

# Des(enquadramentos) dos conflitos armados em favelas do Rio de Janeiro: quando os trabalhadores do SUS movimentam o cuidado e suas ações para o lugar de moradia das populações

Viviane Costa<sup>1</sup>

Tatiana Wargas de Faria Baptista<sup>2</sup>

Marize Bastos da Cunha<sup>3</sup>

**Resumo:** O artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa desenvolvida com trabalhadores da atenção básica (AB) que atuam em territórios de favelas da cidade do Rio de Janeiro e vivenciam em seu cotidiano a violência armada. Nesse texto, abordaremos dois dos aspectos analisados na pesquisa, sendo eles: 1.O Acesso Mais Seguro (AMS) como estratégia cínica de proteção e viabilidade de acesso aos equipamentos de saúde da AB; 2. As ‘Vidas Precarizadas’ e os múltiplos processos que mantêm as desigualdades entre a população gerando adoecimentos e mortes não enlutadas. Esses pontos emergiram de entrevistas semiestruturadas realizadas com os trabalhadores no período de novembro de 2022 a março de 2023. Os testemunhos e reflexões dos entrevistados estiveram em diálogo com a experiência de trabalho e pesquisa das autoras. Acreditamos que os resultados são capazes de deslocar a moldura da discussão de violência dos conflitos armados territoriais nas favelas ao evidenciar que vidas não estão sendo salvas- como justificam a segurança pública nesses territórios- mas sim sendo precarizadas, gerando sofrimento mental e mortes não enlutadas.

**Palavras-Chave:** Saúde Pública; Violência; Saúde Mental.

## Mis(framing) of armed conflicts in favelas of the Rio de Janeiro: when SUS workers move care and their actions to the population’s place of dwelling

**Abstract:** The article presents part of the results of research carried out with primary care (PC) workers who work in favela territories in the city of Rio de Janeiro and experience armed violence in their daily lives. In this text, we will address two of the aspects analyzed in the research, namely: 1. Safer Access (AMS) as a cynical strategy for protection and viability of access to PHC health equipment; 2. ‘Precarious Lives’ and the multiple processes that maintain inequalities among the population, generating illnesses and unmourned deaths. These points emerged from semi-structured interviews carried out with workers from November 2022 to March 2023. The interviewees’ testimonies and reflections were in dialogue with the authors’ work and research experience. We believe that the results are capable of shifting the frame of the discussion of violence in territorial armed conflicts in favelas by showing that lives are not being saved - as justified by public security in these territories - but rather being made precarious, generating mental suffering and unmourned deaths.

**Keywords:** Public Health; Violence; Mental Health.

## Introdução:

“Eram só quatro da tarde. Um dia de sol, pessoas passando, a unidade e escolas funcionando. E eu posso dizer, que foram as duas horas mais difíceis que eu vivi enquanto trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Não é qualquer coisa, eu acho. Porque a gente tava na unidade, já era quase fim de expediente e começou a ter incursão policial na favela. E acontece que quando tinha operações policiais ali era costume ter, tipo uns três ou quatro caveirões circundando nas proximidades. Então, quando começava a operação policial, a gente ficava cercado completamente porque ficava passando os caveirões e de cima os traficantes atiravam. Logo após começar o confronto, Maria (uma colega de trabalho) e sua filha Antônia entram a unidade como uma tentativa de se protegerem. Ali permanecemos por algum tempo, aguardando o momento em que a coisa cessasse. Nesse dia em específico, começamos a perceber momentos em que os caveirões davam uma dispersada. Em um desses momentos, os traficantes deram um sinal de que poderíamos sair porque o conflito havia parado ou davam uma volta maior. Aproveitamos o sinal e fomos juntos, em torno de dez pessoas, para um beco que dava em uma das vielas para conseguir sair em uma das vias de acesso de saída da favela. Era comum, durante conflitos armados, geralmente sermos escoltados pelos próprios traficantes ou por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que eram quem ajudavam a gente a sair. Só que nesse momento de tentativa de saída apareceu um grupo de policiais armados a pé. O caveirão tinha recua-

1 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5519-3570>

2 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/ Instituto Fernandez Figueira (IFF). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3445-2027>

3 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/ Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7509-9138>

do porque a estratégia de guerra tinha mudado. Só que os agentes da segurança pública, agentes de Estado, entraram e começou um tiroteio generalizado. E a gente estava no meio da rua. A Maria com a pequena Antônia, tipo, eu e outras dez pessoas. A gente se amontoou entre um carro e uma calçadinha muito curta. Um amontoado de pessoas nessa calçadinha, entre um carro e um muro, a gente fez um montinho em cima da criança, uma tentativa desesperada de proteger ela com um cobertor humano. Por cima das nossas cabeças caíam farelos de caco de concreto e o pavor de levantar e morrer. E aí, no momento que cessou minimamente o tiro, a gente só viu uma mãozinha vindo da esquina, tipo vem, vem que a gente estava gritando. Óbvio, né? A gente estava ali, estava gritando: é da saúde, é da saúde, para, para!

E aí, no momento que parou, veio uma mãozinha assim a gente foi em bonde num grupo, todo mundo colado. Entramos na casa de um usuário ali que tinha um cômodo onde os tiros não pegavam. A gente foi para dentro de uma sala onde já tinham mais de cinco pessoas e entrou mais essas treze pessoas. E a Maria, quando a gente parou ali, ela estava completamente urinada e começou a chorar desesperadamente, tremendo descontroladamente. Algumas pessoas começaram a chorar muito, outras ficaram mais impactadas. Eu fui do tipo de pessoas aqui, ali eu travei, sabe? Nesses momentos muito tensos, eu tendo a conter tudo. Assim, meio fora de mim ali.” (os nomes são fictícios e o testemunho foi modificado com o objetivo de ocultar informações do lugar a fim de evitar a identificação da trabalhadora do SUS)

Malu é uma trabalhadora da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade do Rio Janeiro, num território de grande vulnerabilidade social e violência. Conversamos com Malu no contexto de uma pesquisa<sup>4</sup> de doutorado que tem como objetivo central compreender a relação entre a violência e o sofrimento mental a partir da percepção de profissionais da AB com experiência de trabalho em territórios descritos como conflagrados pela dis-

puta de poder ilegal e armada.

O relato de Malu não deixa dúvidas que a violência afeta a vida e a saúde mental de todas as pessoas que vivem esse cotidiano. Mas é curioso constatar como há uma construção de invisibilidade desse sofrimento e como não raro é a solicitação de evidências dessa correlação violência-saúde mental por meio de números e estatísticas como condição para alguma tomada de decisão. Visibilizar relatos como o de Malu é também uma forma de expor as nossas contradições e inações no desenvolvimento de políticas públicas de proteção social e garantia de direitos.

Malu traz a invisibilidade do sofrimento em um cotidiano atravessado pelo conflito a qualquer momento. É invisível, “mas não é qualquer coisa” como ela destaca no início do relato. O seu testemunho traz elementos presentes nos relatos de outras tantas mulheres e homens, que moram e/ou trabalham nestas nomeadas faixas de gaza que atravessam a cidade. Os equipamentos de saúde, especialmente da AB do Rio de Janeiro, junto com a escola pública são os principais equipamentos públicos presentes nas favelas que dão alguma forma de acesso ao direito conquistado pela lei maior do Estado.

As três autoras desse artigo são mulheres, brancas, atuantes na saúde e educação pública, com inserções diferenciadas. A pesquisa foi mobilizada pelas inquietações e reflexões da primeira autora do artigo, que atuou como agente de saúde pública em diferentes territórios de favelas do município nos últimos treze anos. E estive em diálogo com as experiências das orientadoras e autoras do texto, com trajetórias de trabalho em escolas municipais localizadas em favelas e em uma instituição federal de ensino e pesquisa em saúde pública. Essa situada em uma região em que são constantes os conflitos armados territoriais.

E por que estamos marcando esses lugares? As nossas trajetórias nos localizam nessa pesquisa,

4 A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), sendo atendidos os preceitos éticos preconizados pela resolução do CNS 466/2012 para pesquisas realizadas com seres humanos (Brasil, 2012) e conforme a resolução nº 510/2016, que dispõe sobre análise ética de pesquisas na área de ciências humanas e sociais.

que é sobre pessoas e lugares pelos quais transitamos e sobre as afetações que vivemos, que não são só nossas, pois expressam um contexto e formação social. O dia de trabalho que mais marcou Malu associado a representação midiática dos conflitos territoriais armados em favelas denunciam a marca da nossa história de um passado-presente colonial, pois como diz Gonzales (1984) nós nunca saímos dele.

Ao contrário, novas formas e políticas são construídas mantendo a criminalização da pobreza, mantém distintas valorações sobre a vida e a morte das pessoas a partir das intersecções de raça, gênero, classe social e local de moradia/trabalho. A violência estrutural que se materializa na opressão a povos considerados subalternos, primitivos, não humanos, racializados, justifica tudo e, ainda hoje, atravessa a existência da maior parte da nossa população.

Malu conta que, quando os tiros cessaram minimamente, gritaram: “é da saúde, é da saúde, para, para”. Um grito que indica uma missão pública, um direito e uma interpelação. Assim como muitos agentes do SUS, da educação e as pessoas que se reconhecem como integrantes do mundo do trabalho, o grito convoca um direito e interpela. Esse depoimento manifesta um conflito que mostra as várias faces do Estado, do direito social e da assistência; da ilegalidade e da opressão.

Trabalhar ali onde este conflito armado acontece, provoca a descida ao ordinário (VEENA, 2007). E essa descida, que permite aos profissionais da saúde pública uma aproximação e acompanhamento das famílias e sujeitos ali onde a vida acontece, fora da instituição, revela vários aspectos antes invisibilizados desse importante e complexo problema social que atravessa a vida de parte expressiva da população dessa cidade.

Nenhum indicador ou estatística em saúde será capaz de expressar o que acontece nesses territórios, mas as histórias, os relatos podem mobilizar um outro tipo de comoção e reconhecimento. Butler (2018) ao abordar a reação social as cartas dos prisioneiros de Guantánamo nos oferta uma pista.

Nosso convite nessa discussão é trazer para o

debate da saúde coletiva, da saúde mental o racismo estrutural (ALMEIDA, 2019) e suas expressões nos territórios margem (VEENA; POOLE, 2004), pois não é suficiente apontar as desigualdades sociais persistentes na história brasileira. É preciso visibilizar as estruturas de poder que marcam diferenças nas condições de saúde dos coletivos, hierarquizam os sujeitos e os valores sob suas vidas.

Foi ocupando diferentes favelas como uma agente do SUS e vivendo/presenciando de outra maneira a(s) violência(s) sofridas pelas pessoas que territorializam o espaço, os seus impactos na saúde e as invisibilidades das iniquidades constituídas por essa estrutura social racista e sexista que desenquadres foram possíveis. Afinal, o Rio de Janeiro, ‘cidade da beleza e do caos’, apresenta na mídia- com exceção do período do carnaval- a favela como o lugar do caos, da violência, do perigo.

Consideramos que o testemunho de Malu é capaz de deslocar a moldura da discussão de violência dos conflitos armados territoriais nas favelas ao evidenciar que vidas não estão sendo salvas- como justificam a segurança pública nesses territórios- mas sim sendo hierarquizadas, não enlutadas (BUTLER, 2018) sobe o falso discurso de representantes do Estado e da mídia de que são ações necessárias em defesa da vida fora das margens.

Acreditamos que o conhecimento e reflexões dos trabalhadores da AB- ao visibilizar eventos que, como afirma Malu, “não é qualquer coisa”, onde busca-se afirmar o direito em um grito “é da saúde” e proteger as vidas como “um cobertor humano” - podem fazer mover os enquadres, deslocando a cena e lançando o foco da dimensão da vida e sua proteção por detrás das recorrentes cenas de violência armada, legitimadas pelos Estado.

Considerando o espaço social construído como direito e os serviços públicos da AB, em que medida os testemunhos das trabalhadoras e trabalhadores, ao trazerem sua experiência na vida comum, contribuem para deslocar a moldura da discussão dos conflitos armados territoriais e desconstruir os enquadramentos aí constituídos?

## Percurso Metodológico

O caminho que buscamos alcançar na pesquisa foi o de aprofundar nas experiências de quem vivencia em seu cotidiano formas de precarização da vida relacionadas a violência armada e seus enquadramentos, enquadramentos esses que fazem silenciar. Essa busca parte da compreensão de que é necessário ao poder público e a sociedade o conhecimento e o enfrentamento dessa dimensão do adoecimento mental e morte de expressiva parcela da população com vistas a retomar o direito à vida e a saúde efetivamente universal.

Diante disso, o fio condutor que guia a discussão é: o que profissionais de saúde pública, engajados e reflexivos com uma busca por melhores condições de vida e saúde das populações, contam sobre a experiência de trabalho em territórios que vivem em seu cotidiano o problema da violência armada e a iminência de conflitos territoriais?

Partimos da concepção de Bondía (2002) sobre experiência e sobre o saber da experiência. Para o autor a experiência é o “que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (BONDÍA, 2002:21). A partir disso, o autor expressa que a informação é o oposto da experiência, impondo a necessidade de separar o saber das coisas (informação) do saber da experiência (o que nos move, o que nos toca). E é esse saber, essa experiência que acreditamos ser capaz de mobilizar os quadros sociais provocados pelo acesso à informação sobre o que se passa nas favelas. A informação não revela, não mobiliza a realidade de quem experiencia.

Para alcançar essa experiência, definimos como estratégia de pesquisa a realização de entrevistas abertas com o intuito abrir espaços de diálogo e entendimento a partir de quem vive essa realidade. A escolha pela entrevista aberta ou não-dirigida foi devida a sua vantagem de se basear na realidade e experiência do entrevistado, uma vez que possibilita o máximo de liberdade para que os agentes sociais entrevistados discorram sobre o tema de investiga-

ção. Além de diminuir os riscos de pré-estruturação do discurso que podem ocorrer em uma entrevista estruturada (POUBART, 2008).

A experiência acumulada em pesquisas e em serviços de atenção básica em favelas facilitaram o levantamento dos possíveis participantes e o acesso aos trabalhadores da AB. Esse acúmulo, que também foi o mobilizador da pesquisa, manteve-se em diálogo com o conhecimento produzido pelos sujeitos entrevistados.

A autoetnografia também foi utilizada como estratégia metodológica, uma vez que a experiência de trabalho na AB da primeira autora do artigo compõe importante fonte de material empírico. Operou como uma ferramenta pedagógica exploratória do cotidiano (ALMEIDA, *et al.*, 2020) de uma trabalhadora da AB inquieta com modos sociais de precarização da vida. Trabalhos autoetnográficos “investem na expressão das emoções e apresentam como autoras pessoas encarnadas” na pesquisa (Gama, 2020:191). São fruto do conhecimento subjetivo apontando expressões presentes na corporeidade e investindo na expressão das emoções, o que, por sua vez, é negado pelo conhecimento científico que se propõe neutro. São, portanto trabalhos transgressores, políticos e que exigem do pesquisador múltiplas camadas de reflexividade (GAMA, 2020).

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2022 a março de 2023, em formato presencial e virtual, pela plataforma zoom. As entrevistas presenciais aconteceram em diferentes espaços da cidade, como cafés e a sala de uma instituição de ensino e pesquisa. O lugar, dia e o horário foram estabelecidos junto com o entrevistado, considerando sua disponibilidade e preferência de local.

Totalizaram um universo de 14 profissionais da saúde, sendo 4 agentes comunitários de saúde (ACS), 2 enfermeiros, 2 médicos, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 administrador e 1 agente social. Do total, dez mulheres e 4 homens, com idade entre 30 e 62 anos, média de 37 anos de idade; autoidentificação racial 5 pretos, 4 pardos, 5 brancos. O período de trabalho na atenção

básica entre eles é de no mínimo 5 anos e máximo de 25 anos. Média: 9,2 anos.

Os entrevistados atuavam em diferentes regiões da cidade, compreendendo as regiões da Zona Norte, Zona Centro-Sul e Zona Oeste. Com intuito de evitar possíveis identificações, os nomes dos trabalhadores e dos bairros de atuação são fictícios. Além disso, os testemunhos com maior grau de informações sobre o lugar foram modificados retirando possíveis características de identificação.

Nesse texto, abordaremos parte dos resultados analisados, debruçando sobre dois aspectos levantados na pesquisa: 1. O Acesso Mais Seguro (AMS) como estratégia cínica de proteção e viabilidade de acesso aos equipamentos de saúde da AB. 2. As ‘Vidas Precarizadas’ e os múltiplos processos que mantêm as desigualdades entre a população gerando adoecimentos e mortes não enlutadas.

Esses pontos emergiram dos testemunhos de quem vive no cotidiano do trabalho múltiplas formas de violência geradas pela violência armada. Eles revelam a particularidade da experiência dos trabalhadores de serviços públicos de saúde. Ou seja, eles trazem reflexões e críticas de uma parcela de agentes do Estado. Esse Estado com ações que parecem contraditórias, mas que na verdade são funcionais a ele, as quais o setor da segurança pública consegue inviabilizar a atualização do setor saúde pública.

### **O Acesso Mais Seguro como estratégia cínica de proteção e viabilidade de acesso aos equipamentos de saúde da AB.**

A AB tem como propósito ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o SUS. No município, sua expansão ocorreu tardiamente, entre o período de 2009 a 2016, com a implantação das chamadas Clínicas da Família (CF) prioritariamente em territórios considerados vulnerabilizados (GUTIERREZ, et al., 2023)

As CF são compostas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), que incluem os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACSs e equipe de saúde bucal. Os profissionais são

divididos em equipes responsáveis por diferentes áreas de cobertura assistencial do território sobre responsabilidade sanitária da unidade. Parte dessas unidades são compostas pelos Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), equipes multiprofissionais, constituídas com o objetivo de aumentar a resolutividade e ampliação da oferta de cuidado, a partir do apoio matricial (CAMPOS, DOMITTI, 2007) as ESF.

O acompanhamento às famílias sob a responsabilidade sanitária das CF é realizado principalmente através de atendimentos individuais e grupais, interconsultas e visitas domiciliares, tendo como referência a promoção e prevenção em saúde.

No entanto, quando o SUS se propõe a desempenhar sua ação no território, acompanhando as famílias longitudinalmente pela Política Nacional de Atenção Básica (2006) se estabelece uma série de diretrizes e competências desse trabalho territorial. Mas, o que significa o trabalho territorial e suas competências nos territórios em que a violência armada e os conflitos territoriais são uma constante? Essa questão, que já se coloca como primordial para a efetividade do cuidado, promove uma fissura pouco debatida nessa política pública- o trabalho territorial em contextos de violência armada.

Na cidade do Rio de Janeiro, foram criadas estratégias de funcionamento das unidades de saúde da AB, de acordo com a magnitude do conflito instaurado, através do protocolo de Acesso Mais Seguro. O protocolo desenvolvido em conjunto com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha objetiva reduzir a exposição dos profissionais, dos equipamentos e dos usuários à violência armada (Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>> Acesso em: 10 jan 2024).

O plano propõe a constituição de uma equipe interna de profissionais de cada unidade, que passam por uma capacitação realizada por multiplicadores ligados à Coordenadoria Geral de Atenção Primária. A capacitação busca auxiliar os profissionais a construir critérios para determinar a situação de risco do território de acordo com um semáforo de cores

verde, amarelo e vermelho. Esses símbolos indicam que, quando a unidade está em verde, o trabalho que implica circular no território pode ocorrer; o amarelo determina sinal de alerta e que apenas ações internas na unidade podem ser realizadas; já o vermelho indica o fechamento ao longo do dia ou mesmo a não abertura do serviço.

No entanto, a pesquisa revela que vários aspectos interferem na tomada de decisão, que varia de acordo com gestão local e central, bem como com a quantidade de conflitos que ocorre na localidade. Se é um território em que os conflitos são constantes, as equipes relatam sofrer pressão para que o trabalho prossiga normalmente, mesmo diante de sinais que indicariam para alterações nos modos de funcionamento para o amarelo ou vermelho, se fosse seguido o protocolo AMS, como expresso abaixo:

“Então assim você passa no corredor, é usuário chorando, gente jogada no chão, é cena de guerra real. E, em alguns momentos, a direção tocando como se estivesse tudo bem... sigam trabalhando. Não, não tem como seguir trabalhando. Quem segue trabalhando ouvindo tiro do lado” (Laura).

A pressão de seguir trabalhando, a violência institucional autorizada sob a justificativa de que o fechamento diminui acesso é uma estratégia cínica do ordenamento institucional. O que fecha o acesso e causa adoecimento é o conflito bélico. Lemgruber (2023) aponta que 32,3% dos 800 participantes dos surveys realizados com moradores dos Complexos de favelas de Manguinhos e Penha, ambas cariocas, relataram ter perdido consultas médicas ao longo do ano de 2021.

O jornal “Voz das Comunidades”, a partir de dados da secretaria de saúde, revela que ao longo dos nove primeiros meses do ano de 2023 ocorreram um total de 639 fechamentos totais e 2402 fechamentos parciais de unidades de saúde da AB. O fechamento parcial equivale ao funcionamento em amarelo pelo AMS (Disponível em: <<https://www.vozdascomunidades.com.br/destaques/violencia-nas-favelas-do-rio-fecha-mais-escolas-e-unidades-de-saude-em-2023-do-que-em-2022>> Acesso em: 20 dez 2023).

-2023-do-que-em-2022> Acesso em: 20 dez 2023).

Nós, autoras desse artigo e os profissionais de saúde entrevistados ressaltamos a necessidade do direito à saúde e a equipamentos de saúde nas favelas. Mas em conjunto com esse avanço de direito à saúde é necessário a diminuição dos conflitos armados. Esse problema precisa ser enfrentado e o AMS não resolve, ele mascara o problema como estratégia de resolução.

Os depoimentos dos trabalhadores falam das sobreposições das violências em torno da violência armada, sendo impossíveis respostas focalizadas para o enfrentamento da questão.

“Olha, há pouco tempo atrás a gente teve que fechar a clínica. Acontece com frequência, né? Mas tipo, existir tiros não é indicação de fechar. Mas às vezes acontece do dia amanhecer tendo operação, aí entra BOPE, aí os meninos correm, começa uma bomba, todo mundo já está panicado, morrendo de medo de sair. E a gente já sabe que vai começar um conflito mais sério, né? E aí a gente muda a classificação da unidade. Só pode sair junto, fica todo mundo apavorado. Normalmente é bem tenso” (Clara)

“No começo, quando eu comecei a trabalhar eu sempre ficava assim, meu Deus, agora é a hora que vai fechar né? Porque não tem como. E eu já tinha ficado muito traumatizada porque na época eu já tinha ficado seis horas deitada na clínica esperando diminuir o conflito. E o conflito não diminuía coisa nenhuma. E aí a gente foi no meio do conflito mesmo, embora. E aquelas clínicas de contêiner não são a prova de balas. Elas não são blindadas. Eles não dão um colete a prova de balas para o profissional de saúde e nem para o usuário que está dentro da clínica, né?! E as paredes parecem papel. Então você fica deitado no chão pra diminuir a superfície de contato com o corpo, com a possibilidade da bala chegar. Mas assim é fictício também, porque o espaço que se ocupa é o mesmo na verdade, né?” (Luisa)

Quando a classificação muda, todos os indícios já estão presentes, e quem está no trabalho encontra-se em um estado que vem se naturalizando, sob o termo panicado. A frequência das operações, indicada pela Clara, mostra que viver em estado

panicado está se tornando um aspecto da vida ordinária. O que implica que o estado panicado se corporifica, e ao mesmo tempo, possivelmente vai criando estratégias para responder à situação. No espaço da saúde pública, aqueles que cuidam vivem em um estado panicado, que não é visível, uma vez que está fora do enquadre do que se concebe como território conflagrado, mas que vem os adoecendo pouco a pouco.

Além disso, outras problematizações são tecidas dentro da estratégia AMS. É um acesso mais seguro para quem? A estratégia é direcionada as ações dos trabalhadores da saúde que atuam nas unidades de AB. Não existem estratégias para toda a população que circula nas áreas dos conflitos. E mesmo entre os trabalhadores existem os que moram no território, sendo a maioria os agentes comunitários de saúde, e os que moram em outros locais da cidade, representados em sua maioria pelos médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional. Aí já se estabelece uma série de diferenças e hierarquias pelas categorias profissionais e locais de moradia. Quando a unidade fecha ou quando uma ação deixa de ser desempenhada quem mora no território vai permanecer no conflito. Não há dúvidas que todos tem suas vidas vulnerabilizadas, no entanto, de forma diferenciadas, com distintos níveis de exposição à violência.

Ao retomamos o depoimento de Malu, o pedido de socorro expresso através de uma identificação de uma política pública “Para, para, somos da saúde” revela outras camadas da autorização dada aos agentes de segurança pública do poder de matar ‘bandido’ em favelas. A necessidade de se identificar enquanto cidadão do bem ou agente público da saúde só ocorre dentro de determinados territórios. O desespero desses trabalhadores amontoados e reféns do tiroteio, que por sorte sobreviveram, não sem custos, é absurdo, precisa ser visibilizado e enfrentado também dentro do campo da saúde pública. É inadmissível que isso ocorra e a única resposta seja a construção de um protocolo de segurança, o AMS.

As cenas de violência, a tensão de estar na linha do tiroteio e a decisão de manter uma unidade

em funcionamento sob o desígnio do acesso é uma estratégia cínica de Estado. Para Safatle (2008), o cinismo é categoria fundamental de compressão das transformações capitalistas contemporâneas. Segundo o autor, nesse contexto, a racionalidade cínica passa a constituir forma fundamental de exteriorização das estruturas normativas dos Estados capitalistas, integrando as dinâmicas de racionalização em operação nas múltiplas esferas de interação social.

### **‘Vidas Precarizadas’ e os múltiplos processos que mantém as desigualdades entre a população gerando adoecimentos e mortes não enlutadas**

Na obra Quadros de Guerra, Butler (2018) discute sobre os enquadramentos construídos socialmente para a justificativa de guerras e a desumanização das vidas. Essa desumanização permite que vidas sejam precarizadas e/ou mesmo não enlutadas, criando mecanismos sofisticados de hierarquia entre quais vidas são passíveis de luto ou não. Para a autora, “se certas vidas não são qualificadas como vidas, ou se, desde o começo, não são concebidas como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras” (BUTLER, 2018:13). Por outro lado, a autora, através dos diferentes ensaios, aponta que esses enquadres não são fixos, que é possível deslocamentos a partir de novas narrativas, como quando, por exemplo, foram revelados textos da experiência de presos em Guantánamo (BUTLER, 2018).

Durante as entrevistas na pesquisa esse tema aparece com frequência, revelando diferentes enquadres entre quem vivencia o cotidiano real da violência e é atravessado por ela- profissionais de saúde e moradores das favelas- e quem acompanha o conflito do lado de ‘fora’ pela mídia.

É de conhecimento nacional e internacional que a cidade do Rio de Janeiro apresenta como importante problema social conflitos relacionados a disputas armadas ilegais por territórios (e todo o poder que isso representa- simbólico, econômico, político). Diversos veículos noticiam a ampliação

e pulverização desses poderes demonstrando parte desse grande problema. Trazem um enquadramento entre determinados territórios e poderes paralelos que comandam e/ou disputam lugares/margens da metrópole- esse enquadramento, por vezes, desumanizam a violência cotidiana e morte nesses lugares sob a justificativa de que os conflitos são a forma de acabar com o mal do tráfico ilegal de drogas e que a morte é justificada por se dar sob a ideia de que o objetivo final é a preservação de outras vidas-vidas enlutáveis. Essa construção, que permite a sociedade não considerar a vida de indivíduos ou grupos como perdida ou lesada, são em si operações de poder. As reflexões abaixo traduzem parte dessa denúncia:

“A morte da subjetividade. Nós perdemos a capacidade de nos indignarmos com o luto. Nós olhamos o luto, principalmente a pessoa que é ferida em conflito com a polícia pela linguagem jornalística de ser uma morte justificável (...) Mas é algo que eu percebo dentro da comunidade que eu acho que faz, a longo prazo, mais mal do que bem a essa pessoa. Seja por uma insensibilidade, seja também pela própria perda do discernimento daquilo que é certo ou errado. É bem estranho. É um estranhamento que eu tenho. E para a própria população também” (Théo)

“Na época das eleições também rolou uma situação dessas que o território ficou conflagrado. E eu chorei muito, na verdade. Foi o primeiro turno de eleição, tinha acabado de anunciar o governo do Estado e começou um tiroteio que demorou três dias para passar. E eu lembro de pensar assim: Cara, democracia é pra quem? Essa representação autoriza esse conflito. A vida dessas pessoas é descartável para o poder público sabe. Você ouve as pessoas falando de operações nesses lugares...E foi muito chocante, porque assim, quando falou na TV, falou como se fossem três óbitos. Na verdade, cinco crianças tinham morrido, três pessoas que não tinham nada a ver com a história. E você vê como que tudo que acontece no território é gerenciado. E assim... “ah, tá limpando a cidade”, tá limpando a cidade do que exatamente?” (Clara)

O conhecimento/testemunho dos atores sociais que vivenciam as múltiplas camadas de violência armada nesse município são invisibilizadas.

É preciso um espaço de comunicação que fale para além dos números, que as vidas matáveis tenham nomes e não apenas o desígnio era ‘bandido’. Que a análise do problema se alargue para a diversidade de impactos que esses conflitos geram no cotidiano das pessoas- que vão desde o controle das contas de gás e internet (com preços absurdos como os revelados nessa pesquisa) até o acesso negado ao trabalho, a escola, a saúde pública, ao lazer. E o impacto de se trabalhar e viver sob o medo constante do próximo conflito.

Nesse sentido, é importante diferenciar o lugar do ACS enquanto um mediador do território (CUNHA et al., 2021) em que trabalha e mora. O que lhe confere um olhar particular sobre as violências sofridas no cotidiano da casa e das redes de relações pessoais. Impondo outros impactos, ordenamentos e reorganizações em dias de conflito armado, como reconhecido por outros profissionais:

*“Muitas vezes, os nossos agentes comunitários pedem pra não ir trabalhar porque sabem que estão sendo feitas revistas nas casas. E aí eles falam do medo de deixar os filhos em casa para receber essas revistas. Eles contam que a revista é acompanhada de todos os tipos de abusos, das pessoas serem maltratadas, de colocar em dívida os pertences que elas têm dentro da própria casa. Então, eles precisam guardar a nota fiscal da sua televisão como prevenção. O que é uma coisa impensável pra gente, é impensável pra mim. Eu, uma mulher branca, médica, moradora de Ibitipoca” (Elis).*

As reflexões de Théo, Clara e Elis acionam a discussão sobre o que se torna um cotidiano que produz sofrimentos e adoecimentos. As pessoas para se manterem vivas precisam continuar a tocar a vida e resistir a esses eventos, mas não significa que fiquem bem. Como preservar uma saúde mental nessas condições? Como não viver o luto, silenciar sofrimentos, negar a fala e achar que fica tudo bem? De uma maneira geral, todos entrevistados apontaram demandas de saúde mental associadas a violência nesses territórios, tanto por parte dos usuários da AB, quanto dos trabalhadores.

Laura, em seu depoimento, revela mais im-

pactos que são invisibilizados dentro do enquadramento: são ações que protegem vidas:

*“A polícia para do lado da unidade de saúde e troca tiro do lado da unidade de saúde. Então, a sensação que você tem é que o tiro está dentro da unidade. E a sala que eu atendia era a última da unidade. Então todo eco parecia que estavam dando um tiro do meu lado. Então o barulho do tiro era ensurdecedor, bem desesperador. É cena de guerra real. E já teve episódios do helicóptero dar tiro pra baixo e a gente tá ali, tipo... cara, vai bater na gente a qualquer momento esse tiro. Porque a sensação que dá é essa. E o que é bizarro é que com o tempo a gente vai aprendendo a entender se o tiro está perto, se o tiro está longe, tiro do que que é... e se vai evoluir para algo pior. Pensar... não, isso é bobeira, daqui a pouco vai parar e está tudo bem. O que é bem surreal a gente tem que aprender essas coisas para lidar com território” (Laura)*

Quem está protegido em uma ação como essa? Fica muito clara a exposição à violência, o sofrimento que ela pode gerar e até mesmo a morte das pessoas que vivem e trabalham nas margens. Assistir agentes da segurança pública trocando tiros do lado de uma unidade de saúde é a concretização real de que um setor criado para garantir direitos e proteção está operando contra esses direitos, expondo usuários e trabalhadores do SUS a ficarem na linha do tiro. Sem ter em quem acreditar, o cotidiano do conflito instaura uma nova práxis aos trabalhadores da saúde, a análise subjetiva dos tiros passa a ser um sinal de alerta. É a instabilidade, a falta de recursos e de apoio institucional instaurando uma cruel e desesperada forma de proteção.

Refletindo sobre a violência e favelas cariocas, Leite (2000) assinalou que, após os episódios de violência que marcaram o início da década de 1990, o Rio de Janeiro passou a ser representado como uma cidade violenta e partida entre o morro e o asfalto, contribuindo para a difusão da ‘metáfora da guerra’. Para a autora, essa metáfora disseminou uma chave interpretativa para refletir sobre o problema da chamada violência urbana, criando terreno para o *modus operandi* de práticas de Estado arbitrárias e violado-

ras de direitos nas favelas (LEITE, 2012).

No entanto, Leite (2012) esclarece que essa guerra não existe nos protótipos de um conflito bélico. Mas sim, como um arquétipo utilizado para legitimar as incursões dos agentes estatais nas favelas, viabilizando práticas como mandatos de busca coletivos, execuções sumárias e diversas violações de direitos constitucionais e humanos.

Na região metropolitana do Rio de Janeiro, por exemplo, no período de 2007 a 2021, foram realizadas 17.929 operações policiais em favelas. Dentre elas 593 terminaram em chacinas e com um total de 2374 mortos (HIRATA et al. 2021). Das favelas, o Jacarezinho, localizado na capital, obteve o primeiro lugar em letalidade policial, com uma média de sete mortes a cada dez operações (HIRATA et al. 2021). O bairro, infelizmente, passou pela maior chacina da história em maio de 2021, com 28 pessoas mortas.

Após a chacina, o ex-presidente do país, Jair Messias Bolsonaro, parabenizou a ação e o vice-presidente disse que todos os mortos eram bandidos. Segundo matéria veiculada no site [www.redebrasilatual.com.br](http://www.redebrasilatual.com.br), em 06/05/2022, dos treze inquéritos abertos pelo Ministério Público do Estado (MPE), dez foram arquivados por falta de provas. Ainda em 2022 e em um período de menos de dois meses ocorreram outras duas chacinas que estão entre as mais letais da cidade, a do Complexo da Penha com a morte de 24 pessoas e a do Complexo do Alemão com a morte de 17 pessoas.

O Instituto Fogo Cruzado (2024) revela que nos primeiros 16 dias desse ano foram registrados 15 tiroteios na favela do Jacarezinho, nove deles envolvendo ações da segurança pública. Nesses conflitos armados, duas pessoas foram mortas e seis pessoas ficaram feridas. Ou seja, a alta letalidade se mantém mesmo após a exposição da maior chacina de 2021.

Esses dados demonstram o número de vítimas fatais, evidenciam o resultado do arquétipo da guerra proposto por Leite (2012). Mas quem mora e trabalha em áreas de favelas e/ou quem tem alguma posição crítica relacionada ao poder Executivo desse país, sabe que eles revelam muito mais. Os testemunhos

e reflexões de Laura, Malu, Clara e Théo revelam a hierarquização que construímos sobre o direito de viver e de morrer, o silenciamento e o sofrimento gerado por conflitos que podem ocorrer sem a menor garantia dos direitos constitucionais, revela que são muitas as violências que atravessam a vida das pessoas que moram e trabalham em favelas.

### Considerações Finais

O conhecimento produzido pelos trabalhadores da saúde pública revela uma outra face da violência armadas nas favelas cariocas: o de garantir um direito que se pretendia universal- a saúde pública- em um território em que é autorizado a destituição dos direitos de cidadania. E como a violência armada opera como mote para a precarização das vidas dos favelados e dos agentes de Estado que ali desempenham seus trabalhos. Entendo que os processos que os vulnerabiliza são distintos e hierarquizantes.

No entanto, dentro do âmbito dessa discussão no campo da saúde, ressaltamos dois pontos. Primeiro, cabe reconhecer que a saúde pública se estabelece como um braço do Estado e se consolida com o objetivo de estabelecer a segurança de territórios e populações. Compreendemos essa ideia a partir da leitura de Foucault (2007) sobre o estabelecimento de uma medicina social. Desse modo, como braço do Estado vai estabelecer uma biopolítica, um biopoder.

No entanto, no contexto brasileiro, o biopoder precisa ser associado ao conceito de colonialidade formulado por Quijano (2000) e as matrizes coloniais do poder que se reatualizam mantendo desigualdades e hierarquizando condições de vida e saúde.

Butler e Das e Poole (2004) dialogam nessas leituras, pois estão abordando os enquadres (BUTLER, 2018) e as margens (DAS, POOLE, 2004) a partir de construções sociais e historicamente localizadas.

O segundo ponto é que enquanto realizarmos discussões sobre violência e saúde a partir dos enquadres que reforçam práticas e estigmas, não avan-

çaremos na discussão de uma saúde plena e integral. Abordar a violência sem trazer a história social que a constitui só reforça lugares pré-estabelecidos e privilégios.

Na pesquisa, nos testemunhos que reúne, fica evidente que trabalhadores e moradores de territórios que são postos a margem e enquadrados como conflagrados (COSTA, BAPTISTA, CUNHA, 2022), não são vidas de mesmo valor e enlutamento que outras vidas. No nosso país, as vidas que importam têm nome e sobrenome. E há uma produção cotidiana de quem merece a vida. O enquadre das vidas é, desse modo, o esforço cotidiano do processo colonizador. Estudos como esse são testemunhos que se apresentam como um ato de resistência, numa tentativa de desenquadrado do que o colonialismo produz de opressão.

Portanto, à Saúde Pública, como um braço das ações do Estado, cabe o enfrentamento do desafio de análises focalizadas que abordam a violência a partir de cenários e variáveis, o que restringem nosso olhar. Se entendemos que o colonialismo é fundante das relações desiguais e que a violência é a ferramenta central na imposição desta nova ordem conseguimos romper com essa lógica viciada da causa e efeito no processo saúde-doença, fazendo valer um debate político e social sobre o que produz vida e morte no nosso país.

### Referências Bibliográficas:

- ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. São Paulo: Feminismos Plurais, 2019
- BARROS, R. “Se eles não fazem nada faremos tudo por aqui”: a voz das favelas na luta contra a violência policial. In: Radar Covid-19 Favelas, edição no maio/2021. Rio de Janeiro: Cooperação Social/Fiocruz, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF: Diário Oficial da União, nº 166, seção 1, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUTLER, J. Quadros de Guerra: quando a vida é

passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, vol. 23, n.2, p.79-84, 2007.

CICV.org. Programa Acesso Mais Seguro. Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>> Acesso em: 10 jan 2024.

COSTA, V.C.; BAPTISTA, T.W.F.; CUNHA, M.B. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violências, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas brasileiras. *Revista Saúde em Debate*, vol. 46, p. 974-986, 2022.

CUNHA, MB.; et al. Vigilância Popular em Saúde: Contribuições para repensar a participação no SUS. In: BOTELHO, B.O. et al. *Educação Popular no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, p.79-101, 2018.

DAS, V.; POOLE, D. *Anthropology in the margins of the State*. New Delhi: Oxford University Press, 2004.

DAS, V. *Live and words: Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley, University California Press, 2007.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 24.ed. São Paulo: Edições Graal, 2007.

GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*, v.45, n.2, p. 188-208, 2020.

GONZALES, L. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GUTIERREZ, A.C., et al. Coletivos organizados, ativismo social e narrativas da pandemia em territórios vulneráveis na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.28, .12, p.3533-3542, 2023.

HIRATA, D. et al. *A expansão das milícias no Rio de Janeiro: uso da força estatal, mercado imobiliário e grupos armados*. Relatório Final. 2021.

LEITE, M. Da “metáfora da guerra” ao projeto de “pacificação”: favelas e políticas de segurança pública no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Segurança*, vol. 6, n.2, p. 374-389, 2012.

LEITE, M. Entre o individualismo e a solidariedade: Dilemas da política e da cidadania no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.15, n.44, p. 43-90, 2000.

LEMGRUBER, J. *Favelas na mira do tiro: impactos da guerra às drogas na economia dos territórios*. Rio de Janeiro : CESeC, 2023.

derações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUBART, J. et al. (org.) *A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes, 2. ed., p. 215-253, 2008.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER E. (Compilador). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias Sociales*. Clacso: Buenos Aires, 2000.

SAFATLE, Vladimir. *Cinismo e Falência da Crítica*. São Paulo: Boitempo, 2008.

SANTOS, S.M.A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *PLURAL*, vol.24, n.1, p.214241, 2017

POUBART, J. A entrevista do tipo qualitativo: consi-