadas para a saúde dos mesmos.

Nessa categoria, é possível observar o quanto os profissionais reconhecem e percebem a violência vivenciada rotineiramente, por vezes, referida como algo trivial e banalizada, mas também como fator de caráter adoecedor e dificultador das relações de trabalho. Alguns profissionais demonstraram aprender a conviver com as violências diárias e suportá-las, de modo a permanecerem em seus postos de atuação, tolerando o processo em certo limiar cotidiano, criando um mecanismo de autoproteção, enquanto muitos já evidenciam processos de adoecimento associados. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019) definem a violência e o assédio no trabalho como conjunto de práticas e atos que causam ou têm o poder de causar danos físicos, psicológicos, econômicos e sexuais aos trabalhadores. Nesse sentido, na presente pesquisa, as agressões verbais, o assédio moral e o senso de desvalorização das funções dos profissionais foram os pontos mais observados e destacados por eles. Já as violências mais ressaltadas foram: violências verbais, ameaças de violência física e situações de assédio moral. Quanto aos agressores, os mais comumente relatados são os próprios pacientes e, em alguns casos, outros colegas de profissão.

Então, eu acho, que, desde que teve o tiroteio aqui no posto, eu fiquei com crise de ansiedade. Mas crise mesmo, sabe aquele negócio. Aí eu tava tomando remédios naturais, eu pegava lá naquele, é... no PAM Marechal, tem um negócio lá de homeopatia. Só que o que acontecia, a médica não ia sabe? Eu ia lá à toa... aí parei. (ACS 01, 52 anos, parda)

Olha, eu, já teve um tempo que eu tava com... eu tive, assim uma fobia de não querer bater na porta de ninguém, não querer sair na rua pra fazer visita. Eu não queria fazer! Inclusive, eu tava com crise de choros, crise de choro. (ACS 08, 58 anos, preta)

Porque, quando você vê a violência física, ela causa trauma. Mas as outras também causam! Não só a física. A física você vê ali, um mata o outro, mesmo que seja na comunidade deles ali, do entorno deles, mas geram mentalmente pra toda comunidade! (ACS 04, 53 anos, branca)

Como descrito em outras pesquisas (Lima; Gomes; Barbosa, 2020; Silva *et al.*, 2021), o estresse contínuo no trabalho pode trazer consequências prejudiciais à saúde mental e física do trabalhador, fato relatado nas entrevistas realizadas neste estudo. Com destaque para o sentimento de frustração, desvalia, humor deprimido e distúrbios do sono, além de absenteísmo, queda na produtividade e insatisfação laboral, com limitação da capacidade de atuação e consequente repercussão nas ações de saúde ofertadas.

A gente vai caminhando porque a gente precisa do trabalho, porque você quer ficar bem, porque você não quer atrito. Porque, se você for criar atrito, como é que fica depois? Agora, como, também, que a gente fica engolindo essas coisas todo dia? Porque todo dia é uma coisa, todo dia é um olhar. Todo dia é um, um... 'Vai ver se eu não conseguir. Ah, ela vai ver se eu não fizer!' Isso é diário! Isso é várias vezes ao dia. (E01, 41 anos, preta)

Porque o profissional fica emocionalmente abalado. Quando há uma discussão, um conflito, acaba o dia. A pessoa não consegue dar sequência às consultas. (TE02, 43 anos, parda)

Os profissionais destacam a vivência rotineira de situações de ameaças e violência verbal quando não atendem às solicitações dos moradores, seja por carências administrativas, de infraestrutura ou vagas de atendimento médico e de enfermagem. Torna-se relevante a associação da violência ligada às carências (de serviços, de medicamentos, de infraestrutura, de acesso). Assim, a própria carência de condições de trabalho é fator motivacional para o ciclo da violência, que se perpetua do usuário frente ao funcionário, e do funcionário, sobrecarregado e desvalorizado, frente ao membro da comunidade assistida. O papel da Unidade de Saúde, como Instituição Pública, expressão do Poder do Estado, em meio às comunidades, traz em si mesma o papel de oferta de serviços e de, em contrapartida,

meio de expressão da frustração dos moradores com o próprio Poder Público (Sofiatti; Saldanha; Junges, 2024).

[...] A gente tava descendo tranquilo. Indo embora, e a pessoa virou e falou assim... 'O ciclana! Aqui, você pode me falar...' Na hora que falou: 'você pode me falar', a Agente Comunitária virou e falou 'Oh! Estou de folga! Já passou de 5 horas! Outro dia você me fala'. Ah, esse tipo de comportamento da Agente Comunitária com relação à pessoa foi uma violência! Entendeu? (ACS 05, 59 anos, preta)

Quando a gente vai nas casas das pessoas que a gente não é bem recebida. A gente vê que a comunidade está sofrendo pela violência. A gente tenta entender qual o motivo. Se é familiar, se é mesmo de ver a violência geral que vive ou se é financeiro! A gente tenta entender. Mas existe aqui mesmo no Posto, quando a gente recebe, a gente quer receber, acolher... mas a gente vê que as pessoas já chegam violentas, na fala! Eu não sei se a violência faz com que a pessoa não tenha paciência. Ela não sabe esperar. Ela quer as coisas pra agora, entendeu? Ela não tem paciência pra nada, então não sei se isso também tá ligado à violência que vive, sei lá... Que não consegue esperar! (ACS 04, 53 anos, branca)

Então, por exemplo, hoje tinha uma pessoa marcada e eu chamei uma outra pessoa antes. A pessoa não gritou, a reclamante, ela não gritou, mas ela me olhou diferente. Aquilo ali pra mim é uma forma de violência. O desrespeito, sabe? E eu acho que, de verdade, esconde muito nas coisas muito pequenas, sabe? (E01, 41anos, preta)

Um fato que merece destaque e que não fez parte dos objetivos desta pesquisa, mas surgiu ao longo das entrevistas e das análises das transcrições, é de que a própria organização de atendimento e do serviço nas Unidades de Saúde é, em muitos momentos, de difícil compreensão. Há desequilíbrio entre o trabalho que deveria ser feito e o que é, de fato, realizado no cotidiano. Há situações em o serviço cria regras próprias, vinculadas, por exemplo, ao horário de funcionamento da sala de vacina ou realização de curativos, ou ainda, de períodos de tempo pré-determinados para acolhimento aos usuários, algo que segue na contramão do princípio básico da APS como porta de entrada aos Serviços de Saúde, fator que contribui para a retroalimentação da violência nas relações interpessoais. Durante esta pesquisa, o fechamento da UBS ocorria no horário de almoço (entre 11h e 13h), o que já é um dificultador ao acesso de trabalhadores, e a sala de vacina, com frequência, era fechada às 10h30min, meia hora antes do fechamento desse local, tornando

corriqueiro que os pacientes sigam em direção à UBS e não sejam atendidos. Com relação à distribuição de fichas para atendimento no próprio dia (consultas de livre demanda), a organização prevê que sejam distribuídas 12 fichas para atendimento com cada profissional médico. Para conseguirem um atendimento, os usuários, comumente, deslocam-se de suas residências e aguardam a abertura do Posto de Saúde, permanecendo na fila por horas, antes da abertura do mesmo às 7 horas, sendo a fila organizada por ordem de chegada. Quando, por fim, são atendidos, não é incomum que estejam frustrados e cansados, desvalorizando o trabalho do ACS que o recebe e dos demais profissionais que se seguem. Esses usuários se sentem ofendidos, sobrecarregados e transtornados, e as situações de violência verbal, assédio ou ofensas são recorrentes no intercurso das relações com os profissionais.

Mas existe aqui mesmo no posto, quando a gente recebe, a gente quer receber, acolher... mas a gente vê que as pessoas já chegam violentas, na fala! E... essa... eu não sei se a violência faz com que a pessoa não tenha paciência. Ela não sabe esperar. Ela quer as coisas pra agora, entendeu? Ela não tem paciência pra nada, então não sei se isso também tá ligado à violência que vive... Que não consegue esperar! (ACS 04, 53 anos, branca)

Mas acho que aquela coisa, a forma de algumas pessoas tratarem a gente... que eu fico sentida com aquilo, pelo jeito que a gente trata eles e tá sempre querendo... ajudando... E às vezes, na mínima coisa eles vêm e te atacam. (TE 01, 51 anos, preta)

Pode-se refletir que é observado, no ambiente de trabalho em APS, aspectos vinculados à violência institucional, a partir do momento em que normas e serviços são ofertados ou negligenciados de modo arbitrário. Os funcionários tendem a criar um modelo de atendimento que torne a prática cotidiana mais simples para quem a executa. O bem-estar do usuário é, em contrapartida, pouco valorizado nesta equação. Nesse sentido, mudanças de horários de serviços, como vacinas, curativos ou visitas domiciliares impactam, negativamente, junto ao trabalho na comunidade. As mudanças podem ser compreendidas como mais uma violência no permear das relações, tanto para os pacientes quanto para os profissionais. Todos esses elementos repercutem de modo negativo para as ações de cuidado (Minayo, 2006; Sofiatti; Saldanha; Junges, 2024).

Geralmente a gente tem que conseguir alguém que pense como a gente, para essa pessoa dar acesso à população ou ir lá na frente e falar... os pacientes têm um hábito de chegar três horas da manhã e conseguir vaga, o que é completamente desnecessário. Porque eu vou chegar 7, 7 e meia. Mas mesmo eu fazendo isso, as Agentes de Saúde, a Enfermagem, sempre falam que tem que chegar mais cedo. Mas não faz sentido, o tanto de vaga vai ser o mesmo. (M02, 37 anos, branca)

Quanto aos motivos que permeiam os riscos de violência, esses são elencados a seguir: a presença de usuários ligados ao tráfico, que frequentam e são atendidos nas Unidades de Saúde; possibilidades de confronto, entre gangues e polícia, nos territórios de abrangência; falta de oportunidades e de acesso às oportunidades de emprego, à educação, à cultura e ao lazer, como pontos associados à perpetuação da violência nas comunidades. Tais falas corroboram dados de outras pesquisas, em territórios com disputas e rivalidades pelo domínio do crime organizado no local (Flórido *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020; Sofiatti; Saldanha; Junges, 2024).

Inclusive, tem algumas meninas... que elas têm uma ligação muito grande com o... Meninas que eu falo, assim, são mulheres já adultas. Elas têm uma ligação muito forte com traficantes... tudo! E elas chegam aqui no balcão e elas falam assim, com a gente assim... 'Eu não tenho medo de polícia' entendeu? Então, a gente se sente na obrigação de fazer tudo pra elas. Na hora que elas quiserem. Tudo na hora delas, porquê? Porque você sabe que atrás delas tem um homem que pode vir aqui e te ameaçar ou até te matar. (ACS 08, 58 anos, preta)

Porque, às vezes, talvez o ambiente dele, do domicílio dele, às vezes, é tão ruim que ele prefere ficar aqui, porque aqui ele conversa com alguém, porque alguém dá atenção pra ele. Então, eu acho que o principal fator dessa quantidade de violência é a educação, é a falta de oportunidade. Eles vão vendo, é... quem são os ídolos deles, as pessoas que fazem alguma coisa ali e por um momento muito curto têm êxito. Tem um carro e uma moto e vão replicando aquele modelo como um modelo de êxito, de vida. Olham pros pais, os pais não têm nada... (E01, 41anos, preta)

É... violência, para mim, começa desde a escola, a professora falar que os alunos que chegam com 12 anos, são adolescentes, são fedorentos e elas falarem isso para as próprias crianças. Que são piolhentas e não podem ir à aula. Para mim, isso é uma violência muito grande. É... e, ao mesmo tempo, tenho pacientes que chegam aqui, que foram queimados, ateados fogo, quebradas as duas mãos, porque não pagaram uma boca de fumo. A gente tem muitas mães que apanham dos maridos. A gente tem esposas que também batem no marido, mulheres que batem nos filhos. Mães que têm transtorno

psiquiátrico e não conseguem se tratar. Que prendem os filhos em casa com medo da violência externa, de atropelamento, com medo de que virem traficantes. As pessoas perdem também um pouco do sentido. (M02, 37 anos, branca)

Quanto à categoria das ACSs, profissionais que atuam no contato diário com os usuários, entre as visitas domiciliares, circulando entre as ruas e vielas da comunidade, observa-se que ainda desenvolvem atividades que não seriam de seu escopo básico, configurando situações em que a sobrecarga de trabalho se manifesta. Exercem funções na própria recepção da Unidade de Saúde, sendo responsáveis pela abertura desse local pela manhã, direcionando os usuários em filas para atendimento, selecionando prontuários e sanando questões burocráticas. Por ser a categoria que atua nesse primeiro contato, são profissionais que mais passam por constrangimentos pelos pacientes, que buscam sempre uma resolução para suas demandas, o que comumente envolve consultas com os profissionais de Nível Superior. O modelo brasileiro de Atenção Primária à Saúde, ainda extremamente centrado no Médico, na doença e não nas pessoas e em seus contextos e processos de saúde e doença, traz em si mesmo a busca por uma resolução imediatista e farmacológica de sinais e sintomas. Sendo assim, o critério para busca de atendimentos nos Serviços de Saúde ainda é primordialmente vinculado a procedimentos curativos e não o de ações preventivas e de promoção da saúde, perpetuando-se o aspecto cultural de uma medicina curativa, de alta complexidade. Acrescenta-se que, como um ideal, buscase a Assistência Médica, tornando o cuidado vinculado à Enfermagem como secundário ou menos relevante (Duarte; Camargo; Soares, 2023; Lemos, 2021).

Eu chego, abro a Unidade, e... eu chego, faço o acolhimento da fila e anoto o nome das pessoas, tiro os prontuários... (ACS 01, 52 anos, parda)

Então, você já fica tenso porque você não sabe o que você pode falar com a pessoa... o que vai agradar, o que não vai agradar, de que forma eu posso ajudar! Porque, pra eu ajudar uma pessoa, eu dependo de outra! Se eu for ajudar uma pessoa com um médico, eu preciso do médico. E, às vezes, o médico não pode. Se eu for ajudar uma pessoa com uma enfermeira, eu preciso da enfermeira, e, às vezes, a enfermeira não pode. Então, assim, a pessoa já fica nervosa com você... 'Ah, então, você não serve pra nada e você não vai vir aqui em casa não'. Entendeu? 'O posto também não serve pra nada, eu não sei o que vocês ficam fazendo'. Te chamam de vagabunda, te chamam de várias outras coisas. (ACS 01, 52 anos, parda)

Não é contra a minha pessoa. Às vezes, a pessoa chega ali nervosa, mas é... como é que eu vou te explicar? É com o sistema mesmo. Às vezes, não conseguiu uma consulta, aí briga, entendeu? Mas não tá brigando com a minha pessoa, tá revoltada! Ou porque não conseguiu marcar uma consulta, ou porque não tem um remédio, ou porque a vaga tá lá na frente, ou porque, por alguma dificuldade que ele não conseguiu resolver o problema dele, entendeu? (ACS 06, 44 anos, preta)

Em contrapartida, historicamente, a categoria médica é a que apresenta maior dificuldade em vinculação e estabilização nos serviços. Nesta pesquisa, as profissionais médicas apresentaram menor tempo de atuação no local, e há relato das demais categorias sobre a grande variabilidade desses profissionais na Unidade de Saúde Vila das Dores, fato em congruência com o verificado e relatado em outras pesquisas (Póvoa; Andrade, 2006; Pierantoni *et al.*, 2015). A justificativa para a baixa retenção dos Médicos na APS é multifatorial e pode ser dividida entre causas individuais (idade, ambientes urbanos, oportunidades de crescimento profissional), relacionadas aos fatores econômicos e sociais (remuneração, progressão de carreira, reconhecimento entre pares) e às organizações dos Sistemas de Saúde e Educação (acesso à Educação Continuada) (Oliveira *et al.*, 2017). Medidas que promovam a fixação dos profissionais são destacadas por diversos autores como essenciais, incluindo a redução da lacuna entre o modelo teórico e o vivenciado no cotidiano da APS. A ação do Estado, com financiamento adequado e gestão, monitoramento e plano de atuação nas comunidades e Unidades de Saúde são outros pontos a serem destacados (Maranhão *et al.*, 2020; Viana; Ribeiro, 2021).

7.2 A TRÍADE: VIOLÊNCIA, TERRITÓRIO E CORPO

A categoria “Tríade: violência, território e pessoa” engloba a análise: (a) das repercussões das violências sofridas ou vivenciadas, não apenas no ambiente de trabalho, mas também nas diversas esferas da vida pessoal do indivíduo; e (b) dos pensamentos e planejamentos sobre o futuro profissional relacionados às vivências laborais em territórios de maior violência.

Dentro dessa categoria, a partir dos relatos apresentados, uma subcategoria de análise interessante é a percepção distinta entre os profissionais que residem no próprio bairro em que atuam e aqueles que moram em outras localidades e não

convivem, fora do ambiente laboral, com a violência destacada. Tal percepção já foi observada e descrita por outros autores (Lemos, 2021; Santos *et al.*, 2020). O modelo de Atenção Primária à Saúde, e sobretudo o modelo de ESF, tem como primordial a criação de vínculo usuário – trabalhador, a partir da territorialização e das ações em campo. O cuidado assistencial pautado na promoção, prevenção e coordenação do cuidado parte do princípio de que a comunidade e o contexto de vida pessoal, familiar, social e econômica atuarão na compreensão do adoecer e das estratégias adotadas para a condução de cada caso individual. Nesse enfoque, Unidades de Saúde situadas em territórios nos quais há configuração de organizações que estabelecem relações de poder, com violência armada, conflitos com instituições de segurança e segregação racial e social, a partir de um Estado omissivo, levam a vivências que serão interpretadas de modo distinto por cada profissional, de acordo com a própria formação e história pessoal (Silva *et al.*, 2021; Sofiatti; Saldanha; Junges, 2024).

Entre os entrevistados, aqueles que residem na localidade na qual trabalham apresentam o reconhecimento das situações de violência, mas demonstram mais ferramentas para naturalizar ou conviver com essas situações. Por ser a violência presente no território em que vivem tão intrinsecamente ligada às suas histórias de vida e até mesmo familiares (muitas ACS residem no bairro desde suas infâncias), a percepção dos atos violentos é incorporada como algo tolerado, passível de ser normalizado, até mesmo como instrumento de autopreservação (Kaiser; Bianchi, 2008).

Eu ainda pretendo ajudar muito a minha comunidade. Porque aqui que eu cresci e aqui que eu vivo! Então, eu ainda sonho ainda ver a minha comunidade muito bem. (ACS 04, 53 anos, branca)

‘O quê que aconteceu? Quem atirou em quem? Morreu alguém?’ Porque parece que você já tá tão... Já faz parte, tipo adaptado, já faz parte do seu cotidiano que você não assusta, a não ser que aconteça muito perto de você! (ACS 06, 44 anos, preta)

Não que eu tenha, assim, aquele medo de andar, que eu não tenho. Ainda mais o Agente de Saúde, já conhece mais. A gente sabe onde a gente está pisando. (ACS 08, 58 anos, preta)

Enquanto alguns profissionais culpabilizam a violência como elemento dificultador da realização de visitas domiciliares ou ações em campo, outros,

majoritariamente os Agentes Comunitários, negam tal fato. Referem circular com tranquilidade pela área de abrangência, apesar de reconhecerem questões vinculadas ao tráfico e conflitos armados *versus* instituições de segurança. Destaca-se que, comumente, as profissionais de Nível Superior (Enfermeiras e Médicas) apenas realizam as VDs se acompanhadas pelas Agentes Comunitárias, associando à presença delas como um fator de segurança ao deslocar no território e ao reconhecimento entre os usuários.

Eu não tenho esse problema de eu não poder ir porque é violência. Eu sei que isso é um problema. Hoje não estou entrando lá no 801, porque eu sei que lá tem violência... e tem 3 cachorros. Se você entrar, você não sai. Ou você não entra ou você não sai. Então você tem que escolher. Então, eu não tô entrando lá. (ACS 01, 52 anos, parda)

Tiros... ou então... um helicóptero sobrevoando... aí a gente fala assim 'Ah então hoje não vai dar não' ou então 'não vai dar pra ir não porque, oh tá subindo muito carro de polícia e hoje tá meio complicado a área, não é bom a gente ir' Entendeu? Aí a gente tem que mudar os planos, ir outro dia que tá mais tranquilo. (ACS 04, 53 anos, branca)

Eu moro aqui há 44 anos, parece que a gente tá assim, até que acostuma... 'Ah deu tiro lá em não sei aonde' você pergunta 'Ué! mas, morreu alguém? Quem que morreu?' Em vez de você já assustar pelo acontecido 'Que isso! Deu tiro! e tal.' Não. 'O que aconteceu? Quem atirou em quem? Morreu alguém?' Porque parece que você já tá tão... Já faz parte, tipo adaptado, já faz parte do seu cotidiano que você não assusta. (ACS 06, 44 anos, preta)

Em relação às diferenças quanto ao reconhecimento da violência, entre os trabalhadores que residem na comunidade e aqueles que estão inseridos no contexto apenas pelo vínculo de trabalho, já foi descrito por autores o quanto ser da comunidade impacta, duplamente, no papel do trabalhador. Se, por um lado, a criação de vínculo é facilitada pelo reconhecimento com base nos vínculos prévios (ser vizinho de, familiar de, trabalhar com), por outro, o reconhecimento no território também pode gerar receios e riscos, especialmente de represálias por repassar informações de cunho pessoal (em casos de violência doméstica, por exemplo) ou ainda de demandas de traficantes, tais como ter informações sobre pontos de venda de drogas ilícitas (Almeida; Peres; Fonseca, 2019; Ferreira *et al.*, 2021).

‘Olha! O Agente Comunitário de Saúde falou isso, isso e isso! O Agente Comunitário de Saúde falou que, se você não botar comida dentro de casa, vai te denunciar! Agente Comunitário...’ Eles colocam o Agente Comunitário como pivô do negócio ali. Eles não veem, eles ainda não entendem que a gente tá ali pra gente orientar. Pra gente mostrar pra eles, às vezes, os caminhos. Entendeu? (ACS 05, 59 anos, preta)

Acontece alguma coisa ali que você passa, umas situações ruins de usuário te maltratar, sabe? De... de tipo assim, que você vê que até ameaça. Teve uma vez que eu tava aqui, oh, teve uma... uma menina que eu acho que ela nem mora aqui. Ela... eu fui explicar que já tinha fechado a vacina, que já tinha fechado porque tem um horário certo, pra elas. Fazer tudo certinho, fazer a higienização. Aí eu falei ‘Não...’ aí ela foi e começou a teimar comigo que tinha aí eu falei ‘Não..’ aí ela começou, ela começou a falar comigo num tom alto comigo, mas tão alto comigo, agressivo que ela chegou a botar a mão assim oh, na cintura... (ACS 07, 56 anos, branca)

Não é porque eu moro aqui, que o povo me conhece não... eles me provocam, mas eu levo tudo... eu finjo que não entendi. Não quero papinho... provocação não tem mais não. Mas já teve. E, eu, entendeu... procuro também, se não gosta de mim, vou fazer a injeção, eles vêm de papinho, fingindo que... eu só vou, faço o que tenho que fazer, entendeu. (TE01, 51 anos, preta)

Neste estudo, os profissionais que relatam com maior veemência o sentimento de humilhação e sensação de trabalho sem valor são as ACS. Muitas acabam por criar uma distância emocional e atuar de modo mecânico, perdendo o desejo de estar comprometidos com as funções e desempenhar do melhor modo seu papel. A assistência tem sua qualidade prejudicada, e a relação de vínculo é extremamente fragilizada (Duarte; Camargo; Soares, 2023; Lemos, 2021). Silva (2011), ao realizar um estudo com trabalhadores das diversas categorias, em uma UBS no interior de São Paulo, através de roteiro de entrevista estruturado e reuniões com grupos específicos, evidenciou que os ACSs, por residirem na comunidade, são profissionais com maiores índices de cobranças e desgaste físico e mental, além do que apresentam, mais rotineiramente, situações de constrangimento e ameaças, levando ao receio de intervir em dada situação e arcar com alguma consequência pessoal. Esse fato é, inclusive, explicitado na fala de algumas profissionais entrevistadas.

Então, eu acho, que, desde que teve o tiroteio aqui no posto, eu fiquei com crise de ansiedade. Mas crise mesmo, sabe aquele negócio. Aí eu tava tomando remédios naturais, eu pegava lá naquele, é... no PAM Marechal, tem um negócio lá de homeopatia. Só que, o que acontecia,

a médica não ia sabe? Eu ia lá à toa... aí parei. (ACS 01, 52 anos, parda)

Palpitação, sabe? É... a gente sente tudo. Ansiedade, tristeza, impotência, porque, às vezes, você num... você se vê naquele meio e não pode fazer nada, entendeu? (ACS 06, 44 anos, preta)

Olha, eu, já teve um tempo que eu tava com... eu tive, assim uma fobia de não querer bater na porta de ninguém, não querer sair na rua pra... é... fazer visita. Eu não queria fazer! Inclusive, eu tava com crise de choros, crise de choro. (ACS 08, 58 anos, preta)

Mental sim, essas coisas me estressam muito, me deixam um pouco abalada. Pensar que o paciente pode entrar aqui e, embora eu tente não transparecer, pensar que alguém pode entrar aqui e vir dar tiro, igual aconteceu no passado, isso são coisas assim, tanto quanto, que nem deveriam passar pela nossa cabeça, na minha opinião. Alguém vir falar para mim que essa paciente vai vir e me bater. É o tipo de coisa que não deveria chegar até mim, na minha opinião. (M02, 37 anos, branca)

Nos relatos apresentados, destaca-se o processo de distanciamento afetivo do trabalho, sentimento de desvalia e desmotivação, além do medo, humor deprimido e ansiedade observados nos profissionais. Vários foram os depoimentos dos entrevistados, independente das categorias, a respeito de sintomas físicos e alterações de humor vinculados às situações de violência experienciadas, tais como prejuízo do sono, sensação de medo constante, ansiedade exacerbada, tristeza, dores de natureza psicossomática, além de episódios recorrentes de taquicardia e cefaleia. Exemplos similares são apontados em outros estudos qualitativos como, por exemplo, no estudo de Braga, Carvalho e Binder (2010), realizado com trabalhadores da APS do município de Botucatu, SP, em que 42,6% deles apresentavam diagnósticos de transtornos relacionados à saúde mental. Outro exemplo pode ser evidenciado no estudo de Medeiros *et al.* (2016), com profissionais da Atenção Básica do município de Santa Maria, RS. Esses foram submetidos a um questionário semiaberto e, posteriormente, a sessões de grupos focais, com resultados indicando que as dores ou as queixas físicas e os episódios depressivos configuravam os principais transtornos atribuídos pelos trabalhadores ao cotidiano laboral em APS.

As apreensões, o medo, a instabilidade sobre o dia a dia, a vulnerabilidade, a precarização do trabalho, bem como o sentimento de falta de suporte sobre as violências vividas, geram distúrbios físicos e mentais nos profissionais da área de

Saúde. Ao se fazer um paralelo com o estudo quantitativo de Lima, Gomes e Barbosa (2020), pode-se discutir o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), fenômeno multifatorial, referente aos aspectos físicos, estruturais, ambientais e psicológicos relacionados ao meio laboral. Nesse estudo, com relação ao nível de estresse pesquisado, foi evidenciado que os profissionais não satisfeitos com o trabalho apresentam 94,0% maior *score* de estresse do que os que são satisfeitos no ambiente laboral. Vale lembrar que fatores, tais como trabalho em local pré-determinado e não de escolha pessoal, sobrecarga de funções e exposição à violência, são os principais responsáveis pelas doenças relacionadas ao trabalho, aos problemas de natureza psíquica e ao absenteísmo (Lima; Gomes; Barbosa, 2020). Trazendo os achados dos estudos de Lima, Gomes e Barbosa para o contexto da presente pesquisa, pode-se afirmar que os maiores destaques das entrevistas mostram a baixa satisfação dos profissionais entrevistados com a rotina de trabalho, associada à sobrecarga de funções e ao esgotamento como fatores de risco para o adoecimento deles. Em contrapartida, uma pequena parcela dos entrevistados relatou afastamento por questões de saúde vinculadas ao trabalho.

'Ah! É agente comunitário, já mora no bairro mesmo, não tem medo! A gente tem medo sim! A gente tem medo. Entendeu? A pessoa que mora aqui do lado, às vezes, o problema tá entre a casa e o posto. (ACS 05, 59 anos, preta)

Aí, naquele momento que aconteceu aquilo, eu não conseguia dormir mais porque eu achava, na minha cabeça, que, como a gente trabalhava aqui, eles iam fazer isso com a gente também. No primeiro momento, eu achei que ia matar todo mundo, que alguém que tava vingando da gente, alguma coisa! (ACS 07, 56 anos, branca)

Não é uma violência física contra mim, mas você vê como que te traz uma insegurança e como que a gente se vê violentado fisicamente. Aqui, a gente tem pacientes que tentam conseguir o que quer no grito, ameaçando, principalmente os profissionais da recepção, ou desmerecendo algum profissional, muitas vezes, são pacientes que estão necessitando de algum acolhimento especial, mas que, nesse meio tempo, gera um desconforto muito grande para os outros pacientes que estão em sofrimento e buscando um cuidado. (M01, 35 anos, branca).

Ainda em paralelo com o estudo de Lima, Gomes e Barbosa (2020), foi evidenciado que a cor da pele pode, entre outros fatores, tais como configuração familiar, crenças religiosas, aspectos culturais, influenciar no *score* QVT. Os

trabalhadores com cor de pele branca apresentaram *score* 3,01 vezes maior do que os trabalhadores de cor não branca (Lima; Gomes; Barbosa, 2020). Na presente pesquisa, entre as Agentes Comunitárias de Saúde entrevistadas, 2 (duas) se autodeclararam brancas *versus* 6 não brancas. Entre as profissionais de Nível Superior, 1 (uma) se autodeclarou preta *versus* 4 brancas. Já em relação ao sexo, nos estudos de Lima, Gomes e Barbosa (2020), os indivíduos do sexo masculino tiveram *score* 90,0% maior do que o feminino, mostrando que mulher é um fator pessoal importante que influencia na melhor ou pior QVT. Na presente investigação, não foi possível estabelecer tal análise, visto 100% das entrevistadas são do sexo feminino.

A gente vai caminhando porque a gente precisa do trabalho, porque você quer ficar bem, porque você não quer atrito. Porque, se você for criar atrito, como é que fica depois? Agora, como, também, que a gente fica engolindo essas coisas todo dia? Porque todo dia é uma coisa, todo dia é um olhar. Todo dia é um, um... 'Vai ver se eu não conseguir. Ah, ela vai ver se eu não fizer!' Isso é diário! Isso ocorre várias vezes ao dia. (E01, 41 anos, preta)

Então, eu acho que a gente fica muito vulnerável, por mais que a gente venha tá seguro, às vezes, pra... responder o usuário, pra tentar resolver a questão dele, você nunca sabe como é que ele vai reagir. Às vezes, o que você falar pode ser o que ele não quer ouvir, entendeu? E ele não tá num dia bom e te agredir. Isso daí não tem jeito da gente saber. Mas, eu acho, a gente tá muito vulnerável a isso. (ACS06, 44 anos, preta).

Outro fator a ser observado é o desejo da mudança de local de atuação, referido, principalmente, por profissionais de Nível Superior. É destacado o desejo de migrar para a área de formação acadêmica, visto que a maior parte dos entrevistados dessas categorias possuem Cursos de Especialização em outras áreas que não seja a Atenção Primária, além de destacarem a desvalorização profissional como fator motivador à mudança. No que diz respeito ao fator satisfação no trabalho, observado nas entrevistas desta pesquisa, e em congruência com a literatura, autores descrevem como determinantes: o nível do salário obtido, o reconhecimento entre os pares, o ambiente psicológico e físico vinculado ao trabalho, o planejamento futuro em relação às funções, o engajamento em equipe e a liberdade e autonomia de atuação (Duarte; Camargo; Soares, 2023; Lima; Gomes; Barbosa, 2020). Diversos estudos apontam, ainda, que a violência nas comunidades é um ponto importante que dificulta a fixação

dos profissionais nas Unidades de Saúde (Benício; Barros, 2017; Sampaio; Andrade, 2023).

Eu preciso de trabalhar! Então, eu tenho que ficar no meu trabalho. Mas se eu tiver uma oportunidade, qualquer oportunidade que tenha, eu vou embora. Eu vou embora, os meus colegas sabem, minha família sabe, eu sei, Deus sabe. Eu sei que eu vou ficar aqui o tempo que eu precisar ficar, porque eu acredito muito nisso também! Do tempo que a gente precisa estar naquele lugar, sabe? (E01, 41 anos, preta).

Na verdade... desde que entrei aqui, pela distância da minha casa, tenho vontade de ir para um lugar mais próximo. E agora, pelo momento que estou vivendo, gostaria de ir para um lugar mais próximo [de onde ela mora]. (E02, 36 anos, branca).

Se não fosse a questão de pressão de horário, pela Prefeitura, é... de terror psicológico mesmo, que eles fazem com a gente, seria meu trabalho. Fora a desvalorização financeira também. (M02, 37 anos, branca).

Neste estudo, chama atenção que as ACSs apresentam uma inserção longa no SUS e na profissão, pelo próprio modelo de trabalho que executam, em regime estatutário, entre 10 e 21 anos de atuação na comunidade, mas, ainda assim, muitas relatam não deter o reconhecimento esperado. Destaca-se que, entre as 8 entrevistadas nessa categoria profissional, 3 possuem Ensino Superior completo (em Recursos Humanos, Serviço Social e Pedagogia) e 1 (uma) estava cursando uma formação em Psicologia no momento da pesquisa. A busca pelo Ensino Superior, conforme já observado em outros estudos, está comumente relacionada ao reconhecimento da complexidade do trabalho e à necessidade de maior capacitação, desejo de maior valorização financeira e de atuação em outras funções com maior prestígio social (Alonso *et al.*, 2021; Mélló; Santos; Albuquerque, 2023). Tal fato é um fenômeno comum no Brasil, entre trabalhadores de Nível Médio, que buscam a formação técnica como modo de galgar melhorias na vida socioeconômica. Nesta investigação, uma das Técnicas de Enfermagem entrevistadas cursava a Graduação em Enfermagem, podendo-se inferir que a escolha pelo curso está relacionada à prática atual, quanto à busca por novas oportunidades no Setor Saúde.

Então, às vezes, as pessoas só precisam que você sente, que você escute. Aonde me levou a escolher Psicologia. Eu tenho que trabalhar muita coisa em mim! Mas, assim, eu fico muito emocionada, quando eu penso nesses 10 anos. Entendeu? Porque são 10 anos que, às vezes, a pessoa que tava aqui, às vezes, tá preocupada com família em casa, entendeu? E a gente não pode fazer isso. É muito ruim, é muito triste isso. Então, assim, o fato de eu ter entrado... entrado, trabalhado como Agente Comunitária de Saúde e ter tido esse contato foi, assim, crucial. Ele me fez resolver, entendeu? (ACS 05, 59 anos, preta)

Em contrapartida, alguns relatos trazem a satisfação com as atividades desempenhadas, ainda que com ressalvas e identificação das dificuldades cotidianas.

Eu amo o que eu faço! Amo! Eu já pensei em mudar, quando aconteceu esse monte de morte, esse monte de tiro, meu marido falou 'Ó, você não aguenta correr' eu falei 'Mas eles não vão atirar em mim não' ele me falou 'Ó! Sei lá, hein, isso é perigoso!' Eu falei 'Não, mas eu tenho preocupação não, porque eles não vão atirar em mim'. E é uma coisa que eu gosto, as pessoas precisam de você! Meu telefone, ele toca a qualquer hora e eu atendo! Entendeu? (ACS02, 53 anos, parda).

Mesmo em meio às várias questões, não é um negócio que eu penso em (abandonar a atuação como ACS)... Eu me dou bem, eu trabalho bem. Os meus usuários, é... é igual eu te falei, tem muitos que são muito receptivos e, se der certo, esse concurso, eu vou sentir falta de muitos, entendeu? Tipo assim, eles contam com você pra tudo! Pra tudo. Acaba que a pessoa se torna muito dependente. (ACS 06, 44 anos, preta).

Como descrito no estudo de Silva (2011), algumas situações que atenuam a carga de trabalho estão vinculadas ao sentimento de promoção de alívio ao sofrimento do outro e às demonstrações de afeto e contentamento dos usuários com as ações prestadas. Tal fato é mais comumente descrito pela categoria dos ACSs, perpassando tanto pelo maior vínculo com a comunidade, uma vez que, por caráter obrigatório à função, precisam residir nos bairros em que atuam, quanto também pela maior dificuldade em conseguir novas oportunidades profissionais.

7.3 A OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ALVO DA VIOLÊNCIA

A categoria “A oferta de serviços na Atenção Primária como alvo da violência aborda: (a) observação dos profissionais sobre alterações na oferta de serviços da APS em situações de violência; (b) desgaste dos profissionais no atendimento aos usuários; e (c) faltas/atestados/ausências de profissionais motivadas pela violência.

De acordo com os relatos, a violência afeta de diversas formas o cuidado com os usuários e as ações desenvolvidas na APS. Vale lembrar que uma restrição descrita pelas entrevistadas diz respeito ao deslocamento pela comunidade e à realização de visitas domiciliares, com risco de desassistência e não acompanhamento dos problemas locais (em caso de conflitos armados e ações dos órgãos de segurança). Outra influência da atuação dessa violência é a necessidade de observar os sinais do próprio território, algo que é mais rotineiramente realizado pelos próprios ACSs ou estabelecido por intermédio do contato deles com os usuários, sobretudo por meio de ligações telefônicas ou via *WhatsApp*. Esse aprendizado, que é fomentado ao longo dos anos, torna-se parte do trabalho em equipe, como já relatado por outros autores (Machado, 2015; Sampaio; Andrade, 2023).

Eu consigo [fazer tudo], porque, igual eu te falei, se vai ter tiro na Vila, eles me avisam. Aí eu faço por telefone. Se tá tudo bem, eu vou lá. Nossa, eu uso demais o telefone! Tem mês que eu trabalho o mês inteiro pelo telefone. Igual quando esses tal de paulistinhas tão aí. Aí eles já me avisam ‘Óh os paulistinhas tão aí, você não vem aqui não! Você não vem aqui porque o bicho vai pegar’. (ACS 02, 53 anos, parda)

A gente até consegue fazer o nosso trabalho direitinho. Eu acho que tem, assim, é... a gente não tem dificuldade de visitar, de ir e tal... mas assim, às vezes, se tiver acontecendo alguma coisa no bairro... ah, igual o menino morreu ali embaixo outro dia... e aí esse negócio de facção, agora eles tão muito nesse negócio de facção. Comando vermelho contra não sei quem. Então, se a gente sabe que tá acontecendo alguma coisa, a gente prefere esperar. (ACS 06, 44 anos, preta)

O reconhecimento dos sinais de alarme no espaço geográfico e avisos sobre situações de risco, por meios telefônicos e por *WhatsApp*, pelos próprios usuários às ACSs, são frequentes. Tais situações já são evidenciadas em outras pesquisas, em que a comunicação pelos aplicativos de telefone é utilizada como estratégia pelos

profissionais para sua autoproteção (Lemos, 2021; Sofiatti; Saldanha; Junges, 2024). Contudo, destaca-se o papel ambíguo do celular enquanto meio de comunicação, com uso cada vez mais crescente na rotina dos profissionais. Se, por um lado, serve como grande facilitador, permitindo contato com familiares ou com os próprios usuários acamados e domiciliados, ou ainda, com moradores de áreas geográficas de difícil acesso, por outro lado, permite que os profissionais, especialmente as ACSs, sejam contactadas em momentos de folga e férias, fato relatado como gerador de sobrecarga por essas profissionais.

A gente, como Agente Comunitária, sofre vários tipos de violência. Pra mim, pra minha pessoa, eu acho que, a partir do momento que você está de folga, você tá lá na sua casa, você tá fazendo a sua janta, tá arrumando a sua casa, a pessoa te liga e fala 'Pô! Tô aqui, você não passou na minha casa hoje que eu tava esperando você passar com o meu exame!' Pra mim, já é um tipo de uma violência, entendeu? Porque eu estou na minha hora de descanso, eu tenho direito de tá no meu sossego. Eu sei do jeito que a pessoa trata a gente! Mexe muito. (ACS 05, 59 anos, preta)

E ouvir pessoa falando assim 'Ah, você ainda tira férias?' 'Você ainda tem férias?' Ou então 'Ah, pra que que cê veio aqui?' Entendeu? Então, a gente... por mais que algumas pessoas não valorizem o trabalho da gente, a gente tem que lutar, às vezes, pelo trabalho da gente. Porque a população é carente, é uma população, assim, que precisa de ajuda, sabe? De alguma forma, de alguma forma... de alguma forma ela precisa de ajuda, entendeu? De você nem que seja trabalhar com as crianças, pras crianças de amanhã não ser os adultos revoltados, agressivos. Porque se trabalhar na mente da criança hoje, a criança vai ser diferente amanhã (ACS 08, 58 anos, preta)

Enfatiza-se que algo não relatado nas entrevistas, mas que pode ser inferido, fato até mesmo descrito por Sampaio e Andrade (2023), é a possibilidade de acúmulo de trabalho e a necessidade de reorganização frequente das tarefas em caso de atividades em campo suspensas ou mesmo quando a UBS é fechada devido às situações de violência na comunidade. Também se pode indagar sobre a intensificação das funções sobre os profissionais e sobre os efeitos na saúde da própria população.

Causa um desânimo, a gente deixa de fazer algumas atividades, algumas ações. Ficamos mais desmotivados de continuar fazendo o trabalho... Tipo ações na Vila, em específico, a gente fica mais com medo. Aqui na UBS mesmo a gente já cancelou uma ação, de Bolsa

Família, em um sábado, a gente cancelou, porque uma usuária ameaçou, e a gente esperou, remarcou. (AS, 31 anos, branca)

A gente não tem esse problema não. A gente, quando deixa de ir [realizar VD] porque tá acontecendo alguma coisa, é pela nossa segurança. Não que a gente tem medo porque vai fazer alguma coisa com a gente, entendeu? Tem medo porque, às vezes, tá na hora errada e no local errado, entendeu? (ACS 06, 59 anos, preta)

E aí, o que é que vai repercutindo nas ações, porque você vai tendo medo até de... até de fazer uma orientação. Então, por exemplo, você vê uma criança, você vê que o aspecto higiênico não tá tão legal, você precisa intensificar uma orientação, você tem até medo de talvez falar isso! De como que a pessoa vai entender aquilo ali e de qual vai ser a reação dela. Então, impacta nas ações de saúde, porque você vai deixando... deixando de fazer algumas coisas. Eu falo muito isso assim, falo pra mim e falo com algumas pessoas, é... o acompanhamento que eu fazia 15 anos atrás não é o mesmo que eu faço hoje. (E01, 37 anos, preta).

Destaca-se que os profissionais, em sua grande maioria, não observam que o descontentamento dos usuários com o serviço pode estar relacionado às dificuldades do acesso, seja por obstáculos na fixação dos profissionais na UBS, seja por escassez de recursos (materiais para curativo e medicamentos), seja pela longa fila de espera no setor de Regulação do município (com relatos de pacientes aguardando há meses ou anos para acompanhamentos nos serviços de Atenção Secundária e Terciária) (Duarte; Camargo; Soares, 2023; Fabri et al., 2022).

Porque às vezes, a gente tá planejando fazer alguma coisa naquele dia e... quando começam os tiros... ou então... um helicóptero sobrevoando... a gente fala assim 'Ah, então hoje não vai dar não', ou então, 'não vai dar pra ir não porque tá subindo muito carro de polícia e hoje tá meio complicado na área, não é bom a gente ir'. Entendeu? Aí a gente tem que mudar os planos, ir outro dia que tá mais tranquilo. (ACS 04, 53 anos, branca).

Porque, muitas vezes, os problemas acontecem por causa da falta de atendimento. Falta de atendimento Médico, falta de atendimento da Enfermagem, falta de atendimento da Odontologia. A falta! A falta em geral. Entendeu? (ACS 05, 44 anos, preta)

Às vezes, a pessoa chega ali nervosa, mas é... como é que eu vou te explicar? É com o sistema mesmo. Às vezes, não conseguiu uma consulta, aí briga, entendeu? Mas não tá brigando com a minha pessoa, tá revoltada! Ou porque não conseguiu marcar uma consulta, ou porque não tem um remédio, ou porque a vaga tá lá na frente, ou porque, por alguma dificuldade que ele não conseguiu resolver o

problema dele, entendeu? Mas, dificilmente, é com a gente. (ACS 06, 44 anos, preta)

Como já apontado anteriormente, a própria organização da Unidade de Saúde, em diversos momentos, gera dúvidas e torna o acesso difícil. Isso pode se dar de diferentes formas, como o próprio fechamento da UBS durante o horário de almoço, a alternância de horários para curativos ou vacinas ou, até mesmo, a assistência precária aos acamados ou domiciliados que não podem ir à Unidade de Saúde (por dificuldades de deslocamento a pé dos funcionários, que não contam com veículo da Prefeitura para auxílio aos atendimentos a longa distância). A própria formação geográfica da região, com muitos aclives e áreas de deslizamento em épocas de chuva, restringe o acesso dos ACSs às moradias dos usuários.

Eu faço as visitas... vou até com meu carro, mas com muito receio. Mas, dependendo da localidade, a gente não vai. As agentes sinalizam, que é muito violento, que o acesso tá difícil, e a gente não vai. Partes de determinadas microáreas, no caso da minha área, a gente não faz visitas, por causa da violência. Tráfico de drogas muito intenso. (E02, 36 anos, branca).

Mas, em todas as unidades em que trabalhei, o que percebo é que a equipe gera uma inacessibilidade ao paciente assim. Todos da equipe. Os pacientes têm um hábito de chegar 3 horas da manhã e conseguir vaga, o que é completamente desnecessário. Porque eu vou chegar sete, sete e meia. Mas, mesmo eu fazendo isso, as Agentes de Saúde, a Enfermagem, sempre falam que tem que chegar mais cedo, mas não faz sentido, o tanto de vaga vai ser o mesmo. (M02, 37anos, branca)

Durante as entrevistas, muitos dos profissionais revelaram, ainda, receio em verbalizar e atuar de acordo com o que seria adequado no cuidado em saúde, destacando o medo de má compreensão dos usuários frente às orientações repassadas, além de possibilidades de retaliações e agressões verbais, demonstrando a fragilidade do vínculo estabelecido entre funcionários e população assistida.

Eu não observo que algumas pessoas pensariam, assim, 2 vezes pra dar um tapa na sua cara. E aí, o que significaria pra mim esse tapa na cara, o que significaria pra ele, o que significaria pra mim? E aí, o que é que vai repercutindo nas ações, porque você vai tendo medo até de... até de fazer uma orientação. Então, por exemplo, você vê uma criança, você vê que o aspecto higiênico não tá tão legal, você precisa

intensificar uma orientação, você tem até medo de talvez falar isso!
(E01, 41 anos, preta)

Então, eu acho que a gente fica muito vulnerável, por mais que a gente venha tá seguro, às vezes, pra... responder o usuário, pra tentar resolver a questão dele, você nunca sabe como que ele vai reagir. Às vezes, o que você falar pode ser o que ele não quer ouvir, entendeu? E ele não tá num dia bom e te agredir. Isso daí não tem jeito da gente saber. Mas, eu acho, a gente tá muito vulnerável a isso. (ACS06, 44 anos, preta)

Outro ponto que merece destaque é o receio de alguns profissionais, com destaque para os ACSs, que trabalham, principalmente, com territorialização, adstrição de clientela, primeiro contato e vinculação de usuários, realizando o cadastramento do domicílio, dos indivíduos e, ainda, precisam questionar e anotar dados. Eles se sentem constrangidos com questões relativas à orientação sexual e ao uso de substâncias, no momento do preenchimento dos documentos necessários para o cadastro.

Eu evito falar sobre drogas, entendeu? E assim, pergunto o que está na ficha... mas assim, de querer... de falar assim sobre o que é que aconteceu... Ah, se alguém falar assim 'Ah fulano isso... fulano aquilo...' eu tento não... não prosseguir o assunto, porque eu não sei se aquilo é pra tentar agredir depois ou, então, achar que é a gente que fez alguma denúncia, entendeu? (ACS 05, 44 anos, preta)

Muitos participantes da pesquisa demonstram receio no momento de preencher a Ficha de Notificação de Violência, seguindo o mesmo raciocínio. Observa-se que há desconhecimento, por parte dos profissionais, sobre o que é a Ficha de Notificação de Violência, sobre a relevância da mesma e sobre o papel desse documento, sendo essencial que haja ações para capacitação sistemática das equipes (Sofiatti; Saldanha; Junges, 2024). Entre os entrevistados, 8 relataram desconhecer o documento, enquanto dos 7 que reconheceram a ficha, apenas 2 confirmaram já terem feito uso dela. Apenas 2 (duas) ACSs reconheceram a Ficha de Notificação de Violência. Cabe refletir, neste estudo, sobre os Sistemas de Informação em Saúde. Apesar de haver diversas categorias, ainda há imensa subnotificação, seja pela dificuldade dos profissionais em reconhecer os tipos e naturezas da violência, seja pelo não conhecimento sobre a real função do documento (confusão entre notificar e denunciar), ou pela sobrecarga de funções (com postergação do caráter burocrático das ações), ou ainda, pelo pensamento de que não há mudança, mas se é este o

caso, eles podem pensar: qual é o sentido em se preencher um documento? (Silva et al., 2021).

(Quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação de Violência) Não. E não sei se teria coragem de fazer também. (M02, 37 anos, branca)

(Quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação de Violência) Não. A gente tem o Boletim de Ocorrência, mas não sei se é pra lançar esse tipo de coisa. talvez seja! (ACS 01, 52 anos, parda)

(Quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação de Violência) Já ouvi, mas, pessoalmente, nunca manuseei. (TE 01, 51 anos, preta)

Os profissionais destacam que a violência afeta, diretamente, a atuação em APS, por esta ser a Instituição de Saúde mais próxima das comunidades. A Unidade de Saúde reflete a atuação do Poder Público, bem como das falhas deste, em resposta às demandas da população periférica. Os demais níveis dos sistemas estão dispostos, geograficamente, e, em acesso, de modo mais distante e com mais barreiras ao contato do que os dispostos na ESF. Os demais pontos de serviços públicos tendem a atuar de modo a negligenciar o atendimento às populações mais vulnerabilizadas, restringindo o papel de proteção do Estado a essa população. E, nesse sentido, a APS e os trabalhadores que a constituem sofrem as consequências das insatisfações em diversas esferas.

Aqui no meu território tem uma região que eu não consigo fazer visita domiciliar. Não são pacientes acamados, mas com uma situação que mereciam uma visita domiciliar e eu não tenho condições, e ele não tem condições de vir aqui para cima, por conta de rixas. (M01, 37 anos, branca)

Acho que a gente e a escola somos os únicos representantes do Poder Público aqui dentro. E o comum é eles não se sentirem queridos, acessados, sempre serem tratados como... vagabundos, pessoas que não trabalham, que vêm sempre aqui, que são chatos, não fazem nada para melhorar. Esse é um processo de adoecimento... (M02, 35 anos, branca)

Outro ponto relevante a ser considerado nesse contexto envolve a análise sobre qual tipo de relação tem sido estabelecida entre os profissionais integrantes das equipes de APS e os usuários. Quando a criação do vínculo é fragilizada ou foi

sofrendo inúmeros desgastes e rupturas, cria-se um abismo entre o que deveria ser e o que realmente é a Estratégia de Saúde da Família nas comunidades periféricas.

Eu acho muito doloroso pro paciente, mas eu acho mais doloroso pra mim! Porque você vê, aqui, que você tem uma orientação, que você tem uma coisa pra passar pra aquela pessoa que seria tão importante pra ela, que mudaria a vida dela. E você tem medo de falar. A puericultura que eu faço hoje não é a mesma de 15 anos atrás. O pré-natal, o hipertenso... e eu falo isso, eu tô falando por mim, mas eu acho que eu falo isso por muitos colegas. O potencial do Enfermeiro é muito grande, e as pessoas estão perdendo muitas coisas, mas a gente tá perdendo mais! (E1, 41 anos, preta)

Tendo em vista que o vínculo é uma ferramenta essencial e que permeia os demais atributos (longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), compreende-se que todo o escopo da ESF pode ser comprometido, de modo que a educação em saúde pode não ser estabelecida e informações sejam negligenciadas. Alguns autores trazem, inclusive, a ideia de que o vínculo permite que a *saúde migre ao sujeito* e que este assuma uma posição, não de inferioridade, mas de centralidade no cuidado em saúde (Barbosa; Bosi, 2017; Bernardes; Pelliccioli; Marques, 2013). A Figura 2, a seguir, resume, de modo esquematizado, o ciclo que é desenhado e se perpetua nas relações descritas nesta pesquisa, nesse território.

Figura 2 – Ciclo das relações estabelecidas na APS



Fonte: Autor (2024).

7.4 DO PENSAR AO AGIR: POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

A categoria “Do pensar ao agir: possibilidades de enfrentamento da violência” engloba: (a) apoio de instituições ou da própria comunidade no enfrentamento às situações de violência (apoio local / equipe de saúde / órgãos de gerenciamento); e (b) estratégias adotadas pelos profissionais, individualmente, e como equipe no enfrentamento à violência.

Em relação ao apoio para lidar com a violência e suas consequências, os profissionais entrevistados foram unânimes em ressaltar a importância do apoio em equipe, dos próprios profissionais atuantes na Unidade de Saúde, dos diálogos informais e das conversas rotineiras. A equipe atua como suporte ao enfrentamento das situações individuais de violência vivenciadas por cada profissional, evidenciando a carência de outras ferramentas para auxílio. Vale ressaltar, nesta investigação, que não há, no município, um processo de capacitação e atualização dos profissionais, no que tange à atuação em comunidades periféricas, assim como não há apoio psicológico ou medidas coordenadas pela Gestão Municipal no que diz respeito à confecção de protocolos e medidas efetivas de atuação em comunidades com altos índices de violência urbana.

Às vezes, tem reunião de equipe, às vezes, na sala mesmo, todo mundo junto. Conversa só pra desabafar mesmo, porque, assim, cê não tem... Tipo uma pessoa que tava aqui ontem. O que é que você vai fazer pra ela ser melhor? Não tem como. Infelizmente, ela já tá numa idade avançada, doente, e nem a doença faz com que ela se torne uma pessoa mais limite. Então, eu acho que... é só ela querer mesmo porque a gente não pode fazer nada! (ACS 01, 52 anos, parda)

A gente pode comentar sobre tudo, pode comentar sobre tudo na reunião. Pedir alguma ajuda, algum apoio ‘O que que eu faço? É melhor assim, é melhor assado...’ Isso daí não tem problema não. (ACS 06, 44 anos, preta)

Estudos já destacaram a relevância da Educação como medida de prevenção em ações voltadas tanto aos profissionais como aos usuários. O desenvolvimento das *soft skills*, habilidades envolvendo o aparato emocional, comportamental e cognitivo, relacionadas ao pensamento crítico e resolução de conflitos, além das potencialidades de comunicação entre funcionários e a comunidade, são essenciais para o

fortalecimento da escuta qualificada e da compreensão das necessidades elencadas (Duarte; Camargo; Soares, 2023; Mendes *et al.*, 2023; Souza, 2020).

Faz-se necessário lembrar o quanto o ato de trabalho na Área de Saúde, e, em especial, do trabalho na Atenção Primária, tem toda sua potencialidade decorrente da relação estabelecida entre o profissional e o usuário, de modo que este seja um sujeito ativo na construção de sua saúde e na sua forma de vivenciar o processo de adoecimento. Para tanto, é primordial que o processo de trabalho tenha hegemonia do “trabalho vivo”, com espaço para que as ações de acolhimento, de aplicabilidade de diretrizes de acordo com o meio e da corresponsabilização do cuidado tenham relevância, tanto quanto o acesso às tecnologias e aos aparatos materiais que envolvem o atendimento no Sistema de Saúde (Merhy, 2003). Considerando que muitos profissionais de Nível Superior não têm formação voltada à atuação na APS, destaca-se a necessidade de formação voltada às especificidades dessa atuação, de modo a permitir maior fluidez e segurança diante das situações da comunidade. Pesquisas já evidenciaram que onde há profissionais com Formação Técnica prévia, há maior racionalidade e eficiência na resolução de agravos, refletindo, ainda, na maior satisfação dos usuários e dos indicadores de Saúde (Maia *et al.*, 2024; Mendes, 2012).

A carência de suporte da Gestão Municipal é referenciada constantemente. Os profissionais sentem-se desvalorizados, não tendo apoio frente às dificuldades relatadas no convívio com a violência armada: não possuem carros de apoio para realização de visitas domiciliares, sentem-se desprotegidos pela falta de segurança (seja por carência de profissionais para segurança do ambiente físico, seja pela ausência da instalação de câmeras de segurança), e sentem-se sem suporte em casos de necessidade de fechamento da Unidade de Saúde (quando em vivência de situações extremas, como de tiroteio dentro da própria unidade ou em caso de roubo de bens dos profissionais).

E aí como que você fala de um profissional que tem que ter vínculo com a comunidade? Só que ele tem medo! E aí, eu não sei nem se a gente faz ainda Estratégia. Eu não sei nem se existe isso ainda, eu não sei se existe Estratégia. Eu não sei se daqui a 5, 10 anos vai existir Estratégia. Eu não sei se ela existe agora, porque eu acho que o trabalhador tá apagando incêndio. E pra você fazer Estratégia, você tem que ter tempo de você pensar. Quem faz um projeto terapêutico pro paciente, quem faz? Quem faz tá levando pra casa pra fazer em casa. Se alguém falar que faz, ‘Eu faço!’, tá fazendo em casa. Fez no

feriado, tá fazendo em casa. Porque, dentro do horário de trabalho, você não faz. E isso é triste demais, o paciente precisa desse projeto! Então eu acho que é o engana. Finge que tá tudo bem, o outro vai seguindo, igual eu falei. (E01, 41 anos, preta)

O sentimento de desvalorização apontado pelas entrevistadas pelo fato de não receberem assistência das instâncias superiores, responsáveis pela coordenação da Atenção Primária, e pela Gestão Municipal, é também referenciado por outros autores (Lemos, 2021; Santos; Silva; Branco, 2017). Duarte, Camargo e Soares (2023) apresentam uma pesquisa qualitativa com profissionais da APS no interior de São Paulo, na qual mostra a relevância do acolhimento às vítimas de violência no trabalho e das medidas de reestruturação de serviços de segurança institucional, além de comissões para acompanhamento e monitoramento dos casos. O suporte psicológico torna-se essencial para que as relações interpessoais não sofram prejuízos e o ciclo de violência não se perpetue. Vejamos a fragilidade atual das relações estabelecidas e relatadas pelos profissionais entrevistados em seus vínculos com os usuários:

A saúde já tá gritando, a saúde já respira por aparelhos. A gente não tem nada mais que a gente possa, que a gente consiga fazer sozinhos que a gente vai conseguir. Sabe por quê? Porque a gente já tá lotado de coisa! A gente já tá lotado de coisa. Essa intervenção, ela precisa ser de várias instâncias. A educação tem que entrar, a cultura tem que entrar, aí vai conseguir. Não adianta (E01,41 anos, preta)

A gente tá, tá querendo fazer mais! Mas a gente precisa de reunião, de apoios, de redes de apoio pra isso. Porque sozinha é meio complicado e o policial não tá dando conta não [risos]. Nem eles querem se envolver muito. (ACS 04, 53 anos, branca)

Destaca-se, ainda, a urgência dos profissionais em se sentirem ouvidos, acolhidos em suas demandas envolvendo a precarização do serviço, da infraestrutura da Unidade de Saúde e das demandas dos usuários, com vínculo precário entre os trabalhadores assistenciais e as esferas administrativas e de gestão.

Eu queria muito que todos os colegas fossem ouvidos, eu queria que toda a Atenção Primária fosse ouvida e que a Gestão fosse responsabilizada e que tudo isso acontecesse! Eu queria de verdade! Porque essa é a mudança que a Atenção Primária precisa. Pra ela se reinventar, pra ela renascer, porque a Atenção Primária, o potencial dela é fantástico! Essa galera aí que gosta de Atenção Primária, que não sou eu! Essa galera é muito fera! Essa galera é muito boa, essa galera pode fazer muito pelo paciente. Só que ele não tá fazendo,

porque ele não consegue. Ele tá sobrevivendo. Olha que tristeza! Ele tá sobrevivendo ali, eu vim longe pra mim sobreviver. (E01, 41 anos, preta)

Quando questionados quanto às medidas passíveis de serem realizadas para enfrentamento à violência, muitos sentem necessidade de maior suporte da Guarda Municipal, maior policiamento pela Polícia Civil ou presença de Segurança Privada dentro da Unidade de Saúde, como, por exemplo, o Serviço de Segurança Terceirizado, que está presente nas Unidades de Pronto Atendimento do município. Cabe destacar o quanto a visão popularmente difundida da violência, pautada na necropolítica e no neoliberalismo, em que o racismo de Estado é parte constituinte do poder e da hierarquia, entre raças e classes, pauta o entendimento dos meios necessários para conter e reorganizar a situação de calamidade nas relações atuais explicitadas ao longo das entrevistas (Abrahão; De Farias, 2021; Dahlberg; Krug, 2006).

O desconhecimento dos tipos e naturezas, causas e repercussões da desigualdade social e de acesso aos diversos Sistemas (de Saúde, de Educação, de Segurança), assim como aos meios de cultura e do viver (e não sobreviver), faz com que os discursos sejam permeados por uma visão pautada na repressão e na dualidade (profissionais *versus* comunidade). Esse fato é evidenciado por outros autores, tais como Silva *et al.* (2021) e Sofiatti, Saldanha e Junges (2024). Ressalta-se a insuficiência da ESF em ações de combate à violência de modo isolado, sendo necessário haver a ampliação do olhar para a criação de dispositivos que auxiliem na construção social dos indivíduos.

'Ah, o Governo dá o Bolsa Família', dá o dinheiro pra pessoa comer, eu acho que é muito pouco só o dinheiro. Acho que deveria dar informação, deveria dar educação, entendeu? Deveria investir mais nessas coisas. Porque não é só dar o pão, entendeu? Tinha que ensinar a pescar. E talvez se ensinasse a pescar, pescar o pão, ficaria mais fácil. Porque eles [os usuários] iam aprender como pescar o pão. Porque é só ir lá e pegar o pão, aí fica fácil. Que aí vai lá, pega o pão e investe o pão na droga. Mas se eles fossem lá, pescassem o pão, talvez ficaria diferente. Tinha que arrumar um jeito de fazer diferente. Entendeu? (ACS 02, 53 anos, parda)

Ah, acho que mais, mais... talvez mais policiamento. Em relação à UBS, em relação à violência na unidade, talvez ter mais suporte dessas equipes. No bairro, Políticas Públicas que englobem desde infância, adolescência, para poder ter mais oportunidades, lazer,

esporte, educação, para poder mudar o contexto. (AS, 31 anos, branca)

Poucos profissionais relataram observar a violência como fenômeno de abordagem multifatorial, em que as ações devem integrar níveis progressivos de complexidade: individual e em grupo, em que se torna necessário o conhecimento em relação aos diversos tipos de violência, sobre as legislações e estruturas organizacionais que as mantêm. A análise a respeito da própria sociedade, em que a violência se entranha em todas as esferas, partindo do núcleo familiar em direção a atos midiáticos, envolvendo tráfico e armamentos, quase não foi relatada. O fosso entre profissionais e usuários é explícito nos discursos, assim como é explícito e está no cerne da moral brasileira o cidadão de bem *versus* o cidadão sem moral, o bem *versus* o mal. Os entrevistados trazem, em muitos momentos, a correlação entre os atos violentos com a classe social, o vínculo com o tráfico e com uma realidade de grande vulnerabilidade (Barros; Meneses, 2022; Zaluar, 1999).

Ah, violência pra mim é quando eu chego na casa de uma usuária e ela tá toda arreventada [...] Uma violência porque não tem pra onde ela ir, ele vai bater de novo e a noite ela vai ficar com ele, e vai se sujeitar àquilo. Então, pra mim, isso é a pior violência. Não é nem a violência dos tiros, não. (ACS 02, 53 anos, parda)

Aqui tem muita violência física, tem muita violência... é um bairro pobre, e as pessoas... tem muita gente que não tem oportunidade. Oportunidade de estudar... é muita criança na rua... é... então o que é que acontece, as crianças já crescem nesse meio. Porque o bairro é violento, desde que eu me entendo por gente. Sempre teve mortes, entendeu? Então, é um bairro que foi sempre muito violento, nessa questão. De briga, de desentendimento, de gangue. (ACS 06, 44 anos, preta)

Eu acho que a gente precisa de mais, eu acho que a gente precisa de coisas no território. No território, a gente tem uma praça com potencial enorme, se você for lá agora na praça, a praça tá toda destruída. Então, é o mezanino que foi construído antes de eu vir pra cá, nem sei de que data que é. Às vezes, algum agente vai falar dessa praça. Que foi construída... é um salão enorme, tinha Sala de Informática, entendeu? Era um equipamento que devia estar em pleno funcionamento. Ter um balé, uma capoeira, um inglês. É... a Informática, atividade física, coisa assim. É isso que muda, é isso que muda a saúde das pessoas, a saúde mental das crianças, dos adolescentes, dos pais. (E01, 41 anos, preta)

Em alguns discursos, é ainda observada a vinculação do aspecto religioso e da fé como medidas de organização social e moralidade, capazes de permitir a redução da criminalidade e dos atos violentos relatados dentro da comunidade e dos usuários em relação aos profissionais da área de Saúde.

Eu acho que a gente tem alguns equipamentos que poderiam ajudar, a Igreja Metodista, a Igreja Católica, que tentam, mas eu acho que não são coisas que conseguem conversar entre si. O que eu vejo também é que a escola não tem uma adesão legal ao contexto. Poucos profissionais ali percebem, mesmo a gente tendo feito reunião, eu e as Residentes da Enfermagem, para os professores perceberem e trazerem para gente, eu percebo que eles não têm essa visão, muitos acreditam muito nisso, que eles são pobres e só querem ganhar INSS e LOAS, foi dito pela Diretora da escola que eles querem diagnóstico que o menino é doente para não fazer nada e ficar em casa. (M02, 37 anos, branca)

No meu segundo ano de Agente Comunitária de Saúde, eu conheci o Senhor Jesus. E, daí pra cá, eu fiz 20 anos de profissão. E eu vivo... todos os dias... todos os dias eu vivo o Senhor Jesus na minha vida. Eu acho que, se eu não tivesse conhecido o Senhor Jesus, eu não teria... eu ainda não seria mais Agente Comunitária de Saúde. Porque você tem que ter... estar muito próximo de Deus pra você levar essa profissão. Tanto pra entrar na casa das pessoas, quanto pra ver o que elas passam, quanto pra viver na comunidade e ver tudo o que acontece. (ACS 02, 53 anos, parda)

Então, se a pessoa tem uma religião já é meio caminho andado. Ela vai pensar 10.000 vezes antes de agir com violência. (ACS 04, 53 anos, branca)

Neste estudo, entre as 15 profissionais entrevistadas, 11 declararam serem neopentecostais ou católicas. Dados em congruência com os mais recentes evidenciados pelo IPEA³⁷ em 2023, em que a parcela de estabelecimentos religiosos existentes no país, em 2021, correspondia a 52% de evangélicos pentecostais ou neopentecostais e 11% de católicos.

Na literatura, o campo de pesquisa envolvendo a problematização ou a correlação entre a crença dos profissionais da Área de Saúde com a atuação em campo ainda é escassa. Contudo, no presente estudo, alguns discursos confirmam o ideal de moralidade vinculado à instituição religiosa, ou ainda, da fé como recurso de

³⁷ Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12605/1/NT_123_Diset_crescimento_dos_estabelecimentos.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

salvação aos aspectos de desigualdade social. No Brasil, ainda se destaca a cultura de que a imoralidade é vinculada, rotineiramente, à ausência de religião, uma vez que a crença em Deus e a espiritualidade estão bastante intrínsecas no cotidiano, desde a época da colonização, que seus preceitos permeiam as relações sociais, as esferas de poder e, de certo modo, supre a ausência do Estado, sendo uma ferramenta de consolo e até mesmo de dominação³⁸.

³⁸ Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c29r21r69j8o>. Acesso em: 2 out. 2024.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência pode ser compreendida como atos cometidos individualmente ou em coletividades que geram danos e comprometem a integridade mental ou física dos indivíduos. Apesar de, historicamente, estar vinculada ao desenvolvimento da humanidade e das civilizações, remodela-se, recria-se, reconstrói-se e manifesta-se de modos diversos, com consequências de magnitudes inimagináveis. Na sociedade contemporânea, retroalimenta-se, repercutindo nos relacionamentos interpessoais e nos indicadores socioeconômicos, em caráter ambiental e cultural, sendo parte estrutural do modo de vida capitalista. Os ideais de consumo e acumulação, sob forma de bens ou capital, gera uma visão de valorização material em detrimento do humano, com a desigualdade entre os *modus vivendi* a qual se perpetua e se banaliza, tornando-se corriqueira a negligência de alguns e torna trivial o ato de sobreviver nos grandes centros (Minayo, 2005; Peres; Ruotti, 2015).

Na América Latina, sobretudo no Brasil, o processo de urbanização, com crescimento das cidades de modo desordenado, com escassez de projetos que visam a garantir infraestrutura e acesso aos serviços básicos para todos, com distribuição desigual de riquezas, somado à necropolítica do Estado e a Políticas Sociais precárias que garantam o direito à cidadania, conjugaram-se em uma organização social em que perpetua a violência estrutural e repercute, diretamente, no acesso ao Sistema de Saúde e na organização dos Serviços de Saúde (Oliveira *et al.*, 2020; Silva; Anunciação; Trad, 2024).

Esta pesquisa foi realizada em um município que não apresenta níveis de violência alarmantes, ocupando a segunda colocação entre os 10 municípios mais populosos, com menor índice de violência de Minas Gerais, mas que vivencia e apresenta gradativo aumento de situações recorrentes de violência contra Profissionais da Área de Saúde³⁹ e ⁴⁰ e, principalmente, contra profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde.

³⁹ Disponível em: https://www.sinserpujf.com.br/2024/03/16/mais-dois-casos-de-agressoes-a-servidores-nas-unidades-de-saude-de-juiz-de-fora/?doing_wp_cron=1727287620.9410779476165771484375. Acesso em: 2 out. 2024.

⁴⁰ Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2017/03/casos-de-violencia-em-unidades-de-saude-sao-debatidos-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 2 out. 2024.

Compreende-se que a APS é o modelo de Atenção que busca promover o acesso mais efetivo ao Sistema de Saúde, sem enfoque curativo, mas abarcando o primeiro nível de assistência, estando mais próximo do usuário (Almeida *et al.*, 2018). Acrescenta-se que o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família prevê as ações de promoção à Saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias dentro de uma área geográfica delimitada. É esperado, portanto, que os profissionais atuantes nesse contexto tenham capacitação para atuar em comunidades e em locais de violência armada, em áreas geográficas afastadas e com adequação das condutas referentes ao cuidado com populações de baixo nível socioeconômico; todavia, o que se vê na prática não poderia ser mais díspare.

Nesta pesquisa, foi possível observar o quanto os profissionais atuantes na APS carecem de Capacitação e Educação Continuada, com enfoque na temática da Atuação em Comunidade. Como já descrito por outros autores, grande parte dos profissionais atuantes nesse contexto não possuem formação especializada, sendo necessário haver a sensibilização dos Gestores, a fim de promover um olhar adequado ao cenário de atuação (Basso; Braatz; Fedosse, 2022; Coelho *et al.*, 2020). Ainda que a vivência profissional em meio de violência não seja algo passível de ser ensinado ou aprendido; afinal, não há uma formação profissional que torne possível sobreviver em condições de tamanha adversidade, a Formação Técnica com o olhar voltado à saúde comunitária, com enfoque na promoção e prevenção, com o cuidado centrado no sujeito e na valorização de seus saberes, pode tornar a criação e perpetuação do vínculo mais forte, menos fragilizada e, portanto, romper o ciclo de dificuldade de relação profissional – usuário, com acesso ao Sistema de Saúde prejudicado. Em paralelo, ações de fortalecimento da participação comunitária e do controle social podem ser estratégias interessantes de fortalecimentos mútuos – comunidade e equipes.

Além disso, é crucial que haja estudos que enfoquem a diferenciação da relação trabalhador que também é morador da comunidade e trabalhador não vinculado à comunidade assistencial. A percepção da violência é distinta entre esses trabalhadores e a repercussão dessa distinção pode ser compreendida como um dos fatores que dificultam a permanência dos profissionais de Nível Superior nas localidades. Kaiser e Bianchi (2008) afirmam que a percepção pessoal está relacionada à consciência do risco e que pode ser incorporada ao cotidiano. Os trabalhadores entrevistados reconhecem a violência vivenciada rotineiramente e, com

frequência, adotam posturas individuais ou em grupo, como modo de enfrentamento. Destacam as agressões verbais, a desvalorização pessoal e o assédio moral como as principais formas vivenciadas no contato com os usuários, embora com depoimentos de situações de violência física e patrimonial referidas. Relatam, ainda, vivenciar situações no território ligadas ao tráfico, com situações envolvendo o confronto entre crime organizado e Órgãos de Segurança ou, ainda, em rixas entre organizações criminosas locais rivais. Muitos verbalizam processos de adoecimento associados, principalmente, à saúde mental.

As narrativas dos entrevistados refletem sentimento de frustração, desvalia e insatisfação laboral, com comprometimento importante do vínculo e consequente repercussão nas Ações de Saúde ofertadas. Inclusive, foi observada, nos próprios profissionais participantes do estudo, uma visão de cuidado em saúde ainda vinculada ao atendimento médico, com pouca relevância ao caráter preventivo e de acompanhamento longitudinal associado ao atendimento em ESF. Nesse contexto, é destacada essa ruptura do vínculo necessário ao cuidado integral, com práticas cotidianas dos serviços de difícil compreensão ao usuário, em horários pouco receptivos, com distanciamento afetivo dos funcionários no ambiente de trabalho.

No âmbito da Gestão Municipal de Saúde, ressalta-se a importância de investimento na melhoria do serviço como equipamentos e insumos compatíveis com o exigido para o nível de atenção, para o provimento do cuidado conforme a necessidade da população e de seus trabalhadores, assim como é imprescindível o reconhecimento dos profissionais no exercício do trabalho, sobretudo em situações tão difíceis como aquelas enfrentadas em razão da violência.

Como pesquisadora, vejo a relevância em destacar algumas dificuldades percebidas no processo de coleta dos dados em campo. Primeiramente, reforço minha falta de experiência para a realização das entrevistas, apesar do preparo teórico envolvido e do suporte fornecido pelas orientadoras, o que pode ter contribuído como uma limitação pessoal para conter desvios do tema e respeito ao roteiro, além da capacidade para trazer o entrevistado ao foco em questão. Acredito que a entrevista aberta seja algo extremamente complexo, com múltiplas variáveis e de difícil realização. Torna-se necessário não apenas seguir um roteiro (que deve ser formulado de modo a ser compreensível ao público e de condução fluida em meio às informações fornecidas pelo interlocutor), como estar atento ao entrevistado, ter sensibilidade e perspicácia para observar o não dito (sua entonação, sua postura, a

forma como transmite ou procura esconder suas emoções, suas reticências e pausas). Além disso, é necessário estar preparado para resultados que nem sempre são o que se esperava ao iniciar o projeto e estar aberto à escuta, em meio aos relatos que vão de encontro ao objetivo inicial.

Outro ponto primordial é o tema. Abordar a questão da violência foi um desejo meu e, em paralelo, causou-me desconforto e tristeza, por rememorar situações vivenciadas e experienciadas por mim, enquanto atuante como Médica de Família em uma equipe de ESF. Subestimei as repercussões que as entrevistas e os relatos, ricos em experiências traumáticas, oriundos de profissionais tão fragilizados, seriam capazes de gerar. Por diversas vezes, me senti mobilizada, envolvida no sofrimento e nas baixas perspectivas dos entrevistados, fazendo com que o objetivo da pesquisa, temporariamente, ficasse em segundo plano.

Quanto à amostra, acredito que o número de Profissionais de Saúde entrevistados tenha sido circunscrito ao contexto pesquisado, com a limitação de não produzir dados que sejam generalizáveis. Esse fato foi desencadeado por uma conjuntura de situações durante o período de coleta de dados. Primeiro, o próprio período de tempo em que se desenvolve a pesquisa de um Mestrado. Em seguida, o limitador de contarmos com apenas um pesquisador em campo, responsável por fazer as entrevistas. Foi possível o auxílio de uma segunda pessoa, acadêmica de Medicina, apenas no momento das transcrições. Além disso, o fato de esta pesquisa ter acontecido durante um período de reorganização do modelo de APS municipal, com adoção de horário estendido, Unidades de Saúde com remanejamento de profissionais, mantendo-se abertas todo o dia, sem horário de fechamento para almoço, havendo incertezas e dúvidas quanto à manutenção dos profissionais de Nível Superior, principalmente da classe médica, são outros pontos a serem destacados.

A recusa em participar da pesquisa foi restrita a uma única profissional ACS. Acredito que o fato de ter trabalhado comigo em situações anteriores possa ter contribuído para não se sentir à vontade, ou ainda que, apesar de todos os esclarecimentos quanto ao sigilo envolvido no processo de participação da entrevista, possa ter se sentido preocupada quanto à Gestão, quanto às informações levantadas, com receio de ser mal compreendida e optado pela não colaboração.

Merece ainda ser citada minha atuação como pesquisadora, que atuou previamente como Médica de Família no município de Juiz de Fora, sendo conhecida

por muitos dos entrevistados. Considerando-se o princípio da observação participante, em qualquer tipo de pesquisa, torna-se essencial que o pesquisador seja aceito pelo pesquisado, de modo que este tenha interesse em falar, abrir seus pensamentos e participar, ativamente, da investigação: “É preciso que esse outro se disponha a falar da sua vida” (Martins, 2004). Nesse sentido, minha proximidade com alguns pode ter, por um lado, facilitado o acesso e tornado o ambiente da entrevista mais acolhedor. Em contrapartida, muitos podem ter sentido mais dificuldade em explicar fatos com todo um contexto, partindo do princípio de que eu já tinha conhecimento sobre os tópicos relatados. Além disso, algumas ênfases nos relatos trouxeram informações e fatos com característica de serem encaminhados para a Gestão e não para a pesquisadora. Muitos podem ter visto essa oportunidade como um meio de demonstrar suas insatisfações pessoais com o modelo organizacional vigente.

Como descrito por Da Matta (1978, p. 34), “[...] só há dados quando há um processo de empatia correndo lado a lado”. Cabe, então, ao pesquisador, saber confluir toda sua cultura, seus valores pré-estabelecidos e conhecimento teórico para uma relação de reciprocidade, em que o pesquisador se orienta para o grupo, doa-se e tenta, em contrapartida, receber e compreender os lampejos da cultura em estudo. Acredito que tenha sido possível vivenciar e trazer essa conexão para esta investigação.

Ao longo do processo, aprendi que meu histórico pessoal, ou seja, atuação em uma área com focos de violência, com repertório por vezes tão similar aos destacados pelos colegas profissionais, teria, sim, como se comprovou ao longo desta pesquisa, peso em minhas ações e atuação. Saliento a percepção de desvios do tema e habilidade construída em lidar com o roteiro de entrevista; todavia, destaco o quanto esta experiência como pesquisadora foi fundamental para meu aprendizado pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. V. S.; DE FARIAS, F. R. Violência, precariedade, necropolítica e desigualdade social em espaços urbanos (Violence, precariousness, necropolitics and social inequality in urban spaces). **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 9, n. 18, p. 171-187, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/11537>. Acesso em: 15 jun. 2023.

ABREU, Christiane Silva de. Favelas em Juiz de Fora: a ocultação do fenômeno. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 143-167, jan./jul. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18201>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ALMEIDA, P. L. de. **Elos de permanência**: o lazer como preservação da memória coletiva dos libertos e de seus descendentes em Juiz de Fora no início do século XX. 2006. 107 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/3272>. Acesso em: 3 ago. 2023.

ALMEIDA, P. F. de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk>. Acesso em: 2 jun. 2023.

ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 207-221, jan./mar. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/S010412902019170543>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8MJnfvZVYsNdDMqqSq3nHYC/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio, 2024.

ALONSO, C. M. C. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: um mundo profissional em busca de consolidação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 31, p. e310129, 2021.

ALVES, J. C. dos S.; CARVALHO, A. R.; SANTOS, C. F. N. dos; GOMES, T. M. C., SANTOS, T. R. dos; SANTOS, V. M.; OLIVEIRA, Átila C. D.; JESUS, A. O. de. Violência contra os Profissionais de Saúde no contexto atual brasileiro: uma abordagem histórica / Violence against health professionals in the current Brazilian context: A historical approach. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 3699-3725, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-243>. Acesso: 3 ago. 2023.

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M. de; GARANHANI, M. L. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 171-180, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/P8xKKRf8c5VvmHdfZPGJg3J/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 6 jun. 2023.

ANDRADE, A. B. de; AZEREDO, C. M.; PERES, M. F. T. Exposição à violência comunitária e familiar e autoavaliação de saúde na população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200039, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7mSDTDgg86nZGT8wPwQzxCc/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 27, n. 4, 2017, p. 1003-1022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>. ISSN 1809-4481. Acesso em: 25 set. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARROS, C.; SANI, A.; MENESES, R. F. Violência contra Profissionais de Saúde: dos discursos às práticas. **Configurações - Revista Ciências Sociais**, [S. l.], n. 30, p. 33-46, 2022.

BARROSO, M. F. Violência estrutural: mediações entre “o matar e o morrer por conta”. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 397-406, maio, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/NjdC6hTRLjTDqvmPzHsQbYy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BASSO, M. S.; BRAATZ, P. X.; FEDOSSE, E. Formação para atuação na Atenção Básica na Graduação e na Residência Multiprofissional. **Revista Contexto & Amp; Saúde**, [S. l.], v. 22, n. 45, p. e10245, 2022. Doi: 10.21527/2176-7114.2022.45.10245. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/10245>. Acesso em: 25 nov. 2024.

BENÍCIO, L. F. S.; BARROS, J. P. P. Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **SANAR - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 102-112, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1146>. Acesso em: 4 out. 2024.

BENÍCIO, L. F. S.; PEREIRA, B. J. P. Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 16, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1146>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre Políticas de Saúde e formas de subjetivação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 8, p. 2339-2346, ago. 2013

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção Primária à Saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 fev. 2023.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R. C.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da Rede Básica de Saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, p. 1585-1596, 2010. Supl. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acesso em: 5 maio, 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº. 474, de 31 de agosto de 2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 138, n. 171, p. 33, 4 set. 2000. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº. 737 de 16/5/2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, DF, jul. 2001. p. 62. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-249>. Acesso em: 2 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648/gm, de 28 de março de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 5 maio, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRITTO, Monique. **A dinâmica da violência**: análise geográfica dos homicídios ocorridos em Juiz de Fora entre os anos de 1980 a 2012. 2013. 210 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1192>. Acesso em: 5 maio, 2023.

BROCH, D.; RIQUINHO, D. L.; VIEIRA, L. B.; RAMOS, A. R.; GASPARIN, V. A. Social determinants of health and community health agent work. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, USP, v. 54, p. e03558, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031403558>. Acesso em: 1 ago. 2023.

BUDÓ, M de L. D.; MATTIONI, F. C.; MACHADO, T. da S.; RESSEL, L. B.; BORGES, Z. N. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva cultural. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 16, n. 3, p. 511-519, jul. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300018>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BUDÓ, M. de L. D. *et al.* Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26370>. Acesso em: 21 jun. 2023.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2023.

CARDOSO, A. C. C.; BARBOSA, L. A. de O.; QUINTANILHA, L. F.; AVENA, K. de M. Prevalence of common mental disorders among medical students during the Covid-19 pandemic. **Rev Bras Educ Med**, v. 46, n. 1, p. e0062022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210242.ING>. Acesso em: 3 ago. 2023.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-684, out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFctbZDZHgNP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 7 out. 2024.

CASTRO, M. M. de C. **Trabalho em Saúde: a inserção do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora/MG**. Orientadora: Lêda Maria Leal de Oliveira. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/>. Acesso em: 5 maio, 2023.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de Atenção Primária à Saúde no Brasil: notas sobre a Regulação e o Financiamento Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v26n4/12.pdf. Acesso em: 1 ago. 2023.

CAVALCANTI, R. C. As dinâmicas da violência urbana na América Latina. **Século XXI – Revista de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 226-251, 2018. Doi: 10.5902/2236672531915. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/31915>. Acesso em: 4 out. 2024.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da Violência 2019**. São Paulo: FBSP, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/6363-atlasdaviolencia2019completo.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf. Acesso em: 10 set. 2022

COELHO, M. G. M.; MACHADO, M. de F. A. S.; BESSA, O. A. A. C.; NUTO, S. de A. S. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional Médico. **Interface**, Botucatu, v. 24, p. e190740, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190740>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo**, v. 5, n. 1, p. 6-17, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559/506>. Acesso em: 10 set. 2022.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de Políticas Públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fkZGywBXPmZ6YQVzJB5ZWts/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2023.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de Saúde Pública. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 3 ago. 2023.

DA MATTA, Roberto da. O ofício de etnólogo, ou como ter anthropological blues. **Boletim do Museu Nacional: Antropologia**, n. 27, maio, 1978. p. 1-12. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/936>. Acesso em: 10 ago. 2024.

DUARTE, L. R.; CAMARGO, L. de C.; SOARES, N. T. Violência no trabalho de profissionais de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. l.], v. 48, p. e13, nov. 2023.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

FABRI, Natalia Violim; MARTINS, Júlia Trevisan; GALDINO, Maria José Quina; RIBEIRO, Renata Perfeito; MOREIRA, Aline Aparecida Oliveira. Violência laboral e qualidade de vida profissional entre Enfermeiros da Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, [S. l.], v. 35, eAPE0362345, maio, 2022.

FARMER, P. E.; NIZEYE, B.; STULAC, S.; KESHAVJEE, S. Structural violence and clinical medicine. **PLoS Med.**, v. 3, n. 10, p. e449. Oct. 2006. Doi: 10.1371/journal.pmed.0030449. PMID: 17076568; PMCID: PMC1621099

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**, Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FERREIRA, C. M.; DA SILVA, M. R. F.; PESSOA, V. M.; NUTO, S. D. A. S. As estratégias de sobrevivência à violência utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, 2021. Disponível em: https://media.proquest.com/media/hms/PFT/1/f9IMQ?_s=Yc%2F6GYG2L1jHp6mQ13CTOEVO6xU%3D. Acesso em: 3 out. 2024.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo Assistencial em Saúde: conceitos e desafios para a Atenção Básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 ago. 2023.

FISEKOVIC, M. B. *et al.* Does Workplace Violence Exist in Primary Health Care? Evidence from Serbia. **The European Journal of Public Health**, [S. l.], v. 25, n. 4, Aug. 2015.

FLÓRIDO, Helena G. *et al.* Gerenciamento das situações de violência no trabalho na Estratégia Saúde da Família pelo Enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20180432, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0432>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zr6vqrpKszwqG5yLNWBGcxg/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio, 2024.

FRAGA, P.; DELGADO, L. Mortes que se acumulam: homicídios, perfis das vítimas e Políticas Públicas em Juiz de Fora. **Revista de Política Públicas da UFMA**, Maranhão, v. 24, p. 422-441, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v24n1p422-441>. Acesso em: 5 maio, 2023.

FREDRICH, V. C. R. *et al.* Percepção de racismo vivenciado por estudantes negros em Cursos de Medicina no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e210677, jul. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqclYxFDf8Y6ktM4Gs3G/>. Acesso em: 3 ago. 2023.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543-2556. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 4 ago. 2023. Suplemento 1.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/#>. Acesso em: 1 ago. 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M. ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc Saúde Colet**, [S. l.], v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-61, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>. Acesso em: 2 maio, 2023.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 223-244, out. 1984.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

HORTA, T. A. (org.). **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde: Projeto de Implantação**. Juiz de Fora: PJF, 2014. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf. Acesso em: 15 maio, 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2021.html>. Acesso em: 24 mar. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 24 mar. 2024.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2019**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 4 out. 2024.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2021**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2021>. Acesso em: 4 out. 2024.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2024**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf>. Acesso em: 4 out. 2024.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da Saúde na Atenção Primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 29, n. 3, p. 362-366, set. 2008.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2023.

LEMOS, Andrea Nazaré Rezende. **Dimensões da violência armada no cotidiano do cuidado da Atenção Primária à Saúde**. 2021. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, G. K. M. de; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. de A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos Profissionais da Atenção Primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 774-789, jul. 2020.

MACHADO, C. B. **A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da Saúde da Família**. 2015. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1677>. Acesso em: 2 out. 2024.

MAIA, Ludmila Grego *et al.* A qualidade de serviços de Atenção Primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200014>. ISSN 1980-5497. Acesso em: 26 set. 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4069-4086, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sVhCTzxtpTn8frtTHTDyNLS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio, 2023.

MARTINS, H. H. T. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio, 2004.

MARANHÃO, R. R. *et al.* Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de Médicos de Família e Comunidade? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190640, set. 2020.

MARICATO, Ermínia. Urbanismo na periferia do mundo globalizado. Metrôpoles brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n. 4, p. 21-33, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/fZCnFGwPC3Yks9tXCg4MP8B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2023.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & ensaios**, [S. l.], n. 32, p. 122-151, 2016.

MEDEIROS, P. A; SILVA, L. C.; AMARANTE, I. M. *et al.* Condições de saúde entre profissionais da Atenção Básica em Saúde do município de Santa Maria, RS. **RBCS**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/18961/15739>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MÉLLO, L. M. B. de D. E.; SANTOS, R. C. dos; ALBUQUERQUE, P. C. de. Agentes Comunitárias de Saúde e a busca pelo Ensino Superior: motivações e implicações para a profissão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 33, p. e33083, nov. 2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, L. A. da S. et al. Pain Teaching beyond technical knowledge: a reflection on soft skills for healthcare professionals. **BrJP**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 105-106, abr. 2023.

MENEZES, Maria Lúcia Pires. Juiz de Fora e a moradia popular: o Alto Santo Antônio. **Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, 2003. Disponível em: <https://www.raco.cat/index.php/ScriptaNova/article/view/63939>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MERHY, E. E. T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-123, 2003. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676242/v27-n65-setdez-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-sergio-ar_DGKxlyw.pdf. Acesso em: 3 abr. 2024.

MÉSZÁROS, Istvan. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, M. C de S. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S7-18, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>. Acesso em: 7 out. 2024.

MINAYO M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4, n. 3, p. 513-531, set. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK>. Acesso em: 3 abr. 2024.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NBbqRGwcv7R7XcZSVvKQsL/abstract/?lang=>. Acesso em: 3 abr. 2024.

MINAYO, M. C. S. Violência: um velho-novo desafio para a Atenção à Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 29, n. 1, p. 55-63, jan. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7CN4ptLymmRGFjgGW3FrCbs/?lang=pt#>. Acesso em: 4 out. 2024.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na Agenda da Saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, out. 2006. Suppl.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxmYj/>. Acesso em: 4 out. 2024.

MOL, Annemarie. **The logic of care**: health and the problem of patient choice. Londres: Routledge, 2008.

MOURA, A. B. A. P. de *et al.* Ordenamento territorial de Juiz de Fora/MG: uma análise das divisões territoriais urbanas. **Revista de Geografia**, Juiz de Fora, PPGeo, UFJF, v. 7, n. 1, p. 91-106, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/geografia/article/view/18052/9344>. Acesso em: 5 jun. 2023.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicol Soc**, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>. Acesso em: 25 nov. 2024.

NONATO, L. O. F.; PERES, A. M.; KHALAF, D. K.; SOUZA, M. A. R. de; FIGUEIREDO, K. C.; LAPIERRE, J. Estratégias de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, USP, v. 54, p. e03608, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054903608>. Acesso em: 6 jun. 2023.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. (ed.). **Impactos da Violência na Saúde** [on-line]. 4th ed. UPDAT. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, 448 p. ISBN: 978-65-5708-094-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080948>. Acesso em: 4 out. 2024.

OLIVEIRA, A. P. C. de *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.]. v. 22, n. 4, p. 1165-1180, abr. 2017.

OLIVEIRA, R. G. de *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00150120, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/>. Acesso em: 7 out. 2024.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Violência 2019**. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1SKkO_KeA40fX29ohyMHDs2EeWdH_B_TA/view. Acesso em: 4 mar. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Violência e assédio no mundo do trabalho: um guia sobre a Convenção nº. 190 e a Recomendação nº. 206. 2021**. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilica/documents/publication/wcms_832010.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde (CH). **Relatório Mundial sobre a prevenção da violência 2014**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. OMS, Genebra, 2002a. Tradução: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde; KRUG, E. G. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**, p. 380-380, 2002b. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Salud Mundial**. Genebra: OMS, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/m>. Acesso em: 7 out. 2024.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 5 fev. 2023.

PAIVA, L. F. **O município e a Segurança Pública: o processo da inserção do poder local no debate sobre a gestão da violência urbana**. 2015. 216 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1136>. Acesso em: 5 fev. 2023.

PAULA, Z. A. de. **E do Caminho Novo das Minas dos Matos Gerais emerge a “Manchester Mineira” que se transformou num “Baú de ossos”**: História de Juiz de Fora: da vanguarda de Minas Gerais à “industrialização periférica”. 2006. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Econômica, Campinas: UNICAMP. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNICAMP-30_847a2ddf12095b1cbb3fee9c2ffa7e79. Acesso em: 24 abr. 2024.

PARREIRAS, Carolina; LACERDA, Paula. "Violência - Veena Das". In: **Enciclopédia de Antropologia**, 2021. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. Disponível em: <https://ea.fflch.usp.br/conceito/violencia-veena-das> ISSN: 2676-038X. Acesso em: 4 out. 2024.

PERES, M. F.T.; RUOTTI, C. Violência urbana e saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 107, p. 65-78, out.-dez. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115114>. Acesso em: 2 ago. 2023.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gFc7r8NKLhyQcZVWPmTqnFH/#>. Acesso em: 3 out. 2024.

POLARO, S. H. I; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 935-942, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xztDwvWNWNZCNGSscYQ5c7C/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2023.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos Médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.

PNUD. **Human Development Report, 2023/2024**. Nova York: [s. n.], 2024. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/angola/publications/relatorio-do-desenvolvimento-humano-rdh-2023-2024>. Acesso em: 29 ago. 2024.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, 2011. Doi: <https://doi.org/10.4000/etnografica.1036>. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/1036>. Acesso em: 10 fev. 2022.

RELATÓRIO Anual de Gestão Juiz de Fora 2022. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/Relatorio_Anual_Gestao_2022_DigiSUS.pdf. Acesso em: 7 out. 2024.

RODRIGUES, Ellen. A “escalada da violência” em Juiz de Fora: para pensar melhor. **Passagens: Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica**, Niterói, v. 7, n. 1, p. 40-74, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5533/1984-2503-20157103>. Acesso em: 4 out. 2024.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. Atração e retenção do profissional Médico e os desafios para a Estratégia Saúde da Família. *In*: XXXIV ENCONTRO DA ANPAD. **Anais [...]** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/gpr2161.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

RÜCKERT, T. R.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; GARLET, E. R.; PEREIRA, W. A. P.; ACOSTA, A. M. Assistência em Unidades Básicas de Saúde às vítimas de violência na concepção de Enfermeiras. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 2, p. 180-186. 2008. Disponível em: <http://edueojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4997/3239>. Acesso em: 3 ago. 2023.

SALDANHA, C. R. M. Uso da Rede de Serviços de Juiz de Fora: a opinião do usuário. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p. 18-27, 2008. Doi: 10.5712/rbmfc4(13)211. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/211>. Acesso em: 3 ago. 2023.

SAMPAIO, J. F. da S.; ANDRADE, C. B. Violência armada e repercussões no cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 33, p. e33066, dez. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/g7XQ5JrW5SxFNyMCVzqvqyy/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/#>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SANTOS, S. D. dos. O fenômeno da violência escolar na visão de Hannah Arendt. Web-Revista SOCIODIALETO: Bach., Linc., Mestrado – Letras UEMS/ Campo Grande, v. 3, n. 9, p. 309-17, 2013. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p. 161-180, abr./jun. 2014.

SANTOS, Milena S.; SILVA, Juliana G.; BRANCO, July G. O. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a Atenção em Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 229-238, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/5895/pdf>. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230>. Acesso em: 23 maio, 2024.

SANTOS, Raphael S. *et al.* Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. e00139519, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139519>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VP6JvV4XgJh5ygJHTwkKVWs/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio, 2024.

SEJUSP. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. **Dados Abertos – Acesso à Informação**. Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Minas Gerais, jul. 2023. Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/2018-08-22-13-39-06/dados-abertos>. Acesso em: 29 ago. 2023.

SILVA, C. dos S. MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 452-456, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YrGTVjggJChHTcm8wzMsRLG/#ModalHowcite>. Acesso em: 4 out. 2024.

SILVA, M. E. B.; ANUCIAÇÃO, D.; TRAD, L. A. B. Violência e vulnerabilização: o cotidiano de jovens negros e negras em periferias de duas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e04402023, mar. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vZZ9nHQCn9vYtYxnzV5kYML/#>. Acesso em: 4 out. 2024.

SILVA, M. M. *et al.* “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2109-2118, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HP7Fpy7bkkJ49vzBkrS3Yfg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2023.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3393-3402, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hnVDnztXTS3PmfphFX3DQt/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 ago. 2023.

SOFIATTI, Vanesa; SALDANHA, Ricardo Pedrozo; JUNGES, José Roque. Violência armada no contexto de trabalho da Atenção Primária à Saúde: o Programa Acesso Mais Seguro. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 22, p. 17, 2024. Doi: 10.1590/1981-7746-ojs2565. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/2565>. Acesso em: 5 ago. 2024.

SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de; COSTA, Andreia Cristina Barbosa; VILELA, Sueli de Carvalho. Relações interpessoais entre enfermeiro-paciente na perspectiva da violência atual. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro, p. 648-653, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099718>. Acesso em: 4 out. 2024.

SOUZA, E. R. de; FERREIRA, A. L.; SANTOS, N. C. dos. Concepções de docentes em relação ao Manual sobre Violência Intrafamiliar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 329-338, jul. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/j6PnyCVTMpsVyXZhmMcB8bJ/?lang=pt#>. Acesso em: 28 jul. 2023.

SOUZA, Jessé. A escravidão é nosso berço. *In*: SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017a. p. 36-57.

SOUZA, Jessé. As classes sociais do Brasil moderno. *In*: SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017b. p. 73-84.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STURBELLE, I. C. S. *et al.* Violência no trabalho em Saúde da Família: estudo de métodos mistos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, p. 632-641, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YQVfYhKvRTSQKpL5VDMdZnx/?lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2023.

SCHRAMM, J. M. de A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NcL6K3C5p7dRgQfZ938WtRD/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SOARES, M. N. T.; VIEIRA, M. S.; COSTA, R. G. da. Violência estrutural e capitalismo: particularidades da sociedade. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 25, n. 3, p. 12-29, set./dez. 2019. Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/producoes/publicacoes-2018-1/violencia-estrutural-e-capitalismo-particularidades-da-sociedade-capitalista-brasileira>. Acesso em: 6 ago. 2023.

TELES, L. A. da L. **Significados da violência**: reflexões sobre as práticas escolares. 2013. 143 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12978>. Acesso em: 15 jul. 2023.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6sXhM37ZHbrmqvtBNxYfhxj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 5 maio, 2023.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, ago. 2007.

TRONTO, Joan. **Moral boundaries**: a political argument for an ethic of care. Londres: Routledge, 2009.

UNICEF. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 maio, 2024

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 9, p. 216-227, 2021. Doi: 10.18554/refacs.v9i0.4462. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4462>. Acesso em: 4 out. 2024.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n5/18.pdf>. Acesso em: 4 out. 2024.

WENCESLAU, L. D. **Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil:** um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro. 2017. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/4784>. Acesso: 2 jul. 2023.

ZALUAR, A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. **São Paulo em Perspectiva**, v. 13, n. 3, p. 3-17, jul. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/YtDsTzWVBr8g3KRP5bCy3gs/?lang=pt#>. Acesso em: 3 ago. 2023.

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado da entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

AO INICIAR A ENTREVISTA

- Proceder à assinatura do termo de consentimento (cada um/a fica com uma via assinada).

Gostaria que você me contasse um pouco sobre você, como você se apresentaria? Conte um pouco sobre sua trajetória de vida.

BLOCO 1 – PERFIL SOCIOECONÔMICO E FAMILIAR

- Quando e onde você nasceu?
- No caso de migrante, quando veio morar em Juiz de Fora? Por que veio morar aqui?
- Como se identifica em termos de cor ou raça? (IBGE: preto, pardo, branco, amarelo, indígena).
- Sobre o aspecto religioso, você segue alguma religião? Em algum momento, mudou de religião ao longo da vida? Se sim, por quê?
- Onde você mora atualmente? (região, bairro, setor. Casa? Apartamento? República?). Há quanto tempo mora neste lugar? O lugar onde mora é próprio ou alugado? Com quem você mora?
- E como é a sua casa? Você pode me contar um pouco sobre ela? Você considera que tem espaço suficiente para você e sua família? Onde você dorme? Em que espaços da casa, você e seus familiares se reúnem? Pode descrevê-la para mim (cômodos, materiais, tamanhos)?
- Caso ainda não tenha sido explicitado anteriormente: você se relaciona com alguém no momento? Como define sua situação conjugal atual? [solteiro (a), companheiro (a), casado (a), separado (a), viúvo (a), outro].

- Renda familiar:
- Atualmente, de onde provém o dinheiro para o seu sustento e das pessoas com quem você mora? Há mais de uma fonte de renda em sua família (considerando como família, neste contexto, todos que residem no mesmo domicílio)?
- Você consegue estimar a renda familiar em seu domicílio? Em torno de quantos salários mínimos? (Salário mínimo atual: R\$1.302,00).

BLOCO 2 – TRAJETÓRIA DE ESTUDO E TRABALHO

Vamos conversar um pouco sobre sua trajetória de estudos e trabalho.

Sobre estudos:

Se possui Nível Superior:

- Conte um pouco sobre sua trajetória de estudos. Você se formou em quê? Quando? Onde (instituição pública ou privada)? Quais eram as suas expectativas relacionadas a sua formação? E hoje em dia, você está satisfeito com a escolha feita? O que gostaria que fosse diferente?
- Você fez especializações? Atualmente está fazendo algum curso de aperfeiçoamento ou aprimoramento? Teria interesse em fazê-lo? Em qual área?

Se possui Nível Médio:

- Conte um pouco sobre a sua trajetória de estudos.
- Caso você tenha interrompido os estudos: com que idade você parou de estudar? Qual era a sua situação de vida na época? Quais motivos você associa à interrupção do estudo, poderia me contar?
- Caso não tenha interrompido os estudos: você fez algum Curso Técnico após terminar o Ensino Médio? Seu Ensino Médio foi científico ou de outra área?

- Atualmente, você está estudando ou faz algum curso? Qual? Estuda em faculdade pública ou particular? Se não está fazendo algum curso, pretende voltar aos estudos? Pretende buscar alguma atividade profissional, vinculada a sua formação quando terminar o curso?

Sobre trabalho:

- Antes de trabalhar nesta ESF/UBS você já trabalhou em outros locais? Quais? Conte um pouco sobre sua trajetória profissional até chegar aqui.

- Você se recorda do momento em que veio trabalhar aqui? Pode me contar como surgiu a oportunidade de trabalhar nesse contexto? O que fez com que você viesse trabalhar aqui?

- A atividade que você desenvolve atualmente na UBS possui relação com o que você gostaria de atuar? Possui relação com área(s) em que você possui especialização?

- Em relação ao futuro, quais são seus planos profissionais? Você pretende continuar atuando neste serviço? Gostaria de atuar em outra área profissional ou se manter nesta área, mas atuando em outras ESF/UBS?

BLOCO 3 – TERRITÓRIO DE TRABALHO E VIOLÊNCIA

Vamos conversar sobre as violências ouvidas e vivenciadas por você nesse território de trabalho, seus significados, suas causas e consequências.

Violência e o trabalho em equipe:

- Você poderia relatar como entende a violência? Pode me dar exemplos de situações gerais que representam atos violentos? (abordar a percepção do significado de violência e se esta está presente no dia a dia do entrevistado, segundo sua interpretação).

- Você considera a região em que trabalha violenta? Se sim, qual a sua percepção sobre estas violências, presentes no território em que trabalha, sobre suas causas e consequências? Caso não considere essa região violenta, pode me dar exemplos de localidades do município que sejam violentas? Por que você considera esses locais violentos? Pode me dar exemplos?
- Neste território, você, pessoalmente, já vivenciou ou presenciou alguma situação que considere como exemplo de violência? (explorar os exemplos dessas situações). Se sim, como reagiu frente a essas situações? Considera que adota ou já adotou hábitos, modos de se relacionar ou conviver com essas situações?
- Em relação aos reflexos das violências vividas no território sobre os processos de trabalho aqui na UBS: você acha que há alguma repercussão? Se sim, como percebe essas repercussões? (explorar ações que, porventura, o entrevistado possa ter assumido frente às situações de violência, ou ainda, como a equipe se articula, se há alguma estratégia coletiva para lidar com as situações de violência que, porventura, possam afetar o trabalho na APS).
- Sobre as possibilidades de intervenções relacionadas à prevenção e combate à violência, o que você pensa que pode ser feito para reduzir a violência neste local? Vocês, enquanto equipes, já buscaram desenvolver ações e projetos no sentido de prevenir e combater a violência presente nos territórios e, por vezes, dentro das UBSs? Teve notícias de ações desenvolvidas pela coordenação de Atenção Primária à Saúde da PJJ durante o tempo em que trabalha nesta UBS?

Violência e individualidade:

- Como você se sentiu em situações nas quais esteve exposto ou vivenciou a violência no seu cotidiano de trabalho? Você já sentiu algum tipo de repercussão, física ou psicológica, que associe a tais situações? Conte-me mais sobre isso. (explorar se o entrevistado já apresentou medo/desejo de afastamento das atividades laborais, diagnósticos relacionados a transtornos mentais).
- Você já dividiu suas impressões com algum colega de trabalho ou com a gestão municipal? Se sim, como se sentiu ao dividir suas impressões? Se não, pode me explicar o porquê?

- Fazendo um balanço hoje da sua trajetória profissional e sua atuação nesta comunidade: o que você diria sobre sua vivência até aqui? Pretende continuar atuando neste contexto?

BLOCO 4 – ENCERRAMENTO

- Acréscimos que gostaria de fazer e que não perguntamos.
- Perguntar sobre o que achou da entrevista.

APÊNDICE B – Diário de Campo

RELATO DE CAMPO Nº

I - Identificação da pesquisadora
Pesquisador/a: THAÍS TRIFILIO NOCERA
Cidade/Estado: JUIZ DE FORA/MG
Data da entrevista:
Local da entrevista:
Duração:

II - Identificação do/a entrevistado/a

II.a) Áudio da entrevista *(especificar o nome do arquivo):*

II.b) Entrevistado/a

Idade:

Naturalidade:

Raça/cor:

Gênero:

Local de moradia:

Escolaridade:

Atuação profissional:

III – Relato

(descrição detalhada de onde e como abordou o/a entrevistado/a; como foi a negociação da entrevista; como foi a realização da entrevista – facilidades, dificuldades, percepções gerais sobre a interação e pontos de destaque)

IV – Pontos para aprofundamento

V – Indicações para a pesquisa

(pessoas a serem entrevistadas, referências para busca de entrevistados/as etc.)

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.”** O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância da compreensão das repercussões da violência urbana, vivenciadas no ambiente de trabalho, na saúde dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e nas ações de cuidado em saúde que esses realizam e assim contribuir na criação de estratégias que permitam o enfrentamento dos problemas ocasionados pela violência.

Caso você concorde, irá participar de uma entrevista presencial, semi-estruturada, com perguntas gerais sobre você, seu perfil sócio-econômico e familiar, sua trajetória acadêmica e profissional, e sobre as repercussões da violência nas ações de trabalho e na sua saúde. A entrevista será realizada individualmente.

A pesquisa é importante pois poderá auxiliar no direcionamento de ações e estratégias em territórios de vulnerabilidade social, favorecendo a redução de danos causados pela violência urbana e contribuindo para a garantia da oferta de cuidados em saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são classificados como mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar e responder perguntas e enquetes. Contudo, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o sigilo em relação às suas respostas é garantido, e estas serão tidas como confidenciais, utilizadas para fins científicos. Sua identificação nominal será preservada, a fim de garantir seu anonimato. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso a entrevista traga algum incômodo ou desconforto, o pesquisador está apto a te auxiliar. O pesquisador está capacitado para minimizar riscos e possíveis situações estressoras. A atividade que será realizada foi programada de modo a garantir um ambiente acolhedor, respeitando seus valores, crenças, cultura e privacidade. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa da atividade realizada com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização.

Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Além disso, você estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança no seu ambiente de trabalho.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2024

Documento assinado digitalmente

gov.br
DANIELLE TELES DA CRUZ
 Data: 08/03/2024 08:30:12 -0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Campus Universitário da UFJF - Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES)

CEP: 36036-900. Fone: (32) 99950-5112 ou (32) 2102-3830. E-mail: thaisnocera@gmail.com

Rubrica do participante de pesquisa ou

responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP: 36036-900. Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Representações e práticas de profissionais de Atenção Primária à Saúde sobre a violência nos territórios no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Pesquisador: Danielle Teles da Cruz

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 69371923.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.830.544

Apresentação do Projeto:

A presente Emenda 1 versa sobre:

- 1) Alteração na técnica de coleta de dados, de grupo focal para entrevista individual;
- 2) Alterações no cronograma e por consequência no prazo de vigência;
- 3) Inclusão de pesquisador na equipe.
- 4 Apresenta TCLE.

Justificativa da Emenda: "A pesquisa em questão trata-se de um estudo qualitativo, que tem por objetivo conhecer a percepção dos profissionais que atuam nas unidades de saúde da família, em locais geograficamente reconhecidos no município de Juiz de Fora como de maior índice de violência, acerca da repercussão da violência urbana. A partir do pré-teste realizado foi possível observar a necessidade de alteração da estratégia de coleta de dados. A pretensão inicial era a realização de grupos focais, contudo será necessário lançar mão de entrevistas individuais. Essa mudança será necessária em decorrência de alguns fatores: (i) alta demanda impelida aos profissionais de saúde dessas regiões que são mais vulnerabilizadas; (ii) reorganização dos processos de trabalho na atenção primária promovidas pela gestão municipal, como por exemplo horário estendido do funcionamento das unidades de saúde; (iii) dificuldade de compatibilizar horário em comum entre os membros da equipe; e solicitação por parte dos gestores locais da unidade com o intuito de não interferir na oferta dos serviços. (...) serão utilizados os mesmos instrumentos de

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.830.544

coleta, mas serão aplicados individualmente. Nessa esteira, a partir da apreciação criteriosa do cenário apresentado acima foram feitas as adequações o projeto de pesquisa, que cursam com a necessidade de ALTERAÇÕES NO CRONOGRAMA E POR CONSEQUÊNCIA NO PRAZO DE VIGÊNCIA. Além disso, a prorrogação do prazo de vigência e A INCORPORAÇÃO DE NOVO MEMBRO À EQUIPE favorecerão a continuidade e o rigor metodológico do projeto"

Objetivo da Pesquisa:

Mantido inalterado a redação dos objetivos do projeto aprovado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração a redação dos riscos e benefícios do projeto aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda ao projeto está bem estruturada e justificada, não tendo sido realizadas alterações de objetivos do estudo, mantendo no projeto a consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos previstos na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS que foram observados na aprovação inicial do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória atendem aos requisitos éticos da pesquisa com humanos.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final ao CEP/UFJF.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/09/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Telefone: (32)2102-3788

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.830.544

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2271275_E1.pdf	14/05/2024 19:11:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APENDICE_A.pdf	14/05/2024 19:10:47	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	Relatorio_parcial.pdf	14/05/2024 19:08:21	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_NOVO.pdf	02/02/2024 10:53:36	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	Emenda_CEP_.pdf	02/02/2024 10:52:36	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	APENDICE_C.pdf	02/02/2024 10:49:45	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	Cv_Jacqueline_Batista_do_Nascimento.pdf	02/02/2024 10:48:13	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	CV_Danielle_.pdf	16/06/2023 09:14:07	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	APENDICE_B.pdf	03/05/2023 23:08:53	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Outros	Anexo_1_Criterio_ABEP_2022.pdf	07/03/2023 15:25:07	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_anuencia_da_instituicao_PJF.pdf	07/03/2023 15:20:26	Thaís Trifílio Nocera	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_versao_final.pdf	07/03/2023 15:18:23	Thaís Trifílio Nocera	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 16 de Maio de 2024

Assinado por:

**Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@uff.br