



**Estácio**

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELISIENE PEROZINI GOULART

**VISITA DOMICILIAR PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E  
POSSIBILIDADES NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA URBANA NO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2019

ELISIENE PEROZINI GOULART

**VISITA DOMICILIAR PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E  
POSSIBILIDADES NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA URBANA NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito obrigatório para a conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Diagnóstico Local e Vigilância em Saúde da Família

Orientadora: Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Coorientadora: Katia Maria Braga Edmundo

Rio de Janeiro

2019

À memória dos meus queridos pais Sebastião do Amaral Goulart e Arlete Perozini Goulart, pelos ensinamentos e educação, verdadeiros exemplos de amor e dedicação.

## AGRADECIMENTOS

Esse trabalho foi realizado com muita dedicação e esforço. Deus esteve sempre ao meu lado acalentando meu coração nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, por estarem sempre ao meu lado e por me ajudarem sempre da melhor maneira possível, para que, hoje, eu possa realizar um sonho. Muito obrigada, família querida e que eu amo.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura, por me acolher como orientanda, por seus valiosos ensinamentos durante esta caminhada, por sua paciência, dedicação e suas palavras de incentivo. Obrigada por tudo.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Katia Maria Braga Edmundo, por ter aceitado ser minha coorientadora, por sua dedicação e ensinamentos. Muito obrigada.

Aos professores Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael e Dra. Lucia Helena Garcia Penna, por aceitarem participar da banca de avaliação e por suas valiosas e essenciais contribuições para a composição deste trabalho.

À Vivian Ferraz, por seu incentivo constante, seu apoio incondicional nos momentos difíceis. Devo grande parte deste trabalho à sua paciência e empenho em me ajudar em todos os momentos.

A todos os funcionários da Clínica da Família Dona Zica, onde atuo profissionalmente, pela força e compressão de minha ausência para os estudos.

Aos amigos que o mestrado me proporcionou, em especial, Debora Garcia, Priscila, Thiago e Louise, pela força e pelos momentos de alegria.

A todos os participantes que, com muito esforço e dedicação, contribuem para a realização deste estudo. A todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram-me a chegar até aqui. Muito obrigado!

*“A minha alma tá armada  
E apontada para a cara  
Do sossego  
Pois paz, sem voz,  
Paz, sem voz,  
Não é paz é medo”*

*(Marcelo Yuka)*

## RESUMO

A violência urbana é um sério problema de saúde pública. Somente no ano de 2018 foram registradas 6.695 mortes por letalidade violenta no município do Rio de Janeiro, impactando maciçamente no setor da saúde. Nos últimos anos, o município expandiu a ESF para territórios altamente vulneráveis. As equipes de saúde adentraram territórios onde a violência urbana está fortemente presente, possibilitando uma aproximação dos profissionais com os problemas e situações vivenciados pela população, por meio de atividades no território e da visita domiciliar. É certo que as equipes da ESF vêm enfrentando inúmeros obstáculos em seus locais de atuação e que existe certa dúvida se a visita domiciliar permanece como uma ferramenta possível para a Estratégia Saúde da Família em territórios com elevados índices de violência urbana? O objetivo desta pesquisa é compreender de que forma a violência urbana interfere nas atividades realizadas no território da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro, em áreas com elevados índices de violência urbana. Para alcance dos objetivos foi realizado um estudo de natureza qualitativa, com aplicação de entrevistas com roteiro semiestruturado, com posterior categorização e análise de conteúdo. Os resultados apontam que as atividades mais frequentes no território das equipes são as de visita domiciliar destinadas a usuários com alguma limitação de acesso à unidade, por apresentar dificuldade em deambular, estar restrito ao leito ou ao domicílio ou não conseguir ir até a unidade de saúde devido à violência presente nesses territórios. Em seguida aparece a realização de grupos de promoção à saúde, a partir de temas como hipertensão, diabetes, seguidos de IST. E, por último, as atividades em escolas e creches, sendo possível perceber o trabalho intersetorial envolvendo os setores da Educação e da Saúde. No que diz respeito à realização da VD, todos os profissionais desenvolvem essa prática, porém somente o ACS consegue cumprir com prática conforme preconizado pela Carteira de Serviços da SMS/RJ. Esse profissional que, especificamente, possui a particularidade de ser residente do território onde atua, diariamente convive com situações de violência, o que o possibilita compreender a realidade local como morador e trabalhador do território. A existência da violência no território das equipes é um forte limitador na realização da VD, além de comprometer a qualidade da assistência ao usuário, bem como a saúde da equipe.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família. Visita domiciliar. Violência Urbana.

## ABSTRACT

Urban violence is a serious problem of public health. In 2018 alone, 6,695 deaths were registered due to violent killing in the city of Rio de Janeiro, massively impacting the health sector. In the last years, the city expanded the Family Health Strategy (FHS) to territories which are currently vulnerable. The health teams walk into territories where urban violence is strongly present, enabling the professionals to approach the problems and situations experienced by the population through activities in the territory and home visits. Is it certain that the FHS teams have been facing countless obstacles in the place they actuate and that there is certain doubt about whether the home visits remain as a possible tool for the Family Health Strategy in territories with high rates of urban violence? The goal of this research is to understand the way through which urban violence interferes in the activities carried out in the territory of Family Health Strategy from Rio de Janeiro in areas with high rates of urban violence. To reach the goals, a qualitative study was performed, with the use of interviews with semi-structured script, followed by classification and analysis of the content. The results show that the most frequent activities in the territory of the teams are home visits destined to users with some limitation of access to the health unit because they show difficulty to walk around, need to be in bed or at home or because they can not go to the health unit due to the violence which is present in those territories. After that comes the creation of health promotion groups, with topics such as hypertension, diabetes, followed by STI. And finally, the activities in schools and day-care centers, where it is possible to see the intersectoral work involving the areas of Education and Health. Concerning the home visits, all the professionals carry out this practice, however, only community health agents are able to accomplish the practice according to the recommended Jobs List from the City Health Department in Rio de Janeiro [SMS/RJ]. This professional, who specifically has the particularity of being a resident of the territory where he lives in, faces daily situations of violence, which enables him to understand the local reality as a resident and worker of the territory. The existence of violence in the territory of the teams is a strong limiter in the carrying out of home visits, apart from jeopardizing the quality of the assistance to the user, as well as the health of the team.

Key words: Family Health Strategy. Home visits. Urban Violence.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Áreas de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
AISP	Áreas Integradas de Segurança Pública
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CF	Clínicas da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISP	Instituto de Segurança Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VD	Visita domiciliar



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> — Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, no ano de 2009 .....	29
<b>Figura 2</b> — Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, no ano de 2018 .....	29
<b>Figura 3</b> — Divisão do município do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas .....	31
<b>Figura 4</b> — Bairros do município do Rio de Janeiro com maior taxa de homicídio doloso em 2016 .....	45

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> — Total de mortes violentas no Brasil por ano, de 2014 a 2017 .....	37
<b>Gráfico 2</b> — Letalidade violenta no estado do Rio de Janeiro, de 2016 a 2017 .....	38
<b>Gráfico 3</b> — Série histórica da taxa de morte por intervenção de agente do Estado por 100 mil habitantes — estado do Rio de Janeiro .....	43
<b>Gráfico 4</b> — Total de casos de letalidade violenta do município do Rio de Janeiro (2016) .	45

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> — Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde .....	17
<b>Quadro 2</b> — Atribuições ou atividades domiciliares na ESF de acordo com cada categoria profissional .....	26
<b>Quadro 3</b> — Classificação do território de acordo com o Programa Acesso Mais Seguro ....	35
<b>Quadro 4</b> — Tipos de delito x número de ocorrências no município do Rio de Janeiro .....	39
<b>Quadro 5</b> — Quadro de categorias e subcategorias analisadas pelo estudo .....	48
<b>Quadro 6</b> — Síntese das atividades citadas pelos entrevistados, realizadas no território de abrangência das equipes, Rio de Janeiro, ano de 2019 .....	51

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 QUESTÃO NORTEADORA .....	15
1.2 JUSTIFICATIVA .....	15
1.3 OBJETIVO GERAL .....	16
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEITOS E PREMISSAS .....	17
<b>2.1.1 Atividades no território e espaços comunitários no âmbito da ESF .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.2 Visita domiciliar.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE</b>	
<b>JANEIRO .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.1 A Estratégia de Saúde da Família x Territórios vulneráveis .....</b>	<b>34</b>
2.3 VIOLÊNCIA URBANA: IMPACTO NO ÂMBITO DA SAÚDE .....	36
<b>2.3.1 Aspectos intersetoriais.....</b>	<b>41</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	44
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	44
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	46
3.4 INSTRUMENTOS .....	46
3.5 ASPECTOS DA LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO.....	47
3.6 ANÁLISE .....	47
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
4.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA VISÃO DOS ENTREVISTADOS:	
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO .....	49
<b>4.1.1 Ações programáticas: uma atenção focalizada na hipertensão e diabetes .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1.2 A intersetorialidade presente nos territórios: o elo forte das equipes .....</b>	<b>53</b>
4.2 ATIVIDADES NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES: O GRANDE	
DIFERENCIAL DA ESF.....	55
4.3 ASPECTOS PROGRAMÁTICOS DA VISITA DOMICILIAR .....	57
<b>4.3.1 Acesso a idosos e/ou pessoas acamadas .....</b>	<b>58</b>
<b>4.3.2 Acesso a pessoas com limitação de circulação por aspectos associados à violência</b>	
<b>urbana.....</b>	<b>58</b>
4.4 VISITA DOMICILIAR: A FERRAMENTA QUE FAZ A DIFERENÇA NA ESF? .....	59

4.5 FATORES LIMITADORES DA VD NA PERSPECTIVA DA VIOLÊNCIA URBANA	61
4.6 CENAS DO COTIDIANO DA VIOLÊNCIA NA REALIZAÇÃO DAS VDS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS A RESPEITO DA VIOLÊNCIA	63
<b>4.6.1 Incursão da polícia: quem é o inimigo?</b>	<b>63</b>
<b>4.6.2 Vi a minha morte: no meio do fogo cruzado</b>	<b>64</b>
<b>4.6.3 De onde vem o tiro? Quem é o inimigo?</b>	<b>64</b>
4.7 ESTRATÉGIA DOS PROFISSIONAIS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA URBANA EM TERRITÓRIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	66
4.8 ACESSO MAIS SEGURO	67
<b>4.8.1 Acesso Mais Seguro para quem?</b>	<b>70</b>
4.9 SEGURANÇA E INSEGURANÇA: FACES DA MESMA MOEDA	72
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A — INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE C — CARTA DE ANUÊNCIA</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE D — CARTA DE ANUÊNCIA</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE E — SOLICITAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>96</b>
<b>ARTIGO EM CONSTRUÇÃO</b>	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste estudo surgiu a partir da minha vivência profissional como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), em um território com altos índices de violência urbana no município do Rio de Janeiro.

Na inquietação de conhecer os entraves gerados pela violência urbana, algumas questões aparecem recorrentemente no meu dia a dia de trabalho como integrante da equipe de saúde da família, há mais de dez anos. Existe a percepção de que algumas atividades sofrem maior impacto frente à violência urbana, dificultando o processo de trabalho das equipes, em especial aquelas realizadas fora das unidades.

Nesse conjunto de atividades estão inseridas aquelas relacionadas à promoção e educação em saúde, como ações educativas individuais e coletivas na comunidade: escolas, creches, associações, entre outros, cadastramento dos usuários, vigilância à saúde, acompanhamento de todas as famílias e usuários sob responsabilidade territorial e, especialmente, a visita domiciliar (VD), importante diferencial no âmbito da ESF.

Em grandes centros urbanos, especialmente no município do Rio de Janeiro, a expansão da ESF vem causando uma maior aproximação entre os profissionais e os problemas e situações vivenciadas pela população, inclusive as de violência em territórios onde a presença do tráfico armado, da polícia especializada e da milícia aparece fortemente. Esses territórios altamente violentos e vulneráveis acabam dificultando a alocação de profissionais, acarretando à população dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

O Rio de Janeiro vem vivendo grandes problemas referentes à violência urbana e a segurança pública está sob intervenção federal desde o início do ano de 2018, como tentativa extrema de combate às suas consequências calamitosas. O sentimento de medo e a insegurança toma conta de toda a cidade, transformando o cotidiano de vida de toda a população. São mudanças decorrentes de uma construção social e de um sentimento de vulnerabilidade diante do crime.

A violência urbana já é um problema crônico no município do RJ impactando maciçamente a saúde, trazendo perdas de vida, financeiras e necessidade de reestruturação da rede de serviços. A atenção primária está inserida de maneira especial

nesses territórios violentos, sofrendo impactos em relação à possibilidade de realizar atividades no território da ESF.

É certo que as equipes da ESF vêm enfrentando inúmeros obstáculos em seus locais de atuação, e existe certa dúvida quanto à possibilidade de realizar VD de maneira programada ou determinada principalmente pela ocorrência de violência urbana. Levando-se em consideração que a VD permanece como um diferencial na abordagem das equipes, este estudo tem como principal objetivo compreender de que forma a violência urbana interfere nas atividades realizadas no território da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro, em áreas com elevados índices de violência urbana.

A primeira parte do projeto traz um referencial teórico no qual vamos tratar brevemente sobre as questões relacionadas à ESF e seus atributos, com ênfase na expansão da estratégia no município do Rio de Janeiro, e de como ela se configura em territórios de vulnerabilidade. Uma segunda parte trata o conceito de violência em geral e urbana no município do Rio de Janeiro, em territórios com altos índices de violência urbana com cobertura da ESF. Seguem os objetivos geral e específicos e a metodologia, em que são trazidos a descrição do cenário de estudo, o sujeito da pesquisa, os instrumentos que serão utilizados, os aspectos de logística do trabalho em campo e, ao final, a análise dos dados dos conteúdos.

## 1.1 QUESTÃO NORTEADORA

A visita domiciliar permanece como uma ferramenta possível para a Estratégia Saúde da Família em territórios com elevados índices de violência urbana?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A visita domiciliar (VD) é um componente fundamental para a diferenciação das atividades da ESF, pouco abordado em estudos e com algumas lacunas no que se refere a sua organização e objetivos, dificultando a compreensão do assunto. Diante disso,

seria interessante um olhar mais aprofundado da ocorrência da VD, principalmente em territórios onde violência urbana é fortemente presente.

Considerando que as atividades no território são ferramentas importantíssimas para a atuação das equipes da ESF, estudos chegam a considerar a VD como um diferencial na construção de linhas de cuidado, pois engloba desde o cadastramento e reconhecimento até a busca ativa de faltosos, avaliação de questões epidemiológicas, sempre com participação popular. Como mencionado, são poucos os estudos que debruçam-se sobre as características da VD, seu impacto, sua periodicidade e desafios.

Este estudo debruça-se, especialmente, sobre a VD como uma atividade diferenciada no âmbito da ESF tentando compreender o impacto causado pela violência urbana. Diante disso, a proposta desta pesquisa é colaborar com a compreensão do que está ocorrendo em territórios de vulnerabilidade em relação às atividades no território de abrangência da equipe, em especial a VD.

### 1.3 OBJETIVO GERAL

Compreender de que forma a violência urbana interfere nas atividades realizadas no território da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro, em áreas com elevados índices de violência urbana.

### 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear quais as atividades realizadas pelas equipes da ESF em seu território de abrangência;
- Analisar as VDs realizadas pelas equipes da ESF, seus principais objetivos e dinâmica;
- Analisar a percepção dos profissionais da ESF quanto às limitações na realização das atividades no território das equipes, decorrentes da violência urbana.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEITOS E PREMISSAS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve seu início no território nacional em 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF), advindo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com objetivo principal de viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, além de servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Posteriormente, em 1998, o Programa de Saúde da Família recebe o nome de Estratégia de Saúde da Família, tornando-se o principal modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na atenção primária. A ênfase na implantação do ESF justifica-se pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2012; DUTRA, 2009).

Essa estratégia se fortalece com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2011, quando ocorreu a revisão das diretrizes e normas para a sua organização (BRASIL, 2011a). Estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelagem de base e prioritária na expansão e consolidação da atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p. 19).

No ano de 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 2.436, estabelece a revisão de diretrizes da PNAB e reforça como modelo prioritário a Estratégia Saúde da Família. Em ambas as portarias, a Atenção Básica é considerada como o primeiro ponto de atenção à saúde e porta de entrada preferencial do sistema (PNAB, 2017).

APS é o primeiro contato do usuário com a assistência continuada direcionada a pessoas, com o objetivo de satisfazer suas necessidades de saúde. Além da porta de entrada do usuário no sistema, também coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. São quatro os atributos essenciais e norteadores (Quadro 1) para o desenvolvimento dessa prática em saúde (STARFIELD, 2002).

**Quadro 1** — Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde

<b>Atributos da APS</b>	
Acesso do primeiro contato	O primeiro contato pode ser definido como porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços.
Longitudinalidade	Existe o vínculo do usuário com o serviço de saúde ao longo do tempo, toda e qualquer demanda deve ser acolhida e eficiente.
Integralidade	O nível primário é responsável por todos os problemas de saúde do usuário, mesmo que haja a necessidade de atendimento em outros níveis, como segundo ou terciário, o serviço de atenção primária continua corresponsável.
Coordenação do cuidado	O nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar os cuidados de saúde do usuário, mesmo quando o cuidado à saúde for realizado em outros níveis de atendimento.

Fonte: Starfield, 2002.

Além das atribuições essenciais outros três atributos derivados qualificam as ações de saúde, como a orientação centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2009).

Essa forma diferente de reorientação assistencial de saúde organiza-se sobre uma base territorial, considerando as características do território na atuação da equipe, possibilitando às equipes conhecer melhor o perfil da sua clientela, seus problemas de saúde, o processo de adoecimento e a criação de vínculo (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no município do Rio de Janeiro, a equipe deve levar em consideração outros fatores, como

área de influência, barreiras geográficas, densidade demográfica, hábitos de vida, culturais e locais, como a violência. (RIO DE JANEIRO, 2010). Vale ressaltar que esse território vai além do espaço geográfico delimitado por um sistema de saúde, como mera localização e distribuição dos serviços específicos deste setor. Esse espaço representa os contextos econômicos, sociais, culturais, políticos dessa população que se encontra em permanente construção (MONKEN, 2008).

O território é imprescindível para o sucesso do programa, permitindo a demarcação de um espaço onde a equipe de saúde irá atuar, tendo no núcleo familiar a base para o desenvolvimento de suas ações, considerando os determinantes sociais, biológicos e psicológicos (NASCIMENTO et al., 2013). As equipes que atuam nesses territórios são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde suficientes para cobrir 100% da microárea, ou seja, da parte do território cujo cuidado em saúde dos moradores que ali habitam fica sob responsabilidade da referida ESF. Pode-se, ainda, acrescentar a essa composição, profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista generalista, auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012). A construção das equipes de saúde da família de forma multiprofissional e interdisciplinar consolida uma atuação em saúde integral cujo objetivo é responder às demandas das comunidades. Devem estar engajadas no reconhecimento da realidade da população proporcionando o estabelecimento do vínculo com os usuários, buscando incentivar a corresponsabilidade, participação social e ações de vigilância em saúde (FERNANDES; BACKES, 2010). A construção das equipes de saúde da família de forma multiprofissional e interdisciplinar consolida uma atuação em saúde integral cujo objetivo é responder às demandas das comunidades.

Preconiza-se que cada equipe tenha sob sua responsabilidade entre 600 e 1.000 famílias, totalizando de 2.000 a 3.500 usuários, localizadas em uma área geográfica delimitada, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) (PNAB, 2017).

Para a organização do processo de trabalho das equipes faz-se necessário seguir uma série de etapas, sendo elas: cadastramento da comunidade com realização de entrevista, consolidação das informações, identificação das microáreas de risco,

elaboração de um plano de ação e mapeamento de área de atuação, programação das atividades, acompanhamento e avaliação (COSTA NETO, 2000).

Segundo Faria et al. (2010), a ESF potencializou a reorientação do processo de trabalho na atenção primária, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, estimulando a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social, estabelecendo ações de promoção da saúde, prestando assistência de forma integral, contínua e humanizada.

De acordo com dados disponíveis na página virtual do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, foram constatados grandes avanços na cobertura da rede de atenção primária, atualmente 42.105 equipes da saúde da família em todo o país, com uma população de 77.883.513 pessoas coberta pela ESF, perfazendo uma cobertura de 41,7% de toda a população brasileira. (BRASIL, 2017). Territórios antes não assistidos passaram a ter acesso aos serviços primários de saúde, sobretudo em pequenas cidades, periferias, áreas rurais, população indígena, ribeirinha e pessoas em situação de rua (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Apesar dos avanços, a ESF vem enfrentando grandes desafios e limitações que exigem inovações nas políticas, na gestão e no cuidado assistencial. A dificuldade de integração com outros setores impõe enormes desafios para os gestores, que precisam pensar uma nova forma de articulação para garantir a oferta de serviços especializados (FACCHINI et al., 2006; GIOVANELLA et al., 2009).

Outra questão vivenciada atualmente está relacionada ao setor de recursos humanos, à forma de contrato colocada para os profissionais da ESF por meio de Organizações Sociais e ou contratos temporários. Esses vínculos precários acabam ocasionando um enorme índice de rotatividade dos profissionais, impossibilitando a construção de vínculo com o usuário (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011; VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010).

### **2.1.1 Atividades no território e espaços comunitários no âmbito da ESF**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), os profissionais que atuam na ESF possuem importantes atribuições que devem seguir normativas

específicas do Ministério da Saúde, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Entre todas as atribuições da equipe da ESF, destacamos as atividades que ocorrem no território de abrangência da equipe, que possuem papel importante para a aplicação das práticas do cuidado, possibilitando um estreitamento de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. Durante essa prática de saúde é possível identificar o contexto da população, as suas principais demandas e necessidades, possibilitando uma interação do profissional com a comunidade e o território (PNAB, 2012; COSTA et al., 2014). A seguir, as principais atividades desenvolvidas pela equipe no território:

- Ações educativas de promoção e prevenção à saúde:

Essas práticas geralmente ocorrem em espaços comunitários, como: escolas, creches, associações de moradores, entre outros. Podem ser articuladas através de parcerias entre setores, serviços e equipamentos sociais como: educação cultura, esporte, lazer, organizações não governamentais e entidades religiosas (SOUSA, 2008; BUSS, 2002). Em um estudo realizado por Silva e Rodrigues (2010), os setores de saúde e educação são mais expressivos nas práticas de ações de promoção em saúde, tendo a escola como um espaço no território valioso para a realização dessas atividades, contribuindo para a construção de saberes. É de grande importância a atuação de todos os profissionais envolvidos no cuidado dessa população, abordando diferentes temáticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, utilizando metodologias que ampliem a participação popular.

- Mapeamento do território e cadastramento das famílias e dos indivíduos da área de abrangência:

São etapas fundamentais para o trabalho das equipes; representando seu principal diferencial, propiciando e aproximando a clientela. A primeira etapa conhecida como mapeamento do território consiste em um método cartográfico com a definição concreta da área de atuação da equipe, no qual possibilita uma análise das informações sobre as condições de vida e saúde da população. Nesse primeiro momento é delimitado o território de abrangência pela equipe e posteriormente realizada a confecção de um ou mais mapas para auxiliar na análise da situação da saúde (MONKEN, 2008). Em um segundo

momento é necessário o cadastramento das famílias e dos indivíduos que residem nesse território definido; atividade de cunho burocrático executada pelo agente comunitário de saúde por meio do preenchimento da ficha de cadastramento, conhecida como FICHA A. Consiste na coleta sistemática de dados que informam sobre situações-problema naquela população e naquele território, além de ser uma ferramenta fundamental para o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade para fins de controle e planejamento das ações de saúde (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; SANTOS; FRACOLLI, 2010). Em ambos os processos faz-se necessária a ida ao território de abrangência da equipe, com objetivo de delimitação de área e do reconhecimento dessa população que ali reside, portanto quando o território é considerado altamente violento e vulnerável dificulta o acesso da equipe para tal prática (CESAR, 2016).

- Vigilância em saúde:

A ESF possui um papel fundamental para o desenvolvimento da vigilância em saúde; atividades como territorialização são um instrumento de grande importância para essa prática, pois possibilitam a construção do Planejamento Estratégico Situacional (PES) do território. Tratando-se de uma análise situacional territorial, implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território. Essa ferramenta é utilizada por toda a equipe de saúde com o objetivo de conhecer as diversas variáveis existentes nas condições de vida e saúde da população, possibilitando a vigilância em saúde no território de abrangência (BARCELLOS; ROJAS, 2004). Na prática da ESF, ela pode ser compreendida de três formas: como análise e monitoramento de situações de saúde; como integração institucional entre atividades de vigilância epidemiológica e sanitária destinadas a controlar determinantes, riscos e danos (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

- Busca ativa:

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, descrita na Portaria n. 2.488/2011, de 21 de outubro, a equipe de saúde da família tem como uma de suas atribuições realizar busca ativa de usuários faltosos ao serviço de saúde,

com objetivo de entender as razões da falta e pensar formas de ajuda a esse usuário. Marin et al. (2011) corrobora a ideia de que essa ferramenta tem principalmente a ideia de trazer o usuário ausente das atividades da ESF, trabalhando na perspectiva de linha de cuidado, pois sem essa ferramenta de busca a longitudinalidade fica impactada. E por meio da percepção dos motivos da ausência do usuário no serviço de saúde pode se reorganizar a linha de cuidado da assistência prestada. A execução dessa atividade é de responsabilidade de toda a equipe, devendo ser uma prioridade do agente comunitário de saúde na busca. Para Gaíva e Siqueira (2011), as equipes referem que as atividades realizadas no território com maior frequência são as ações educativas de promoção e prevenção à saúde, os grupos destinados a doenças crônicas e a visita domiciliar; tomam como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Além dessas quatro principais atividades em território realizadas e descritas anteriormente, vale a pena comentar a respeito dos grupos de doenças crônicas que têm como foco os usuários portadores de hipertensão e diabetes.

O Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) foi um dos primeiros desenvolvidos no âmbito da ESF e busca atuar na prevenção, avaliação, e tratamento desse agravos prevalentes (BRASIL, 2011) O Ministério da Saúde determina a realização de atividades de educação em saúde, podendo ser realizadas individualmente ou em grupo (BRASIL, 2001).

Alguns autores como Stotz, David e Bronstein (2009) corroboram essa lógica de atividades de grupos destinados aos portadores de doenças crônicas, decorrente de uma visão mais antiga da ESF que trabalhava na perspectiva dos agravos prevalentes. Apesar da inserção nos grupos estar vinculada à existência de determinado agravos, as atividades desenvolvidas são muito úteis para o processo de educação em saúde e podem minimizar a necessidade de o paciente estar presente em consulta assistencial formal do dia a dia.

Para Oliveira Gomes, Rocha e Silva (2010) esses grupos são fortes aliados no auxílio ao tratamento, pois evidências apontam que pessoas participantes do programa

HiperDia possuem um controle de pressão arterial mais frequente do que as que não participam. Já pesquisadores como Barroso et al. (2008) e Oliveira et al. (2013) apontam que os grupos funcionam como estratégias eficientes no tratamento não farmacológico, através da prática de atividades física e ampliação do círculo social, com resultados positivos no controle da pressão arterial e da glicemia. Apesar dos grupos serem muito realizados em territórios de abrangência das equipes, a literatura ainda carece de reflexão a respeito de seu real impacto.

### **2.1.2 Visita domiciliar**

A ESF propõe inovações na organização e na dinâmica do processo de trabalho que permitam aos profissionais aproximarem-se das pessoas, famílias e comunidades. Entre as formas utilizadas no trabalho das equipes de saúde da família, encontra-se a prática de atividades realizadas no território de abrangência por meio da visita domiciliar (MANDÚ et al., 2008).

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta fundamental da ESF no atendimento ou acompanhamento dos usuários no seu local de residência. Pode servir como uma forma de criar fortes vínculos com pacientes, especialmente os que possuem dificuldade de locomoção (NEVES et al., 2012; ROCHA; MOREIRA; BOECKEL, 2010).

Para Costa et al. (2014) e Sakata et al. (2007), as equipes de saúde da família utilizam a VD como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo a criação de vínculo e a compreensão da dinâmica das relações familiares. Cunha e Gama (2012) corroboram com esse pensamento, reconhecendo a VD como um instrumento que possibilita fortalecimento de vínculo familiar, compreensão do ambiente em que vivem as famílias, e um espaço valioso para atuação no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na prática da ESF.

Para Giacomozzi (2006), Takahashi e Oliveira (2008) e Santos e Kirschbaum (2008), compreender o contexto de vida dos usuários e suas relações familiares no momento da VD permite às equipes planejar as ações de saúde, considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem. Possibilita a concretização da integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e a interação entre o profissional e



usuário/família, fortalecendo e ampliando o olhar sobre as necessidades de saúde das pessoas, família e comunidade. Além de permitir compreender as potencialidades, demandas e fragilidades do usuário/família em seu contexto social.

Ohara e Ribeiro (2008) evidenciam outros objetivos importantes da VD, sendo eles:

permite à equipe conhecer o domicílio e suas características ambientais, a realidade socioeconômica e cultural, possibilitando vivenciar a estrutura e a dinâmica familiar; e prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.

Segundo Drulla et al. (2009), há dois tipos de visita: a visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação que englobam internação domiciliar e terapêutica, a pacientes acamados e na atenção ao parto, e a visita domiciliar meio, que se refere à busca ativa de demanda reprimida e educação/promoção em saúde. Em ambas as modalidades a equipe da ESF é responsável pela execução, portanto são os agentes comunitários de saúde que realizam a VD com maior frequência, no mínimo uma visita mensal a todas as famílias sob sua responsabilidade. É essencial que todos os membros da equipe atuem articulados nesse contexto, visando ao trabalho em equipe e à integralidade das ações.

De acordo com Sossai e Pinto (2010), a visita do enfermeiro, na maioria das vezes, é mais pontual e tem uma função fundamental sob a ótica de educação em saúde, pois possibilita ao usuário e sua família a capacitação para efetuar o seu próprio cuidado. Em estudos como o de Gaíva e Siqueira (2011), as VD realizadas pelo enfermeiro geralmente são voltadas para indivíduos que vivenciam determinados momentos do ciclo vital, como recém-nascidos, puérperas e idosos, com foco no cuidado e na orientação preventiva baseada no levantamento epidemiológico da área de abrangência. A realização dessas atividades domiciliares está coerente com o que prevê a PNAB quando define as atribuições específicas do enfermeiro em sua atuação nas equipes da ESF, em que cabe ao enfermeiro a ida ao domicílio com o objetivo de educar, centrando sua ação na prestação de cuidados mais direcionados.

A visita médica é focada na doença e direcionada ao indivíduo doente, não abordando a família. Na maioria das vezes, é destinado aos pacientes que apresentam

dificuldade de ir até a unidade, como: acamados, hipertensos e diabéticos descompensados. Percebe-se que a visita domiciliar médica não está de acordo com o prevê a PNAB, pois os médicos devem realizar a visita domiciliar para a assistência integral ao indivíduo nos diversos momentos da vida, portanto não deve ter como foco apenas o aspecto curativo (BRASIL, 2006).

É fundamental que durante a visita o profissional reconheça a realidade em que o usuário/família está inserido, tendo como meta a promoção, manutenção e restauração da saúde (PNAB, 2012; LACERDA et al., 2010). A solicitação da visita pode ser feita por um dos membros da equipe na maioria das vezes é o agente comunitário de saúde quem traz a demanda, ou ainda por um familiar ou pessoa da comunidade. O ACS, como membro da comunidade, é portador de um saber próprio sobre a realidade local, o que lhe permite um olhar diferenciado em relação aos demais profissionais da equipe sobre os problemas e necessidades da população (BRITO, 2013).

Conforme a PNAB (2012), portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, as VDs devem ser planejadas e programadas conforme a necessidade e demanda requerida, levando em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com esse perfil sejam visitadas mais vezes. Recomenda-se que a organização e o planejamento dessas visitas ocorram semanalmente no momento das reuniões de equipe, e que sejam realizadas discussões para priorizar e planejar a realização das mesmas, levando em consideração as especificações do usuário/família e os critérios de prioridades (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

Estabelece-se como responsabilidade das equipes organizar suas agendas de forma a otimizar o processo de trabalho, podendo os profissionais realizarem suas atividades, como visita domiciliar em conjunto ou individualmente. As atividades devem ser organizadas de forma que haja integração, participação e senso de responsabilização de todos os profissionais (RIO DE JANEIRO, 2011).

Tal qual a PNAB (2012), no que se refere ao processo de trabalho das equipes, todo profissional possui atribuições específicas no que tange às atividades domiciliares, conforme o Quadro 2:

**Quadro 2** — Atribuições ou atividades domiciliares na ESF de acordo com cada categoria profissional

<b>Atribuições/atividades domiciliares na ESF</b>	<b>Profissional</b>
Realização do mapeamento do território e cadastramento das famílias e usuários.	ACS
Acompanhamento de todas as famílias e usuários sob sua responsabilidade territorial, por meio de visita domiciliar.	ACS
Desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e vigilância à saúde, busca ativa, por meio de VDs.	ACS, Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem
Desenvolver atividades de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.	ACS, Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem
Desenvolver ações de espaços comunitários, como: escolas, creches, associações, entre outros.	ACS, Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem
Desenvolver ações de atenção à saúde aos indivíduos e famílias sob responsabilidade da equipe e de acordo com a necessidade no domicílio.	Enfermeiro
Cooperar nas atividades de atenção à saúde, na realização de procedimentos e, quando indicado ou necessário, no domicílio.	Técnico de enfermagem
Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo e, quando indicado ou necessário, no domicílio.	Médico

Fonte: PNAB (2012).

A VD promove o cuidado no local onde estão inseridos o indivíduo e a família, portanto é fundamental que todos os membros da equipe atuem articulados nesse contexto, visando à integralidade das ações. Após a realização da visita domiciliar, a equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita; as observações individuais realizadas durante a VD devem ser analisadas por todos, com o objetivo de construir em conjunto a elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada usuário/família (CUNHA; GAMA, 2012). O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe durante a reunião, para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade. As informações devem ser analisadas e avaliadas, facilitando a tomada de decisões e construção do plano de ação (RIO DE JANEIRO, 2011).

Segundo Lacerda e Oliniski (2003), ao adentrar o espaço domiciliar, a equipe se insere de forma a desenvolver suas ações e interações com a família. Vale ressaltar que na maioria das vezes a VD fica a cargo do ACS, com participação mais discreta dos outros profissionais (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Autores apontam uma enorme sobrecarga de trabalho dentro da unidade de saúde, conseqüentemente interferindo na execução da VD por outros profissionais, como enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. O acúmulo excessivo de atividades

dentro da unidade é utilizado como justificativa para a não ida ao território (SAKATA et al., 2007; ROCHA, 2011).

Em alguns estudos, os profissionais apontam o medo e a insegurança de adentrar um território desconhecido, a violência presente nesses espaços modifica a rotina de todos. (SOUZA; FREITAS, 2004). Estudos recentes revelam problemáticas próprias à realização da VD como a mudança de endereços das famílias, cadastros errados de endereços e até mesmo recusas em atender a equipe são apontados como limitadores da sua realização (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

Corroborando com esse pensamento, Cunha (2013) expõe problemas atrelados à relação familiar e ao profissional de saúde, pois a presença da equipe pode gerar desconforto às famílias, dificultando a criação de um vínculo. Já Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) relatam que durante a VD podem ser identificadas situações complexas como a miséria, o consumo de drogas e a violência familiar, nem sempre de fácil detecção durante os atendimentos nas unidades.

Essas situações extremas podem, no entanto, gerar angústia ao profissional, devido aos inúmeros entraves para a sua abordagem e que demandam ações de diferentes setores para além da saúde. O profissional pode deixar de executar a VD por receio do que vai encontrar, e apesar de ser considerada uma das atividades mais complexas da ESF, representa um enorme desafio ao profissional.

## 2.2 ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa do Brasil. Situa-se na porção leste da região Sudeste do Brasil, tendo como limites os estados de Minas Gerais (Norte e Noroeste), Espírito Santo (Nordeste) e São Paulo (Sudoeste). Ocupa uma área de 43.696,054 km<sup>2</sup> e possui, aproximadamente, 6.323.000 habitantes, segundo censo realizado pelo IBGE no ano de 2010.

O setor de saúde do município possui uma complexa rede hospitalar, e durante muitos anos teve a menor cobertura da ESF dentre os demais municípios do estado. Embora houvesse a multiplicidade de equipamentos de saúde, pouco ordenados e

constituídos de unidades de atenção básica tradicional, policlínicas e ambulatórios (SORANZ; PINTO; PENA, 2016).

Diante desse cenário no ano de 2009, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, lançou o Programa Saúde Presente com base na reestruturação da atenção primária em saúde, assim, marcava o início de uma nova fase para a assistência em saúde no município. Investiu-se em capacitações, implantação da Carteira de Serviços, Protocolo de enfermagem, Prontuário Eletrônico e Academia Carioca, consequentemente ampliando o acesso aos serviços de saúde (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2013).

Essa importante reorganização da rede de saúde teve como objetivo principal a expansão da cobertura da APS, ampliando o acesso da população à saúde, de acordo com os princípios universalidade, integralidade e equidade. O foco principal da proposta era ampliar a assistência dos programas de atenção básica, a partir da ESF. (SORANZ; PINTO; PENA, 2016) Uma nova gestão municipal estabelece a ampliação da ESF como prioridade, foram então instituídos eixos estratégicos para a reordenação da atenção à saúde. Foi uma decisão política importante, fruto de amplo debate e tendo como argumento principal o cofinanciamento federal e as inúmeras experiências exitosas em diversas cidades do Brasil e do mundo, com resultados expressivos na melhoria da qualidade de vida da população (SIMÕES et al., 2016).

Esse novo modelo de gestão em saúde por meio da implantação das Clínicas da Família (CF) possibilitou um crescimento significativo na cobertura e no número de equipes. A expansão fez a cobertura populacional de saúde da família passar de 3,5% em 2009 (Figura 1) para mais de 70,52% em 2018 (Figura 2), uma população de 6,3 milhões de pessoas passaram ter acesso a atenção primária no Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017).

**Figura 1** — Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, no ano de 2009



Fonte: Adaptado do Relatório de Gestão da Saúde, município do Rio de Janeiro, 2016 e 2018.

**Figura 2** — Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, no ano de 2018



Fonte: Adaptado do Relatório de Gestão da Saúde, município do Rio de Janeiro, 2016 e 2018.

Essa expansão expressiva se deu preferencialmente para locais onde o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era o mais baixo no município (BRASIL, 2017). Hoje, a rede de saúde conta com 1.291 equipes completas no município, muito se avançou com a implantação dessas novas equipes, ampliando acesso aos serviços e saindo de uma lógica fragmentada. Regiões até então desprovidas de serviços públicos

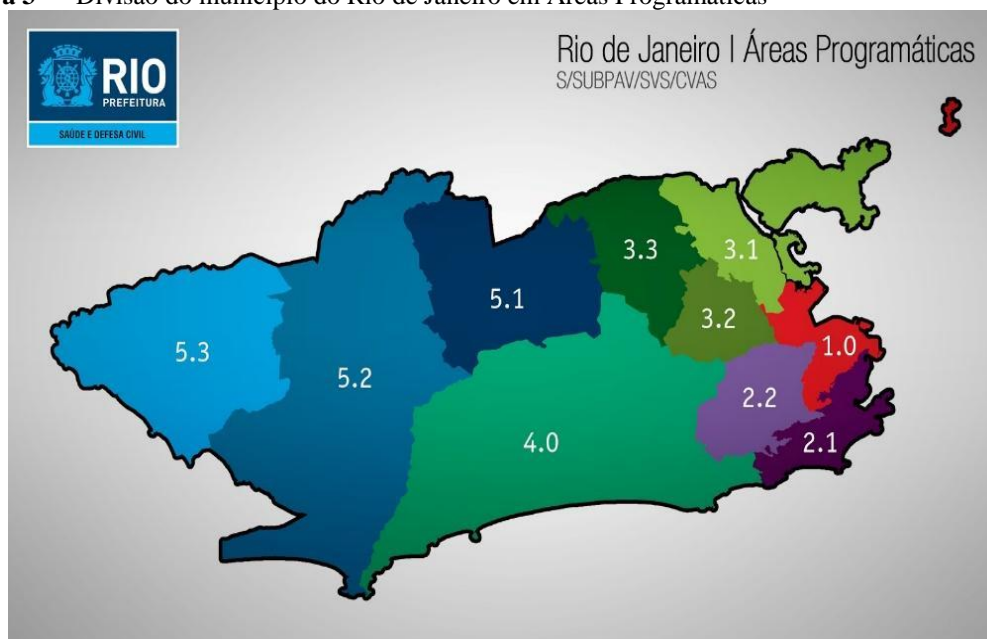
passaram a ter acesso à saúde, apresentando melhoria nos indicadores de saúde por meio de ações efetivas e continuadas realizadas pela ESF (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

Foi possível constatar um crescimento de investimentos e relevância de intervenções neste eixo do cuidado em saúde. Os investimentos saíram de 15,7% dos recursos do tesouro municipal em 2008 para 25% em 2016, o que permitiu inaugurar mais de 140 novas unidades. Atualmente temos 3.003 equipes de saúde da família, mais do que duplicou comparando com as 1.470 equipes existentes no ano de 2009 (BRASIL, 2017).

Para fins de planejamento e gestão de saúde, o município do Rio de Janeiro foi dividido em dez Áreas Programáticas (AP) (Figura 3) no ano de 1981. A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde. Para fins de planejamento em saúde, essa divisão foi necessária devido à vasta extensão territorial, com características demográficas muito diferenciadas.

Todas as APs são gerenciadas por uma Coordenação de Área de Planejamento (CAP), representando uma unidade intermediária entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços no território (BRASIL, 2017). Tal organização permite uma maior proximidade com as demandas e desafios de cada área, facilitando o planejamento e alocação de recursos.

**Figura 3** — Divisão do município do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas



Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2017.

Cada Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) foi responsável por desenhar seus Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional, assim como das formas de organização da atenção à saúde no município (RIO DE JANEIRO, 2017).

A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro possibilitou o desenvolvimento de parcerias com diversas instituições públicas de ensino superior através da criação de programas de residência, como a Residência em Medicina de Família e Comunidade oferecida pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com a SMS/RJ. Além da UERJ, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) também oferecem programas de residência, inclusive, multiprofissionais. O programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ) foi criado em 2011. Com 300 residentes atuando nas unidades da SMS a cada ano, é o maior programa de residência do país (RIO DE JANEIRO, 2017). Programas desse tipo, além de expandirem o campo de prática e formação de alunos de diversas regiões, são estratégicos para qualificar e fortalecer a rede de Atenção Primária à Saúde no país. Vale mencionar que atualmente 80% dos residentes permanecem na rede municipal após a conclusão do programa, assegurando a continuidade e contribuindo para a qualidade no serviço de saúde (BRASIL, 2017).



A vontade política que resultou na ampla expansão municipal da ESF sofre atualmente diante da vulnerabilidade em sua organização, vínculos trabalhistas frágeis, alta rotatividade profissional, falta de insumos e atraso salarial, que ocasionam momentos de reivindicação das equipes para melhorias no setor (SIMÕES et al., 2016).

Autores como Guedes, Santos e Lorenzo (2011), Dias (2016) e Jesus, Engstrom e Brandão (2013) comentam a respeito do modelo de contratação profissional da AP no município, que hoje é realizado principalmente via Organizações Sociais (OSS). Para tal, foi regulamentada a Lei Municipal n. 5.026, de 19 de maio de 2009, que apontava para um novo modelo de gestão, compartilhada, por meio das Organizações Sociais em Saúde (OSS). O contrato de gestão compartilhada possibilitou que a compra de material permanente e de consumo ficasse a cargo das OSS. Fato que trouxe agilidade para o processo e, ainda, a contratação de profissionais para atuarem nas unidades básicas de saúde e Clínicas da Família pelo regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Coube à prefeitura o repasse de recursos, fiscalização dos processos, estabelecimento de metas assistenciais e gerenciais.

Esse novo modelo de contratação possibilitou vínculos trabalhistas precários, que dificultam não só as relações de trabalho, mas também os vínculos com a população, potencializados diante da alta rotatividade profissional. Nessa direção, Franco e Merhy (2007) apontam que a simples implantação da ESF não é garantia de mudança do modelo assistencial, uma vez que ela depende da conquista na forma de se prestar o cuidado em saúde e, assim, do agir dos profissionais.

No cenário atual, o modelo de AP do município tem pela frente uma série de desafios diante da redução de investimentos e, como resultado, da precariedade de recursos. Alguns autores relatam que atualmente existe um número expressivo de profissionais insatisfeitos com a falta de estrutura e sucateamento dos serviços, que se somam ao risco decorrente das políticas públicas atuais que interferem na continuidade do Programa Município (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

### **2.2.1 A Estratégia de Saúde da Família x Territórios vulneráveis**

A ESF adentrou os territórios em uma lógica diferenciada dos outros serviços, possibilitando uma aproximação dos profissionais com os problemas e situações vivenciados pela população, por meio de atividades no território e da visita domiciliar. (FERREIRA; MISHIMA, 2004). Essa característica exclusiva da ESF possibilita aos profissionais de saúde vivenciar o cotidiano das famílias, com um contato mais próximo da população atendida, permitindo vivenciar o seu dia a dia, incluindo aí a violência presente nos territórios. A ausência ou precariedade de habitação, educação, renda, justiça social e equidade nestes territórios são determinantes sociais que podem aumentar a ocorrência dessa violência (LANCMAN et al., 2009). Segundo Reichenheim et al. (2011) e Lancman et al (2009), aspectos como o uso de álcool, drogas ilícitas e a criminalidade, juntamente com a grande circulação de armas de fogo, formam o pano de fundo para a violência em muitos desses territórios.

O impacto desse cenário violento nas atividades das equipes tem se tornado constante, afetando negativamente o processo de trabalho, como a interrupção das atividades de rotina da ESF. Diariamente, o medo assola os profissionais que precisam estar mais próximos à clientela, convivendo com a mesma insegurança e gerando importantes consequências físicas e psicológicas em todos os envolvidos (BODDIGNON; MONTEIRO, 2016).

Em algumas situações, os profissionais chegam a colocar em risco a própria vida e têm dificuldade no cumprimento da sua rotina de trabalho (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013). O estudo de Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) mostra que as atividades no território sofrem grandes prejuízos devido à presença constante do tráfico de drogas e policiamento especializado, levando medo e insegurança a todos que transitam nesses espaços, incluindo os profissionais que ali atuam. Tal cenário, sem dúvida, interfere de forma negativa na implementação das ações da ESF, na atuação das equipes de saúde da família, e conseqüentemente na qualidade do cuidado à população atendida, descaracterizando, assim, a sua proposta inicial (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011).

O estado do Rio de Janeiro tem vivenciado situações extremas de violência, com números que podem ser comparados a verdadeiras situações de guerrilha urbana, com uma taxa de homicídios por arma de fogo de 44,88 por 100.000 mil habitantes. Em muitos aspectos, o tráfico de drogas junto ao grande número de armas de fogo em circulação corrobora para o expressivo número de mortes (REICHENHEIM et al., 2011; CERQUEIRA et al., 2018).

Diante de todo esse cenário, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), em parceria com a Cruz Vermelha Brasileira e a Subsecretaria de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, vem desenvolvendo desde 2009 o plano de segurança local, denominado Acesso Mais Seguro. Tem o objetivo principal de reduzir e prevenir o impacto da violência nos profissionais de saúde que atuam na atenção primária em territórios com vulnerabilidade à violência (RIO DE JANEIRO, 2017).

Todos os profissionais devem ser capacitados por meio de oficinas para identificar os riscos do território onde estão inseridos, com o objetivo de construir o Plano de Segurança da unidade. Esse importante instrumento deverá ser baseado na análise do contexto do território e na classificação de risco, para limitar as consequências da violência (QUINTÃO et al., 2015).

A construção do Plano Acesso Mais Seguro possibilitará à unidade de saúde padronizar as condutas e pactuar com as ações perante os eventos de violência no território, de forma a agilizar as tomadas de decisões e diminuir os sinais de estresse entre os atores envolvidos (CICV, 2013; RIO DE JANEIRO, 2017).

De acordo com o Guia para profissionais de saúde (2013), para construir um Acesso Mais Seguro, o grupo responsável pelo Plano do Acesso Mais Seguro da Unidade, deverá, diariamente pela manhã, realizar a avaliação do território e classificar o risco por cores, baseado no plano construído, a saber (Quadro 3):

**Quadro 3** — Classificação do território de acordo com o Programa Acesso Mais Seguro

VERDE	São os dias considerados normais. É permitida a circulação dos profissionais no território, e as atividades externas podem ser realizadas.
AMARELO	São dias em que há alta probabilidade de confrontos no território. As atividades externas são suspensas. A unidade é mantida aberta para atividades internas. As equipes ficam restritas à unidade e não podem realizar atividades no território.
VERMELHO	Nestes dias há alto potencial de ocorrer episódio de alta gravidade. O território fica inviável e põe em risco os profissionais e usuários. Ocorre o fechamento da unidade de saúde e evacuação dos profissionais e usuários com cautela e segurança.

Fonte: CICV, 2013.

### 2.3 VIOLÊNCIA URBANA: IMPACTO NO ÂMBITO DA SAÚDE

A violência é um fenômeno complexo considerado por alguns autores como um problema de saúde pública que atinge o indivíduo e a sociedade em seu contexto social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência pelo:

uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG et. al, 2002, p. 5).

Para Velho e Kuschnir (2001), a violência não se limita ao uso da força física, vai muito além do que costuma apreender o senso comum, mas sim à possibilidade ou ameaça de usá-la, associando-a a uma ideia de poder.

Em algumas publicações analisadas, a definição da violência poder ser ainda mais complexa e compreendida de diversas formas. Para Minayo e Souza (1998), a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual.

Segundo o Relatório mundial sobre violência e saúde (OMS, 2002), não existe um fator único que possa explicar a violência, o que ocorre é uma interação de fatores ambientais. Dessa forma, o modelo utilizado para a compreensão do fenômeno da violência é o modelo ecológico, que explora a relação entre fatores individuais e

contextuais e considera a violência como resultado de vários níveis de influências sobre o comportamento (KRUG, 2002).

Segundo Krug (2002), a violência se apresenta de inúmeras formas atingindo toda a sociedade, sendo representada com diversas tipologias, como: autoinflingida aquela que é dirigida contra si mesmo, violência interpessoal que ocorre entre parceiros íntimos e entre os membros da família e, por último, sendo de interesse deste estudo, a violência estrutural/urbana. Esse tipo de violência ocorre fora do ambiente familiar, entre pessoas sem laços afetivos e envolve conflitos entre jovens, estupro, agressão sexual de estranhos e também em ambientes institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Mundialmente, mais de 1,3 milhão de mortes por ano são em decorrência de atos de violência, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2002). Estudiosa da violência, Minayo (2006) corrobora com seus estudos afirmando que a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida no mundo devido à violência, sendo mais comum entre pessoas de 15 a 44 anos de idade e com predomínio do sexo masculino. No Brasil, a maior parte dos óbitos é causada por homicídios, a taxa de mortalidade (28 por 100.000) é superior a muitos países como Argentina (5,2 por 100.000) e China (1,2 por 100.000), só ficamos atrás de países como África do Sul (36,5 por 100.000) e Colômbia (38,8 por 100.000) — índices esses decorrentes das altas taxas de criminalidade, e particularmente oriundos da violência urbana.

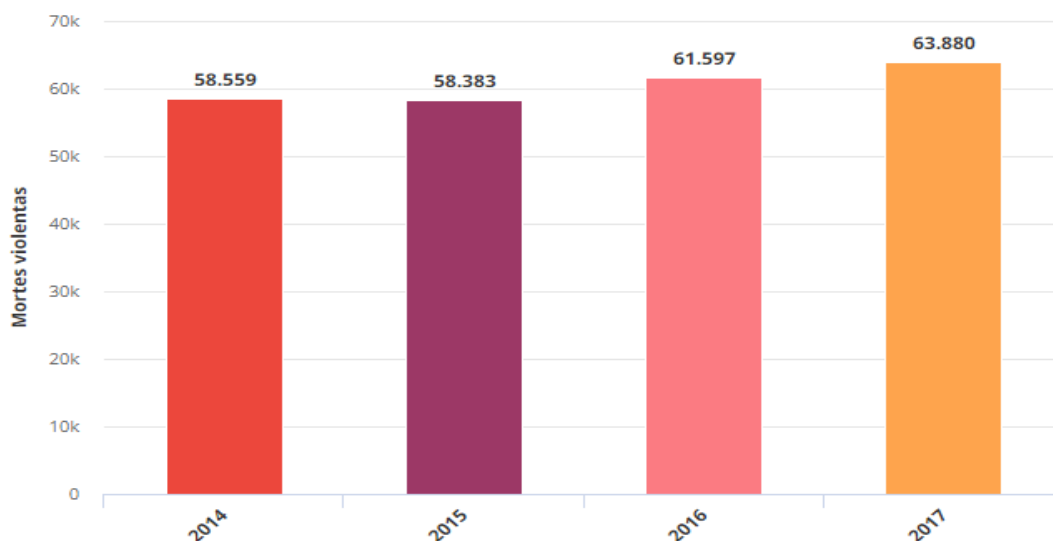
A proporção desses homicídios por arma de fogo no país nos últimos anos aumentou de 40% para 70%. Alguns estudos apontam que o processo de urbanização acelerado para as periferias das grandes cidades como o Rio de Janeiro pode ter contribuído para as taxa crescentes de homicídios (REICHENHEIM et al., 2011). Estudos de relevância realizados com apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e outras entidades vêm sendo publicados anualmente no Mapa da Violência, dando destaque ao elevado índice de mortes como suicídios, homicídios e acidentes.

Entre os anos de 1980 e 2016, cerca de 970 mil pessoas morreram no Brasil vítimas de disparo de armas de fogo, sendo que 830.420 dessas mortes, ou seja, 85,8%, foram caracterizadas como homicídio (CERQUEIRA et al., 2018).

Somente no ano de 2016 o Brasil apresentou um crescimento de 592,8% de mortes por arma de fogo com 62.517 homicídios, configurando um cenário de extermínio, no nono lugar no ranking absoluto (MAPA DA VIOLÊNCIA, 2016). De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o Núcleo de Estudos da Violência da Universidade São Paulo (USP), no ano de 2017, o Brasil registrou o maior número de homicídios da história do país, um total de 63.880 mortes violentas (Gráfico 1), sendo 175 assassinatos por dia e 7 por hora. Somente no primeiro semestre de 2018, 26.126 pessoas foram assassinadas no Brasil: uma morte a cada 9 minutos.

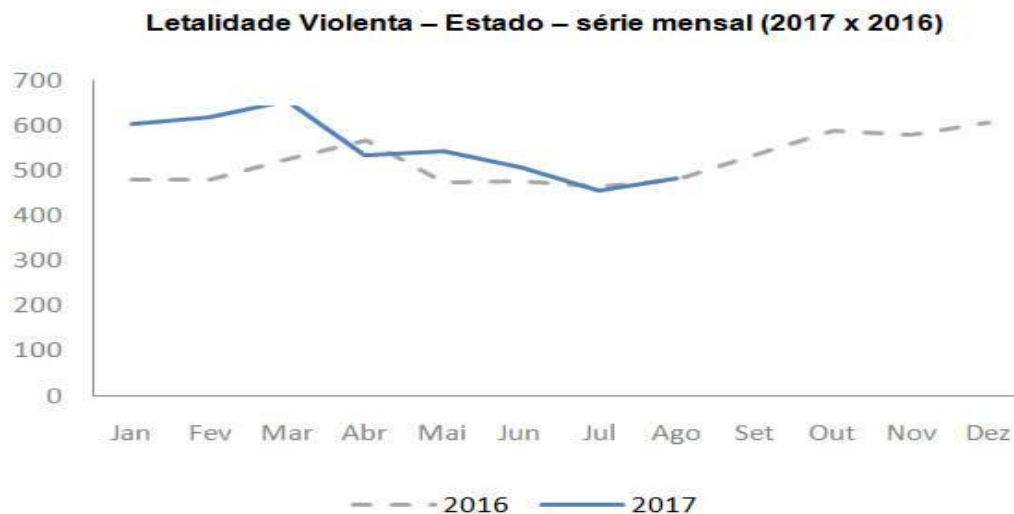
Tal cenário violento se configura como uma situação de guerra não declarada no país, estudos apontam que em apenas três semanas o número total de mortos foi superado quando comparado aos ataques terroristas no mundo (CERQUEIRA et al., 2018).

**Gráfico 1** — Total de mortes violentas no Brasil por ano, de 2014 a 2017



Fonte: Cerqueira et al., 2017.

A violência nos grandes centros vem se tornando constante e, atualmente, o estado do Rio de Janeiro se destaca por altas taxas de mortes violentas e homicídios. De acordo com os dados divulgados no Instituto de Segurança Pública (ISP) do Rio de Janeiro (2017), o município apresentou um aumento de 16,4% de mortes comparando com o mesmo período do ano anterior, mortes essas decorrentes de causas não natural ou externa (IPEA, 2017).

**Gráfico 2** — Letalidade violenta no estado do Rio do Janeiro, de 2016 a 2017

Fonte: Dados do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro.

Considera-se letalidade violenta (Gráfico 2) o conjunto de ocorrências em que há vítima fatal decorrente de uma agressão deliberada, sendo considerados os seguintes crimes: homicídio doloso, homicídio decorrente de oposição à intervenção policial, lesão corporal seguida de morte e latrocínio (CADERNO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017). É possível constatar consequências que influenciam fortemente a saúde individual e coletiva de toda a população, levando entre outros sentimentos, ao medo e à insegurança.

O Rio de Janeiro é a capital do país que apresenta as mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. Vem apresentando altos índices de violência há alguns anos. Somente no ano de 2017 foram registradas 2.131 mortes por letalidade violenta, com 527 mortes decorrentes de intervenção policial, 1.492 mortes por homicídio doloso e um total de 19 policiais mortos em serviço. No ano seguinte, em 2018, foram registradas 1.978 mortes por letalidade violenta, com 556 mortes decorrentes de intervenção policial, 2.248 mortes por homicídio doloso e 18 policiais mortos em serviço, conforme o Quadro 4 (CERQUEIRA et al., 2018; IPEA, 2018).

**Quadro 4** — Tipos de delito x número de ocorrências no município do Rio de Janeiro

<b>Delito</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Letalidade violenta	2.131	1.978
Decorrentes de intervenção policial	527	556
Homicídio doloso	1.492	1.334
Policiais mortos em serviço	19	18

Fonte: IPEA (2019).

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), pela primeira vez na história o país superou o patamar de 30 mortes por 100 mil habitantes (taxa igual a 30,3), bem acima da taxa mundial de 7,5 mortes por 100 mil habitantes. Os efeitos dessa violência ocasionaram mudanças no perfil epidemiológico do país, que apresentou um aumento significativo da morbidade-mortalidade por causas externas (MAPA DA VIOLÊNCIA, 2018).

O setor da saúde sofre impacto importante com o aumento da violência, que atua tanto como fator no adoecimento da população, quanto como barreira de acesso aos serviços, além dos elevados custos com atendimentos em emergências, assistência e reabilitação. (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) reafirma o expressivo impacto da violência na economia do país. No ano de 2017, o Brasil teve um gasto de R\$ 386 bilhões somente com o crime, por meio de internações, danos, lesões, traumas e mortes, custando aos cofres públicos cerca de 4% do seu Produto Interno Bruto (CERQUEIRA et al., 2017).

A rede de saúde como um todo fica sobrecarregada com as consequências da violência urbana, em especial os serviços de emergência no município do Rio de Janeiro, que funcionam com superlotação e com grandes fluxos de atendimentos. A rotina nesses serviços é bastante atribulada e estressante, com inúmeros entraves que dificultam a organização do processo de trabalho e a abordagem aos usuários vítimas. O perfil do paciente vem mudando com todo esse cenário de violência: lesões causadas por arma de fogo de grosso calibre e até mesmo por armas de guerra vêm refletindo a realidade da rede, em especial no setor de emergência (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008). Em nenhum outro setor a violência adquire tamanha visibilidade; a emergência passa a ser a principal porta de entrada de pacientes graves



com lesões similares às de guerra, na maioria das vezes oriundos de conflitos armados entre policiais e traficantes. (DESLANDES, 2000).

Atualmente esses setores sofrem grande impacto da violência urbana. Em especial do município do Rio de Janeiro, somente no ano de 2017 foram 5.510 vítimas de armas de fogo de grosso calibre, caracterizando um verdadeiro cenário de guerra. Diante desse campo de batalha encontram-se profissionais abnegados que vivem sob pressão, lutam pela vida em situações-limite e vivenciam a face mais cruel da violência (CERQUEIRA et al., 2017; MAPA DA VIOLÊNCIA, 2017).

No âmbito da atenção primária, nos últimos anos o município expandiu a ESF para territórios altamente vulneráveis (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; LANCMAN et al., 2009). Esses espaços de saúde adentraram comunidades onde a violência urbana está no cotidiano dos moradores com forte presença de tráfico de drogas, que se somam aos elevados níveis de desemprego, baixa escolaridade e miséria, elevando a probabilidade de situações de violência (RÜCKERT et al., 2008).

Alguns autores chegam a dizer que a violência urbana vem transfigurando a atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família, já que os profissionais apontam dificuldades para enfrentá-la, não possuindo a habilidade para lidar com esses eventos inesperados. Aparecem sentimentos como grandes frustrações e indignação, acarretando uma grande rotatividade desses profissionais (MACHADO et al., 2016).

Outro estudo corrobora que violência urbana vem modificando as práticas laborais e o cotidiano dos profissionais e seu comportamento, afetando o processo de trabalho das equipes e atendimento à clientela (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011).

### **2.3.1 Aspectos intersetoriais**

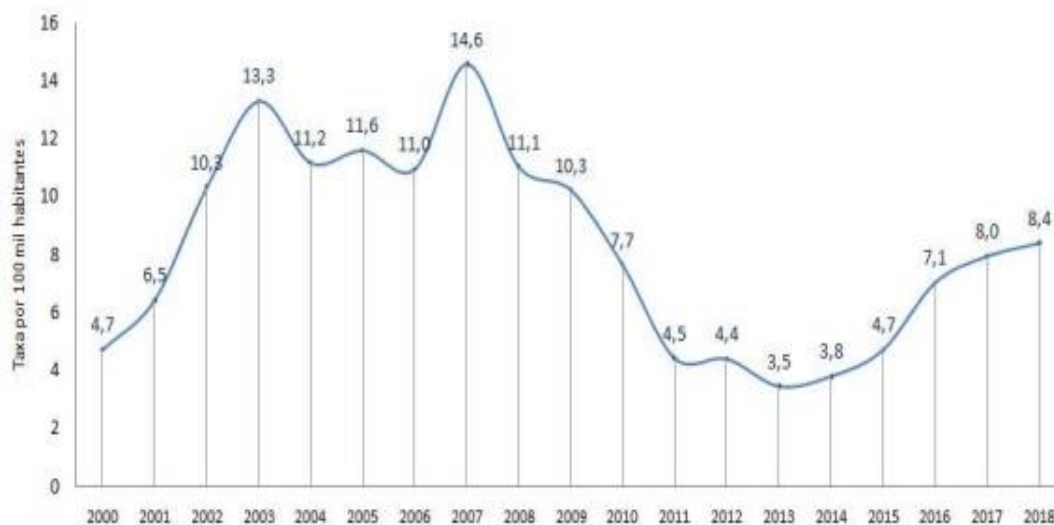
Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em parceria com o Instituto Datafolha e apoio do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, todo esse cenário violento que assola a cidade do Rio de Janeiro é fruto de uma incapacidade de garantir segurança e cidadania para a população. Lideramos rankings mundiais dos mais vergonhosos, dentre os quais o país que concentra o maior número absoluto de homicídios do planeta (CERQUEIRA et al., 2018).

Nos últimos anos, o Brasil vem utilizando diferentes intervenções por parte das três esferas governamentais, entre ações policiais e militares, com o intuito de tentar modificar esse cenário devastador (CÉSAR, 2013).

Diante de todo esse cenário, o governo do estado do Rio de Janeiro, com intuito de conter a violência e impor a autoridade do Estado em territórios com índices elevados de criminalidade, implantou no ano 2008 as Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs), com o princípio de polícia de aproximação, ou seja, que tem sua estratégia fundamentada na parceria entre a população e as instituições de área de segurança pública. Um total de 38 áreas receberam as Unidades de Polícia Pacificadoras. O primeiro território a ter a implantação da UPP foi a comunidade de Santa Marta, no ano de 2008, e a última foi a comunidade da Villa Kennedy, no ano de 2014 (CERQUEIRA et al., 2018).

Percebe-se que no ano de 2008, com a implantação das Unidades de Polícia Pacificadoras (UPP), inicia-se um declínio nesses números, chegando a 224 mortes, uma taxa de 3,5% por 100 mil habitantes em 2013. Parecia que a estratégia estava tendo resultados exitosos, só que no decorrer dos anos esses índices foram aumentando gradativamente. Em 2017, o problema agravou-se mais, chegando a 527 mortes, com uma taxa de 8% por 100 mil habitantes. Justamente neste mesmo ano, 2017, o Estado do Rio de Janeiro decretou uma grave crise econômica, afetando os investimentos em segurança pública e obrigando o governo estadual a declarar estado de calamidade pública. Perante toda essa situação catastrófica, em fevereiro de 2018 ficou decretada intervenção federal da segurança do Rio de Janeiro, assim, as Forças Armadas assumiram a responsabilidade do comando das Polícias Civil e Militar do Estado do Rio de Janeiro. Mesmo em intervenção, os números de mortes continuaram a crescer chegando a um total de 556 mortes em 2018, com uma taxa de 8,4% por 100 mil habitantes. Todo esse aumento da violência no município colocou em xeque o modelo de intervenção militar adotado (IPEA, 2018) (Gráfico 3).

**Gráfico 3** — Série histórica da taxa de morte por intervenção de agente do Estado por 100 mil habitantes — estado do Rio de Janeiro



Fonte: IPEA, 2018.

Mesmo o Estado do Rio de Janeiro sob em intervenção Militar, os índices de violência continuam altíssimos, somente do mês de fevereiro a outubro de 2017 ocorreram 4.186 confrontos armados, com 974 mortos e 166 mortos em chacinas, Comprando ao mesmo período de 2018, tivemos 6.655 confrontos armados, com 974 mortos e 858 feridos, ou seja, os números continuaram a subir.

Segundo Velloso, Araújo e Alves (2011) Para o combate ao tráfico de drogas e a violência armada, o país necessita de implementação de políticas públicas mais efetivas utilizando mais inteligência e menos força física. O Instituto de Segurança Pública (2018) corrobora com esse pensamento, é preciso urgentemente definir prioridades e utilizar melhor os recursos existentes para a segurança pública. Para isso, é fundamental desenhar políticas baseadas em evidências e aprimorar o planejamento e controle dos serviços de segurança do Rio de Janeiro para obter maior êxito no combate à violência.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

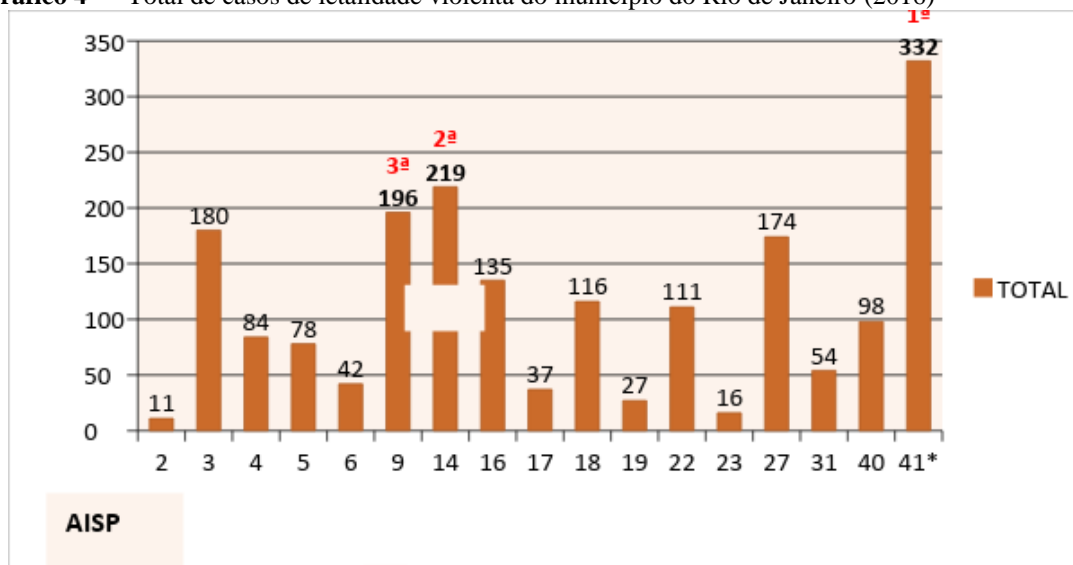
O presente estudo contou com uma abordagem de natureza qualitativa, com a aplicação de entrevistas com roteiro semiestruturado para levantamento e percepções dos profissionais de saúde sobre as atividades realizadas no território de abrangência das equipes da ESF selecionadas.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes e esse conjunto de fenômeno humano é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só de agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2012, p. 21).

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

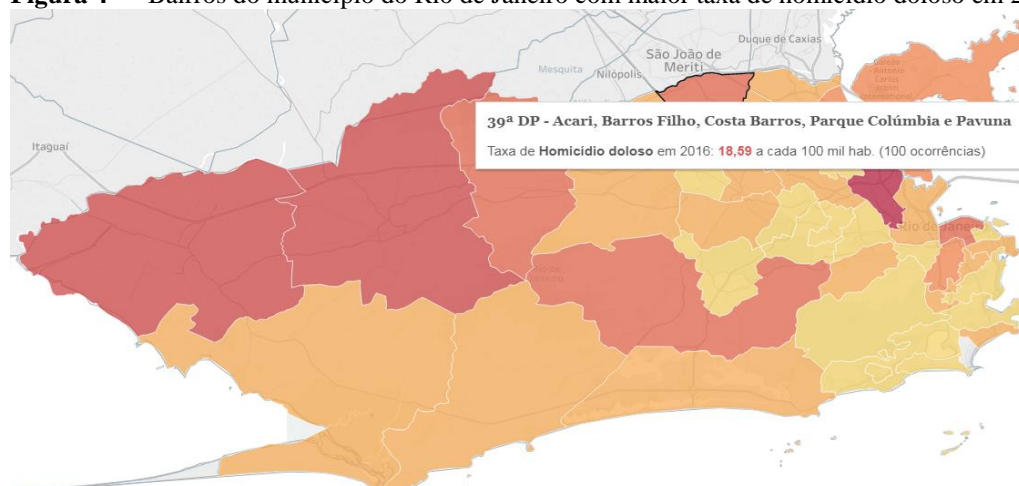
O cenário estudado foi escolhido a partir de informações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Instituto de Segurança Pública (ISP). O Rio de Janeiro é dividido em dez APs, como já mencionado anteriormente, sendo que o ISP tem uma particularidade específica para avaliação das áreas com maior violência.

Ao analisar os dois modelos de divisão territorial sobrepondo às informações oriundas das duas secretárias percebe-se que das três Áreas Integradas de Segurança Pública (AISP) com maior índice de violência duas estão situadas no território da AP 3.3, sendo elas a AISP 9<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> (Gráfico 4). Olhando com maior especificidade para o território da AP 3.3, identificam-se cinco bairros com a maior taxa de homicídio doloso no município, sendo eles: Acari, Barros Filho, Costa Barros, Parque Columbia e Pavuna (Figura 4). Desses bairros com maiores índices de violência há 13 Clínicas da Família do tipo A, dentre elas foi escolhida a CF Enfermeiro Marcos Valadão e a CF Epitácio Soares Reis por terem o maior tempo de existência.

**Gráfico 4** — Total de casos de letalidade violenta do município do Rio de Janeiro (2016)

Fonte: elaborado pela autora (dados oriundos do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2016).

A 9ª AISP é constituída de 15 bairros: Coelho Neto, Cavalcante, Colégio, Honório Gurgel, Rocha Miranda, Engenheiro Leal, Madureira, Turiaçu, Vaz Lobo, Oswaldo Cruz, Cascadura, Quintino, Bento Ribeiro, Campinho, Marechal Hermes. Já a AISP 41ª possui um total de 11 bairros, sendo eles Acari, Anchieta, Barros Filho, Colégio, Costa Barros, Guadalupe, Irajá, Parque Columbia, Pavuna, Ricardo de Albuquerque.

**Figura 4** — Bairros do município do Rio de Janeiro com maior taxa de homicídio doloso em 2016

Fonte: Dados do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, ano 2016.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população alvo do estudo foi composta pelos profissionais das equipes da CF Epitácio Soares Reis e da CF Enfermeiro Marcos Valadão, localizadas dentro da área programática 3.3, nos bairros da Pavuna e Acari, no município do Rio de Janeiro. Será feita a seleção de duas equipes de saúde da família por unidade, por meio de sorteio aleatório.

Como critério de inclusão:

- Foram selecionadas as equipes completas, com as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, médico, dentistas, técnico de saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Com o mínimo seis meses de atuação do profissional.

Como critério de exclusão:

- Foram descartadas do sorteio equipes incompletas.

A CF Epitácio Soares Reis, inaugurada em 5 de julho de 2011 no bairro da Pavuna, conta com seis equipes de saúde da família e duas equipes de Saúde Bucal. De acordo com o infográfico da clínica, sua população é de aproximadamente 21 mil usuários residentes nas comunidades da Marinha, Bradesco, Havai e Caçapava do Sol. Já a CF Enfermeiro Marcos Valadão teve sua inauguração em 15 de julho de 2011 no bairro de Acari, possui oito equipes de saúde da família e duas equipes de Saúde Bucal, com aproximadamente de 28.000 usuários cadastrados. Atende as comunidades de Parque Acari, Parque Unidos, Parque Colúmbia, ITD, Cruzeiro do Sul, Coelho Neto e Parmalat.

### 3.4 INSTRUMENTOS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas através de roteiros previamente estabelecidos, destinados para os profissionais das equipes selecionadas.

As informações de interesse referentes às atividades praticadas pelas equipes nos últimos seis meses, especialmente com relação à visita domiciliar. O roteiro de entrevista para os profissionais teve diferentes enfoques relacionados ao perfil do profissional, da equipe, detalhamento das atividades no território e a percepção do impacto da violência urbana no cotidiano da equipe.

### 3.5 ASPECTOS DA LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá e da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com base nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

Após a aprovação do conselho de ética foi feito o contato com o gerente das duas clínicas, para agendamento de visita às unidades, com exposição do objetivo do estudo à gerência da unidade seguida de apresentação às equipes.

A ideia foi criar oportunidade de construção em parceria com os envolvidos. Em seguida, será feita a seleção de duas equipes de saúde da família por unidade por meio de sorteio aleatório, para iniciar o trabalho de campo.

Em um segundo momento, a data e a hora para a aplicação do instrumento de coleta de dados foram agendadas com os profissionais das equipes selecionadas. As entrevistas serão aplicadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

### 3.6 ANÁLISE

Foi realizada a análise do conteúdo das falas dos profissionais, seguindo a técnica de Bardin.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A análise de conteúdo será dividida em três fases fundamentais: transcrição das entrevistas e leitura flutuante, conhecida como pré-análise; posteriormente, a fase de exploração do material, que consiste na leitura e codificação das informações presentes no material colhido; por último, ocorrerá o tratamento dos resultados, que é fase que o analista tem à sua disposição os resultados para interpretações (BARDIN, 1977. p. 101).

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Atividades desenvolvidas na visão dos entrevistados: organização do serviço	Ações programáticas: uma atenção focalizada na hipertensão e diabetes
	A intersectorialidade presentes nos territórios: o elo forte das equipes
Atividades no território de abrangência das equipes: o grande diferencial da ESF	
Aspectos programáticos da visita domiciliar	Visita domiciliar: a ferramenta que faz a diferença na ESF?
	Fatores limitadores da VD na perspectiva da violência urbana
Cenas do cotidiano da violência na realização das VDs: percepção dos profissionais a respeito da violência	
Estratégia dos profissionais para enfrentamento da violência urbana em território da saúde da família	
Acesso Mais Seguro	Acesso Mais Seguro para quem?
Segurança e insegurança: faces da mesma moeda	

Fonte: elaborado pela autora.



## 4 RESULTADOS

O estudo de campo foi realizado no período de 06 de novembro de 2018 a 11 de janeiro de 2019, foram realizadas 32 entrevistas, e não houve nenhuma recusa. A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (81%), e a idade média foi de 39 anos, variando entre 25 e 64 anos. Quanto à formação profissional, foram entrevistados 4 médicos, 4 enfermeiros, 16 ACS, 2 técnicos de enfermagem, 2 técnicos de saúde bucal e 4 dentistas. O tempo de atuação desses profissionais na equipe de saúde da família foi em média de 3 anos e 5 meses, sendo que a média de tempo com experiência na Estratégia Saúde da Família é de 6 anos. Com relação à realização de curso de pós-graduação, dentre os 12 sujeitos com graduação em nível superior, apenas 5 possuíam pós-graduação em Estratégia Saúde da Família e 2 com Residência em Saúde da Família. Os demais são pós-graduados em outras áreas. No que diz respeito ao local de moradia, todos os ACS entrevistados residem no território de abrangência das unidades de saúde conforme preconizado, porém chama a atenção que os sujeitos das outras categorias não residem no local.

A pesquisa apresentou como resultado geral uma semelhança nas questões apontadas pelas duas unidades na maioria das categorias estudadas, o que resultou na análise conjunta dos dois territórios, pois apresentaram diferenças somente em alguns aspectos.

### 4.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA VISÃO DOS ENTREVISTADOS: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Neste capítulo, será abordada a organização do serviço no que tange às atividades que ocorrem no território de abrangência das equipes, e a visita domiciliar terá um destaque na análise dos dados por se tratar do foco principal do estudo. Vale ressaltar que o município do Rio de Janeiro possui uma carteira de serviços, que estabelece a participação de todos os profissionais que atuam na ESF nas atividades no território de abrangência da equipe.

Em relação ao detalhamento das atividades realizadas no território das equipes estudadas, quase que a totalidade dos 32 entrevistados relatou a realização de visita domiciliar, de grupos de promoção à saúde, grupos de prevenção e controle de doenças e atividades nas escolas/creches como as ações mais frequentes no território de abrangência das equipes. A visita domiciliar foi a atividade mais citada entre 27 dos 32 entrevistados, seguida da realização de grupos de promoção à saúde e das atividades em escolas e creches, citadas por 25 profissionais. Tais achados estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, que preconiza que as atividades realizadas no território de abrangência da equipe devem englobar, principalmente, a visita domiciliar, as atividades de promoção da saúde, e quando necessário, demais espaços comunitários, como escolas. (PNAB, 2017). A Carteira de Serviço da SMS/RJ, documento que norteia as ações das duas unidades estudadas, reafirma que a visita domiciliar e atividades de educação em saúde devem ser realizadas conforme demanda dos usuários e da equipe (RIO DE JANEIRO, 2011).

Alves et al. (2018) fortalece a ideia de que dentre as práticas mais realizadas no território de abrangência das equipes, destacam-se as visitas domiciliares e a realização e/ou participação de atividades educativas de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Em um estudo realizado na atenção básica do município de Belo Horizonte, Silva e Rodrigues (2010) citam a realização de VDs e grupos de promoção à saúde pelas equipes, dando destaque às práticas de promoção da saúde nas escolas, considerado um espaço no território valioso para a construção de saberes. Já para Gaíva e Siqueira (2011), os grupos destinados a doenças crônicas e à visita domiciliar tornam-se mais frequentes no território de abrangência, pois as equipes tomam como referência as necessidades de saúde da população assistida.

A seguir são apresentadas falas dos entrevistados que se referem às atividades realizadas no território de abrangência das equipes. O panorama que se pode descrever das duas unidades, relacionado às atividades realizadas no território de abrangência das equipes, está coadunado com os preceitos da Estratégia Saúde da Família.

[...] realizamos grupos de acompanhamento de bolsa família, atividades nas escolas, grupo de orientação para hipertensão diabetes e visitas domiciliares, basicamente é isso que a gente realiza no território. (E 3)

[...] existem no território os grupos de hipertensão, grupos de diabetes, grupo de orientação sexual para adolescentes, programa de saúde na escola e VD. (ACS14).

[...] eu faço visita domiciliar, existe o programa saúde na escola com orientação sobre prevenção de doenças, como escabiose, e a gente também trabalha em conjunto com os parceiros no território. As igrejas cedem o local pra gente fazer ação social. (ACS 13)

[...] temos grupos de hipertensão e diabetes na igreja, só teve um encontro, e temos intenção de continuar fazendo. Realizamos também visita na escola e visita domiciliar [...] (M4).

**Quadro 6** — Síntese das atividades citadas pelos entrevistados, realizadas no território de abrangência das equipes, Rio de Janeiro, ano de 2019

Tipo de atividade	Linha de cuidado	Programa relacionado	Equipes envolvidas	Local em que foi realizado	Total de atividades
<b>Visita domiciliar</b>	Saúde do idoso Saúde da mulher Saúde da criança Saúde do homem Saúde mental Saúde bucal	Pacientes acamados (20) Paciente com limitação para ir até a unidade (20) Hipertensão (12) Diabetes (12) Busca ativa (4) Criar vínculo (3)	ACS (32) Técnicos de enfermagem (25) Enfermeiros (30) Médicos (22) Dentistas/TSB (15)	Domicílios (27)	27
<b>Grupos de promoção à saúde Grupos de prevenção e controle</b>	Saúde da criança Saúde da mulher Saúde do idoso Saúde do homem	Hipertensão (15) Diabetes (15) IDST's (9) Tuberculose (1) Hanseníase (1) Álcool e Drogas (1)	Enfermeiros (27) ACS (26) Dentistas/TSB (21) Técnicos de enfermagem (18) Médicos (16)	Igrejas (10) Espaços comunitários (6) Praças (3) Associação de moradores (3)	25
<b>Atividade na escola (PSE)</b>	Saúde do escolar Saúde da criança adolescentes	Escovação supervisionada (13) Aplicação de flúor (13) Cuidados com higiene	Enfermeiros (25) ACS (26) Dentista/TSB (21) Técnico de enfermagem (18) Médicos (16)	Escolas (25) Creches (6)	25
<b>Ações Bolsa Família</b>	Saúde da criança/adolescente Saúde da mulher	Orientação alimentar (6)	Enfermeiros (4) ACS (5) Técnico de enfermagem (1)	Igrejas (4) Espaços comunitários (2) Praça (1)	10
<b>Planejamento Família</b>	Saúde da mulher Saúde do homem Saúde do adolescente	Métodos contraceptivos (3)	Enfermeiros (5) ACS (5) Técnicos de enfermagem (3)	Espaços comunitários (3) Associação de moradores (1)	5
<b>Busca ativa</b>	Saúde da criança Saúde do homem Saúde da mulher Saúde do idoso	Vacinas atrasadas (2) Usuários faltosos (2)	ACS(1) Enfermeiros (2) Dentista/TSB(1)	Domicílios (4)	4

Legenda: em parênteses, encontra-se a totalidade de profissionais que citaram a atividade

Fonte: elaborado pela autora.

#### 4.1.1 Ações programáticas: uma atenção focalizada na hipertensão e diabetes

Em relação aos grupos de prevenção e controle de doenças realizadas no território de abrangência da equipe, chamou atenção a descrição das atividades a partir de temas como hipertensão, diabetes, seguido de DST. Essas ações talvez tentem abarcar doenças e agravos de maior prevalência na região. Está muito presente no discurso das equipes entrevistadas a realização de grupos destinados aos portadores de doenças crônicas, na lógica de um modelo tradicional corroborado com o pensamento de Brixner et al. (2017), que apontam o trabalho na perspectiva de grupos direcionados aos agravos mais comuns do território.

Para Oliveira et al. (2013), os grupos de HiperDia funcionam como estratégias para auxiliar no tratamento e controle das doenças, sendo possível manter os níveis glicêmicos e da pressão arterial desejáveis por meio das orientações realizadas. As práticas de saúde que priorizam a patologia como base para intervenção no processo saúde-doença, com repasse de informações sem considerar a comunidade como partícipe da construção do saber, não estão de acordo com as premissas da ESF. Para Freire (2008), a chamada “educação bancária” assemelha-se à esta prática, que consiste na narração de conteúdos pelo educador para os educandos.

Temos no território grupos educativos, atividades na escola (PSE), visita domiciliar, grupos de acompanhamento de hipertensão e diabetes, fazemos os grupos de acordo com a época do ano. (E 4)

Nós temos aqui o grupo de HiperDia, que atende hipertensos e diabéticos [...] (ACS 7)

[...] a gente faz grupo para acompanhamento de hipertensão e diabetes, educação sexual para os jovens [...] (ACS 11)

Fazemos grupos de acompanhamento de Bolsa Família, grupo de orientação para hipertensão e diabetes [...] basicamente é isso que a gente realiza no território. (E 3)

As falas acima relatam as principais atividades realizadas no território de abrangência das equipes, e a existência de grupos voltados para a prevenção e o controle da hipertensão e diabetes está presente nos relatos de 15 dos 32 entrevistados. Para Arce e Teixeira (2018), as ações voltadas para a análise da situação de saúde da população

são pouco existentes, e o que se percebe é um foco maior nas ações programáticas destinadas ao acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos nos territórios.

#### **4.1.2 A intersetorialidade presente nos territórios: o elo forte das equipes**

Em relação às atividades realizadas nas escolas e creches, foi possível perceber um enorme envolvimento das equipes. Essa parceria com o setor da educação foi citada por 25 entrevistados. Foi possível perceber um trabalho intersetorial envolvendo o setor da educação e o setor de saúde, em que são desenvolvidas ações do Programa Saúde na Escola (PSE). Essa parceria intersetorial, envolvendo o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, possibilita o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde nas escolas e territórios da saúde, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. (BRASIL, 2018).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica — Saúde na Escola (2010), as escolas são espaços privilegiados para o desenvolvimento crítico e político dos alunos; possibilita a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo. Apesar da existência de várias ações elencadas no PSE, a saúde bucal foi o tema mais abordado nesses espaços, e profissionais da odontologia ficam responsáveis pela organização do cronograma anual das ações. Em outros estudos como o de Soares, Reis e Freire (2014), ficou evidenciado que existe envolvimento dos profissionais da ESF nas ações do PSE, porém o enfoque predominante é na atenção à saúde bucal, corroborando com os achados do estudo.

Foi possível identificar na fala dos entrevistados a realização de quatro ações programáticas nas escolas, conforme previstas pelo PSE:

[...] realizamos grupos nas escolas com a dentista e técnica de saúde bucal. É feita avaliação odontológica, orientação nutricional, pesa e mede os alunos [...] (A 6)

[...] fazemos atividades nas escolas que é o PSE (programa saúde na escola), falamos sobre saúde bucal e alimentação saudável [...] (TSB 2)

[...] a gente faz grupo para acompanhamento do Bolsa Família, grupo de hipertensão, diabetes, na escola a gente fala de educação sexual, às vezes quando tem alguma campanha sobre dengue ou ações de algum tema que surja [...] (A 11)

[...] a gente faz tratamento na escola de saúde bucal (PSE), para poder acompanhar as crianças. Muitas das vezes os pais não trazem as crianças para cuidar da saúde bucal. (A 10)

Foi possível identificar também a existência de parcerias com outros equipamentos sociais, como igrejas, associação de moradores e praças, em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde, que propõe intervenções em saúde ampliadas com o objetivo de levar as equipes a compreender os problemas, necessidades, determinantes e condicionantes de saúde da população (BRASIL, 2007). Para Silva e Rodrigues (2010), a construção dessas parcerias intersetoriais entre diferentes setores e segmentos do território da ESF deve ir além da divisão de tarefas, com criação de espaços que viabilizem um planejamento participativo de ações que contemplem as demandas do território. As atividades intersetoriais realizadas em parcerias com organizações formais e informais permitem à equipe da ESF subsidiar ações para integração de saberes e experiências atuando de maneira integrada para identificar soluções adequadas à sua realidade social.

Nas falas a seguir, é possível identificar alguns dispositivos utilizados pelos entrevistados para realização das ações:

A gente faz ações do território por conta do espaço, temos a associação dos moradores, igreja. (A 1)

[...] a gente faz visita domiciliar, pesagem do bolsa família na associação de moradores, coleta de sangue domiciliar, grupos nas escolas com a odontologia, faz parte do PSE [...] (TÉC ENF. 1)

[...] realizamos PSE, que é o Programa Saúde na Escola, além de atividades que a gente faz nas igreja [...] (E 1)

Por fim, vale a pena ressaltar as atividades menos citadas pelos entrevistados, como a busca ativa no território que não parece fazer parte do cotidiano dos profissionais, com menção por apenas quatro entrevistados. Os motivos relatados para esta prática foram a atualização da caderneta de vacina de crianças que não são levadas até a unidade de saúde e a captação de usuários faltosos.

Realizamos também grupo de imunização no território, para realizar busca ativa em crianças com cartão de vacina em atraso. Muitas mães têm preguiça de vir aqui vacinar o filho. (E2).

[...] fazemos nos territórios visita domiciliar em pacientes acamados, realizo coleta de sangue domiciliar, verificação de pressão e também busca ativa para resgatamos as cadernetas de vacinas em atraso. (TEC ENF2)

[...] a gente faz campanha, a gente fala de saúde mental, atividade com adolescentes abordando doenças transmissíveis, grupos de HiperDia, grupo de pesagem do Bolsa Família, visita domiciliar e busca ativa de pacientes faltosos. (ACS 12)

[...] atividades em grupos com a equipe, grupo de promoção da saúde e prevenção de doenças, grupo para fazer avaliação bucal dos pacientes, busca ativa de gestantes e crianças de 0 a 2 anos faltosas, grupo de hipertensos e diabéticos, e também realizo atividades na escola. (D2)

A busca ativa possui um papel fundamental na lógica de trabalho da ESF, sendo considerada um de seus grandes diferenciais. Alguns fatores podem contribuir para que esta atividade seja pouco realizada pelas equipes: a presença da violência nesses territórios ou até mesmo a sobrecarga de trabalho nas equipes podem limitar a realização de busca ativa.

Eu trabalho na equipe com acesso avançado. Devido ao grande número de atendimentos, tenho dificuldade de sair para o território da equipe para realizar atividades [...] (M 3)

[...] realizamos busca ativa em crianças com cartão de vacina em atraso [...] muitas das vezes não conseguimos acessar o território por motivos de violência. (E 2)

#### 4.2 ATIVIDADES NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES: O GRANDE DIFERENCIAL DA ESF

Um número expressivo de entrevistados, 20 de 32, relataram que o objetivo das atividades no território seria levar informações aos cadastrados que não conseguem se deslocar até a unidade de saúde por diferentes motivos, como dificuldade de locomoção, entre outros. Houve também relatos mostrando que a dificuldade do usuário de vir até a unidade está ligada à violência nos territórios, o medo do usuário de sair de casa acaba criando uma barreira de acesso à saúde.

Fazemos as atividades no território para melhorar o alcance das pessoas. Tem cadastrados que têm dificuldade para vir à unidade, se locomover. Enfim, a gente faz o grupo lá para poder melhorar a assistência [...] (ACS 4)

O objetivo é chegar mais próximo da comunidade, por mais que nossa área seja próxima da comunidade, tem cadastrados que possuem dificuldade de vir. Aí a gente vai atrás deles para levar informações a esses pacientes em seu local de moradia. (ENF 1)

As atividades no território servem para captar mais pessoas para a Clínica da Família. Por exemplo: realizamos um grupo de HiperDia no território que facilitou também no descolamento dos pacientes, muitos não querem atravessar a comunidade devido à violência e deixam de vir a clínica. De um lado da rua é uma facção, e do outro lado é outra facção. Então os pacientes que ficam no território oposto ao da clínica não vêm para as consultas pelo medo da outra facção. Então realizar atividades no território facilita no atendimento a esses pacientes [...] (M4)

Fazemos essas atividades porque tem pessoas que não conseguem chegar até a unidade, tem também um grupo vulnerável que é o pessoal do tráfico que tem muito medo de chegar até a clínica, por exemplo: eu tenho um cadastrado que vive querendo vir à clínica, ao dentista, só que não vem por medo. (ACS 3)

Chama a atenção que poucos comentaram a ida ao território com o intuito de aproximar-se da comunidade, com apenas três entrevistados mostrando essa visão mais ampliada e abrangente. Silva et al. (2016) corroboram com a ideia de que a ida ao território deve ser mais bem explorada pelas equipes da ESF, para desvendar e compreender o território, sendo fundamental para conhecer a população, seus potenciais e vulnerabilidades. Para Barros (2018), o profissional que vivencia e compreende o território onde o usuário está inserido terá uma maior capacidade de elaborar ações de saúde e oferecer um cuidado que atenda às reais demandas da clientela. Já o estudo de Moreira et al. (2019) aponta que a aproximação do profissional com o território de abrangência da equipe é o grande diferencial da ESF, e conhecer os diferentes perfis demográfico, epidemiológico, tecnológico, político, social e cultural, em permanente transformação, permite uma melhor compreensão das relações ali existentes.

A gente consegue abranger esses pacientes, além de conhecer a realidade de cada pessoa, conhecer as condições de vida, de moradia, para a gente conseguir elaborar um plano melhor para poder intervir de uma maneira mais exitosa. (E 3)



[...] nossa intenção é nos aproximarmos da população [...] Essas atividades fortalecem a criação de vínculo com a população, permitem conhecer a realidade dos pacientes e suas necessidades. (D1)

Conscientizar a população no que diz respeito à saúde, avaliar a qualidade de vida e moradia dos cadastrados, ficar mais próximo da realidade deles [...] (ACS7)

Com relação à frequência e à organização, os profissionais menos envolvidos nas atividades no território são da área médica. Quase que a totalidade dos entrevistados refere que as atividades são organizadas nas reuniões de equipe, ou citam esses encontros como um momento oportuno para a reflexão sobre as VDs e outras ações.

As VDs são organizadas nas reuniões de equipes. Discutimos os casos mais urgentes. (ACS 13)

As VDs são sempre bem discutidas para se ter o máximo de uso dela. Discutimos semanalmente nas reuniões de equipe as visitas que vamos realizar [...] (M 4)

Na reunião de equipe, os ACS trazem os casos, e também revemos os casos já discutidos anteriormente. Isso vai de acordo com a necessidade do paciente. Os casos mais prioritários são visitados primeiro. (E 2)

#### 4.3 ASPECTOS PROGRAMÁTICOS DA VISITA DOMICILIAR

O estudo mostra que 20 dos 32 entrevistados relatam que o objetivo da VD é levar atendimento a usuários com alguma limitação de acesso à unidade, seja por apresentar dificuldade em deambular, seja por estar restrito ao leito ou ao domicílio, seja por não conseguir vir até a unidade de saúde devido à violência presente nesses territórios. A literatura mostra que a ida ao território para a realização da VD está apoiada prioritariamente na ideia de acessar os pacientes com maior dificuldade de locomoção, como os acamados ou com limitações físicas e portadores de doenças crônicas, por exemplo, hipertensão e diabetes (NETO, TOMÉ, ARAUJO e MONTANDON, 2019). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o objetivo da VD vai muito além da dificuldade ou impossibilidade física de locomoção do usuário, e qualquer outro cadastrado da ESF, que necessite de cuidados ou não, deverá receber visita domiciliar quando for necessário ou indicado (BRASIL, 2012).

### 4.3.1 Acesso a idosos e/ou pessoas acamadas

Na verdade, a VD é uma estratégia, porque temos muitos idosos, pessoas restritas ao leito e muitas pessoas que são privadas de se locomover até a unidade, então a VD tem o objetivo de atender às necessidades dessas pessoas. (E1)

Levar atendimento às pessoas que não vêm à clínica [...] tem pessoas acamadas que não conseguem vir até a unidade. (D1)

O objetivo principal da visita domiciliar é prestar assistência àqueles que têm uma limitação para vir até a unidade de saúde, como pacientes acamados, pacientes com dificuldade de locomoção. Tem também as pessoas que não podem sair da comunidade para vir até a unidade. (E3)

Eu acabo escolhendo os pacientes que não conseguem vir até a unidade para fazer VD, como acamados, paciente que tem algum tipo de deficiência ou alguém que, naquele momento, não pode vir à unidade, mas ele precisa de um atendimento. (M 2)

### 4.3.2 Acesso a pessoas com limitação de circulação por aspectos associados à violência urbana

Outro aspecto importante e de grande interesse do estudo refere-se à limitação da circulação do usuário no território de abrangência das equipes, impossibilitando sua ida até a unidade de saúde, devido à forte presença da violência urbana. O medo não assola somente os profissionais de saúde, muitos cadastrados viram prisioneiros em suas próprias residências por medo da violência presentes nesses territórios.

Para Stein e Walch (2016), o crescimento cada vez mais acelerado das grandes cidades e o aumento da desigualdade social atingem grande parte da população desses territórios, gerando processo de exclusão social, tais como dificuldade de acesso a moradias dignas, falta de saneamento básico, segurança e serviços de saúde e educação.

Além das fragilidades por vulnerabilidades sociais expressivas, a presença de grupos armados representa, muitas vezes, para moradores dessas regiões, um convívio diário com a violência armada. Essa violência é exercida ativa e reativamente como forma de controle de corpos, de espaços e de práticas, limitando o direito de ir e vir da população (MINAYO, 2013).

A forte presença do tráfico de drogas, facções ou milícias com a ampla circulação de armas aumenta a exposição da população ao risco de ferimentos e mortes (DAHLBERG; KRUG, 2007). Todo esse contexto violento afeta a restrição de mobilidade da população dessas áreas (CUE; NUÑES, 2017). A redução ou impedimento de acesso a serviços de saúde dá-se diretamente, por bloqueio de vias ou falta de segurança para deslocamento até o serviço, tanto para os moradores como para os profissionais de saúde dessas áreas (STEIN; WALCH, 2016; MORAIS NETO; SOUSA; MARGARIDA, 2012; POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

Nas próximas falas temos essa representação fortemente presente:

[...] Tem área aqui na comunidade que o paciente não é restrito ao leito, mas devido à área de violência. Eles não conseguem vir até a unidade. Esses pacientes têm medo da violência, não saem nem do prédio onde moram, têm medo de ocorrer tiroteio na rua e de não conseguirem nem correr. (E4)

Temos dois grupos principais: os que não conseguem vir até a unidade por diversos motivos, como: o paciente não pode vir até a unidade, pacientes acamados, pacientes com dificuldade de deambular e pacientes envolvidos com o movimento do tráfico. (M 1)

Fazemos essas atividades porque tem pessoas que não conseguem chegar até a unidade. Tem também um grupo vulnerável que é o pessoal do tráfico, que tem muito medo de chegar até a clínica, e os idosos que têm medo de sair de casa devido à violência. Por exemplo: eu tenho um cadastrado que vive querendo vir à clínica, ao dentista, só que não vem por medo. (ACS 3)

#### 4.4 VISITA DOMICILIAR: A FERRAMENTA QUE FAZ A DIFERENÇA NA ESF?

Outro fator importante mencionado por sete entrevistados diz respeito à VD, sendo utilizada como momento de criação de vínculo e conhecimento da realidade da população. É possível perceber que mesmo sendo um dos principais elementos para a construção do diagnóstico na área, a VD vem sendo pouco aplicada pelas equipes, e é uma ferramenta potente que permite conhecer e aproximar-se do cotidiano das famílias, vivenciando a realidade da população, seus entraves e suas potencialidades. A equipe de saúde da família que utiliza a VD para obter essas informações consegue planejar as ações de acordo com as necessidades da população, o que facilitaria a construção de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Neto, Tomé, Araújo e Montandon (2019) corroboram a ideia de a VD ser um momento rico,

utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como criação de vínculos entre profissionais e usuários.

Para poder levar conhecimento e trazer até a equipe o que a pessoa precisa, eu adianto o trabalho do médico e do enfermeiro. Por exemplo, eu chego lá e vejo aquela família, crio vínculo, vou conhecendo o dia a dia da família [...] (ACS 9)

A gente quando faz a VD olha todo o contexto do paciente, e depois passa o caso para a equipe. Semana passada mesmo uma criança estava deitada no chão brincando com uma garrafa de cerveja, é algo que quando a gente vê, conversa com a família dos riscos. A gente quando faz a VD não vê somente a questão da saúde, a gente vê tudo, a questão da violência, ou seja, tudo que acontece na casa. (ACS 12).

Quando eu comecei a trabalhar, tinha a impressão de que os pacientes da VD eram os pacientes mais graves [...] Hoje eu tenho um objetivo diferente, hoje eu consigo entender que é levar até a casa das pessoas aquilo que elas não conseguem, levar acesso, na verdade, ou seja, ampliar o acesso dentro da demanda que elas vão apresentar [...] (M 3)

Para o agente comunitário, a visita domiciliar é o principal, é o momento que a gente cria o vínculo com o cadastrado, e passa a saber como é a rotina deles, principalmente aqueles cadastrados que a gente tem que ter um olhar mais atento. Nas VDs, a gente conhece as limitações e os problemas dos cadastrados, e então trazemos isso para a reunião de equipe ou fazer uma visita com o médico ou enfermeiro. Nas VDs, criamos vínculo com os cadastrados. (ACS 11)

Em relação à frequência da VD, somente o ACS desenvolve essa atividade conforme preconizado pela Carteira de Serviços da SMS/RJ (RIO DE JANEIRO, 2011), com relato de ida ao território três vezes por semana e de não conseguir sair mais vezes para o território, devido aos serviços internos da unidade e também por conta da violência. As demais categorias, como médico, enfermeiro e dentista, relatam não cumprir com o preconizado, justificando que a saída da unidade para a realização da VD nem sempre é possível por conta da violência presente no território de abrangência da equipe. Os técnicos de enfermagem e de saúde bucal conseguem ir ao território com uma frequência maior, de 2 a 3 vezes ao mês quando existem condições adequadas para tal.

O fato de os ACS conseguirem cumprir com a realização das VDs, conforme preconizado, provavelmente se dá pela familiaridade desse ator com o território. Segundo Kebian e Acioli (2014), esse profissional, especificamente, possui a particularidade de ser residente do território onde atua, diariamente convive com

situações de violência, o que o possibilita criar uma relação de aproximação com os moradores e compreender a realidade local. Diante desse contexto, é importante ressaltar que o ACS vivencia toda essa violência presente no território, concomitantemente como morador do território e trabalhador da unidade de saúde, o que pode tornar a naturalização da violência um evento rotineiro na sua vida pessoal e profissional.

Na maioria das vezes, o ACS é acessado por outros profissionais da equipe em visitas ao território como uma tentativa de proteção e de continuidade da ação, por conhecer e residir no território, leva aos demais profissionais uma “sensação” maior de segurança.

[...] os agentes comunitários que falam para mim, se eu posso ir ou não posso ir para o território fazer a VD. Eu sigo o que eles me orientam, se pode ir, se não pode ir ou se é melhor ficar, ainda mais que eles moram lá dentro, eles sabem o que está acontecendo. (M 4)

#### 4.5 FATORES LIMITADORES DA VD NA PERSPECTIVA DA VIOLÊNCIA URBANA

O grande diferencial da ESF é a proximidade com o território, onde os indivíduos, a família e a comunidade participam ativamente do processo saúde-doença por meio de ações individuais e coletivas. No entanto, essa proposta perde o seu foco quando se depara com a violência urbana presente no território, um sério problema social que interfere diretamente na realização das ações (MACHADO; DAHER, 2015; POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013). Relatos da existência da violência no território das equipes estiveram presentes na fala de todos os entrevistados, sendo um forte limitador na realização da VD. Diante de todo esse cenário, urge a necessidade de replanejamento dessa atividade; os profissionais cancelam a ida à residência e reagendam para um outro momento em que é possível a realização da mesma. Essa violência presente no cotidiano dos profissionais pode comprometer a qualidade de atenção prestada, bem como a saúde da equipe.

[...] é preconizado que a gente faça 16 VDs por mês, ou seja, uma vez por semana temos que fazer VD. Às vezes está agendado, só que não conseguimos ir por conta da violência no território, então não conseguimos sair da unidade. (D 1)

[...] o preconizado pela carteira de serviços é que, no meu caso de enfermeiro, a gente separe dois turnos por semana para fazer VD, se bem que o nosso território tem a questão da violência, então pelo menos de 15 em 15 dias a gente vai para a rua para a VD. (E 3)

A VD não acontece toda semana por conta da violência do tráfico; tem dias que a gente não consegue sair, porque quando a gente chega já tem aqueles carros enormes e tiroteio no território. (M 4)

De 15 em 15 dias eu faço VD, acabo fazendo duas vezes por mês. Às vezes não consigo subir para o território devido à violência. (D 2)

Os profissionais entrevistados afirmam que de diferentes maneiras e em diferentes momentos a violência limita o acesso e a realização das VDs. A incursão policial com o Bope ou exército, o confronto armado entre a polícia e o tráfico, a presença dos caveirões e o som de tiros e bombas levam os profissionais a ficarem em estado de alerta e cancelarem suas atividades no território. Para Machado e Daher (2015), a polícia foi criada com o objetivo de trazer segurança, no entanto, no cotidiano dos profissionais e moradores que ali transitam, a presença da polícia gera medo e tensão, tornando o processo de trabalho complexo e ocasionando o afastamento do usuário pela busca ao serviço e do profissional do território de abrangência da equipe.

Estava indo fazer a VD e, de repente, os carros do exército estavam chegando na comunidade. Muitos tanques de guerra. Fiquei muito assustada e com muito medo. Minha sorte é que estava próximo da unidade e consegui voltar para me abrigar. (ACS 4)

Em uma das minhas visitas, a gente estava a caminho da residência quando o caveirão entrou e então tivemos que nos abrigar dentro de um mercadinho e esperar o conflito terminar para voltar à unidade de saúde. Não foi possível fazer a VD. (M 1)

O meu território é uma área violenta; as casas ficam fechadas. Tem um rio que passa no território; quando tem tiro, ou você se joga no chão ou se joga dentro do rio. Então quando escuto algum barulho de tiro nem saio para fazer VD, tenho muito medo. (ACS 6)

A violência traz sérios prejuízos para os serviços de saúde. A limitação das ações está presente nos cotidianos dos profissionais: por muitas vezes faz-se necessário o cancelamento das VDs, dos grupos e até mesmo o fechamento da unidade. Perante

toda essa situação, faz-se necessário um novo planejamento das ações que não foram realizadas, para que os cadastrados tenham a assistência conforme preconizado pelo ESF. Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) corroboram essa ideia; em um de seus estudos ficou claramente perceptível a vulnerabilidade dos profissionais que atuam na ESF, interferindo diretamente no processo de trabalho das equipes, assim como no atendimento dos usuários no domicílio.

#### 4.6 CENAS DO COTIDIANO DA VIOLÊNCIA NA REALIZAÇÃO DAS VDS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS A RESPEITO DA VIOLÊNCIA

De acordo com dados do Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2018 houve 6.695 mortes violentas, com uma taxa de letalidade violenta de 39,3 por 100 mil habitantes (IPEA, 2019). Todo esse cenário catastrófico vem aumentando diariamente, e os homicídios, confronto entre grupos armados, mortes e feridos por bala perdida já estão fazendo parte do cotidiano da população carioca.

Durante o estudo, foi possível captar diferentes sentimentos: a violência fortemente presente nesses territórios parece mudar toda a rotina da unidade. Ao longo da realização de uma das entrevistas, foi possível ouvir tiros no território de uma unidade de saúde, e o medo foi intensificado naquele instante.

Seguem os relatos de profissionais que vivenciaram a violência urbana existente nos territórios de abrangência das equipes. O medo e a insegurança estão fortemente presentes nesse contexto.

##### 4.6.1 Incursão da polícia: quem é o inimigo?

[...] então existem diversos momentos de violência; já tivemos a presença de tanques de guerra aqui, é uma coisa de vídeo game. A primeira vez que cheguei aqui perguntei o que estava acontecendo, parecia a 3ª Guerra, tinham no território uns tanques gigantes, vários caminhões com 200 soldados e eu me perguntava com quem que esses caras estão lutando, quem é o inimigo, eu estou com medo do inimigo. Pensei: não quero trabalhar aqui, tipo para quem é toda essa força e contra quem? A sensação é que eu estou sentindo medo do que eles estão com medo. ( M 3)

#### 4.6.2 Vi a minha morte: no meio do fogo cruzado

Voltando de uma VD, eu estava na kombi, e do nada parou e veio em nossa direção o BOPE com armas apontadas para cima. Meu marcador de perigo é morador, ele abaixou, eu abaixei, começou o tiroteio e eu só falei assim: já era, vou morrer. Eu estava dentro da kombi e não tinha como abaixar mais, eu sou grande e então eu pensei, vou ser a primeira a morrer. Eu pensei: meu Deus vou tomar na cabeça, porque eu não conseguia abaixar mais, nossa eu vi muito a minha morte acontecendo, porque eu estava dentro de uma kombi, parada em um engarrafamento, onde eu não conseguia me mexer, ou seja, era um cenário ruim que eu estava completamente imóvel, eu não podia nem sair correndo. A kombi trancada dentro do engarrafamento, eu instalada e um monte de homens de preto correndo com o fuzil apontado e o tiro comendo em cima da minha cabeça. Sensação de morte completa, só depois de alguns minutos a kombi conseguiu sair do local, e eu vi que escapei da morte. (M 3)

[...] outra vez eu estava no território do Bom Jardim, foi uma coisa terrível. Eu estava com minha planilha de anotações das VDs e com SISREG para entregar durante a visita, foi quando no caminho para realizar a VD, eu sentei em um banco na área para separar os papéis para entregar aos cadastrados. De repente, quando eu olhei, tinha muito policial de preto com umas armas imensas, e no fim da rua que eu estava sentada tinham os vigias do tráfico. Parecia cena de guerra, em que os policiais apontavam as armas para os vigias do tráfico, e eu no meio deles. Fiquei desesperada e comecei a gritar e chorar para não atirar e deixar eu sair dali. Eu fiquei no meio deles com arma apontada para mim, eu chorava e pedia para poder passar, foi quando um cadastrado abriu o portão e me puxou para dentro de uma fábrica de pipa. Fiquei algum tempo abrigada até terminar o confronto. Depois que terminou o confronto eu desci a rua e vim correndo para a clínica, isso marcou a minha vida, fiquei muito apavorada. (ACS 9)

#### 4.6.3 De onde vem o tiro? Quem é o inimigo?

Já aconteceu de ir para a área e ter tiro, muito tiro e pessoas correndo desesperadas entrando em qualquer porta aberta e se escondendo, porque a gente não sabe de onde vai partir o tiro. Uma vez aconteceu de estar vindo de uma VD e começou o tiro na vila do pau, e tive que sair correndo para me esconder. (ACS 6)

Nosso território tem facções diferentes. Uma vez eu sai para fazer a VD e o território estava agitado, era dia de cobrança de outra facção e, de repente, começou o tiroteio, tivemos que deitar no chão da rua, porque era muito tiro, e a gente nem sabia de onde vinham os tiros. (TÉC ENF 3)

O relato dessas cenas violentas demonstra de maneira inexorável o quanto os profissionais da ESF estão em risco eminente de serem feridos até de morte, com



impossibilidade real de realizar seus afazeres, como relatado por 25 entrevistados. A insegurança é total, e a equipe por vezes precisa contar com a sorte e com a ajuda de moradores para abrigo durante confronto armado, para não ser atingida por balas perdidas. A violência nesses territórios é constante e traz prejuízos, principalmente à saúde mental dos envolvidos. Para autores como Lancman et al. (2009), os profissionais que vivenciam a violência diariamente em seu ambiente de trabalho possuem uma forte tendência ao sofrimento psíquico. Conviver com a iminência de sofrer um ato violento é intrinsecamente ameaçador e gera tensão e medo nos profissionais, que muitas vezes não sabem como agir e se comportar diante de tais situações. Souza et al. (2013) corroboram com esse pensamento, e acreditam que situações de violência como essas podem acarretar também o afastamento dos profissionais do trabalho, gerando estresse, absenteísmo, rompimento do vínculo interpessoal e na desestruturação na organização do trabalho. Para Machado e Daher (2015), assim como para Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013), a violência no ambiente de trabalho contribui fortemente para o adoecimento dos profissionais de saúde. A vivência de situações psicologicamente mobilizadoras, como ataques, ameaças e coações no cotidiano do seu trabalho, são uma infeliz realidade que deve ser monitorada e tratada adequadamente.

Já aconteceu de a gente estar no território, a polícia entrar e começar o tiroteio e a gente correr, ficar escondida na casa do cadastrado; tivemos que nós abrigar para não ser alvejados. (ACS 1)

Outra vez, andando pelo território com a ACS, quando viramos o beco, tinha uma rapaz que parecia estar muito drogado, com os olhos enormes, com a arma apontada para minha direção, a arma estava a uns 10 cm da minha cara, se eu grito ele atira, eu ia morrer na hora. (M 3)

Em algumas falas é possível perceber a íntima relação da comunidade com a presença do tráfico, como se a comunidade e a violência andassem lado a lado, como se a violência já estivesse impregnada no cotidiano das famílias e dos profissionais que ali residem. O ACS talvez seja o profissional da ESF que mais vivência essa realidade no seu dia a dia, pois além de residir no território, na maioria das vezes realiza as atividades sozinho e coloca-se em risco constantemente. Poucos são os estudos que abordam o fenômeno da violência urbana nos serviços de saúde, e autores como Sturbelle et al. (2018) referem que trabalhar em territórios com altas taxas de criminalidade aumenta as chances da exposição de os profissionais da ESF vivenciarem

a violência. Para Silva et al. (2015), a rápida urbanização desses territórios, associada ao aumento da violência urbana, pode expor de maneira significativa os profissionais que ali trabalham.

No início do PACS, quando começou a saúde da família era mais tranquilo; sempre teve a violência, lógico é uma comunidade, mas hoje a violência está mais constante, tem semana que todo dia tem confronto. Hoje eu tenho medo de estar na área e acontecer um confronto e de repente eu não ter tempo de entrar em algum lugar. Se estiver em um beco fazendo VD é pior, porque geralmente as portas estão fechadas. Eu tenho esse receio. Uma vez aconteceu de uma criança estar vindo do colégio, era até paciente nosso, essa criança foi alvejada pelo helicóptero. Tenho muito medo de não conseguir me abrigar e acontecer a mesma coisa. (ACS 1)

Estávamos realizando uma atividade no território em uma localidade que funcionava a fábrica da Parmalat [...] de repente o caveirão entrou atirando e foi aquele desespero; a localidade que estávamos não tinha saída, tivemos que correr e pedir para abrir nas casas dos cadastrados. A gente que mora na comunidade sabe que isso é normal, e meio que banaliza, e quem não mora aqui fica muito assustado. Então tivemos que nos acalmar e acalmar quem não era da comunidade. (ACS 4)

Diante das cenas relatadas pelos entrevistados, inúmeros sentimentos e expressões puderam ser percebidos, como o medo, a angústia, o desespero e a insegurança. Todos esses sentimentos ficaram claros ao longo da coleta de dados, e a fala embargada e trêmula confirma que a violência presente nesses territórios é realmente assustadora, e só quem vivencia isso diariamente sabe que o medo da morte é real e constante.

#### 4.7 ESTRATÉGIA DOS PROFISSIONAIS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA URBANA EM TERRITÓRIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em respostas a todo esse cenário, os profissionais estabelecem estratégias de defesa para enfrentar situações de risco, utilizando-se de “astúcia” (LANCMAN et al., 2009, p. 5) e produzindo uma rede de proteção e solidariedade na comunidade.

Sei quais são os meninos que são do movimento, eu sei que não posso chegar perto quando tiver operação, sei onde eu posso ficar mexendo no celular na comunidade e sei onde eu não posso ficar mexendo também. Então é

tranquilo para mim, eu nasci aqui dentro e me sinto supersegura fazendo a VD. Às vezes me dá um medinho. (ACS 12).

Dentro do chapadinho você vê a venda de drogas. Uma vez eu coloquei cartazes no território para informar uma atividade e ingenuamente eu tirei foto desse cartaz, quando eu fui chamada atenção de que não poderia ter tirado foto dentro da comunidade. Fiquei muito preocupada de acontecer algo comigo. Hoje em dia eu coloco meu celular para vibrar quando vou para o território para não correr o risco. (ACS 8)

É possível perceber relatos com diferentes modalidades de proteção profissional, com objetivo de minimizar o impacto gerado no cotidiano do trabalho dessas equipes para amenizar os riscos. Um estudo realizado por Glanzner, Olschowsky e Duarte (2018), em unidades de saúde da família no Sul do Brasil, também mostra que os profissionais de saúde têm buscado estratégias de enfrentamento do sofrimento provocado pelo próprio trabalho. Estratégias individuais são utilizadas pelos trabalhadores das equipes para transformar o trabalho em fonte de prazer e saúde.

#### 4.8 ACESSO MAIS SEGURO

As duas unidades utilizadas como campo de pesquisa possuem o treinamento e foram capacitadas para a construção do Plano de Acesso Mais Seguro. Contudo, ao abordar os entrevistados se a unidade possuía o referido programa da prefeitura, 22 participantes relataram que possui, e 10 tiveram a fala de que a unidade não possui. Segundo informação da gerência das duas unidades, todos os profissionais foram capacitados e receberam o treinamento da prefeitura, porém, durante as entrevistas, 9 dos 32 participantes relataram não conhecer o programa. Foi possível perceber que em sua totalidade esses profissionais que tiveram essa fala pertencem à unidade B, o que nos dá a entender que talvez a capacitação do programa Acesso Mais Seguro nesta unidade não tenha sido efetivo, o que permite um questionamento aos funcionários da sua real eficácia.

Então acho que já ouvi falar disso aqui já, só não sei se tem na unidade. (EQUIPE B, ACS 5)

Eu sigo de acordo com que os agentes comunitários falam. Esse acesso seguro eu nunca acessei; acho que deve existir. Quem fala para mim se está seguro ou se não está seguro é o agente. (EQUIPE B, M4)

[...] não sei se a unidade tem. Isso eu não sei [...] Olha, nunca tive nenhum problema aqui nem avistei ou ouvi notícias. (EQUIPE B, E 2)

[...] Olha, hoje, não vou mentir para você, não sei se a gente trabalha com esse Programa Acesso Seguro. (EQUIPE B, ACS 5)

Não sei se conheço, se o acesso seguro é a gente se comunicar para dizer se o território está bom para ir ou não, então não sei. (EQUIPE B, ACS 6)

Todo esse contexto do não entendimento do Programa Acesso Mais Seguro faz com que existam diferentes formas para a possível saída ou não dos profissionais do território das equipes. A equipe A relata utilizar o programa Acesso Mais Seguro para cancelar as VDs e atividades no território quando em amarelo ou vermelho. Já a unidade B utiliza as informações recebidas por líderes comunitários e/ou dos próprios moradores e ACS para cancelar as atividades no território.

Nos relatos a seguir da equipe A, foi possível perceber que o cancelamento das atividades está baseado no programa do Acesso Mais Seguro, com intuito de garantir a segurança dos profissionais ao entrar no território. Dos 15 entrevistados, 10 relatam cancelar suas atividades quando o sinal do acesso seguro está em amarelo ou vermelho, conforme preconizado pelo programa de segurança.

Não conseguimos sair para o território quando tem violência por conta do tiroteio [...] A gente tem o sistema do acesso seguro aqui bem eficiente, afinal de contas, demorou um tempo para acertar, mas hoje ele está bem eficiente [...] eu considero eficiente porque confio, eu utilizo para me basear. (EQUIPE A, M 3)

Não acontece, temos a classificação do território e, geralmente, quando o território este amarelo ou vermelho, a gente não faz atividade externa. A gente fica na unidade e cancela as atividades ou VD. (EQUIPE A, E 1)

Geralmente não acontece, a gente tem o acesso seguro: se está verde, você está liberado para sair, se está amarelo, você pode sair mais com muita atenção, vermelho parcial não é para sair da clínica. (EQUIPE A, D 3)

Quando o território está violento, a gerente sinaliza o acesso seguro, em amarelo ou vermelho, ou seja, quem está na unidade fica aqui, quem está na unidade fica lá. (EQUIPE A, ACS 3)

Já nos relatos da equipe B, é possível perceber que as equipes criaram outra forma de identificar se o território está propício para a realização das VDs e/ou atividades. Dos 17 entrevistados, somente 4 relatam ter o Acesso Mais Seguro como motivos para o cancelamento das atividades; a maioria relata cancelar as atividades no território quando possui a informação de líderes comunitários e/ou moradores.

A gente tem uma responsável pela comunidade [...] sabe tudo da comunidade [...] Ela entra em contato com a gente, ela que vem falar quando tem alguma coisa [...] Eu já vi essa senhora umas três vezes aqui falando que não era para entrar na comunidade, que não tem como garantir a segurança da gente. (EQUIPE B, M 4)

Fica difícil ir ao território. Às vezes eu acabo ligando para alguém da comunidade para saber tem a possibilidade de ir para o território com segurança. Os cadastrados sempre dão um alerta pra gente, se tem como a gente ir lá. (EQUIPE B, ACS 5)

A gente não sai para a rua nesse período, não, a gente tem que ficar dentro da unidade, até porque os próprios moradores vêm aqui e pedem para a gente não ir para a rua. E quando a gente está no território eles pedem para a gente ir para a casa porque está perigoso [...] (EQUIPE B, ACS 13)

A gente não vai, a gente cancela essa atividade, pois não é possível fazer. A própria comunidade avisa que é para a gente não ir e não entrar, porque o território está perigoso. (EQUIPE B, TEC ENF 1)

Porém, parece existir uma forma unificada entre as duas equipes para identificar no território sinais de alerta que podem cancelar as atividades e/ou VDs. Esses sinais vão além do que aparece no Programa Acesso Mais Seguro e referem-se à percepção do movimento na comunidade. Alguns exemplos de situações que levam ao cancelamento das atividades no território são bastante claros, como a presença de conflito armado entre polícia e bandido, além da incursão policial ou militar. Considerando que a equipe da ESF está inserida totalmente no seu território de atuação e parte dela reside no mesmo, uma comunidade apresenta-se de duas formas para quem reside e trabalha nesses espaços: movimento normal e o movimento estranho.

O termo “movimento normal” aplica-se quando o território está calmo: o comércio, escolas e creches encontram-se abertos, os moradores conseguem sair para trabalhar, estudar, e os meninos do tráfico estão em seus pontos de venda. Essa situação de “normalidade” permite a circulação dos moradores e dos profissionais da ESF no território. A movimentação normal da comunidade compreende também o

posicionamento e as atividades desenvolvidas pelo tráfico de drogas, milicianos e outros agentes do crime organizado que frequentam o espaço.

Já o termo “movimento estranho” possui um significado expressivo para quem reside e trabalha na comunidade quando se pensa em violência, sendo utilizado pela população e pelos profissionais de saúde que ali transitam. O território é vivo e consegue dar sinais de que algo está diferente, com fechamento de algumas áreas de comércio, suspensão de aulas nas escolas e creches, a diminuição da circulação da população nas ruas, decorrente da escuta de fogos, e certa agitação entre os meninos do tráfico que utilizam os rádios com maior frequência. Quando esses sinais ficam evidentes, são enormes as chances de conflito no território entre a polícia e o tráfico.

Os moradores e profissionais que ali transitam aprendem a fazer a leitura dos momentos que antecedem o conflito. Para Alonso, Béguim e Duarte (2018), os profissionais que trabalham em territórios com alto índice de violência, onde o crime organizado e o tráfico de drogas são fortemente presentes, acabam construindo estratégias para o enfrentamento e identificação dessas situações. As falas seguintes retratam essas situações, assim como a sensação de vulnerabilidade percebida pelas equipes que precisam estar constantemente em alerta ao exercer suas atividades rotineiras.

“Temos aquele sistema de bandeira né, de acordo com os ACS e os moradores informam para gente ou a gente vê que o movimento está estranho, geralmente quando chega o caveirão com polícia a gente cancela as atividades.”(M 1)

“Já aconteceu da gente está indo ao território para fazer VD e tem que voltar correndo para a unidade[...] geralmente a movimentação é diferente, só que nesse dia da visita eu só vi a movimentação depois que já estávamos na metade da área. Foi então que eu falei para o médico para irmos mais devagar por que estava meio estranho o território, quando de repente começou a soltar fogos e a polícia entrou, então tivemos que nós abrigar dentro do mercadinho até esperar passar toda a correria e depois voltar para a unidade[...]”(A 1)

#### **4.8.1 Acesso Mais Seguro para quem?**

Foi possível observar nas falas dos ACS uma importante limitação ao Programa Acesso Mais Seguro, que parece ser eficiente principalmente para aqueles profissionais

que não residem no território e podem optar pelo não deslocamento. Já para os ACS que residem na comunidade, esses alertas apresentam-se como inúteis diante da necessidade de transitar na volta para casa ou para outras atividades não laborais. Assim, como trabalham e habitam no mesmo território, os ACS ficam mais vulneráveis em situações de conflitos se comparados aos demais trabalhadores da ESF.

A unidade possui o acesso seguro, só que às vezes acho que não serve para nós ACS que moramos aqui na comunidade [...] já aconteceu de ter incursão policial de madrugada e a polícia entrar dando tiro e fazer aquela bagunça. E no dia seguinte tenho que sair de casa para ir à unidade embaixo de tiro, porque eu estava no acolhimento, e não poderia deixar de ir. É assim que acontece aqui. Tem unidades que quando acontece isso nem abre, permanece fechada; aqui a unidade abre porque não fica no miolo da favela. O médico e o enfermeiro vêm de fora, não correm tanto esse risco, mas a gente que vem da comunidade corre esse risco, muitas da vezes saímos de casa com tiro. (ACS 2)

[...] a gente classifica o território em amarelo, verde e vermelho e vermelho parcial, se estivermos em casa e o território estiver em operação e o sinal da unidade ficar vermelho, somos orientados a ficar em casa até o território ficar calmo. Todos os agentes comunitários moram na comunidade, então quando o território está vermelho, tem que esperar acalmar para vir para a unidade. Agora se a gente estiver na comunidade e o território sujar, temos que nos abrigar na casa de algum cadastrado para não correr risco. Já aconteceu de o território ficar amarelo e a unidade fechar, e a gente ter que voltar para casa de baixo de tiro. (ACS 12)

As duas unidades estudadas ficam situadas fora das comunidades, ou seja, fora do território de abrangência das equipes, portanto, para ficar frente a frente com a violência presente nessas regiões, é necessário adentrá-las. Dessa forma, as outras categorias profissionais que não residem no território, como os ACS, só acessam o território se o sinal do Acesso Mais Seguro estiver verde, sendo possível a realização das atividades no território. Segundo Barbar (2018), os principais expostos são os ACS, já que residem e trabalham no território, o que aumenta os riscos para tal. Já as demais categorias concentram grande parte de suas atribuições dentro na unidade de saúde, e a ida ao território é menos frequente, ficando menos vulneráveis à violência presente nesses territórios.

#### 4.9 SEGURANÇA E INSEGURANÇA: FACES DA MESMA MOEDA

Foi possível observar durante a fala de alguns entrevistados, no que se refere à tranquilidade de andar e adentrar em determinadas localidades, que o risco só existiria na presença da polícia ou do caveirão, ou seja, somente durante o conflito armado entre polícia e traficantes. A invisibilidade da violência e a sua naturalização estão presentes na grande maioria das falas dos entrevistados, que sentem medo de entrar no território de abrangência da equipe somente durante os conflitos. A violência passa a fazer parte do cotidiano desses profissionais, como nos relatos a seguir:

[...] circular lado a lado de traficantes portando armas de grosso calibre e/ou até mesmo almoçar em estabelecimentos em que a divisão das mesas entre o traficante e a profissional seja apenas um simples fuzil. (M 3)

Eu ando no território e vejo um rapaz com uma arma e para mim não é nada, isso deveria ser uma coisa que me apavorasse, ou seja, qualquer pessoa deveria se sentir incomodada. Sinto que já estou acostumada com essa situação. (D 1)

Andar na área com os traficantes é tranquilo, aqui é uma área de muito roubo de carga, não tem nenhuma ameaça [...] (E 4)

[...] presenciei traficantes, armas, mesas de drogas. A minha primeira vez que eu vi foi um choque, então o agente comunitário falou para eu passar como se fosse a coisa mais tranquila do mundo: “você não está vendo nada”. Então fingi que não estava vendo nada e passei na maior tranquilidade. Mas eram armas enormes, mesas com várias sacolinhas com todos os tipos de drogas que você imaginar, muito dinheiro, tinham sofá para eles sentarem [...] eu não senti medo porque estava com os agentes comunitários, e eles fazem isso todos os dias. Isso aqui para eles é paz, a não ser que a polícia tente entrar. Então fiquei tranquilo [...] (M 4)

Nos últimos anos, com a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, territórios antes descobertos passaram a ter acesso à saúde, e as equipes adentraram em comunidades e regiões onde a pobreza, a desigualdade social, o tráfico de drogas e a violência urbana foram potencializados (CÉSAR, 2016). Diferentes tipos de crime organizado vêm aumentando exponencialmente, com reflexo direto no aumento das mortes de inocentes. Os serviços de emergências do Rio de Janeiro também estão se estruturando para atender as vítimas desse confronto armado de grosso calibre, com lesões cada vez mais graves e complexas (SOUTO et al., 2014). A violência está



presente em todos os lugares e apresenta-se de inúmeras formas e com diversas tipologias, como no relato a seguir:

O nosso território é onde tem um tipo de violência que eu nunca tinha enfrentado, mesmo quando eu estava trabalhando no Alemão. É a violência um contra o outro: tem o tráfico e tem todas outras coisas. Nosso território tem uma violência do tipo que todo dia eu ouço uma história que um matou o outro, todo dia tem é uma mulher que foi espancada ou morta pelo marido ou namorado, todo dia tem um esquartejado, um espancado, um desossado, um tacado no rio, uma coisa assim que eu nunca tinha visto. (M 1)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta que orientou esse estudo questiona se “A visita domiciliar permanece como uma ferramenta possível para a Estratégia Saúde da Família em territórios com elevados índices de violência urbana”.

Nesse sentido, concluímos que a visita domiciliar permanece como uma ferramenta importante, porém algumas limitações ficaram evidentes quanto à organização das atividades que ocorrem no território das equipes. A grande maioria dos entrevistados relatou realizar a visita domiciliar, seguida de grupos de promoção à saúde e das atividades em escolas e creches, estando em conformidade com a Carteira de Serviços da SMS/RJ e com a Política Nacional de Atenção Básica. Porém chamou a atenção a descrição dos grupos de promoção à saúde, voltados para prevenção e controle de hipertensão, diabetes, seguido de ISTs. Essas ações talvez tentem abarcar doenças e agravos de maior prevalência dos dois territórios estudados. Os profissionais que mais envolvem nessas atividades são os enfermeiros e agentes comunitários de saúde, utilizando espaços na comunidade como igrejas, praças e associação de moradores.

Foi possível perceber um enorme envolvimento das equipes com as escolas e creche do território. A existência do Programa Saúde na Escola (PSE) fortalece as parcerias com o setor de educação; a intersetorialidade está muito evidente. A saúde bucal foi o tema mais abordado nesses espaços, e profissionais da odontologia ficam responsáveis pela organização das ações e do cronograma anual das ações. Percebe-se que somente 3 das 11 ações preconizadas pelo PSE são realizadas pelas equipes juntamente nas escolas.

Segundo os entrevistados, todas essas atividades realizadas no território que envolve grupos de promoção à saúde e as atividades em escolas e creches são destinadas aos cadastrados que não conseguem se descolar até a unidade de saúde, seja por dificuldade de locomoção, seja por medo do usuário de vir até a unidade por conta da violência. Chama a atenção que poucos comentaram a ida ao território com o intuito de aproximar-se da comunidade; apenas três entrevistados mostraram esta visão mais ampliada e abrangente.

Já a visita domiciliar, tema de interesse deste estudo, é a atividade mais citada pelos entrevistados, com o objetivo de levar atendimento a usuários com alguma limitação de acesso à unidade, seja por apresentar dificuldade em deambular, seja por estar restrito ao leito ou ao domicílio, seja por não conseguir vir até a unidade de saúde devido à violência presente nesses territórios.

Outro fator importante que chamou a atenção foi mencionado pela minoria dos entrevistados e diz respeito à VD sendo utilizada como momento de criação de vínculo e conhecimento da realidade da população. Infelizmente, a grande maioria dos entrevistados não teve essa visão ampliada e abrangente dessa ferramenta importante. A aproximação do profissional com o território de abrangência da equipe é o grande diferencial da ESF, que permite conhecer e aproximar-se do cotidiano das famílias, vivenciando a realidade da população, seus entraves e suas potencialidades.

Com relação à frequência e à organização, os profissionais menos envolvidos nas atividades no território são da área médica. Quase que a totalidade dos entrevistados refere que as atividades são organizadas nas reuniões de equipe, ou citam esses encontros como um momento oportuno para a reflexão sobre as VDs e outras ações.

Não podemos deixar de destacar um aspecto importante e de grande interesse do estudo, que se refere à limitação da circulação do usuário no território de abrangência das equipes devido à forte presença da violência urbana. Essa fala esteve presente nas entrevistas de grande parte dos entrevistados, ou seja, o medo dos cadastrados em transitar pelo território até a unidade de saúde devido à violência é um grande limitador do acesso à saúde.

No que diz respeito à frequência da VD, somente o ACS desenvolve essa atividade, indo três vezes por semana ao território de abrangência das equipes, conforme preconizado pela Carteira de Serviços da SMS/RJ. As demais categorias relatam não cumprir com o preconizado, justificando que a saída da unidade para a realização da VD nem sempre é possível por conta da violência presente no território de abrangência da equipe. O que poderá justificar a ida mais vezes dos ACS ao território é o fato de essa atribuição ser a principal da categoria, tendo somente que permanecer dentro na unidade em dias de escala de acolhimento ou de abastecimento de dados do prontuário eletrônico.

Outro fato importante de os ACS conseguirem cumprir com a realização das VDs, conforme preconizado, provavelmente se dá pela familiaridade desse ator com o território. Residir no território de abrangência da equipe e conviver com situações de violência diariamente permite conhecer a realidade local, o que poderá levar à naturalização da violência. Talvez isso seja um dos motivos de esse profissional adentrar o território com uma maior tranquilidade. O fator considerável é de os ACS serem conhecidos pelos diversos atores formais e informais; lícitos e ilícitos, presentes na rotina da comunidade.

A violência urbana presente no território de abrangência das equipes esteve presente na fala de todos os entrevistados, inclusive dos ACS, sendo um forte limitador na realização da VD. Situações como a incursão, confronto armado entre polícia e o tráfico, presença dos caveirões e tiroteio levam os profissionais a ficarem em estado de alerta e cancelarem suas atividades no território. Foi possível perceber inúmeros os sentimentos diante do cenário violento: o medo da morte, a angústia, o desespero e a insegurança estão presentes na fala de todos os entrevistados. Nos relatos das cenas, foi possível perceber o quanto os profissionais da ESF estão em risco eminente de serem feridos e até de morte, com impossibilidade real de realizar seus afazeres. A saúde mental desses profissionais fica comprometida. Conviver com a iminência de sofrer um ato violento é intrinsecamente ameaçador e gera tensão e medo nos profissionais.

A insegurança é total, e a equipe, por vezes, precisa contar com a sorte e com a ajuda de moradores para abrigo durante confronto armado, para não ser atingida por balas perdidas. Diante de todo esse cenário, foi possível ter uma análise diferenciada das duas unidades estudadas. Os profissionais da equipe A relataram utilizar-se do Programa Acesso Mais Seguro como estratégia de defesa, para enfrentar situações de risco no território, e que as informações geradas pelo programa servem para estabelecer o cancelamento ou não das atividades fora da unidade. Já os profissionais da equipe B relataram que pouco sabem a respeito do programa; utilizam-se de outras formas para se protegerem da violência dos territórios: informações recebidas por líderes comunitários e/ou dos próprios moradores e ACS auxiliam a equipe quando é necessário cancelar alguma atividade no território. Chamou a atenção na fala dos ACS uma importante limitação ao Programa Acesso Mais Seguro, em que relatos de que o programa só parece ser eficiente para profissionais que não residem no território e podem optar pelo não deslocamento. Como os ACS são moradores do território, acabam se deslocando de

suas casas até a unidade ou vice-versa, muitas vezes sem o sinal estabelecido do programa. Visto que o mesmo só tem sua classificação definida após o início do turno de trabalho. Dessa forma, já aconteceu de terem que vir para a unidade diante de confronto armado, colocando em risco a própria vida.

Foi possível entender que além do Programa Acesso Mais Seguro, das informações recebidas da própria comunidade, os profissionais que trabalham em territórios com alto índice de violência, onde o crime organizado e o tráfico de drogas são fortemente presentes, acabam construindo estratégias para o enfrentamento e identificação dessas situações. A leitura dos sinais que o território mostra passa a ser conhecidos de todos que ali transitam.

O estudo possibilitou conhecer o cotidiano das ESF. O setor de saúde representa a presença do Estado e das políticas públicas no cotidiano das pessoas e famílias em situação de violência. A aprendizagem gerada em lidar com as ameaças cotidianas só é possível porque o objetivo maior é a promoção da saúde (não a ausência de doenças), mas a possibilidade de ambos — profissionais e comunidade — construir socialmente aspectos individuais e coletivos, apesar da violência cotidiana.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 14, 2018.

ANDRADE, Viviane M. P.; CARDOSO, Cármen Lúcia. **Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n1/2175-3563-pusf-22-01-00087.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2018.

ANDRADE, Viviane M. P.; CARDOSO, Cármen Lúcia. Visitas domiciliares de Agentes Comunitarios de Salud: Concepciones de Profesionales y Usuarios. **Psico-USF**. v. 22, n. 1, p. 87–98, 2017. ISSN 2175-3563. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000100087&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000100087&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: 3 abr. 2018.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016. ISSN 1413-8123.

BARBAR, A. E. M. Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. **Rev Panam Salud Pública**, v. 42, e142, 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.142>

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. 2004. **O Território e a Vigilância da Saúde**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde — Proformar — Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 80 p.

BARCELLOS, et al. O território no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Uberlândia, Hygeia, v. 2, n. 2, p. 47–59, jun. 2006.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARROS, L. M. **O território delineando o cuidado: a experiência do estágio em saúde coletiva**. TCC de Graduação do Curso de Medicina. 2018. Editor: UFMA. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2385>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BARROSO, et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não farmacológicos. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, Goiás, p. 328–333, 2008.

- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 69, n. 5, Brasília, set./out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório. Brasília, 2000. Caderno 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2006. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 30 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 2 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 17 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 30 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Departamento da Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). Acesso em: 14 jan. 2018.
- BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. Atividades dos agentes comunitários de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 16–21, 2014.

BRIXNER, Betina et al. Ações de promoção de saúde nas estratégias saúde da família. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, p. 386–390, dez. 2017. ISSN 2177-4005. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/11182>. Acesso em: 29 jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.11182>.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 5, p. 996–999, 2016.

BUENO, S.; CERQUEIRA, D. R. C.; LIMA, R. S. (2013). Sob fogo cruzado II: letalidade da ação policial. **In: Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, ano 7, 2013. São Paulo: Fórum brasileiro de Segurança Pública, 2013. p. 118–127.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163–177. 2002.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência 2017**. Rio de Janeiro: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

CERQUEIRA, Daniel et al. (coord.). **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf). Acesso em: 20 nov. 2018.

CESAR, C. C. M. **Estratégia de Saúde da Família em território conflagrado pela violência armada**: o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré. 105 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) — Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

CICV. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **Para construir um acesso mais seguro**. Guia para profissionais de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CICV, 2013.

CICV. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **Assistência à saúde em perigo**: responsabilidade dos profissionais de saúde que trabalham em conflitos armados e outras emergências. Genebra, Suíça, 2013.

COSTA NETO, M. M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. DARTIGUES, André (1973). **O que é a Fenomenologia**. Rio de Janeiro: Eldorado. 163 p.

COSTA, Simone M. et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. **Cad. saúde colet.** [online], v. 22, n. 3, p. 292–299, 2014.

CUE, W.; NUÑES-FLORES, V. R. According to need? Humanitarian responses to violence in Central America. **Humanitarian Exchange Magazine**, v. 69, p. 15-17, 2017. Disponível em: <https://odihpn.org/magazine/accordingneed-humanitarian-responses-violencecentral-america/>. Acesso em: ago. 2018.



- CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A. Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W., et al. (Org.). **Assistência Domiciliar** — Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 37–48.
- CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface — Comunic., Saúde, Educ.**, v. 17, n. 44, p. 61–73, jan./mar. 2013.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 11 (Sup), p. 1163–1178, 2007.
- DESLANDES, S. F. **Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência: Representações, Práticas, Interações e Desafios.** Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
- DRULLA, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare enferm.** [online], v. 14, n. 4, p. 667–674, 2009. ISSN 1414-8536. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362009000400009&lng=es&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000400009&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 31 agosto. 2018.
- DRULLA, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Revista Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 667–74, 2009.
- DUTRA, I. R. Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Minas Gerais: Escola de Enfermagem da UFMG, 2009.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** São Paulo: Editora Vozes, 1993. p. 178–186.
- FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
- FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.** [online], 2010, v. 63, n. 4, p. 567–573. ISSN 0034-7167.
- FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000200012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000200012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 2 abr. 2018.
- FERREIRA, J. M.; MISHIMA, S. M. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. **Rev Latino am Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 212–220, mar./abr. 2004.

- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (2007). Programa de saúde da família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E., et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 55–124.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia** — saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
- GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 4, p. 697–704, 2011.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto — enferm.** [online], v. 15, n. 4, p. 645–653, 2006. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>. Acesso em: 4 abr. 2018.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009. ISSN 1413-8123.
- GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 3, 2011. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300024>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- GOMES, T. J. O.; ROCHA, M. V.; SILVA, A. A. D. S. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132–139, 2010.
- GOMES, Tiago J. O.; SILVA, Monique V. R.; SANTOS, Almira A. Controle da Pressão Arterial em Pacientes Atendidos pelo Programa HiperDia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Brasileira Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132–139, ago. 2010.
- GONÇALVES, Hérica C. B.; QUEIROZ, Marcello R.; DELGADO, Pedro G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17–23, jan./abr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922017000100017&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922017000100017&script=sci_abstract). Acesso em: 18 fev. 2018.
- GONÇALVES, Hérica C. B.; QUEIROZ, Marcello R.; DELGADO, Pedro G. G. Urban violence and mental health: challenges of a new agenda? **Fractal: Rev. Psicol.** [online], v. 29, n. 1, p. 17–23, 2017. ISSN 1984-0292. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>. Acesso em: 18 fev. 2018.
- GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 875–883, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/06.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

IPEA — INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2017.

JESUS, Reniani L.; ENGSTROM, Elyne; BRANDÃO, Ana L. **A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012**: estudo de caso numa área da cidade. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/975>. Acesso em: 18 fev. 2018.

JESUS, Reniani L.; ENGSTROM, Elyne; BRANDÃO, Ana L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 37, p. 1–11, dez. 2015. ISSN 2179-7994.

KEBIAN, Luciana V. A.; ACIOLI, Sonia. **A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. Acesso em: 3 abr. 2018.

KEBIAN, Luciana V. A.; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161–169, mar. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. Acesso em: 03 abr. 2018.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002. p. 1–19.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T.C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88–95, maio/ago. 2010.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 307–313, set./dez. 2003.

LANCMAN, Selma; GHIRARDI, Maria Isabel G.; CASTRO, Eliane D.; TUACEK, Tatiana A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 43, n. 4, p. 682–688, 2009.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C; MENEZES, A. C. Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. Hygeia. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 4, p. 35–44, 2008.

MACHADO, V. M.; DAHER, A. F. B. Formação inicial de professores de Ciências para a Educação Científica. In: VII Encontro Regional de Ensino de Biologia. 2015, Niterói. **Anais...** Niterói: UFF, 2015. p. 1–5.

MACHADO, C.; DAHER, D.; TEIXEIRA, E.; ACIOLI, S. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família [Urban violence

and effect on care practices in family health strategy territories]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, out. 2016.

MANDÚ, E. N. T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M. N. A visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto e contexto — enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 131–140, 2008.

MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, maio 2013.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 61-77.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência e educação: impacto e tendências. **Rev Pedag.**, v. 15, n. 31. p. 249–64, 2013.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513–531, nov. 1997/fev. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria e vigilância em saúde, Departamento de análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/noticias/acoes\\_estrategicas.pdf](http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898–906, 2005.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em Vigilância em Saúde. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/EPJSV, 2008.

MORAIS NETO, L.; SOUSA, O. G.; MARGARIDA, Sônia. O fenômeno da violência no Brasil e na América Latina: diversas abordagens teórico-metodológicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2012.

MOREIRA, K. F. A. et al. Aprendendo, ensinando e mapeando território: vivências de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 4, p. e240, 10 jan. 2019.

NASCIMENTO, Vagner F., et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família, **Revista de APS**, v. 20, n. 3, jul./set. 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2974>. Acesso em: 3 abr. 2018.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513–522, out./dez. 2013.

NETO, R. P.; TOMÉ, M. L. S.; ARAÚJO, V. A. B. T.; MONTANDON, D. S. (2019). Percepção do estudante de enfermagem em relação a visita domiciliária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 5, e386. <https://doi.org/10.25248/reas.e386.2019>

NEVES, R. G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 34, n. 4, mar. 2018. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00072317>. Acesso em: 10 abr. 2018.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI. *Rev Saúde Pública*, v. 52, Supl 2:10s, 2018.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Assistência domiciliária. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Eds.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 115–30.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P.; FERNANDES, P. S.; CALDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.** [online], v. 26, n. 2, p.179–184, 2013. ISSN 0103-2100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012>. Acesso em: 15 mar. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PEREIRA, M.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47–55, 2006.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP, São Paulo**, v. 47, n. 1, p. 160–167, 2013.

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 e contexto — Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 935–942, out./dez. 2013.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, Londres, v. 6.736, n. 11, p.75–89, maio 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/ses-30567>. Acesso em: 16 dez. 2012.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. **Plataforma SUBPAV**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://subpav.org/logar.php>. Acesso em: 2 fev. 2017.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Plano Municipal de Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC-RIO, 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde Rio de Janeiro: SUBPAV/SAP, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

[www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

ROCHA, A. A. R. Tradução de Leny Alves Bomfim. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969–1980, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/31.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ROCHA, K. B.; MOREIRA, M. C.; BOECKEL, M. G. (2010). A entrevista e a visita domiciliar na prática do psicólogo comunitário. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T. (Orgs.). **Introdução à Psicologia Comunitária**: Bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Sulina.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface — Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 42, p. 693–705, 2012.

RUCKERT, T. R. et al. Assistência às vítimas de violência em unidade básicas de saúde na percepção de enfermeiras. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 2, p. 80–186, 2008.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 659–64, 2007.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 1, p. 76–83, 2010.

SANTOS, E. M.; KIRSCHIBAUM, D. I. R. A trajetória da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 220–227, 2008.

SILVA, Kênia L.; RODRIGUES, Andreza T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 63, n. 5, p. 762–769, 2010. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SIMÕES, P. P.; GAMEIRO, F.; NUNES, P. C.; JÚNIOR, A. G. S.; SCARDUA, M.T.; SIMAS, K. B. F. Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família, **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 3, p. 200–208, 2016.

SOARES, E. F.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. **Trab Educ Saúde**, v. 12, n. 2, p. 327–341, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014005000001>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5, p. 1327–1338, 2016. ISSN 1413-8123.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades e potencialidades, **Revista Ciênc Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 576–596, 2010.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 9, p. 2811–2823, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 22 fev. 2019.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153–158, 2008.

SOUZA, F. M. et al. A Violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. *Saúde soc.* [on-line], v. 20, n. 2, p. 363-376, abr./jun. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902011000200009&lng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000200009&lng=e) n 11. Acesso em: 30 abr. 2018.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev baiana de saúde pública*, v. 35, n. 1, p. 96–109, 2011. In: DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev Produção**, Paris, v. 14, n. 3, p. 27–34, 2004.

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

STEIN, S.; WALCH, C. Implicaciones humanitarias de la violencia no convencional en el Triángulo Norte de Centro America y Mexico. **Social Science Research Council/**

**Conflict Prevention and Peace Forum:** Nova Iorque, 2016. Disponível em: <https://www.ssrc.org/publications/view/45184113-8F7B-E711-80C6-005056AB0BD9/>. Acesso em: ago. 2018.

STOTZ, E. M.; DAVID H. M. S. L.; BORNSTEIN V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS.**, v. 12, n. 4, p. 487–497, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1414-3283201400060134100031&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-3283201400060134100031&lng=en). Acesso em: 2 mar. 2018.

STURBELLE, S. et al. **Violência no trabalho em unidades de saúde da família**. 109 f. Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde (BR). **Manual de Enfermagem**. Brasília (DF): MS, 2008. p. 43–46.

TELES, L. A. L. **Significados da violência:** reflexões sobre as práticas escolares. 143 f. Dissertação de mestrado. Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

VELHO, Gilberto; KUSCHNIR, Karina (Orgs.). 2001. **Mediação, Cultura e Política**. Rio de Janeiro: Aeroplano. 344 p.

VELLOSO, Isabela S. C.; ARAÚJO, Meiriele T.; ALVES, Marília. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n. 4, p. 466–471, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a04v24n4>. Acesso em: 12 mar. 2018.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V.A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 852–865, 2010.



**APÊNDICE A — INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA — PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESF NA**  
**ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Clínica da Família: \_\_\_\_\_

Entrevista: \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_

**I. Perfil Profissional**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Formação Profissional: Médico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem( ) ACS( )

Local de moradia do profissional: \_\_\_\_\_

Curso de pós-graduação: não realizado ( ) se sim, qual: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na equipe da ESF: \_\_\_\_\_

Qual a experiência na atenção primária? \_\_\_\_\_

**II. Detalhamento das atividades realizadas no território de abrangência da equipe:**

1. Vocês realizam atividades no território de abrangência da equipe? Quais seriam?
2. Como acontecem essas atividades no território de abrangência? (objetivos das atividades, profissionais envolvidos, frequência, como se organizam). Detalhamento das atividades no território.
3. E a VD como ela se organiza? (objetivo, profissionais envolvidos, frequência, como se organiza) como é o planejamento da VD.
4. Existe alguma recusa/desconforto do usuário na / durante a realização da VDs?
5. Ocorre retorno para a equipe das VDs realizadas, discussão dos casos ou outros?
6. Como acontecem as atividades realizadas fora da unidade quando existe situação de violência no território?
7. Você poderia descrever uma cena que ocorreu durante uma atividade no território no momento que havia presença da violência urbana?
8. Como ocorreu a VD nesse momento da violência? Você pode detalhar a VD?

9. A unidade onde você trabalha possui o Acesso Seguro, programa da Prefeitura? Você conhece o Acesso Seguro?
10. Você se sente seguro em realizar atividades no território de abrangência da equipe?

**APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**Título do Protocolo de Pesquisa:** Visita Domiciliar pela Estratégia Saúde da Família:

Limites e Possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro.

**Pesquisador responsável:** ELISIENE PEROZINI GOULART

Universidade Estácio de Sá.

Rua Riachuelo, 27 — Centro, Rio de Janeiro — RJ, 20.230-010

Telefone: (21) 974240922 e-mail: elisgoulartmestrado@gmail.com

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “**Visita Domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: Limites e Possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro.**”

Esta pesquisa está sendo desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá e tem por objetivo Compreender de que forma a violência urbana interfere nas atividades realizadas no território da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro, em áreas de elevada violência; Mapear que atividades no território são realizadas pelas equipes da ESF em seu território de abrangência; Avaliar as VDs realizadas pela equipe da ESF no último ano, seus principais objetivos e dinâmica; e Avaliar a percepção dos profissionais da ESF quanto às limitações na realização das atividades extramuros decorrentes da violência urbana.

Gostaria de contar com a sua colaboração, que consiste em participar em uma das etapas dessa pesquisa, na qual você será submetido a uma entrevista com perguntas semiestruturadas, com duração máxima de 60 minutos, sendo esse procedimento gravado em áudio após assinatura de termo de consentimento específico. A gravação da entrevista, assim como o material da sua transcrição realizada pelo próprio investigador, será arquivada em fichas individuais, permanecendo sob a guarda do pesquisador por 5 (cinco) anos. Após este período, o material será destruído, ou seja, as gravações apagadas e o material transcrito incinerado.

Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outros sujeitos da pesquisa entrevistados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico: eventos e periódicos. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a unidade de saúde. Não haverá riscos de qualquer natureza e o Sr./Sra. não terá nenhum custo ou qualquer tipo de compensação financeira relacionado à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área da Prática Integrada na Estratégia Saúde da Família. O Sr./Sra. receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone celular/e-mail das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas agora ou a qualquer momento sobre o projeto e sua participação. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o Sr./Sra. deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos, subordinando ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, pelo telefone 3971-1463. Desde já agradecemos.

---

Elisiene Perozini Goulart  
(Pesquisadora)

Celular: (21) 974240922

E-mail: elisgoulartmestrado@gmail.com

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura  
(Orientadora)

Celular: (21) 996346925

E-mail: annaterezam.smoura@gmail.com

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro — Comitê de ética em Pesquisa. Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 — Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ .  
Cep: 20.211-901. Telefone: 3971-1463.

[www.saude.rio.rj.gov.br/cep/cepsms@rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep/cepsms@rio.rj.gov.br)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo proposto. Concordo em participar do estudo intitulado “**Visita Domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: Limites e Possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro**”.

Eu fui completamente orientado(a) pela Sra. Elisiene Perozini Goulart, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ela me entregou uma cópia da folha de informações, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelo pesquisador, e informar ao mesmo minhas opiniões e observações sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente de que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada pela pesquisadora.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Participante (Nome): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador (Nome): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C — CARTA DE ANUÊNCIA**

## UNIDADE DE SAÚDE

A **Clínica da Família Enfermeiro Marcos Valadão**, localizada na área programática 3.3 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **Visita Domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: Limites e Possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro**, sob-responsabilidade da pesquisadora Elisiene Perozini Goulart, pelo curso de Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS n.: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

**APÊNDICE D — CARTA DE ANUÊNCIA**

## UNIDADE DE SAÚDE

A **Clínica da Família Eptácio Soares Reis**, localizada na área programática 3.3 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **Visita Domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: Limites e Possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro**, sob responsabilidade da pesquisadora Elisiene Perozini Goulart, pelo curso de Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS n.: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

**APÊNDICE E — SOLICITAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019.

Ao Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá

Assunto: **Solicitação para Apreciação do Comitê de Ética**

**Prezado(s) senhor(es):**

Apresento o projeto de pesquisa, abaixo discriminado, de autoria de Elisiene Perozini Goulart, aluna regulamentada no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, na Universidade Estácio de Sá, para apreciação do Comitê de Ética dessa instituição, onde desejam coletar dados para a realização da defesa de sua dissertação.

**Título:** “Visita Domiciliar às Equipes de Saúde da Família: possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro”.

**Instrumento de coleta de dados utilizados:** Questionário semiestruturado.

**Período:** junho 2018 a dezembro de 2018.

**Auxílio Financeiro:** Não se aplica

Certas de contarmos com a colaboração de V.S.

Atenciosamente,

---

Elisiene Perozini Goulart

elisgoulartmestrado@gmail.com (21) 97424-0922