

Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro

Home visit by the Family Health Strategy: limits and possibilities in the context of urban violence in Rio de Janeiro

Visita domiciliar por la Estrategia Salud de la Familia: límites y posibilidades en el contexto de la violencia urbana en Río de Janeiro

Elisiane Perozini Goulart¹ , Anna Tereza Miranda Soares de Moura¹ , Ricardo de Mattos Russo Rafael² , Katia Maria Braga Edmundo¹ , Lucia Helena Garcia Penna² 

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se organiza sobre uma base territorial, considerando as características locais e possibilitando às equipes conhecer o perfil da clientela e as situações vivenciadas no seu cotidiano. Nos últimos anos, o município do Rio de Janeiro expandiu a ESF para territórios altamente vulneráveis e as equipes aproximaram-se de áreas onde a violência urbana está fortemente presente. O objetivo foi compreender se a Visita Domiciliar (VD) permanece como uma ferramenta possível para a ESF, em contextos de violência urbana. Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, com aplicação de entrevistas com roteiro semiestruturado e análise de conteúdo. Os resultados apontam que a VD é, prioritariamente, destinada à busca de usuários com alguma limitação de acesso à unidade, restrição ao leito ou domicílio. Segundo o relato dos profissionais, situações frequentes como incursão policial, confronto armado entre a polícia e traficantes, a presença de caveirões e o som de tiros e bombas, são limitadores para a realização da VD. A qualidade da atenção prestada fica prejudicada e as atividades no território sofrem grandes prejuízos, trazendo medo e insegurança, inclusive aos profissionais. A ESF se consolida como um serviço próximo a territórios marcados pela violência urbana, enfrentando desafios diários para aplicação de suas ferramentas, em especial a VD.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Visita domiciliar; Violência

Autor correspondente:

Karen Vieira da Silva.

E-mail: karenvieiradasilva@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE 94020218.9.3001.5279.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 27/07/2020.

Aprovado em: 28/10/2020.

Editor associado:

Claudio Claudino da Silva Filho

Como citar: Goulart EP, Moura ATMS, Rafael RMR, Edmundo KMB, Penna LHG. Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2651. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2651](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2651)



Abstract

The Family Health Strategy (ESF) is organized on a territorial basis, considering the local characteristics and enabling teams to know the profile of their clientele and situations experienced in their daily lives. In recent years, the municipality of Rio de Janeiro has expanded the ESF to highly vulnerable territories and has approached to areas where urban violence is strongly present. The objective was to understand if the Home Visit (VD) remains as a possible tool for ESF, in contexts of urban violence. A qualitative study was carried out, using interviews with semi structured script and content analysis. The results indicate that the VD is, primarily, aimed to search for users with some limitation of access, restriction to the bed or domicile. According to professionals reports, frequent situations such as police incursions, armed clashes between police and drug dealers, the presence of caveirões and the sound of shots and bombs, are limiting for the accomplishment of VD. The quality of care provided is impaired and activities in territory suffer great losses, bringing fear and insecurity, including to professionals. The ESF consolidates itself as a service close to territories marked by urban violence, facing daily challenges for application of its tools, especially the RV.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; House Calls; Violence.

Resumen

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) está organizada sobre una base territorial, considerando las características locales y permitiendo a los equipos conocer el perfil de la clientela y las situaciones experimentadas en su vida diaria. En los últimos años, el municipio de Río de Janeiro ha expandido la ESF a territorios altamente vulnerables y los equipos se han acercado a áreas donde la violencia urbana está fuertemente presente. El objetivo era comprender si la Visita Domiciliaria (VD) sigue siendo una posible herramienta para la ESF en contextos de violencia urbana. Se realizó un estudio cualitativo, usando entrevistas con guiones semiestructurados y análisis de contenido. Los resultados indican que la VD está destinada principalmente a la búsqueda de usuarios con alguna limitación de acceso a la unidad, restricción de lecho o domicilio. Según el informe de los profesionales, las situaciones frecuentes como redadas policiales, enfrentamientos armados entre la policía y los traficantes, la presencia de caveirões y el sonido de disparos y bombas, son limitantes para la realización de la VD. La calidad de la atención se ve afectada y las actividades en el territorio sufren grandes daños, lo que genera temor e inseguridad, incluso para los profesionales. La ESF se consolida como un servicio cercano a los territorios marcados por la violencia urbana, enfrentando desafíos diarios para aplicar sus herramientas, especialmente la VD.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Visita Domiciliaria; Violencia.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) que tem entre seus objetivos reorganizar os serviços e reorientar as práticas em saúde no Brasil. Considerada a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde — SUS, segue os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção.¹ Essa forma de reorientação assistencial, conforme Ferreira et al.,² organiza-se sobre uma base territorial e com equipes multiprofissionais, possibilitando o melhor (re) conhecimento do perfil do usuário e os determinantes sociais da saúde. De acordo com o PNAB³ e Costa et al.,⁴ entre todas as atribuições da ESF, as atividades que ocorrem no território de abrangência da equipe possuem papel importante para a aplicação das práticas do cuidado, possibilitando um estreitamento de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, dentre elas a Visita Domiciliar (VD).

Para Ferreira e Mishima⁵ e Soranz et al.,⁶ em grandes centros urbanos, a expansão da Saúde da Família e sua maior aproximação entre os profissionais e os problemas vivenciados pela população, trouxe também maior proximidade com questões relacionadas à violência, ao tráfico armado, polícia especializada e milícia. A lógica diferenciada da dinâmica de trabalho das equipes por meio de atividades no território e da VD permite não apenas o testemunho, mas a vivência dos problemas decorrentes da violência urbana marcados pela ausência e/ou pela presença ostensiva dos equipamentos de segurança do Estado.

No município do Rio de Janeiro houve uma expressiva expansão nos últimos anos das visitas domiciliares, especialmente em locais com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). A Saúde da

Família, diferente das experiências acumuladas pela APS, acabou por adentrar territórios até então distantes dos equipamentos de saúde. Contudo, Cerqueira et al.⁷ relatam que, considerando os elevados indicadores de violência vivenciados no Rio de Janeiro, com números que podem ser comparados a guerrilhas urbanas e taxa de homicídios por arma de fogo de 44,88 por 100.000 mil habitantes, os profissionais acabam convivendo com situações extremas e de risco no seu dia a dia. Os efeitos desse cenário violento, produtor de desigualdades e vulnerabilidades em saúde interferem diretamente nas atividades das equipes de Saúde da Família⁸ e é difícil de ser mensurado ou mesmo conhecido em profundidade, afetando negativamente o processo de trabalho, com a interrupção das atividades individuais e coletivas preconizadas.⁹ 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.¹⁰ Destaca-se que, diferentemente da maior parte das composições de equipes, a Saúde da Família opera com profissionais que residem dentro e fora dos territórios mais vulneráveis, sobretudo pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).¹¹ Uma vez que os ACS são potenciais usuários do próprio serviço, acredita-se que sejam dupla e desigualmente afetados

em seu cotidiano de moradia e trabalho, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas.¹²

Este estudo visa compreender as interferências da violência urbana nas atividades realizadas pela Saúde da Família no território no Rio de Janeiro, assim como suas possibilidades de atuação, em especial a Visita Domiciliar. Tem-se como contribuições esperadas o reconhecimento da construção de uma resistência cotidiana pelas equipes na perspectiva do cumprimento do direito à saúde pública junto aos territórios mais desiguais e vulneráveis do Brasil.

Métodos

O presente estudo utilizou abordagem de natureza qualitativa. O cenário 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 Áreas Programáticas (AP) na saúde, já o ISP tem uma particularidade específica para a avaliação das áreas com maior violência e utiliza uma separação em Áreas Integradas de Segurança Pública (AISP). Ao avaliar os dois modelos de divisão territorial e sobrepondo as informações oriundas das duas secretarias, foram identificados cinco bairros com a maior taxa de homicídio no município, sendo eles: Acari, Barros Filho, Costa Barros, Parque Colúmbia e Pavuna, todos pertencentes à AP 3.3 e à AISP 9^a e 41^a. Foram selecionadas duas Clínicas da Família que tinham o maior tempo de existência na região e sorteadas duas equipes completas por unidade.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas através de roteiros previamente estabelecidos, destinados a conhecer as atividades das equipes realizadas nos últimos seis meses, especialmente com relação à Visita Domiciliar. O roteiro de entrevista abordou o perfil do profissional, da equipe, detalhamento das atividades no território e a percepção do impacto da violência urbana no cotidiano de trabalho.

Foi realizada a análise temática do conteúdo das falas dos profissionais, seguindo a técnica descrita por Bardin,¹³ que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A partir de uma leitura flutuante dos depoimentos foi feita a separação dos núcleos temáticos e agrupados por afinidades a partir dos objetivos do estudo. Emergiu e será analisado para fins deste

artigo a categoria: “visita domiciliar: limites e possibilidades”. A apresentação das falas dos sujeitos foi codificada de acordo com as categorias profissionais, sendo “ACS” para os agentes comunitários de saúde, “D” para dentistas, “E” para enfermeiros e “M” para médicos.

O projeto de pesquisa foi 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 nº 466/2012, e obteve o CAAE 94020218.9.3001.5279.

Resultados e discussão

O estudo contou com a participação de 32 profissionais de saúde. A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (81%) e a idade média foi de 39 anos, variando entre 25 e 64 anos. Quanto à formação profissional, metade eram agentes comunitários de saúde, com quatro de cada categoria restante, a saber, médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos.

Visita domiciliar: limites e possibilidades

Os dados mostram que 20 dos 32 entrevistados relatam que o objetivo principal da VD é levar atendimento a usuários com alguma limitação de acesso à unidade, seja por apresentar dificuldade em deambular, por restrição ao leito ou ao domicílio, seja por não conseguir ir até a unidade de saúde devido à violência. 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, acamados ou com limitações físicas e portadores de doenças crônicas. De acordo com a PNAB, o objetivo da VD vai muito além da dificuldade ou impossibilidade física de acesso do usuário, e qualquer outro cadastrado da ESF, que necessite de cuidados ou não, deverá receber VD quando for necessário ou indicado. Além disso, a atividade configura-se como uma oportunidade de construção de vínculo, aproximação entre a equipe e a clientela adscrita, e produção de saúde nos territórios ficando muitas vezes sob a responsabilidade dos ACS, de acordo com Kebian e Acioli¹⁴ e Alonso et al.¹⁵

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. (M2)

O estudo refere a limitação da circulação da equipe de saúde no território de abrangência e dos próprios usuários devido à forte presença da violência urbana e muitos destes viram prisioneiros em suas próprias residências. Para Stein e Walch,¹⁶ o crescimento cada vez mais acelerado das grandes cidades e o aumento da desigualdade social atingem grande parte da população, gerando processos de exclusão social, com redução de acesso a equipamentos sociais que promovam condições adequadas de convivência.

Para Dahlberg e Krug,¹⁷ além das fragilidades por expressivas vulnerabilidades sociais, a presença de grupos armados representa o convívio diário com a violência, exercida ativa e reativamente como forma de controle de corpos, de espaços e de práticas, limitando o direito de ir e vir da população. A presença do “tráfico de drogas”, de “facções” ou “milícias” com ampla circulação de armas aumenta a exposição da população ao risco de ferimentos e mortes. Todo esse contexto violento acaba afetando a mobilidade com redução ou impedimento de acesso aos serviços de saúde, por bloqueio de vias ou falta de segurança para deslocamentos, tanto para os moradores como para os profissionais de saúde.¹⁸

Um grande diferencial da ESF é justamente a proximidade com o território, onde os indivíduos, a família e a comunidade participam ativamente da compreensão dos processos saúde-doença, por meio de ações individuais e coletivas. No entanto, segundo Machado et al.¹⁹ e Polaro et al.,¹⁸ essa proposta fragiliza-se na presença de violência urbana. 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. O cenário vivenciado pelas equipes revela a necessidade de replanejamento da atividade, com cancelamento e novos agendamentos, com perda de oportunidades de interações entre equipe e usuários.

A violência presente no cotidiano dos profissionais pode comprometer a qualidade da atenção prestada, bem como a saúde da equipe.

[...] é preconizado que a gente faça 16 VD 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)

Situações como a incursão policial com o Bope ou exército, o confronto armado entre 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. Se por um lado a polícia foi criada com o objetivo de trazer segurança,¹⁹ por outro também parece fundamental a reflexão sobre sua ação como

forma de efetivação do papel necropolítico do Estado²⁰. Nesse sentido, a abordagem do Estado sobre as comunidades estaria ancorada em dimensões de raça e classe, explicando parte dos fenômenos que envolvem a forma como as incursões policiais violentas são realizadas nesses espaços. No limite, no cotidiano dos profissionais e moradores que transitam nesses espaços comunitários, a presença da polícia acaba gerando medo e tensão, tornando o processo de trabalho ainda mais complexo e ocasionando o afastamento da unidade.

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 e a limitação das ações está presente no cotidiano dos profissionais, sendo necessário até mesmo o

fechamento da unidade. A equipe precisa replanejar suas atividades, e o estresse decorrente dessas situações vai se acumulando, trazendo ainda mais dificuldades ao processo de trabalho.

Estratégias de enfrentamento: possibilidades e desafios persistentes

No cotidiano da atuação das equipes de Saúde da Família existem diferentes modalidades de proteção profissional com objetivo de minimizar o impacto gerado pela violência urbana no cotidiano do trabalho e reduzir deste modo, os possíveis riscos vivenciados. Estudo realizado em Unidades de Saúde da Família no Sul do Brasil mostrou que os profissionais de saúde têm buscado estratégias individuais de enfrentamento do sofrimento provocado pelo próprio trabalho, visando transformá-lo em fonte de prazer e saúde.²¹ Em contextos de maior vulnerabilidade e violência urbana, instituiu-se no Rio de Janeiro uma estratégia coletiva para redução de riscos, intitulado Programa de Acesso Seguro.

Desenvolvido pela Cruz Vermelha Internacional, o programa 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, possibilitando à unidade de saúde padronizar as condutas e pactuar 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. As equipes de saúde da família foram treinadas e adotaram com maior ou menor intensidade a estratégia para tomada de decisões sobre os riscos de acesso às unidades e/ou de circulação no território.

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 das contas demorou um tempo para acertar mais hoje ele está bem eficiente [...] eu considero eficiente porque confio, eu utilizo para me basear. (M 3)

[...] temos a classificação do território e geralmente quando o território está amarelo ou vermelho a gente não faz atividade externa. A gente fica na unidade e cancela as atividades ou VD. (E 1)

[...] 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. (D 3)

Em uma das Unidades estudadas, no entanto, o programa não foi plenamente implementado e o que se estabelece são estratégias locais de proteção, baseada na proteção construída em contato com a comunidade.

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 3 vezes aqui falando que não era para entrar dentro da comunidade, que não tem como garantir a segurança da gente. (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 para gente, se tem como a gente ir lá. (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 veem 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 [...] (ACS 13)

Estratégias de enfrentamento cotidiano da violência urbana são construídas de modo mais ou menos institucionalizado pelas equipes de Saúde da Família. A presença do ACS introduz um desafio a mais, dado que as ações adotadas reduzem os riscos de circulação da equipe de profissionais aos territórios, mas os riscos persistem para os moradores.

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 o polícia entra dando tiro e aquela fazer aquela bagunça. E no dia seguinte tenho que sair de cada 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 a unidade nem abre, permanece fechada, aqui a unidade abre porque não fica no miolo da favela, o médico e o enfermeiro vem 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)

Neste sentido, fica o questionamento de: “acesso seguro para quem?”. Reconhecer este desafio como uma situação ética parece fundamental, sobretudo quando se considera a possibilidade de interseções entre desigualdades de gênero, raça e classe como elementos fundantes desta vivência. A criação de estratégias de proteção para os profissionais é pertinente, mas parece essencial refletir o quão desiguais essas medidas protetivas podem ser. Os ACS são moradores dos territórios e percebem-se fragilizados nestas medidas de proteção, e até mesmo desconsiderados neste processo. A ineficiência de enfrentamento estrutural da violência urbana parece produzir revitimização e novas desigualdades. As possibilidades e limites das VD, vivenciadas no cotidiano das equipes estudadas, estão refletidas nas estratégias construídas no processo de resistência e garantia do direito à saúde em territórios desiguais.²²

Conclusão

A aproximação do profissional com o território de abrangência da equipe por meio da VD apresenta-se como um grande diferencial da ESF, que permite conhecer o cotidiano das famílias, vivenciando a realidade da população, seus entraves e suas potencialidades. Para a grande maioria dos entrevistados, a ida ao território está apoiada na ideia de acessar apenas os usuários acamados ou restritos ao leito ou ao domicílio, chamando a atenção para a limitação de acesso decorrente do medo de sair de casa. Parece oportuno refletir sobre a importância da criação de momentos de escuta nas equipes para que todos possam expressar seus sentimentos e angústias e construir estratégias de enfrentamento para o sofrimento gerado pelas situações de violência, por exemplo, nos moldes da terapia comunitária.²³ Nesses espaços o grupo expõe situações-problemas com escolhas pactuadas e discussões na presença do terapeuta, criação de soluções a partir de vivências semelhantes que possam inspirar o grupo na busca por novos caminhos. A reflexão sobre o papel do Estado na abordagem da violência urbana ainda permanece em aberto, com necessidade de refletir sobre diferentes modelos de policiamento, privilegiando ações preventivas mais próximas da comunidade.²⁴

A existência da violência nos territórios aparece como um forte limitador para a realização da VD, com cancelamentos frequentes, prejudicando seriamente o acesso à saúde. Situações semelhantes à guerrilha urbana estiveram presentes nos relatos de todos os entrevistados, e o medo e a insegurança fazem parte do cotidiano das famílias e dos profissionais, afetando significativamente a mobilidade nos territórios. O contexto violento presente no cotidiano dos profissionais pode comprometer a qualidade da atenção prestada, bem como a saúde da equipe. A implementação de políticas públicas em contextos de vulnerabilidade e desigualdades, efetivada a partir da expansão da ESF no cenário do Rio de Janeiro, permite reconhecer a potencialidade da criação de dispositivos e estratégias de enfrentamento por parte das equipes no cotidiano dos serviços de saúde. Porém, reconhecer a permanência de obstáculos pautados na constatação de que as práticas nos territórios ficam limitadas e não alcançam todo o seu potencial diante da violência nos territórios. Os desafios apresentados trazem a necessidade de produzir novos olhares para o cotidiano na ESF em contextos de violência urbana no Brasil.

Conflitos de interesse

Não há.

Contribuições

ATMSM e EPG participaram da concepção, curadoria dos dados, delineamento metodológico, administração do projeto e da construção da versão preliminar do texto. ATMS, EPG, RMRR, KMBE e LHGP participaram da análise formal dos dados, interpretação dos resultados, revisão e aprovação final do manuscrito.

Agradecimentos

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pelo financiamento dos autores RMRR e LHGP no âmbito do Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística – PROCIÊNCIA

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2017 Out 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
2. Ferreira Neto JL, Oliveira GL, Viana NO, Duarte LGMF. Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 2];40(111):179-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611114>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
4. Costa SM, Souza LPS, Souza TR, Cerqueira ALN, Botelho BL, Araújo EPP, et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Jan 2];22(3):292-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300292&lng=en&nrm=iso
5. Ferreira JM, Mishima SM. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. *Rev Latino am Enferm.* [Internet]. 2004 Mar/Abr [acesso 2019 Jan 2];12(2):212-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692004000200010&lng=en&nrm=iso&tling=pt
6. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 3];21(5):1327-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso
7. Cerqueira D (coord.), Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. Atlas da Violência [Internet]. 2018. Rio de Janeiro: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2018 [acesso 2019 Jan 2]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf
8. Almeida JF, Peres MFT, Fonseca TL. O território e as implicações da violência urbana para o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica de saúde. São Paulo. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2019 Jan/Mar [acesso 2019 Maio 18];28(1):207-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170543>
9. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 2019 Maio 18];2(3):667-73. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232007000300016&script=sci_abstract
10. Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 5];69(5):996-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0996.pdf>
11. Scherer ADA, Pires DEP, Soratto J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: Sousa MF. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 521-71.
12. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 2019 Jan 5];43(4):682-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000036&script=sci_abstract&tling=pt
13. Silva E, Valentim MLP. Avaliação da aplicação do método “análise de conteúdo” em pesquisa sobre processos de gestão da informação e do conhecimento como subsídios para a geração de inovação. Londrina. *Informação & Informação, [S.l.]* [Internet]. 2019 Jan/Abr [acesso 2019 Maio 18];24(1):326-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2019v24n1p326>

14. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Abr 3];16(1):161-9. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>
15. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 5];52(14):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>
16. 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. [acesso 2018 ago. 20]. Disponível em: <https://www.ssrc.org/publications/view/45184113-8F7B-E711-80C6-005056AB0BD9/>
17. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 2019 Jan 7];11(Supl.):1163-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis. *Texto e contexto — Enfermagem* [Internet]. 2013 Out/Dez [acesso 2019 Jan 15];22(4):935-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400009>
19. 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]. Rio de Janeiro. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 15];24(5):1-6. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.25458>
20. Mbembe A. Necropolítica. *Arte & Ensaios* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Out 22];32:123-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>
21. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 [acesso 2018 Mar 1];45(3):716-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300024>
22. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Comunicação, Saúde e Educação* [Internet]. 2013 Jan/Mar [acesso 2019 Jan 15];17(44):61-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006
23. Rocha IA, Sá ANP, Braga LAV, Ferreira Filha MA, Dias MD. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Set [acesso 2020 Out 23];34(3):155-162. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300020>
24. Azevedo MA. Concepções sobre criminalidade e modelos de policiamento. Brasília. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2003 Set. [acesso 2020 Out 26];23(3):18-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000300004>