

Violência armada em Manguinhos/RJ, Brasil: saúde e cotidiano de trabalhadoras(es) de saúde e educação

Armed violence in Manguinhos/RJ, Brazil: health and daily life of health and education workers

Fernanda Mendes Lages Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0002-3766-9758>)^{1,2}

Cristiane Batista Andrade (<https://orcid.org/0000-0003-1441-9171>)¹

Camila Athayde de Oliveira Dias (<https://orcid.org/0000-0001-9120-9296>)¹

Maria Cecília de Souza Minayo (<https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>)¹

Abstract *The article presents the results of qualitative action research on armed violence with health and education professionals and territorial community services in Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil. It is justified by the urgent nature of this violence in the territory and aims to identify its impacts on their health and work, coping, protection, and care strategies. The effects of armed violence on health and education professionals and the territory are discussed through interviews and focus groups with participant observation, identifying some of its transversalities, such as the Brazilian State racist public security policy based on a warlike logic of confrontation with groups with armed control of the territory, which makes life precarious by exposing residents and workers to constant risks, weakening the community fabric and preventing full access to health and education.*
Key words *Armed violence, Health, Politics, Protection*

Resumo *O artigo apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa sobre violência armada, do tipo pesquisa-ação, com profissionais de saúde e de educação e serviços comunitários territoriais em Manguinhos/RJ. Justifica-se pela premência dessa violência no território, tendo como objetivo identificar seus impactos na saúde e no trabalho, assim como as estratégias de enfrentamento, proteção e cuidado empreendidas. A partir de entrevistas e grupos focais com profissionais de saúde e da educação e observação participante, discutem-se os efeitos da violência armada sobre elas(es) e o território, identificando algumas de suas transversalidades, como a política de segurança pública racista empreendida pelo Estado brasileiro, baseada numa lógica bélica de confronto com grupos que têm domínio armado de território, que precariza a vida ao expor moradoras(es) e trabalhadoras(es) a riscos constantes, enfraquece o tecido comunitário e impede o pleno acesso à saúde e à educação.*

Palavras-chave *Violência armada, Saúde, Política, Proteção*

¹ Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. fefe.mendeslr@gmail.com

² Instituto Brasileiro de Medicina da Reabilitação. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O presente artigo tem como tema a violência armada (VA) e seus efeitos na saúde e no trabalho de profissionais de saúde e educação. O subsídio empírico se origina em pesquisa realizada em Manguinhos, no Rio de Janeiro, cujo objetivo foi produzir evidências científicas sobre tais impactos na saúde de trabalhadoras(es), nos serviços e no tecido comunitário.

Observamos no cenário brasileiro, especificamente o fluminense, retórica e prática ancoradas no combate armado contra o que se convencionou chamar de *crime organizado*, situado em favelas, reificadas como *locus* do crime e dos demais males sociais. As formas de exercício do fazer da segurança pública diferem, na prática, de acordo com os territórios aos quais se destinam. Acompanhamos a normalização de violações de direitos, mortes e morbidades em favelas, onde a população tende (não por acaso) a ser majoritariamente negra.

A violência institucional exercida pelo Estado, operada por meio da VA, está intimamente ligada a questões raciais e de classe e se expressa a partir da seletividade policial racista que atinge sobretudo corpos jovens negros e provoca mortes, medo, feridas emocionais e desumanização. Enquanto as periferias são invadidas em operações policiais, o mesmo não acontece em regiões habitadas por famílias de classe média e alta e, não por acaso, majoritariamente brancas¹.

As favelas cariocas são alvo de políticas de gerenciamento e controle cujas raízes remontam à história da formação social brasileira, à colonização, à desumanização negra e indígena, à política de embranquecimento e à distribuição espacial desigual dos locais de vida e moradia^{1,2}. A ocupação violenta de favelas por grupos armados – como *facções* e *milícias* – vem sendo registrada desde a década de 1980, assim como o fracasso das políticas de segurança, cujo saldo é um enorme número de mortes³. Mesmo o projeto de Polícia Pacificadora (UPP), criado ao final da década de 2000, fracassou igualmente na década seguinte, sobretudo devido à manutenção das estruturas que sustentam a segurança pública^{4,5}.

Hamann-Nielebock e Carvalho⁶ afirmam que a violência entre grupos armados que atuam no comércio varejista de drogas e forças públicas de segurança no Brasil deve ser conceituada como *violência armada*, conceito que compreende o uso intencional da força, “com armas de fogo ou explosivos, por grupos organizados ou semiorga-

nizados contra indivíduos, grupos ou o Estado, de modo que ocorra uma inibição do desenvolvimento sustentável” (p. 105).

A dinâmica da violência armada em Manguinhos, cuja sustentação é a política de “guerra às drogas”, inclui constantes operações policiais para coibir o tráfico e apreender drogas, armas e pessoas da chamada *facção criminosa*, grupo fortemente armado com domínio de território, por meio do enfrentamento bélico até alcançar sua eliminação e, em tese, uma sociedade “livre das drogas”⁷⁻¹⁰.

A VA – fenômeno que inclui uma série de manifestações como tiroteios, confrontos, “bala perdida”, atuação de *snipers*, ostensividade da exibição de armas e ameaças para o controle do território ou roubos, uso de explosivos como bombas⁹ – atravessa o cotidiano do bairro e impacta a saúde física e mental das pessoas e o funcionamento de espaços comunitários, impondo riscos e inseguranças que influenciam os modos de ser e estar nas favelas, como o receio de sair e voltar para casa, trabalho e escola, além do medo da morte de si e de familiares.

As influências no trabalho de profissionais de saúde incluem o fechamento de serviços, a necessidade de reestruturação do cuidado e de elaboração de estratégias de segurança diante da iminência da violência armada e a preocupação com sua própria exposição, num cotidiano de medo e estresse^{9,11}. Também a educação é impactada quando professoras(es) precisam cuidar de si e de suas(seus) estudantes em um contexto de temor e silenciamento¹².

Nos interessa construir um cenário panorâmico sobre a VA e seus impactos na saúde e no cotidiano de profissionais de saúde e educação atuantes no território de Manguinhos. Consideramos que se de um lado os contextos locais e suas especificidades não permitem a generalização de resultados, de outro há no bairro marcadores sociais, políticos e econômicos também presentes em outros territórios cariocas, fluminenses e brasileiros, como grupos armados com domínio de território, políticas de segurança racistas, ostensivas e violadoras de direitos e precariedade de políticas públicas estatais. No que diz respeito aos grupos participantes da pesquisa, vale destacar que são diversas as atividades que desenvolvem, assim como as relações de trabalho e com o próprio espaço de atuação, não sendo possível homogeneizar as experiências de violência – e seus impactos – de profissionais de saúde e educação.

Metodologia

Realizou-se entre 2019 e 2022 um estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação^{13,14} que produziu informações sobre a ocorrência e os impactos da VA em Manguinhos e propôs debates com trabalhadoras(es) e sociedade.

Na primeira fase foram aplicados questionários para gestores (7), realizadas entrevistas individuais (9) e grupos focais (3) e registrados episódios de VA em mídias sociais. Participaram trabalhadoras(es) de equipamentos de saúde – atenção primária à saúde (APS) e redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e de urgência/emergência (4); e educação – escolas estaduais (2). A observação participante se deu em todos os encontros de campo, como em visitas institucionais. A fim de dimensionar a magnitude do problema, foram registrados episódios de VA por 90 semanas, a partir de relatos no WhatsApp (dois grupos), Facebook (dois grupos) e e-mail institucional da Fiocruz, que sinaliza situações de VA no território.

Em função da COVID-19, a segunda fase foi desenvolvida remotamente. Para ampliar a visibilidade e a mobilização acerca da enorme incidência e das condicionalidades da VA, foram realizadas devolutivas dos resultados (4) a partir da produção de um sumário executivo e de encontros junto aos participantes, assim como debates públicos em parceria com pesquisadoras(es), profissionais e movimentos sociais (9). Tais encontros subsidiaram um documento síntese e a produção de materiais de divulgação científica, todos divulgados por meio das redes das pesquisadoras e parceiras, disponíveis em <https://linktr.ee/fernandamlr>.

O projeto foi aprovado pelos comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pela Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro. As(os) participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as instituições entregaram cartas de anuência. Todos os princípios que regem pesquisas com seres humanos foram respeitados. A pesquisa teve financiamento de dois editais CNPq: Universal e Pós-Doutorado Júnior.

Resultados

Manguinhos é um bairro empobrecido da Zona Norte do Rio de Janeiro, composto por 12 favelas com diferentes condições socioeconômicas e de

acesso a políticas públicas, registrando o quinto pior IDH do município e altos índices de violência urbana^{15,16}. Em 2010 o Censo contou 36.160 habitantes, dos quais 23.216 eram pessoas negras¹⁷.

De acordo com os registros, em 46 semanas (51%) houve pelo menos um episódio de violência armada, e em 24 (52%) foram registradas alterações no transporte, presença de feridos e fechamento de equipamentos de saúde e educação. Incursões policiais incluem a presença de diversos segmentos, especialmente pela manhã. De 37 semanas no período pré-pandêmico (julho de 2019 a fevereiro de 2020), houve ocorrências em 27, 0,7 por semana. Durante a pandemia (março de 2020 a fevereiro de 2021), houve 19 ocorrências em 53 semanas, 0,3 ocorrência/semana. Considerando o registro a partir de junho de 2020, mês de promulgação da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 365 – a ADPF das Favelas –, instrumento jurídico do Supremo Tribunal Federal visando proteger preceito fundamental público, temos 40 semanas com 13 episódios, 0,3 por semana. Os números demonstram o impacto positivo da ADPF na redução das incisões policiais, uma vez que esse instrumento visa regulá-las e diminuir sua incidência.

No que diz respeito à *organização e ao processo de trabalho*, a VA decorrente de confrontos entre forças de segurança e o grupo armado local comumente ocorre próximo a residências, comércios, equipamentos públicos, praças e pontos de transporte, ou seja, em meio à vida cotidiana, e muitas vezes sem dar indícios evidentes de novo evento. A equipe de pesquisa chegou a suspender visitas institucionais em função do risco por conta de operações policiais que alteraram o funcionamento dos equipamentos locais, o que ratifica os desafios cotidianamente enfrentados pelas(os) profissionais e moradoras(es).

Do encontro com profissionais identificamos a produção de um ambiente de insegurança e medo que enfraquece vínculos, gera sofrimento psíquico e inibe a qualidade dos serviços. A VA produz uma série de *impactos psicossociais individuais e coletivos*, diretos e indiretos: mortos e feridos, paralisação de serviços, restrição à locomoção, perda de bens materiais, banalização da violência e da morte. Adoecimentos, agravamento de quadros de saúde e traumas psicossociais. Dores crônicas, dificuldade para dormir, hipertensão, dores de cabeça e de estômago, taquicardia, descontrole de diabetes, hematomas na pele em momentos de elevado estresse, consumo

excessivo de substâncias e medicalização. Sensação de vulnerabilidade e insegurança, angústia, medo, tensão, estresse, desânimo, constante estado de atenção e de cálculo de “riscos”, desespero, instabilidade emocional, depressão, ansiedade, insônia, episódios de pânico, letargia e paralisia, mal-estar generalizado, crises de choro, sensibilidade a sons que lembram disparos, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sentimento de impotência, desgaste e esgotamento emocional, cansaço excessivo.

As(os) gestoras(es) da saúde relataram sobrecarga de responsabilidade, temor por si, por profissionais e usuárias(os) e atenção ininterrupta à orientação e à comunicação. As(os) profissionais da educação informaram grande tensão e estresse por ter que lidar com a agitação dos alunos e da comunidade escolar, incluindo as famílias. Para além dos impactos na atuação profissional, há desdobramentos na vida pessoal, familiar e comunitária, assim como sobre o tecido social e o funcionamento de serviços. Essa desestruturação tem grandes custos e representa uma violação do direito de acesso às políticas sociais de forma universal, equitativa, integral e de qualidade.

A gravidade dos casos de violência que afetam os usuários dos serviços abala emocionalmente as equipes e exige uma variedade de atuações coordenadas, o que por vezes deixa outras necessidades de saúde descobertas. Adoecimentos, licenças e demissões geram déficit de pessoal e, conseqüentemente, maior intensificação do trabalho. O fechamento total ou parcial dos serviços influencia sua dinâmica nos dias posteriores àqueles com episódios de VA.

Em mais de uma visita de campo a equipe escutou relatos sobre como os equipamentos são feitos de “escudo” em situações de confronto entre forças de segurança e o grupo armado local – nesse caso, profissionais se encontram literalmente “no meio do fogo cruzado”¹⁰ e temem ser vistos como coniventes pela polícia, como se estivessem compactuando e acobertando “bandidos”, e por estes últimos, como se fossem “delatores”. A sensação de impotência, vulnerabilidade e risco aumenta ainda mais entre as(os) agentes comunitárias(os) de saúde (ACS). Por serem trabalhadoras(es) e moradoras(es) do território, estão grande parte do tempo na rua e têm uma relação próxima com várias(os) usuárias(os) das clínicas locais.

Durante o trabalho de campo, identificamos a precariedade estrutural dos equipamentos, feitos de *containers* e *dry wall* e com pátios internos abertos. Foi comum identificarmos furos por

munição de arma de fogo em paredes e ares-condicionados, assim como mudanças de local das atividades – a secretaria da escola trocou de sala para ficar menos exposta; no refeitório do serviço de saúde não se senta no local marcado por um buraco de bala.

Outro problema é a circulação no início do expediente e no retorno às residências. Como identificado nos registros em mídias sociais e em relatos de quem vive e trabalha em Manguinhos, é comum que as operações policiais sejam feitas nas primeiras horas da manhã, justamente quando há grande circulação de pessoas, obrigando profissionais a acompanhar *pari passu* a movimentação do território por meio de redes sociais e a definir pontos seguros entre as suas casas e os locais de trabalho.

Em seu cotidiano, as(os) profissionais elaboram uma série de *ações individuais e coletivas para enfrentamento, proteção e cuidado*. Há um cálculo constante de *riscos* que parte da avaliação de *sinais* – não abertura do comércio, não circulação de moto táxi e realização de operação policial –, numa busca por indícios que possam antever um novo episódio de VA.

A comunicação sobre riscos se dá bastante por grupos de WhatsApp que alertam as equipes e informam sobre mudanças na rotina das unidades. A APS de Manguinhos participa do protocolo Acesso Mais Seguro (AMS), que estabelece medidas de proteção quando há ocorrência de violência por uma classificação de riscos construída local e coletivamente, alterando a rotina dos equipamentos, que podem suspender atividades externas ou até fechar totalmente. Tal protocolo também funciona em outras clínicas da cidade e em algumas escolas municipais.

Entre as estratégias de proteção utilizadas pelas(os) profissionais, estão: abrigar-se nos locais considerados mais seguros dentro das unidades, como corredores centrais; retirar profissionais, usuárias(os) e estudantes dos espaços de maior risco, como pátios; evitar sair tarde e sozinhas(os) dos equipamentos e buscar caminhos alternativos de menor risco. Na educação, muitas(os) profissionais afirmaram se recusar a trabalhar à noite. Na saúde foi relatada a tentativa de diálogo com forças de segurança e com o grupo armado local, para alguma limitação da exposição da unidade.

Profissionais de saúde comumente estão na rua se deslocando, em visitas domiciliares (VD) ou em espaços comunitários. Nessas ocasiões, o uso de colete, jaleco e crachá foi referido como protetivo, por identificá-las(os). Quando se en-

construem em situações de risco, são acolhidas(os) por moradoras(es) e comerciantes; quando estão entrando e saindo do território, se protegem em pontos de maior segurança, como um grande supermercado local.

Outro conjunto de estratégias se volta para a promoção da saúde e a prevenção de adoecimentos relacionados ao cotidiano de VA, como as atividades de lazer, artísticas e culturais, a psicoterapia e o uso/abuso de medicamentos. O não compartilhamento de episódios de VA com familiares e amigas(os) visa evitar a preocupação demasiada e consequentes pressões sobre si.

Quando indagadas(os) a respeito do que poderia ser feito para mudar a situação de VA, as(os) profissionais apontaram ações macro e micropolíticas: revisão das políticas de segurança e educação para incluir estratégias de redução da violência; investimento nas ações educativas; valorização das(os) profissionais, com melhoria salarial; incidência sobre a política de armas; melhoria de infraestrutura de habitação; proposição de ação civil pública para redução dos impactos da violência; aprimoramento do diálogo entre unidades de saúde e órgãos de segurança pública; mudança nos horários das incursões policiais; fiscalização dos serviços públicos para coibir desvios; reforço da infraestrutura das unidades; aprimoramento do AMS; desenvolvimento de ações de cuidado preventivo e acolhimento/escuta para profissionais e criação de espaços para discussão qualificada sobre violência armada e elaboração de estratégias de enfrentamento; valorização e fomento de movimentos sociais para ampliar a perspectiva de futuro de crianças e jovens, criando espaços protetivos; estímulo à criação e fortalecimento de redes comunitárias de solidariedade. A reflexão sobre essa questão problematizadora demonstra como as(os) profissionais têm uma visão complexa da segurança pública, que não se restringe a policiamento ou controle de drogas e armas.

Discussão

Por se tratar de um problema complexo, não se propõe aqui reduzir a abordagem da violência armada à simples descrição dos fatores imbricados em sua constituição. Considera-se que ela está relacionada à política de guerra às drogas levada a cabo nas grandes cidades brasileiras e, especialmente, no estado do RJ, sendo um fenômeno que irrompe de maneira drástica no cotidiano, lançando-nos num espaço virtual de risco que

reproduz vulnerabilidades que atingem sobremaneira populações negras e periféricas que habitam espaços empobrecidos, bem como quem ali trabalha. É justamente nesses espaços que a VA está presente de forma mais dramática, protagonizada por grupos civis ou paramilitares com domínio armado do território, que exercem a força para além do Estado de direito e para onde se dirige por excelência o braço repressor da política de segurança, alimentando um ciclo de escalada de violência que se revela na produção cotidiana de mortes, morbidades e encarceramento^{9,10,18,19}.

A América Latina é um dos cenários mais significativos de violência armada. Desigualdade social, pobreza, baixo crescimento econômico, desemprego, crescimento urbano desordenado, ineficiência de serviços públicos, crescente disponibilidade de armas leves, comércio ilícito de drogas, presença de grupos armados com domínio de território, cultura da violência e forças estatais de segurança corruptas ou ineficazes conformam um panorama no qual, em determinados espaços da cidade, com determinado perfil populacional, os números de VA são próximos ou mesmo superam os de países em guerra²⁰.

O conceito de sociabilidade violenta²¹ insere uma dimensão qualitativa na análise ao destacar a radical transformação das relações sociais comuns a partir das práticas violentas cotidianas, nas quais o emprego da força física se desvincilha de qualquer moralidade e de um cálculo relativo à adequação entre meios e fins. No caso brasileiro, é necessário acrescentar o processo histórico colonial, cujas interações foram balizadas pela coerção física e a exploração de trabalho e recursos²² dos povos negros e indígenas. A herança escravocrata que marginalizou corpos que representam o “outro”, bem como o projeto político-ideológico da *democracia racial*, escamoteiam as desigualdades estruturantes e o racismo que impedem a ascensão social da população preta e periférica e a mantém em espaços favelizados, além de naturalizar sua punição como justificativa de manutenção de uma suposta ordem^{1,2}.

Esse cenário produz e reproduz processos de exclusão social que se relacionam à distribuição desigual de bens sociais, como habitação, alimentação, saneamento, emprego e lazer, e deixa determinadas populações à mercê do convívio forçado com grupos armados que as expõem a situações cotidianas de VA. Em tais contextos, as barreiras de acesso a serviços como saúde e educação ocorrem tanto de forma direta quanto indireta, como por meio de sua precarização e da falta de profissionais¹¹.

Entre seus diversos impactos, destacam-se: o número de mortos e feridos (principalmente homens jovens negros); desestruturação familiar; doenças e traumas psicossociais causados pela perda de pessoas e pelo convívio prolongado com a violência; restrições de direitos básicos; perda de bens materiais; e prejuízo econômico, como fechamento de estabelecimentos. De forma intermitente, escolas e serviços de saúde precisam fechar parcial ou totalmente e há suspensão de atividades comunitárias como visitas domiciliares, ação importantíssima na proposta de cuidado operada pela APS, por causa de tiroteios e incursões policiais que implicam riscos à vida. As operações das forças de segurança pública em busca de pessoas ligadas a grupos armados, drogas e armas nem sempre significam medidas de proteção, por sua violência recorrente. Não é incomum registrar a chegada da polícia na favela fazendo disparos com armas de fogo, o que deixa a população local extremamente vulnerável e produz feridos e mortos – entre “criminosos” e “pessoas comuns”. Em tais ocasiões, cresce o sentimento de insegurança que gera medo entre todas(os) no território^{9,10,19}.

Algumas pesquisas realizadas nos últimos anos sobre os impactos da violência armada na APS e na educação destacam como ela representa uma barreira de acesso aos serviços e apontam as forças de segurança públicas e os grupos armados locais como os agentes protagonistas da violência. A presença de ambos dificulta a circulação de profissionais pelo território, deixando-o “instável”, gerando medo e alteração das atividades cotidianas²³⁻³⁴. Não obstante, Barbar¹¹ destaca a potencialidade da APS na implementação de processos de coordenação, cidadania e cuidado” (p. 3), tendo em vista os princípios de integralidade, longitudinalidade e participação que lhe orientam. A VA impacta negativamente o processo de trabalho das equipes, interfere no cuidado e na aprendizagem produzidos nos encontros entre população e profissionais de saúde e de educação, assim como na saúde mental. A rotina de riscos e a sensação de vulnerabilidade implicam medo, frustração, ansiedade, depressão, apatia, sensação de impotência e desafios ao funcionamento dos serviços e à atuação de profissionais.

Fazzioni²⁸ observa que, de um lado, profissionais de saúde padecem com a demanda de trabalho, e de outro carecem de ferramentas mais assertivas de intervenção. Rotatividade de profissionais, descontinuidade dos processos de trabalho e enfraquecimento dos vínculos com usuárias(os) são destacados por Almeida, Peres

e Fonseca²⁹ e Gonçalves, Queiroz e Delgado³⁰, sobretudo em relação a agentes comunitários de saúde. Fazzioni²⁸, Flórido *et al.*²⁷, Almeida, Peres e Fonseca²⁹ e Machado *et al.*³² destacam a interferência da VA na realização das VD, deixando descobertas necessidades que, em muitos casos, como no de idosas(os) acamadas(os), representam o não acesso à saúde.

Constantes episódios de VA e a necessária leitura do “clima” marcam o cotidiano não apenas de moradoras(es)³⁴, mas de profissionais que, em sua prática, precisam entrar, circular e sair do território e, para isso, “internalizam” em suas rotinas estratégias de avaliação e fuga de riscos. O uso intensivo do WhatsApp como forma de ter notícias de possíveis indícios que anunciem o perigo é um exercício constante e necessário, parte das estratégias de proteção, tanto individuais quanto coletivas, o que também foi identificado por Fazzioni²⁸ e Flórido *et al.*²⁷ em suas pesquisas.

Tendo como base o registro de ocorrências de VA em Manguinhos, podemos afirmar que a preocupação com o “clima” e a possibilidade de novos episódios é justificada, uma vez que mais da metade do conjunto de semanas (n = 90) teve alguma ocorrência. Santos e Silva²⁶, a partir de dados da plataforma Fogo Cruzado, afirmam que 46% das escolas do município registraram pelo menos um disparo por arma de fogo em um raio de 300 metros de sua localização em 2019. Entre 2017 e o início de 2019, cinco pessoas foram alvejadas dentro de quadras escolares. Na pesquisa em Manguinhos, apesar de não termos coletado relatos de mortes, muitas foram as narrativas de adoecimento profissional e danos a equipamentos.

Ouvimos durante a pesquisa, em mais de uma ocasião, referências à “banalização” ou à “naturalização” da VA pela população. Santos *et al.*²⁵, a partir de estudo com profissionais de uma unidade da APS carioca, afirmaram perceber nos relatos certa “trivialização” da violência, devido à recorrência de VA no território. Fazzioni²⁸, por sua vez, problematiza a ideia presente no senso comum de que moradoras(es) de favela banalizariam a violência devido à sua grande ocorrência, no que concordamos com a autora, estendendo o estranhamento de tal narrativa a profissionais de saúde e educação. Perguntamos: não seriam estratégias de sobrevivência e proteção diante de um cotidiano atravessado pela VA?

Essa pergunta pode ser respondida por Dejours³⁵, ao afirmar que diante das adversidades e dos desafios impostos pelas condições de trabalho, estratégias defensivas individuais e coletivas são desenvolvidas para que o sofrimento possa

ser controlado e amenizado³⁵. Tal fato é corroborado por Moraes²⁴, que aponta a “naturalização” da violência armada como uma estratégia defensiva usada por professoras(es) para se proteger do sofrimento e continuar suas rotinas de trabalho.

Sobre o Acesso Mais Seguro, Santos *et al.*²⁵ e Flórido *et al.*²⁷ destacam sua importância no gerenciamento de riscos e na prevenção e/ou redução de incidentes envolvendo trabalhadores, dando mais segurança para o trabalho e autonomia às unidades de saúde na avaliação e tomada de decisão. Outra tarefa importante do AMS é justificar perante a gestão o não cumprimento de metas estabelecidas para as clínicas, o que também aparece como preocupação na pesquisa em Manguinhos. Na interpretação de Santos *et al.*²⁵, essa metodologia colabora ainda com a não banalização da VA na comunidade onde se insere o serviço, já que legitima a interrupção de atividades.

Os profissionais de educação também sofrem com os impactos da VA sobre a saúde e o processo de trabalho: são professoras(es) que acompanham sua ocorrência por meio da comunicação por WhatsApp, manejam situações de risco ao identificar locais mais seguros para proteger a si e aos estudantes; escolas que mudam seu funcionamento e até mesmo fecham. Santos e Silva²⁶ identificam “reflexos sutis”, como mudanças de comportamento nas(os) alunas(os), lamentação de professoras(es), presença simbólica de armas em aulas e “efeito fantasma” – baixíssimo número de estudantes.

Nesse cenário há enormes prejuízos ao aprendizado das crianças e adolescentes e para o funcionamento das famílias, cujos membros precisam que suas(seus) filhas(os) estejam na escola para trabalhar. Medo, cansaço, ansiedade e depressão também foram identificados por Santos²³ e por Santos e Silva²⁶ em pesquisa com professoras(es) no município do Rio de Janeiro. Moraes²⁴, em estudo com professoras(es) de uma escola de Manguinhos, relata como se sentem em um “cenário de guerra”, sempre sob risco, o que provoca processos de sofrimento e adoecimento, afastamentos e faltas ao trabalho.

Santos²³ identificou a existência do protocolo AMS também em algumas escolas e o uso da “pedagogia da emergência”, “cujo papel é priorizar o ambiente escolar como um local acolhedor no atendimento a jovens que presenciam a violência urbana com frequência” (p. 59). Outras escolas, apesar de não aplicarem o protocolo – como é o caso das participantes da pesquisa em Manguinhos –, têm planos de contingência e outras

estratégias baseadas na comunicação e em ação coletivas²⁴.

É importante destacar que os impactos da VA não podem ser descontextualizados da permanência da violência estrutural e do racismo que atravessam a sociedade brasileira e mantêm as desigualdades expostas, de maneira dramática, nos espaços de moradia da população mais pobre das grandes cidades – onde é permitido que escolas e serviços de saúde fechem ou alterem seu funcionamento constantemente e onde contabilizamos adoecimentos e demissões de profissionais de saúde e de professoras(es), impedindo o pleno acesso da população aos direitos sociais^{9,10,18,19}.

A convivência com a VA, por outro lado, tem levado a população e os serviços a tentativas de auto-organização em rede, a fim de determinar como agir nas ocasiões de episódios violentos, visando garantir a sobrevivência de todos e o funcionamento das ações de saúde e educação. Na pesquisa nos deparamos com a ADPF das Favelas, ajuizada em novembro de 2019 e que entrou em vigor em junho de 2020, restringindo as operações policiais no Rio de Janeiro durante a pandemia. Construída coletivamente por diversos movimentos de favelas e instituições públicas e privadas, teve como objetivo denunciar as violações de direitos constitucionais decorrentes da política de segurança empreendida pelo Estado e exigir respostas que contenham essa escalada. Pela redução das ocorrências de VA em Manguinhos durante sua vigência, podemos afirmar que teve impactos positivos e foi eficaz em reduzir essa expressão de violência.

Pudemos registrar no trabalho de campo os impactos de uma dupla tragédia – a violência armada e a pandemia – e seus efeitos sobre as(os) profissionais de saúde e educação, que buscaram sobreviver a ambas. A fala de um médico de família e comunidade, à época trabalhador de um dos serviços da APS de Manguinhos, é extremamente ilustrativa sobre a regra de ser “absolutamente hipervigilante”:

Num certo momento, lá pelas 17 horas, ouvimos tiros... nos entreolhamos. Não era possível. Não era possível mais essa dificuldade. Não era possível uma operação policial no meio da quarentena. Não era possível que nosso temático dia de COVID ganharia esses contornos. Fiquei pensando que o universo queria nos lembrar que não somos a Itália. Que somos mais Equador, somos Sul. Que estamos numa favela. Que a política genocida, que mata pobres e negros, não está de quarentena. Ao contrário. [...] O impulso da Roberta [paciente] foi se jogar de uma maca alta. Ela

*olhou na janela e viu os tiros de muito perto. Os homens com arma correndo. Sim, lembrem-se que eu já disse que nossa biossegurança depende das poucas janelas que temos na unidade, e essa sala tinha uma janela*³⁶.

A participação social na formulação de estratégias de enfrentamento, proteção e cuidado, individuais e coletivas, é ferramenta de resistência e cuidado de si e da população na busca pela construção do comum e da possibilidade de estar e circular pelo território. No entanto, profissionais participantes expressaram como mudanças macropolíticas são necessárias para uma modificação estrutural das condicionalidades intrincadas na produção da VA que atinge serviços comunitários e a saúde de profissionais e moradoras(es).

Considerações finais

A violência armada é um fenômeno muito presente em Manguinhos, assim como em tantos outros territórios onde as garantias do Estado democrático de direito e o respeito aos direitos humanos são exceção. É fundamental demarcar que suas expressões e impactos sobre pessoas, serviços e território não podem ser descontextualizados da violência e do racismo estruturais que mantêm as desigualdades sociais e raciais atreladas à miséria e às iniquidades em saúde.

O racismo estrutural e institucional mantido pela cultura da branquitude se reflete nos indicadores, com impactos materiais e subjetivos sobre a população, os territórios e os serviços. As taxas de morbimortalidade relacionadas à VA no Brasil demonstram as consequências dessa violência, principalmente sobre a população das favelas, assim como sobre seus serviços. Outras expressões são: encarceramento em massa, banalização das execuções de jovens negros, violência policial,

mortandade por chacinas e morte e ferimentos por armas de fogo entre crianças.

Como ilustrado pelos resultados da pesquisa, o sistema de saúde é enormemente impactado pelos efeitos da VA, que afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais, diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades, gera novos problemas para o atendimento médico e para os serviços e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada³⁷.

Trabalhadoras(es) de diversos setores, movimentos sociais e da sociedade civil têm denunciado constantemente a recorrência desmedida da VA em territórios de favela, publicizando de maneira incansável a forma abusiva com que a política de segurança pública é exercida. Algumas ferramentas de controle sobre a atuação policial têm mostrado resultados na diminuição de mortes e morbidades associadas à VA, como é o caso da ADPF.

Consideramos ser imprescindível lançar luz sobre os impactos da VA relacionados à política pública de segurança empreendida pelo Estado e sobre a urgência de sua revisão, assim como sobre a necessidade de investimento na formulação de políticas públicas preventivas e protetivas baseadas na defesa de direitos constitucionalmente garantidos.

Apontamos também que alguns limites da pesquisa indicam perspectivas futuras que dão ensejo ao aprofundamento do tema, como a inclusão de grupos de profissionais de outros territórios e setores, como a assistência social. Além disso, considera-se que análises que abordem mais detidamente o impacto da violência em sujeitos e territórios a partir dos marcadores sociais raça/cor e gênero são imprescindíveis para uma melhor compreensão do problema em sua complexidade.

Colaboradores

Todas as autoras participaram da elaboração do artigo: FML Ribeiro, CB Andrade e CAO Dias na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, bem como na redação do artigo e na revisão crítica. MCS Minayo participou da redação do artigo e da revisão crítica. Todas participaram da revisão pós-pareceristas e da aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Bento C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
2. Gonzales L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.
3. Ramos S. Trajetórias no tráfico: jovens e violência armada em favelas cariocas. *Trivium* 2011; 3(2):41-57.
4. Ramos S. UPP: a falência de um programa para mudar a polícia [Internet]. 2022. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: https://wikifavelas.com.br/index.php/UPP:_a_fal%C3%Aancia_de_um_programa_para_mudar_a_pol%C3%ADcia
5. Franco M. *UPP, a redução da favela a três letras. Uma análise da política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro*. São Paulo: n-1 edições; 2018.
6. Hamann-Nielebock E, Carvalho IS. A violência armada e seus impactos sobre a população civil: um fardo necessário? *Rev Bras Segur Publica* 2012; 2(1):104-118.
7. Boiteux L. El antimodelo brasileño. Prohibicionismo, encarcelamiento y selectividad penal frente al tráfico de drogas. *Nueva Sociedad* 2015; 225:132-144.
8. Valois LC. *O direito penal da guerra às drogas*. Belo Horizonte: D'Plácido Editora; 2016.
9. Ribeiro FML, Silva MM, Andrade CB, Nascimento MMS, Oliveira CA, Barbosa ICL, Almeida BC. Sumário executivo: violência armada e saúde: investigando os sentidos e os impactos da violência entre moradores e trabalhadores da saúde e da educação em Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ – estudo de caso. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves; 2020.
10. Silva MM, Ribeiro FML, Frossard VC, Souza R, Schenker M, Minayo MCS. “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):2109-2118.
11. Barbar AEM. Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e142.
12. Bello-Ramírez A, Pereira-Vianna C. Profesoras en medio de la violencia armada: una pedagogía visceral desde las favelas de Rio de Janeiro. *CS* 2021; 33:11-40.
13. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1986.
14. Minayo MC S. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2014.
15. Favela de Manguinhos [Internet]. *Wikifavelas* 2023. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: https://wikifavelas.com.br/index.php/Favela_de_Manguinhos
16. Lyra D, organizador. *Infância e trânsito em Manguinhos*. Rio de Janeiro: CECIP/Criança Pequena em Foco; 2015.
17. Instituto Pereira Passos. *População residente por cor ou raça, segundo as Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA) e Bairros no Município do Rio de Janeiro – 2010*. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2019.
18. Muniz JO, Almeida RR. Respondendo às balas: segurança pública sob intervenção das palavras entrevista com Jacqueline Muniz. *Trab Linguist Apl* 2018; 57(2):993-1014.

19. Ribeiro FML, Silva MM, Andrade CB, Nascimento MMS, Oliveira CA, Barbosa ICL, Almeida BC. Lides Violência armada e saúde: documento síntese. Pesquisa Conflitos armados e saúde – investigando os sentidos e os impactos da violência entre moradores e trabalhadores da saúde e da educação em Mangueiras/Rio de Janeiro/RJ – estudo de caso. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves; 2021.
20. Moura T. Novíssimas guerras, novíssimas pazes. Desafios conceituais e políticos [Internet]. 2004. [acessado 2023 jun 11]. <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/214/214.pdf>
21. Silva LAM. Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano. *Soc Estado* 2004; 19(1):53-84.
22. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Clacso; 2005. p. 107-132.
23. Santos LC. *Violência armada e escola pública: desafios à atuação do professor em favelas do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2022.
24. Morais KB. *Trabalho e saúde de professores(as) de escola pública em território de violência armada: sobre cenas da vivência docente* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2021.
25. Santos RSD, Mourão LC, Almeida ACV, Daher DV, Santos KMD, Brazolino LD. Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica. *Cad Saude Publica* 2020; 36(10):e00139519.
26. Santos LC, Silva CAF. Consequências da violência armada carioca para as aulas de Educação Física. *Movimento* 2020; 26:e26036.
27. Flórido HG, Duarte SCM, Floresta WMC, Marins AM F, Broca PV, Moraes JRMM. Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2020; 29:e20180432.
28. Fazzioni NH. Tiro que mata, tiro que “cura”, tiro que fere: notas etnográficas sobre violência armada e direito à saúde. *R Contemp Ant* 2020; 47:167-190.
29. Almeida JF, Peres MFT, Fonseca TL. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. *Saude Soc* 2019; 28(1):207-221.
30. Gonçalves HCB, Queiroz MR, Delgado PGG. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Fractal Rev Psicol* 2017; 29(1):17-23.
31. Benicio LFS, Barros JPP. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. *SANARE* 2017; 16:102-112.
32. Machado CB, Daher DV, Teixeira ER, Acioli S. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Rev Enferm UERJ* 2016; 24(5):254-258.
33. Delgado PGG. Violência e saúde mental: os termos do debate. *Soc Questao* 2012; 15(28):187-198.
34. Cavalcanti M. Tiroteios, legibilidade e espaço urbano: Notas etnográficas de uma favela carioca. *Dilemas Rev Estud Conflito Contr Soc* 2008; 1(1):35-59.
35. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Oboré; 1992.
36. Esteves J. Colapso [Internet]. 2020. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: <https://causosclinicos.wordpress.com/2020/04/29/colapso/>
37. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):200720-16.

Artigo apresentado em 05/05/2023

Aprovado em 01/02/2024

Versão final apresentada em 15/03/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva