

# A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E OS USUÁRIOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA<sup>1</sup>

## VIOLENCE AND BOND BETWEEN COMMUNITY HEALTH WORKERS AND PATIENTS IN A PRIMARY CARE SERVICE

Juliana Feliciano de Almeida<sup>1</sup>  
Maria Fernanda Tourinho Peres<sup>\*\*</sup>  
Thais Fonseca Lima<sup>\*\*\*</sup>

**Resumo:** A Estratégia Saúde da Família incorporou como elemento fundamental para a reorganização do modelo de atenção o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que ao atuar no território contribui no processo de ampliação do olhar em saúde, trazendo à luz situações familiares e sociais complexas que perpassam o cotidiano, entre elas, a violência comunitária. Para enfrentar as novas demandas em saúde, esse profissional se utiliza de novas tecnologias, destacando-se o vínculo como uma ferramenta importante para nortear e viabilizar as ações. O estudo visou compreender as representações dos ACS sobre o território específico de atuação e a construção de vínculos com os usuários. Para cumprir com tal objetivo, realizou-se uma pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com 12 ACS de uma unidade de saúde da família. Os ACS consideram seu território violento, marcado pela presença do tráfico de drogas, de assaltos e bailes funk. Os ACS acreditam que o vínculo é uma experiência afetiva e terapêutica, que tem como características: confidencialidade; confiança; e credibilidade. Os resultados indicam que o trabalho do ACS é mediado, sobretudo, por competências relacionais e que a violência comunitária é um fenômeno capaz de repercutir na criação de vínculos.

**Palavras-chave:** agentes comunitários de Saúde; vínculos; território; violência; atenção primária.

**Abstract:** The primary health care in Brazil, mainly Community health workers (CHW) act in a specific area and work daily with complex family and social situations, between them, the community violence. To face the new health demands are needed new working technologies and the bond have been a tool for guide the CHW work. The study aim to understand the CHW's representations about the relationship of the working area and building bonds with the patients. To get the objective was made a qualitative research with semi-structured interviews with 12 CHW from a primary health care. The CHW belief that their territory is violent, especially because of the drug trafficking, assaults and funk parties. The CHW understand the bond as a good experience, affective and therapeutic with these characteristics: confidentiality, trust, caution and credibility. The results show that the work of the CHW is influenced by the relational

<sup>1</sup> Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, USP. Bolsista FAPESP.

<sup>\*\*</sup> Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina, USP.

<sup>\*\*\*</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professora Doutora da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, USP.

competencies constructed in the area, and the community violence is a phenomenon that affects the creation of bonds.

**Key words:** community health workers; bonds; community; violence; primary care.

## **Introdução**

O fortalecimento da rede de atenção primária à saúde no Brasil tem sido uma das estratégias mais importantes adotadas pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) com o intuito de promover mudanças nas concepções e práticas em saúde, até então muito direcionadas a intervenções curativistas e hospitalocêntricas (BRASIL, 1997). Nesse contexto, o planejamento e o desenvolvimento de ações em torno da Estratégia Saúde da Família (ESF) se estabeleceram como objetivos centrais na reorganização do modelo assistencial. Um dos pilares que estruturam essa transformação se refere à potencialidade de alcançar a integralidade e a continuidade dos cuidados em saúde por meio da territorialização da assistência (CONASS, 2007), o que pressupõe uma maior proximidade e acompanhamento dos profissionais que integram a ESF com as diferentes realidades sociais e problemas de saúde enfrentados pelas populações nas comunidades.

As equipes básicas de saúde da família são multidisciplinares, formadas por auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos generalistas e agentes comunitários de saúde (ACS). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os agentes comunitários devem estar habilitados, em linhas gerais, a trabalharem com adscrição das famílias em uma microárea previamente definida; realizar o cadastro desta população e manter a base de informações atualizadas, estabelecer contato permanente com as famílias, incluindo estratégias como visitas domiciliares e o desenvolvimento de ações educativas com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças; atividades de orientação quanto à utilização dos serviços disponíveis, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população, bem como ações integradas junto aos outros serviços encontrados no território (BRASIL, 2012).

A inclusão desse novo profissional nas equipes de saúde e suas habilidades técnicas e individuais trouxeram para dentro dos serviços de

atenção primária muitas demandas sociais presentes nos territórios, entre elas a violência comunitária, que permeia tanto o cotidiano das famílias quanto o processo de trabalho dos profissionais da ESF (VELLOSO et al., 2005; LANCMAN et al., 2009; VELLOSO et al., 2011).

A violência comunitária se caracteriza como um fenômeno que envolve uma dimensão interpessoal entre duas ou mais pessoas que se conhecem ou não, fora do ambiente doméstico (KRUG et al., 2002), apresentada pela literatura internacional e nacional como um fator de risco para os profissionais de saúde, principalmente aqueles que exercem atividades em meio aberto junto à comunidade (SCHULTE et al., 1998; NOLAN et al., 2001; BUSSING e HOGE, 2004; LANCMAN et al., 2009). Os ACS têm sido apontados, nesse sentido, como uma categoria particularmente exposta, principalmente pela característica do seu trabalho (BORTOLOCI e CONTRERA, 2006; SILVA, 2015), uma vez que atuam na ponta dos serviços, estabelecendo uma relação direta com a população, através da mediação da linguagem técnica própria do campo da saúde com os saberes e experiências locais, na conciliação de diferentes demandas apresentadas (LIPSKY, 2007; LOTTA, 2012; CARLI et al., 2014). As suas competências profissionais devem englobar, portanto, além dos conhecimentos técnicos específicos com relação aos processos saúde e adoecimento, habilidades relacionais, comunicativas e afetivas, a partir da criação de vínculos (AYRES, 2004; TEIXEIRA, 2005; CARLI et al., 2014).

Como salientam Carvalho et al. (2008), os vínculos criados resultam das experiências concretas, mediados por contextos específicos, sendo caracterizados como uma dimensão processual na qual existe um investimento afetivo diferenciado dos sujeitos que estabelecem uma relação. As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e de Humanização têm explicitado em seus documentos a importância de ser incorporado, no âmbito dos serviços da atenção primária, o vínculo como um importante princípio norteador, com o intuito de intermediar e aprofundar as relações de corresponsabilização das ações em saúde entre profissionais, usuários e os serviços (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012) e garantir uma melhor qualidade na assistência (CAMPOS, 2004). Ainda é preconizado que nessa relação terapêutica, a qualidade da

escuta e dos diálogos passa a assumir um papel privilegiado na articulação com aspectos mais técnicos da atenção, objetivando-se construir entre profissionais e usuários respostas compartilhadas, negociadas e compatíveis às necessidades singulares, abrindo caminhos para o fortalecimento da dimensão terapêutica ancorada nos atributos de confiança e vínculo.

O presente estudo visa apresentar e discutir as representações sociais dos ACS acerca do território onde atuam, marcado, segundo a ótica desses, pela presença da violência comunitária e a construção de vínculos com os usuários, enfatizando-se os significados que emergem nessas interações e as habilidades que mobilizam nesse contexto para viabilizar o trabalho.

## **Metodologia**

O estudo realizado é de natureza qualitativa, no qual se buscou analisar as representações sociais dos agentes comunitários de saúde que trabalham em um distrito administrativo no município de São Paulo. Por representações, entende-se “*visões de mundo*”, isto é, o modo como são percebidos e explicados os fenômenos sociais (PORTO, 2010), e por “*repercussões*”, o modo como esses são introjetados e valorizados na dimensão subjetiva do trabalho, ou seja, a maneira como cada profissional reelabora essas questões em termos de suas expectativas individuais, de atuação e desenvolvimento profissional (SCHRAIBER, 1991).

A coleta de dados foi feita entre fevereiro e julho de 2014, sendo entrevistados 12 ACS de uma mesma unidade de saúde da família. Com relação à coleta de informações, recorreremos à utilização da técnica de entrevista semiestruturada (TRIVINOS, 1987; MANZINI, 2012), seguindo um roteiro previamente elaborado com perguntas abertas, ajustadas ao tema de interesse das pesquisadoras. As perguntas foram organizadas em torno de três eixos: 1) informações gerais sobre o entrevistado; 2) representações sobre a violência no território; 3) construção de vínculos com as famílias e os usuários.

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde –

CEP/SMS, que analisaram e emitiram os pareceres: n. 190/13, de 29/05/2013 e n. 40/13, de 16/12/2013, respectivamente. Obedecendo a essas normas, os nomes citados no estudo são fictícios como forma de garantir o anonimato e a segurança dos entrevistados.

## **Resultados**

Ao todo foram entrevistados 12 ACS, sendo 11 mulheres e um homem com idades que variaram entre 23 e 56 anos. Com exceção de dois ACS com graduação completa e outro que está concluindo, os demais possuíam ensino médio completo. Em relação ao tempo de trabalho, os mais novos na profissão atuavam há dois anos e os mais antigos, 14 anos.

## **Representações da violência no território**

Nas falas dos ACS se evidenciou que esses associaram a violência no território principalmente à difusão do tráfico e do uso de drogas, assaltos, furtos e à presença de bailes funks.

O tráfico e o consumo de drogas se apresentaram, segundo a perspectiva de todos os ACS, como um dos principais problemas em toda a região do distrito, que atinge e influencia principalmente a faixa etária mais jovem da população. Foi ainda mencionada a atuação de grupos que organizam e gerenciam o tráfico na área de adscrição da ESF, não estando centralizada essa atividade nas mãos de um único líder ou de uma facção específica no controle dos negócios, embora tenham surgido referências à presença do Primeiro Comando da Capital Paulista (PCC).

Ademais, as escolas públicas no entorno da unidade básica de saúde são consideradas pelos profissionais os principais pontos de comercialização e de consumo das drogas:

(...) A escola é bem próxima daqui das ruas onde eu faço, onde eu resido, também por conta da escola é uma forma deles se aproveitarem **[traficantes]**, né, eles fazem a festa com as crianças na escola. Às vezes quando eu desço para almoçar, eu vejo as crianças, os menininhos usando droga, fumando, aí você vai falar o quê? (...) Hoje ali tá terrível, a escola ali já foi boa, já teve uma época que os traficantes respeitavam né, a área, hoje já não tem mais isso, eles aproveitam essas crianças da escola para eles fazem, eles falam

aviãozinho, né, eles aproveitam essas crianças e você vê na luz do dia como se fosse uma coisa normal (ACS Paula, atua há 2 anos).

As falas indicaram também a existência de assaltos e furtos no território, envolvendo a participação de usuários conhecidos pelos ACS, situação que gera sentimento de ameaça para o profissional que atua na comunidade e que afeta o próprio serviço de saúde, que foi alvo de um furto de medicamentos controlados:

(...) Assalto que a gente tem também paciente que assalta lá na rua, sim ele é bandido assalta o pessoal na rua de casa, então a gente corre risco o tempo inteiro. Igual na quarta feira eu tava vindo para cá era 06:55, o açougue da minha tia tinha acabado de ser assaltado (...) o meu tio que atirou nos bandidos, eles levaram a moto dele (ACS Cida, atua há 5 anos).

(...) O que a gente vê mais sobre isso é assalto, né, aqui na região tem muito assalto de residência também, inclusive, eu não sei se você ficou sabendo que o posto foi assaltado. Olha, segundo eu fiquei sabendo são pessoas que vem de fora assaltar aqui e os daqui vai assaltar fora (ACS Célia, atua há 14 anos).

Outro aspecto que chamou a atenção em muitas entrevistas se refere à ligação que os ACS fazem entre a presença de bailes funks e a violência no território. Para eles, essas festas trazem repercussões negativas no âmbito das sociabilidades juvenis, aproximando os jovens de experiências com o “mundo do crime” (FELTRAN, 2008), ou seja, de atividades ilícitas e ilegais, como assaltos e furtos, tráfico e o consumo de drogas:

Lógico que é, e como é. Esse é um problemão muito grande. Por exemplo, aqui a gente tem o funk, o famoso funk que tá liberado, liberado eu acho até às 22:00, só que ele vai até as 04:00, 05:00 horas da manhã e no funk só gera álcool, droga, prostituição, roubo de moto, roubo de carro, então gera muito isso no decorrer da festa (ACS Diva, atua há 11 anos).

(...) Assim os pancadões nos fins de semana, sexta, sábado e domingo, sempre tem um ponto fixo e acaba rolando muito movimento de droga, sexo explícito, e muita molecada nova lá no meio. Eu mesma já vi o pessoal fazendo o pancadão e os menininhos de 8, 9 anos com garrafa de vinho, vodka, pinga, bêbados, passando com cigarro de maconha, narguilé que o pessoal batiza, coloca cocaína, crack, maconha para poder baforar (...) (ACS Marta, atua há 9 anos).

(...) Tem garoto de 11 anos na minha área que já usa droga, já rouba, então cada dia mais cedo eles estão entrando no mundo do crime. As crianças eles ficam lá para vender droga também. Eles estão

começando cada vez mais cedo. O que tá influenciando muito essas crianças no uso de drogas é o baile funk, entendeu? Você vê crianças pequenas assim, com 5, 6 anos já em baile funk (ACS Dena, atua há 14 anos).

Como se pode atentar nas falas, os bailes funks, a venda, o consumo de drogas, sexo explícito e roubos, conforme elencados, são fenômenos que, apesar de possuírem empiricamente características e motivações muito distintas, expressam-se de modo sobreposto no conjunto das representações elaboradas. Em outras palavras, surgem como parte de um mesmo processo, e o funk, nesse caso, como uma categoria que parece agregar problemas conectados a um conjunto de desvios morais que não necessariamente estão atrelados a práticas criminosas, mas que não deixam de ser criminalizadas no campo das interações cotidianas.

Ao discorrer sobre a emergência dos bailes funks no Rio de Janeiro na década de 1990, Vianna destacou (2006) que essa manifestação musical e cultural, preferida entre os moradores mais jovens das favelas, passou a ser representada pelo discurso midiático, associada à violência e à criminalidade, contribuindo para o processo de estigmatização juvenil das classes sociais mais baixas no âmbito da esfera do debate público e das agências estatais.

Contudo, de acordo com Minayo (2006), a definição e caracterização de um ato como violento ou não violento muda de sociedade para sociedade, constituindo-se como uma noção que é culturalmente moldada pelas influências do contexto social, político, jurídico e econômico, onde estão inseridos os indivíduos. A atribuição de diferentes significados está sempre atravessada por um campo de disputas entre segmentos sociais com distintos interesses que tentam – a depender dos seus recursos materiais e simbólicos, com menor ou maior sucesso – estabelecer/qualificar como legítimo e verdadeiro na arena pública a sua compreensão acerca do fenômeno (BOURDIEU, 1992).

### **A construção de vínculos**

Para a maior parte dos entrevistados, os vínculos se relacionam com experiências afetivas e terapêuticas, ou seja, estão atrelados ao envolvimento e comprometimento do profissional com o seu trabalho e também com o usuário, demonstrando por este respeito e interesse em compreender seus valores e expectativas de vida (AYRES, 2004; TEIXEIRA, 2005; CAMARGO JUNIOR et al., 2006). A fala de uma ACS ressaltou, nessa perspectiva, a importância do profissional tentar se aproximar e conhecer as diferentes alteridades, fugindo de um padrão de interações formatado por uma noção essencialista dos sujeitos no campo da saúde (TEIXEIRA, 2005):

(...) O ACS só consegue trabalhar com a comunidade em geral se ele consegue se identificar com o outro. É se colocar no lugar do outro, não adianta você querer levar os seus valores, seus princípios, sua moral, porque isso é seu para a sua casa, aqui nesse serviço você tem que lidar com a realidade do outro (...) (ACS Marta, atua há 9 anos).

Os vínculos ainda compreendem um processo de ressignificação das relações e dos sujeitos (AYRES, 2006; CAMARGO JUNIOR, 2006) que envolve os ACS e os usuários, os quais passam a se sentir identificados com um profissional, reconhecendo nele, conforme mencionado em uma parte das entrevistas, um amigo:

Mas assim eles criaram um vínculo tão grande, tão grande que eles vê a gente não como um agente comunitária, mas como uma pessoa que tá ali para cuidar deles, que ajuda (ACS Dena, atua há 14 anos).

Então tem coisas, por exemplo, o paciente fala para mim que o médico não sabe porque ele fala "não vou contar para o médico porque eu tenho você como uma amiga, eu estou te falando não porque você é a minha ACS, mas porque eu te considero um amigo. Então, é mesmo você chegando com cuidado, você chegando com carinho, você demonstrando para o paciente a sua preocupação, entendeu? Isso você cria um vínculo muito grande (ACS Lia, atua há 7 anos).

Esse reconhecimento afetivo, construído por meio da relação terapêutica, tem potencial de se concretizar normativamente (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012) em termos de mobilização de técnicas e habilidades mais específicas na produção da saúde, respaldando-se nessa qualidade de o ACS



ser visto como uma pessoa de confiança para o usuário. São dessas experiências concretas e particulares que resulta o vínculo, entendido, antes de tudo, como uma experiência afetiva que tem como base a confiança (TEIXEIRA, 2005; CARVALHO et al., 2006; CARVALHO et al., 2008), abrindo possibilidades para o compartilhamento e negociação de respostas às necessidades de saúde de modo não burocratizado e impessoal (MERHY,1994).

A construção da confiança, além disso, está relacionada com essa dupla inserção dos ACS, como trabalhadores e, sobretudo, moradores que conhecem e que convivem com a realidade do território. Nas falas de alguns ACS esse critério influencia o estabelecimento de um elo de vinculação com os usuários, que passam a aceitar e confiar nos profissionais que possuem essa credencial, diferenciando-os daqueles que atuam, mas não moram no território ou que estão há pouco tempo na profissão:

(...) O ACS é a ponte aqui dentro, em todas as UBS, o ACS é a ponte, é o vínculo que o gerente não tem, que o medico não tem, que o enfermeiro não tem, que o auxiliar não tem. Nós somos essa ponte (ACS Lia, atua há 7 anos).

Esse trabalho não existiria se não fosse o ACS ser do território, né, fazendo com que eles já conhecem “ah, a vizinha mora ali e tal e nada vai acontecer, não vai trazer prejuízo nenhum para eles”. A gente consegue ter credibilidade com eles pelo fato de ser morador do território (ACS Marta, atua há 9 anos).

(...) Eu acho que é porque eu moro no bairro há muito tempo e conheço muita gente, então eu tenho uma segurança que eles não vão fazer mal para mim porque eu não estou fazendo para eles. A malandragem mais velha tem assim uma certa consideração pelo ACS e por mim também, porque como eu moro há muitos anos... Elas **[as ACS mais novas]** já têm esse certo medo porque são pessoas que não nasceram aqui, que moram aqui mas que não tiveram ligação com a comunidade, como eu já moro aqui há 40 anos eu tive ligação em tudo o quanto é lado, todo o trabalho que as minhas amigas fazem hoje eu já fiz o trabalho delas, tudo quanto é lado que elas entram no trabalho delas, eu já fui (ACS Diva, atua há 11 anos).

Outra particularidade apontada pelos ACS diz respeito à confidencialidade das informações que possuem a respeito do usuário e de tudo que é conversado nesses contatos. Saber reter uma informação é uma estratégia importante que respalda o trabalho e dá credibilidade ao profissional.

O ACS Fábio diz que aprendeu com a sua experiência que nem tudo o que vê na rua ou dentro da casa de um usuário pode ser mencionado, nem mesmo para a equipe de trabalho. Além disso, precisa fazer-se de “bobo” para não se deixar levar por determinadas circunstâncias aparentemente banais, quando, por exemplo, circula pelo território e alguma usuária pergunta: “você viu o meu filho?”, “sabe onde ele está?”. Para o ACS, são situações típicas, para as quais a atenção deve ser redobrada a fim de não ultrapassar os limites esperados das suas atribuições. Nessas relações vinculares se expressam, portanto, conteúdos de caráter político, pois exigem dos profissionais posicionamentos práticos que devem ser tomados diante das mais variadas circunstâncias no contexto de trabalho junto à população.

### **Interfaces entre o vínculo e a violência**

Os vínculos criados entre os ACS e os usuários são flexíveis e não estão predeterminados, podendo assumir diferentes significados nos contatos mantidos. Para alguns ACS, a inscrição oficial como um trabalhador da UBS possibilitou um alargamento das suas fronteiras relacionais para além daquelas provenientes do campo profissional. Para outros, essa inscrição oficial não foi suficiente para se criar a vinculação afetiva e/ ou normativa com os usuários.

De um modo geral, a legitimidade, a credibilidade e a confiança que o ACS adquire estão atreladas às suas experiências de ser um morador do bairro, bem como às suas habilidades individuais, comunicativas, e aos vínculos relacionais – não normativos – já existentes com os moradores, incluindo aqueles envolvidos em atividades ilícitas. Contudo, cabe ressaltar que, apesar de ser mencionada a importância desses atributos, a relação entre os ACS e os usuários também é permeada por ambiguidades, sendo revelado em situações específicas o receio que o profissional tem de sofrer retaliações:

Então eu acho assim... e a questão também da violência porque se você não tem um... eu diria amizade não sei a palavra... sim, um contato com os usuários, (...) a gente fica meio assim de dar informações, de falar onde que tem um ponto de uso de drogas porque uma vez fizeram para a gente pontuar mesmo na rua, no número tal tem um ponto de droga. Como você fala isso, como que chegou essa informação sendo que só você passa por ali, então, essas questões que a gente fica meio assim de violência mesmo na

área que eu tenho medo é isso, certas coisas... que tem a questão ética de não falar (ACS Fábio, atua há 2 anos).

(...) Se o cara tiver que falar alguma coisa para mim ele vai vir falar, se ele tiver que vir me ameaçar ele vai me ameaçar, independente de eu ser vizinha, que eu cresci junto, que eu sou agente de saúde, não tem essa “não, eu respeito ela”, não tem nada, não respeita senhora de idade vai respeitar a agente de saúde? O bom é assim que você conhece a pessoa há anos, mas é lógico que você não vai confiar de jeito nenhum, não confio muito não (ACS Célia, atua há 14 anos).

De modo particular, as falas evidenciam os vínculos entre os ACS e os usuários construídos nesse contexto marcado pela existência de códigos e valores sociais distintos e concorrentes, isto é, campos de força em disputa que regulam a vida cotidiana no território onde atuam (FELTRAN, 2008; TELLES e HIRATA, 2010). Nesse cenário, mesmo aqueles que nunca tiveram relação direta com as atividades ilícitas não podem deixar de fazer referência ou ser influenciados diretamente ou indiretamente por essas.

A vinculação que existe entre os ACS e determinados usuários indica que os ordenamentos informais, por vezes, ilegais e violentos, são elementos também constituintes das dinâmicas do território, não podendo ser negligenciada essa questão no contexto de trabalho. Os profissionais acabam, portanto, circulando diariamente no interior dessas dinâmicas, sem que isso implique adesão e comprometimento. O trânsito/percurso diário que os ACS realizam exprime a tentativa de ser negociado e produzido um serviço de saúde no território de abrangência, ainda que existam certos limites. Esse aspecto se revelou como um condicionante do trabalho, conforme exemplificado na afirmativa da maior parte dos ACS: “eu sei o limite, eu sei até onde eu posso chegar, dali pra lá eu sei que eu não posso então eu não vou, entendeu?” (ACS Dena, atua há 14 anos).

As tentativas dos profissionais de negociar a produção do serviço de saúde no território expressam, contudo, para além dos constrangimentos existentes, uma via de acesso a uma parte da população geralmente refratária e de difícil abordagem com relação ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde:

Enquanto eu tiver naquele miolinho que é um lugarzinho pequeno, enquanto eu tô ali, eles procuram não usar as drogas que eles tavam usando, muitos deles até se dispersam, saem, vão fazer outras coisa, voltam, mas eu vejo que eles respeitam muito o meu trabalho (...). São mais os DSTs (**doenças sexualmente transmissíveis**), entendeu, aí vem perguntar, tem dúvida, tem queixas e eu oriento tá procurando o posto, né, se tiver casos de suspeita sintomáticos de TB [**tuberculose**] mesmo que eles não morem na área, que tem uns que mora no Vale Alto, eu peço BK [**exame**] para eles e falo se eles quiserem fazer um tratamento eles podem fazer em qualquer posto de saúde, né. Tanto é que um teve tuberculose e ele tratou aqui pelo posto e ele é de outra área, mas ele tratou (...) (ACS Elis, atua há 9 anos).

Eles sabem que a gente tá ali para prestar um serviço com relação à saúde e nada mais, porque o que se trata de outro setor é segurança pública, não é a gente, a gente se atém ao nosso trabalho que é de saúde pública, então a gente chega lá e fala: “Olha, estou aqui para isso” (ACS Marta, atua há 9 anos).

### **Considerações finais**

As questões apresentadas até aqui indicam que a violência no território a partir dos significados atribuídos pelos ACS é um fenômeno que permeia a construção dos vínculos entre os trabalhadores e os usuários. É a conformação desses vínculos nos ajuda a compreender as possibilidades de atuação dos trabalhadores no território e, por conseguinte, da própria efetividade da política da ESF em territórios violentos.

A violência no território e as representações sociais ao seu respeito se apresentam, portanto, como categorias coprodutoras de vínculos no seu sentido mais amplo, na medida em que interliga e vincula os sujeitos a determinadas experiências e os munem com representações que podem influenciá-los nas suas decisões e nas ações que são tomadas, de modo consciente ou não.

Nas falas dos ACS acerca do território, expressaram-se representações da violência que repercutem na criação de vínculos, definindo limites até onde é possível seguir com as ações de saúde. Ao realizar cotidianamente uma estreita aproximação com o público, os ACS precisam lançar mão de tecnologias de trabalho que comportam tanto os conhecimentos técnicos específicos acerca dos processos de saúde e adoecimento, quanto habilidades relacionais/comunicativas, passando a assumir o vínculo um importante artifício dentro de um contexto social e histórico específico. A noção de território

pressupõe, nesse sentido, não apenas um espaço delimitado por instâncias formais e administrativas, mas um lugar onde são construídas fronteiras simbólicas, sociabilidades cotidianas e identidades socioculturais (JUNGES e BARBIANI, 2013). A efetividade de determinadas ações em saúde no território estudado depende da capacidade dos ACS circularem no interior dessas sociabilidades, transitando entre diferentes códigos e esferas cotidianas locais de regulação, sejam elas formais ou informais, legais, ilegais, ilícitas e violentas (NUNES, 2002; JUNGES e BARBIANI, 2013).

De acordo com essa perspectiva, a mediação se apresenta como um importante recurso para os profissionais de saúde que atuam na ESF (TOMAZ, 2002; TOMAZ, 2002; SAKATA et al., 2007; DOWBOR, 2008), devendo ser analisada nesse e em outros contextos como uma tecnologia que viabiliza o trabalho das equipes de saúde na comunidade (LANCMAN et al., 2009). Para os ACS, reconhecer no território situações potencialmente perigosas, lançando mão da astúcia e do conhecimento prático, é uma exigência imprescindível a fim de orientar suas ações de modo prudente (DOWBOR, 2008; LANCMAN et al., 2009).

As falas dos agentes comunitários se remeteram ainda a dois núcleos de sentidos relacionados aos vínculos na ESF, um expressando uma acepção mais fluida, ligada à esfera da afetividade e o outro, a uma dimensão normativa. São dimensões que estão imbricadas e intermediadas pela prática terapêutica, caracterizada esta como uma escuta afetiva orientada por propósitos mais técnicos (AYRES, 2004; TEIXEIRA, 2005). Ademais, os vínculos se constituem como um dispositivo que está diretamente relacionado a uma noção politizada de cuidado, tanto no plano das técnicas mobilizadas, quanto na produção e ressignificação dos sujeitos e das relações construídas nesses processos. Os conteúdos políticos da técnica expressar-se-iam nos significados que esta passaria a assumir no contato entre profissionais e usuários, esperando-se a incorporação de habilidades e metodologias de trabalho não formatadas a um caráter essencialista da noção de sujeito (AYRES, 2004; TEIXEIRA, 2005).

Algumas pesquisas mostram que a violência comunitária se apresenta como um obstáculo importante para a efetivação da ESF nas grandes cidades, e descrevem seu impacto na organização e no funcionamento dos serviços, seja pela destruição do patrimônio público e pelo roubo de objetos pessoais dos trabalhadores, seja pela dificuldade de encontrar profissionais de saúde dispostos a trabalhar e se fixar nesses locais, especialmente no caso dos profissionais médicos (SANTOS JUNIOR e DIAS, 2005; NASCIMENTO e COSTA, 2009).

Para além desses problemas, o presente estudo chama a atenção para o fato de que a violência comunitária repercute na construção dos vínculos estabelecidos, afetando o cuidado que é ofertado para os usuários não apenas no nível individual, mas também nas ações coletivas de saúde, como de promoção e prevenção. Ademais, o contexto violento prejudica não apenas a organização dos serviços de saúde de atenção primária, mas todo o funcionamento do sistema de saúde, visto que esse tipo de atenção é a porta de entrada do usuário e tem como um de seus objetivos ordenar as necessidades de saúde para os outros níveis de atenção (SOUSA, 2014).

Nesse sentido, considera-se importante a realização de outros estudos em serviços de atenção primária, localizados em territórios considerados violentos, que abordem as representações sociais dos profissionais de saúde em torno desta temática e das relações que são estabelecidas entre as unidades de saúde com a sua localização geográfica e a violência presente nas comunidades, fatores estes também atrelados aos processos saúde e doença das equipes e das populações nos territórios.

Atualmente, ainda são incipientes estudos quantitativos e qualitativos que discutam as várias interfaces da violência comunitária e seu impacto no processo de trabalho dos profissionais de saúde e, por conseguinte, na qualidade da assistência que é ofertada (MORENO, 2004; VELLOSO et al., 2005; BISPO, 2011; POLARO et al., 2013). O presente estudo pretendeu contribuir com essa discussão no campo da saúde coletiva.

## **Referências bibliográficas**

- AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.
- BISPO, T. C. F. *Rompendo o silêncio: estudo de vitimização de agentes comunitários de saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA*. 2011. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as estâncias do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. Ed. Perspectiva, 1992.
- BUSSING, A.; HOGE, T. Agression and Violence against home care workers. *Journal of occupational health Psychology*, v. 9, n. 3, 2004, p. 206-209.
- CAMARGO JUNIOR, K. R.; CAMPOS, S. E. M.; TEIXEIRA, M. T. B.; MASCARENHAS, M. T. M.; MUAD, N. M.; FRANCO, T. B. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 223-241.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. D. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CARLI, R.; COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 23(3):626-632, jul.-set. 2014.
- CARVALHO, A. M. A.; BASTOS, A. C. S. B.; RABINONOVICH, E. P.; SAMPAIO, S. M. R. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, set.-dez. 2006.
- CARVALHO, A. M. A.; POLITANO, I.; FRANCO, A. L. S. Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre a diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 25(2):233-240, abr.-jun., 2008.
- CONASS, Brasília. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. 2007, v. 8. (Coleção Progestores/Para entender a gestão do SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_lprogestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_lprogestores_livro8.pdf)
- DOWBOR, T. P. *O trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – USP-SP.
- FELTRAN, G. O legítimo em disputa: as fronteiras do mundo do crime nas periferias de São Paulo. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 1, p. 93-126, 2008.
- JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioét.* (Impr.) 21(2): 207-17, 2013.
- KRUGER J.; BUTCHART A.; SEEDAT M.; GILCHRIST A. (Eds.). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G.; CASTRO, E. D.; TUACEK, T. A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 3(4):682-8, 2009.
- LIPSKY, M. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Wilson Wong, 2007.
- LOTTA, G. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, C. A. (Org.). *Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática*. Belo Horizonte: Ed. PUCMINAS, 2012.
- MANZINI, J. E. Entrevista Semi-Estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Programa de Pós-Graduação em Educação, UNESP (Marília) [sem data]. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/consagro/files/2012/03/MANZINI-José-Eduardo-Entevista-semi-estruturada-Análise-de-objetivos-e-de-roteiros.pdf>

- MERHY E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-60.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MORENO, L. C. *Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem*. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas.
- NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, Amélia (Org.). *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009, p. 67-92.
- NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse agente híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov.-dez. 2002.
- POLARO, S. H. I.; GONÇALVES L. H. T.; ALVAREZ A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito da saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 22(4): 935-42, out.-dez. 2013.
- PORTO, E. G. *A sociologia da violência: do conceito às representações Sociais*. Brasília: Editora Francis, 2010.
- SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe da saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília, 60 (6):659-64, nov.-dez. 2007.
- SANTOS JUNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. *Cadernos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 13 (3):705-722, 2005.
- SCHARAIBER, L. B. Profesión Medica: Representación, Trabajo y Cambio. *Educación Médica y salud*, 25(1):58-71, 1991.
- SCHULTE, J. M.; NOLT, B. J.; WILLIAMS, R. L.; SPINKS C. L.; HELLSTEN, J. J. Violence and Threats of violence experienced by public health field-works. *JAMA*, v. 280, n. 5, August 5, 1998.
- SILVA, A. T. C.; PERES, M. F. T.; LOPES, C. S.; SCHRAIBER, L. B.; SUSSER, E.; MENEZES, P. R. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, mar. 2015.
- SOUSA, M. F. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas SP: Saberes Editora, 2014.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):585-597, 2005.
- TELLES, V. Silva da; Hirata, D. V. Illegalismos e Jogos de Poder em São Paulo. *Tempo Social. Revista de Sociologia*, USP, v. 22, 2010.
- TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface, Comunic., Saúde, Educ.*, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.
- VELLOSO, I. S. C.; ARAÚJO, M. T.; ROCHA, A. M.; ALVES, M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *REME-Ver. Min. Enf.*, 9(4):302-308, out.-dez. 2005.
- VELLOSO, I. S. C.; ARAÚJO, M. T.; ROCHA, A. M.; ALVES, M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na Interface com a violência. *Acta Paul Enferm.*, 24(4):446-71, 2011.
- VIANA, H. *O mundo funk carioca*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1997.



## **<sup>1</sup>Nota**

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), pelo apoio.

Os resultados apresentados neste artigo fazem parte da Dissertação de Mestrado intitulada: *Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família: um estudo qualitativo*, da pesquisadora Juliana Feliciano de Almeida.

Recebido em: 07/04/2015

Aprovado para publicação em: 02/07/2015