UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
BACHARELADO EM GESTÃO EM SAÚDE

VITÓRIA CAROLINA DOS SANTOS KAPELIUS

PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

PORTO ALEGRE
2022

VITÓRIA CAROLINA DOS SANTOS KAPELIUS

PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, requisito para a obtenção de título de Bacharel em Gestão em Saúde.

Orientação: Profª Dra. Mônica Maria Celestina de Oliveira.

PORTO ALEGRE
2022

Catalogação na Publicação

KAPELIUS, Vitória Carolina dos Santos
Programa Acesso Mais Seguro na Atenção Primária à saúde : percepção dos profissionais / Vitória Carolina dos Santos KAPELIUS. -- 2023.
40 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Gestão em Saúde, 2023.

Orientador(a): Mônica Maria Celestina de Oliveira.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Acesso Mais Seguro. 4. Serviços de Saúde. 5. Violência. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VITÓRIA CAROLINA DOS SANTOS KAPELIUS

PROGRAMA ACESSO MAIS SEGURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Mônica Maria Celestina de Oliveira - Orientadora
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dr. Raphael Maciel da Silva Caballero
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profª Drª. Daniela Cardoso Tietzmann
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

RESUMO

Introdução: A violência urbana está cada vez mais presente nas discussões no âmbito da gestão em saúde, pois impacta diretamente no funcionamento das unidades e na oferta de serviços à população. Visando a promoção de ambientes seguros e o fortalecimento da resiliência dos trabalhadores em lidar com as situações de violência nos territórios, implementou-se na Atenção Primária à Saúde o programa Acesso Mais Seguro (AMS) para Serviços Públicos Essenciais. **Objetivo:** O presente estudo objetiva compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o programa AMS. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa sobre a temática, selecionando e analisando os trabalhos científicos que versavam sobre a opinião dos trabalhadores em relação ao programa. **Resultados:** Os resultados encontrados, a partir da análise de oito estudos, evidenciaram potencialidades e benefícios da implementação da metodologia nas unidades de saúde, como o aumento da autonomia e liberdade dos trabalhadores na tomada de decisão em situações críticas e como uma ferramenta de combate a banalização da violência e fomento da prática de comportamentos mais seguros no cotidiano dos profissionais. Além disso, identificou também fragilidades e possíveis melhorias a se fazer para o melhor alcance dos seus objetivos, como a iminente necessidade de articulação da gestão do estresse dos trabalhadores e articulação de ações com demais serviços. **Conclusão:** o presente trabalho identificou questões pertinentes para estudos futuros, como a necessidade de pesquisas na região Nordeste do Brasil e a análise do novo sistema de notificação implementado recentemente. Espera-se que o presente trabalho contribua para as discussões futuras a respeito do tema.

Palavras-chaves: Acesso Mais Seguro; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde; Violência.

ABSTRACT

Introduction: Violence in urban areas is a topic of growing discussion in health management. Violence directly impacts the planning and delivery of health services to the population. For instance, aiming to promote safe environments and strengthen workers' resilience in dealing with violence, the 'Acesso Mais Seguro' [More Safe Access] (AMS) program for essential public services was implemented in primary health care. **Aim:** This study aims to review the literature to analyze health professionals' perceptions of the AMS program. **Method:** An integrative review was carried out, relevant articles were selected and analyzed the workers' perceptions, views and experiences concerning the program. **Results:** Eight studies were found. The analysis of eight studies showed the potential and benefits of implementing the AMS in health units. Based on workers' views, the program's benefits include increased autonomy and freedom of decision-making in critical situations and as a tool to deal with the trivialization of violence and foster the practice of safer behaviors. In addition, it also identified weaknesses and possible improvements to be made to achieve its objectives better, such as the imminent need to articulate the management of health workers' stress levels and articulation of actions with other services. **Conclusion:** The present work identified pertinent issues for future studies, such as the need for research in Brazil's Northeast region and the recent analysis of the implemented notification system. Hopefully, this work will contribute to future discussions on the subject.

Keywords: Acesso Mais Seguro; Health Management; Health Services; Primary Health Care; Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma PRISMA representando o processo de busca e seleção dos trabalhos..... 22

Quadro 1 - Apresentação dos trabalhos selecionados..... 23

Tabela 1 - Relação do quantitativo de unidades de saúde e trabalhadores participantes nos estudos selecionados..... 24

Quadro 2 - Apresentação dos objetivos de cada estudo selecionado..... 25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMS - Acesso Mais Seguro

APS - Atenção Primária à Saúde

CICV - Comitê Internacional da Cruz Vermelha

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GSC - Grupo de Suporte Central

GSD - Grupo de Suporte Descentralizado

GSI - Grupo de Suporte Intersetorial

GTD - Grupo de Tomada de Decisão

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SMPG - Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **9**

2. REFERENCIAL TEÓRICO **11**

2.1. Impacto da violência urbana no funcionamento das unidades de serviços de saúde da atenção primária 11

2.2. Programa acesso mais seguro para serviços públicos essenciais 13

3. OBJETIVO GERAL **19**

3.1 Objetivos específicos 19

4. METODOLOGIA **19**

5. RESULTADOS **21**

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **35**

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **38**

1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, no Art. 6º, é estabelecida a saúde como um dos direitos sociais fundamentais. Já no Art. 196 o documento assume ser dever do Estado prover essa garantia através de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (DE MOURA, 2013, p. 1).

Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume um papel fundamental, sendo organizada pelas Secretarias de Saúde como porta de entrada para as demais especialidades no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, para garantir esse acesso universal e igualitário, se faz necessário a articulação estratégica das unidades de saúde nos territórios.

Descentralizando os serviços em diferentes áreas, acaba-se tendo unidades de saúde inseridas em diferentes contextos sociais e econômicos. Do mesmo modo que se faz necessário garantir a concretização do direito à saúde à população, igualmente se faz necessário a discussão e a garantia de segurança aos profissionais de saúde.

Estudos apontam que quanto mais vulnerável é o território onde a equipe de saúde está inserida, maior é o seu risco de exposição a situações de violência (SOFIATTI, 2020). Essa exposição acaba influenciando negativamente no processo de trabalho dessas equipes (SANTOS et al, 2020).

Esse contexto gera nos trabalhadores um sentimento de insegurança e impotência, visto que, as equipes não são preparadas para lidar com esse tipo de situação no ambiente de trabalho e muitas vezes não possuem autonomia para tomar decisões em situações críticas, como por exemplo, fechar o serviço de saúde em decorrência de algum evento de violência vivenciado por eles. Uma grande consequência desse cenário é o surgimento de problemas operacionais nesses locais em comparação às outras regiões, como maior rotatividade no quadro de pessoal e aumento de vacâncias e absenteísmo, gerando um ambiente de trabalho

desgastante e impedindo o cumprimento de planejamentos e metas. Porém, esse cenário não ocasiona problemas apenas de gestão dos serviços, visto que, a situação descrita produz restrição de liberdade na tomada de decisão dos trabalhadores perante a própria vida.

Em decorrência desse contexto, algumas secretarias de saúde passaram a buscar soluções para a situação, ampliando a discussão para além dos agentes de segurança e envolvendo setores da sociedade civil organizada. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, em 2009, iniciou uma parceria com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) para a implementação do Programa Acesso Mais Seguro (AMS) para Serviços Públicos Essenciais (BUSCH, 2020). Além do município do Rio de Janeiro, atualmente, conforme documento de 2021 do CICV, o programa também foi implantado em Porto Alegre (RS), Florianópolis (SC), Duque de Caxias (RJ), Vila Velha (ES) e Fortaleza (CE), predominando a concentração da metodologia na região Sul e Sudeste.

O AMS foi criado pelo CICV com base em sua experiência de trabalho em países em guerra e parametrizada pela norma internacional ISO 31000 de Gestão de Riscos, sendo adaptada para introdução no contexto brasileiro (PMPA, 2020). Tem como principais objetivos a proteção da vida, a promoção de ambientes seguros e o fortalecimento da resiliência entre profissionais de serviços públicos essenciais, desenvolvendo com as respectivas secretarias, estratégias integrais de gestão de riscos, gestão de crises, tratamento de riscos e gestão do estresse, promovendo mudanças no conhecimento, no comportamento e na postura dos profissionais e gestores, visando o gerenciamento de maneira eficaz, eficiente e coerente, consequentemente, tornando os serviços mais eficientes e otimizando o uso dos recursos disponíveis, gerando assim, a ampliação do acesso a esses serviços públicos essenciais para os trabalhadores e usuários (CICV, 2021).

O programa acaba sendo, em sua maioria, a única ação concreta da gestão central sobre a temática da violência tendo como foco a proteção dos profissionais dos serviços. Assim, possui grande relevância na formação e orientação dos profissionais perante a identificação dos riscos, a adesão à prática diária dos

comportamentos mais seguros e a não banalização da violência pelos trabalhadores.

O AMS é importante pois traz autonomia para as equipes dos serviços públicos lidarem com as situações de violência a partir do contexto na qual estão inseridas. Como o programa, através da sua metodologia, possibilita “reduzir, mitigar e responder às consequências da exposição da população a contextos de violência armada” (CICV, 2021, p. 10), acaba sendo um potente aliado na redução do seu impacto para os trabalhadores e na oferta do serviço para a população.

A pesquisadora conheceu o programa através da realização do estágio obrigatório na gestão central do AMS na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, porém, a atuação no estágio não proporcionou o contato direto com a linha de frente e a prática cotidiana da metodologia nos serviços. Assim, acabou surgindo a curiosidade em buscar compreender a percepção dos trabalhadores em relação ao programa, se ele está sendo implementado da maneira correta na ponta e se de fato sua metodologia se concretiza em seu processo de trabalho de maneira adequada e significativa. Dessa forma, emerge a pergunta disparadora para o estudo: Qual a percepção dos profissionais da área da saúde sobre o programa Acesso Mais Seguro?

É relevante buscar compreender e avaliar como os profissionais, protagonistas do programa, percebem o impacto das ações previstas na metodologia no seu cotidiano de trabalho. Além de compreender de que maneira a rede AMS está operando atualmente, percebendo como ocorre sua organização e gerenciamento nos diferentes níveis operacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Impacto da violência urbana no funcionamento das unidades de serviços de saúde da atenção primária

A violência urbana é um fenômeno histórico presente na sociedade, observado em diferentes contextos e territórios, fruto de uma complexa junção de

fatores. Quando vivenciada, pode acarretar em sérias consequências físicas e psicológicas aos envolvidos, tornando-se, assim, um problema de saúde pública (MACHADO; DAHER, 2015).

Podemos observar no Brasil a forte presença de grupos armados em territórios de maior vulnerabilidade social, como polícias e facções, o que acaba gerando diferentes conflitos entre esses atores. Nesse contexto, os mais prejudicados são os moradores, que acabam por conviver cotidianamente com a violência. A população localizada nessas áreas com maior vulnerabilidade social são as que mais precisam da atenção do Estado, sendo quem mais utiliza os serviços públicos assistenciais.

As unidades de saúde inseridas nesse cenário, atuantes com base nos princípios do SUS, possuem o papel de conhecer o perfil epidemiológico da sua área de atuação, a fim de organizar ações de saúde coerentes com suas necessidades (FERREIRA, 2020). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, as equipes devem buscar conhecer e compreender o território da qual estão inseridas a fim de planejar, programar e desenvolver ações setoriais e intersetoriais que impactem nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017)

Por ficarem inseridos dentro do território, os trabalhadores do serviço passam a conhecer e conviver com as questões culturais e socioeconômicas que permeiam a região, permitindo vivenciarem os problemas de maneira integral e passando a compreender os indivíduos em sua totalidade (FERREIRA, 2020). Com a precarização do setor saúde, sentida atualmente e com consequência direta da introdução da política neoliberal no país, vemos uma maior flexibilização dos vínculos empregatícios no setor e, consequentemente, a inserção de profissionais despreparados para a realidade dos territórios e descapacitados quanto a Estratégia Saúde da Família (ESF), o que dificulta ainda mais essa resposta frente a violência territorial (BUSCH, 2020).

Para Santos et al (2020, p. 2):

> “O processo de trabalho em saúde caracteriza-se pela produção do cuidado no encontro do trabalhador de saúde com o usuário do serviço, o primeiro, agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos e equipamentos) e

> o segundo, agente consumidor, com suas representações, intencionalidades e conhecimentos, este que é parte objeto do ato produtivo, mas que também intervém no processo.” (SANTOS et al, 2020, p. 2)

Dessa forma, a violência vivenciada nos territórios acaba impactando negativamente no processo de trabalho dessas equipes, por vezes impedindo que esses encontros ocorram ou tensionando essa relação dialógica (SANTOS et al, 2020).

Essa violência vivenciada nos territórios muitas vezes acaba por impactar na oferta dos serviços públicos essenciais para essas comunidades, como saúde e educação. Isso ocorre através do impedimento da abertura dos serviços ocasionado pelo bloqueio de acesso às vias públicas ou pela falta de segurança no trajeto até as unidades em decorrência de conflitos (BARBAR, 2018). Além disso, ela também afeta o funcionamento em si dos serviços, visto que os profissionais lotados nessas unidades não estão preparados para vivenciar e lidar com esse tipo de situação, o que acarreta uma tensão e medo, gerando maior rotatividade de profissionais e absenteísmo (MACHADO; DAHER, 2015).

Com isso, tem-se uma interferência no desenvolvimento de ações por parte dos profissionais, dos quais necessitam após o fechamento da unidade ou pela falta de profissionais, realizar um replanejamento e um remanejamento de agendas e atividades entre a equipe (MACHADO; DAHER, 2015). Dessa forma, há um impacto direto entre a violência e o planejamento e alcance de metas desses serviços.

2.2. Programa acesso mais seguro para serviços públicos essenciais

Para a introdução do programa em uma região, o CICV oferece de maneira voluntária o seu conhecimento e experiência adquirido ao longo dos anos e em parceria com instituições públicas a nível municipal, estadual e/ou federal desenvolve o programa adaptando-o às necessidades e à estrutura de cada órgão. Conforme documento do CICV, segue abaixo o passo a passo realizado pela instituição junto aos órgãos públicos competentes:

> “Analisa e identifica, junto com os serviços públicos essenciais, os riscos inerentes à violência armada e define planos de ação específicos para a

> rede de infraestrutura e profissionais. Promove a criação/organização de grupos de suporte responsáveis pela gestão diária dos equipamentos, da comunicação e da coordenação interna e externa dos órgãos e dependências públicas, o que possibilita uma melhor gestão de riscos. Em coordenação com as autoridades concernidas, treina multiplicadores para que haja uma rede de profissionais locais qualificados e para que a metodologia seja implementada em outras áreas da região. Apoia tecnicamente os governos no desenvolvimento e na implementação da metodologia com visitas técnicas de acompanhamento. Promove a sustentabilidade das ações e a apropriação da metodologia pelas diferentes autoridades e serviços públicos essenciais.” (CICV, 2021, p. 11).

O programa tem como principais objetivos:

> “Proteger vidas, promover ambientes seguros e fortalecer a resiliência dos profissionais de instituições públicas e estruturas de serviços públicos essenciais que trabalham em áreas afetadas pela violência armada. Desenvolver junto às secretarias responsáveis pela prestação de serviços públicos essenciais estratégias integrais de gestão de riscos, gestão de crises, tratamento de riscos e gestão do estresse, tudo por meio de ações concretas que sistematizam a autoproteção dos profissionais. Promover mudanças no conhecimento, no comportamento e na postura dos profissionais e gestores frente à convivência com riscos relacionados à violência armada, permitindo que sejam gerenciados de forma eficaz, eficiente e coerente. Melhorar a eficiência geral dos serviços e otimizar a utilização de recursos humanos e financeiros. Ampliar o acesso a serviços públicos essenciais, tanto por meio do livre acesso dos profissionais às comunidades, quanto da população aos locais de atendimento.” (CICV, 2021, p. 10)

Suas etapas para a implementação são:

1. Compromisso Político e Institucional;
2. Preparação;
3. Planejamento;
4. Capacitação do Grupo de Suporte/Facilitadores;
5. Replicação Local (oficinas);
6. Análise de Contexto e de Riscos;
7. Plano de Acesso Mais Seguro;

8. Tratamento de Riscos;

9. Gestão de Crises;

10.Gestão de Estresse;

11. Sistema de Notificação;

12.Política Pública de Acesso Mais Seguro.

Assim, o AMS trabalha com a análise do território, instrumentalizando as equipes das unidades de saúde para que pratiquem no seu dia a dia comportamentos mais seguros, identifiquem e classifiquem os riscos aos quais estão expostos, tomem medidas assertivas e eficientes conforme cada cenário e fortaleçam uma rede de comunicação setorial, regional e comunitário. Na prática, o AMS potencializa a territorialização, a coordenação do cuidado e a participação da comunidade, que são diretrizes do SUS.

As equipes constroem em conjunto um plano de acesso mais seguro da unidade de serviço, onde classificam os riscos identificados passíveis de ocorrerem e definem estratégias de ações para cada situação, objetivando evitar e mitigar situações de violência e suas consequências para que, caso o serviço passe por uma crise, haja o menor dano possível. Dessa forma, os trabalhadores passam a realizar a tomada de decisão de maneira autônoma e assertiva, recebendo validação da gestão central e indo de acordo com as particularidades do território em que estão inseridos.

A metodologia do programa define o que é sinal, risco e crise. Sinais, conforme o AMS, são indícios observados no território, que, se observados a tempo, podem indicar a possibilidade de ocorrência de riscos. Podemos definir o risco como sendo toda situação que, se concretizada, pode gerar consequências negativas, físicas ou materiais, desencadeando assim em uma crise. A crise é o momento em que houve uma concretização ou desdobramento do risco, com magnitude capaz de gerar reais consequências humanitárias negativas e necessita de gerenciamento para limitar suas consequências.

No plano AMS o grupo de profissionais responsáveis pela análise do território classifica os riscos identificados no território conforme as cores definidas pelo CICV e define estratégias e ações para lidar com elas. As cores dos riscos são:

- **Verde (risco baixo):** Definida quando o território apresenta seu padrão habitual normal, sem aparentar sinais de alerta para a circulação das pessoas no território. O verde é definido como risco baixo, pois, independente se o território estiver sem sinais aparentes, sempre haverá a possibilidade de algo ocorrer.
- **Amarela (risco médio):** Os sinais identificados alertam para que algumas ou todas as atividades externas do serviço devam ser suspensas, mas, as atividades internas podem continuar ocorrendo como normalmente. Usualmente considera-se amarelo quando ocorrem problemas em apenas uma parte do território, ou seja, situações que não afetam o território como um todo, bem como não influenciam no funcionamento da unidade de saúde em si.
- **Laranja (risco alto):** Considera-se a probabilidade de acontecer algo que acarrete em graves consequências, necessitando que o serviço interrompa suas atividades externas e internas, mas sem a necessidade de evacuação. Neste caso, o serviço pode voltar a funcionar (voltando para amarelo ou verde), porém, se a situação não se amenizar, pode evoluir para a cor vermelha, sendo então necessária a evacuação de todos.
- **Vermelho (risco crítico):** Considera-se probabilidade de algo de nível de risco crítico acontecer, podendo acarretar em graves consequências, assim, o serviço deve suspender todas as suas atividades e fechar a unidade. Os usuários e trabalhadores deverão aguardar o melhor momento para evacuarem em segurança.

A metodologia do AMS é estruturada a partir de oito elementos, sendo eles:

1. **Análise do contexto e dos riscos:** Nesse elemento é trazido a importância da análise sistemática e contínua do território, salientado a importância de

que todos os profissionais do serviço conheçam o território onde atuam e a sua dinâmica cotidiana normal, a fim de aprimorar a identificação dos sinais e riscos dos quais os profissionais e usuários estão expostos e reduzir suas consequências.

2. **Base jurídica:** É trabalhado com os profissionais a importância de saberem os aspectos legais e administrativos que norteiam a instituição onde trabalham, a fim de atuar e decidir conforme a normativa vigente.
3. **Aceitação da organização/unidade de serviço:** Esse é considerado o elemento de maior importância para a metodologia, pois, somente quando a organização é aceita e reconhecida como útil e pertinente, ela passa a ser respeitada. Assim, todos precisam saber quais serviços aquela unidade oferece para não garantir algo que não possa ser cumprido, desencadeando uma quebra de confiança entre a unidade e a comunidade.
4. **Aceitação do indivíduo:** Nesse elemento é trabalhado a importância de refletir os comportamentos individuais e grupais na segurança pessoal e de toda a equipe. Devendo os profissionais estarem atentos a sua postura, vestimenta e modo de falar e agir com os usuários, evitando atribuir juízos de valor no acolhimento e atendimento.
5. **Identificação:** Os usuários precisam ser capazes de identificar a unidade de serviço e diferenciar seus trabalhadores dos usuários, por isso, é importante estar atento ao uso de uniforme, jaleco e crachá por parte dos profissionais, e ao estado atual da fachada e da placa de identificação do serviço.
6. **Comunicação e coordenação internas:** Se faz necessário que as unidades tenham bons mecanismos de coordenação visando a avaliação diária do território e a garantia de ações concretas de maneira ágil e assertiva nos momentos de crise. A partir do plano AMS é formulado um fluxograma de comunicação entre a equipe.
7. **Comunicação e coordenação externas:** Representa toda a organização e fluxo de comunicação que o serviço realiza com pessoas de fora da unidade, como outras instituições ou representantes da comunidade. Os métodos de comunicação utilizados são definidos pelo Grupo de Tomada de Decisão.

8. **Gestão de riscos para segurança operacional:** Nesse elemento é trabalhado sobre o estabelecimento de Normas de Segurança Operacional criadas a partir da análise do território no qual o serviço está inserido e formalizadas no plano AMS. Além de atuar com o gerenciamento dos riscos e com a adoção de comportamentos mais seguros.

Usando como exemplo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o programa na instituição tem sua estrutura dividida em grupos, conforme abaixo:

- **Grupo de Tomada de Decisão (GTD):** Formado pelos profissionais das US, responsáveis pela elaboração e implementação do plano AMS localmente, realizando diferentes atribuições cotidianas como análise do contexto, classificação dos riscos do território e notificação de violência.

- **Grupo de Suporte Descentralizado (GSD):** Formado pelos profissionais inseridos na gestão das coordenadorias de saúde e das organizações sociais contratualizadas, sendo responsáveis pela coordenação e gestão regionalizada do AMS em seus respectivos territórios, realização das oficinas do AMS nos serviços, acompanhamento da elaboração, implementação e revisão dos planos AMS, acompanhamento do andamento e desfecho das situações de crise nos serviços e apoio e suporte durante e pós-crise. Esse grupo é a ponte entre os serviços e a administração central do programa.

- **Grupo de Suporte Central (GSC):** Formado pelos responsáveis da gestão central da metodologia na Coordenação de Gestão Estratégica, sendo responsáveis pela gestão, coordenação, implantação e manutenção do programa na SMS, além da realização do direcionamento de estratégias, produção de relatórios periódicos de gestão, monitoramento dos indicadores e suporte aos GSD e GTD nos planos AMS e na gestão dos riscos, crise e *stresses* enfrentados.

A implantação do AMS prevê o envolvimento de diferentes secretarias municipais dada a importância de articular ações com os diversos aparelhos públicos do território. Comumente, estão envolvidas as pastas que coordenam a

saúde, educação, serviços sociais e planejamento. Seguindo o exemplo de Porto Alegre, há um **Grupo de Suporte Intersetorial (GSI)**, formado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Fundação de Assistência Social e Cidadania, sendo centralizado pela Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão (SMPG). A SMPG é o órgão responsável pela convocação de reuniões, bem como pela facilitação das ações de competência dessa instância, além de ser encarregada de promover a reunião entre os Comitês Estratégicos para avaliação da Política Municipal, pelo menos uma vez ao ano (PMPA, 2020).

O GSI tem como função desenvolver e facilitar ações intersetoriais e fomentar a comunicação intersetorial, visando o favorecimento da implantação e desenvolvimento do programa nos diferentes órgãos (PMPA, 2020). Dessa forma, observamos que o programa busca construir uma rede que conecta as equipes com os demais setores e aparelhos públicos presentes nos territórios de atuação.

3. OBJETIVO GERAL

- Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o programa Acesso Mais Seguro (AMS).

3.1 Objetivos específicos

- Identificar os estudos que abordam a percepção dos profissionais sobre o programa Acesso Mais Seguro;
- Avaliar o registro do tema na literatura disponível;
- Avaliar a produção científica sobre o programa Acesso Mais Seguro;
- Identificar a produção científica que relacione o Acesso Mais Seguro com a gestão.

4. METODOLOGIA

Neste estudo foi adotada a metodologia de revisão integrativa, sendo a mais ampla abordagem metodológica dentre as revisões, ela permite a inclusão de

diferentes níveis de estudos para a compreensão do fenômeno estudado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para Santos, Silva e Carvalho (2010, p. 103),

> “a revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto” (SANTOS; SILVA; CARVALHO; 2010, p. 103)

Assim, através dela, é possível construir um panorama do conhecimento científico produzido até o presente momento e analisar seu conteúdo, buscando compreender o “estado da arte”.

Para a realização da revisão integrativa, se faz necessário percorrer algumas etapas, sendo elas: (1) elaboração da pergunta norteadora, (2) busca na literatura, (3) coleta de dados, (4) análise crítica dos estudos incluídos, (5) discussão dos resultados e (6) apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Em vista do fato do programa ser aplicado em locais que prestam serviços à população e praticado por profissionais lotados nesses locais, que vivenciam e lidam diariamente com situações de violência presentes nesses territórios. Definiu-se como pergunta norteadora do estudo:

- Qual a percepção dos profissionais da área da saúde sobre o programa Acesso Mais Seguro?

A escolha dos trabalhadores da área da saúde como público-alvo se deu pela particularidade do serviço. Visto que as unidades devem atender toda a população adscrita em seu território sem discriminação alguma, possui, assim, grande circulação diária de diferentes grupos de pessoas.

Para realizar a busca da literatura a ser estudada, escolheu-se a plataforma Google Acadêmico, utilizando na pesquisa os descritores "acesso mais seguro" e "profissionais de saúde". A escolha deu-se pelo fato da plataforma incluir estudos de “literatura cinza” em seus resultados de busca, propiciando a exequibilidade do

trabalho.

Os critérios de inclusão dos produtos científicos na pesquisa foram estudos que se enquadraram como artigo, tese ou dissertação; tivessem como coleta de dados entrevista, grupo focal, questionário ou algum tipo de encontro com os profissionais de saúde; e abordassem a opinião dos trabalhadores sobre o programa Acesso Mais Seguro.

A escolha pela “literatura cinza” decorre da restrição do número de trabalhos publicados sobre o tema, necessitando uma abordagem maior de busca. A temporalidade escolhida foi de pesquisas publicadas entre os anos de 2017 a 2022 para que não fosse comprometida a exequibilidade do estudo. Foram excluídos os trabalhos repetidos e/ou que não abordavam a temática.

Para a análise dos estudos selecionados, utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin, onde se buscou classificá-los em categorias que auxiliam na compreensão da temática e do que está por trás dos discursos. Segundo Bardin (2011, p.15), "a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

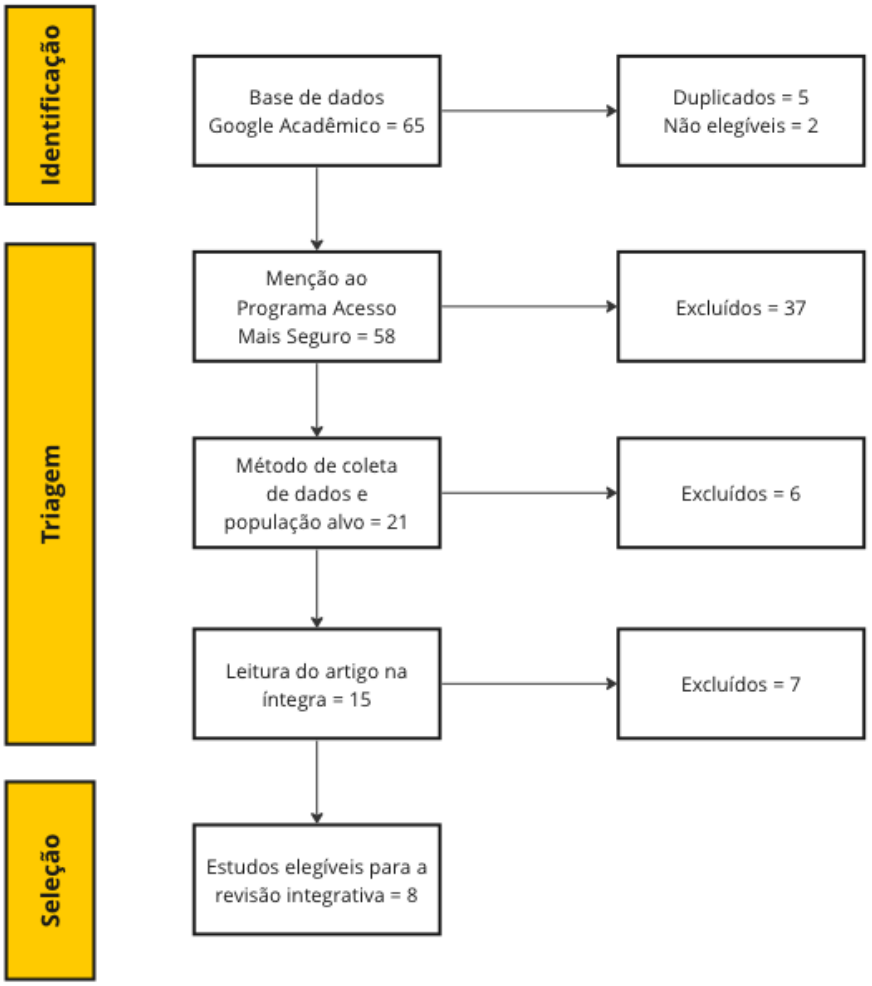
5. RESULTADOS

A busca na base de dados retornou 65 estudos, destes, foram excluídas as pesquisas repetidas e que não se enquadravam como artigo, tese ou dissertação, resultando em 58 trabalhos. Na sequência, foram retirados os estudos que não abordavam o programa Acesso Mais Seguro em seu título, resumo ou corpo do texto, resultando em 21 trabalhos.

Então, foram selecionados os estudos que aplicavam entrevista, grupo focal, questionário ou algum tipo de encontro com profissionais de saúde, resultando em 15 pesquisas. Para filtrar ainda mais o estudo, foi realizada uma “leitura flutuante” dos documentos, selecionando os trabalhos que realmente abordavam a opinião dos profissionais sobre o programa, finalizando com o total de 8 estudos.

A figura abaixo (Figura 1), do fluxograma PRISMA, elucida o processo de inclusão e exclusão dos artigos conforme relato acima.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA representando o processo de busca e seleção dos trabalhos



Fonte: Elaborado pela autora

Dos 8 trabalhos selecionados para essa revisão integrativa, 2 (25%) são do ano de 2018, 1 (12,5%) é de 2019 e 5 (62,5%) são do ano de 2020. Dessa forma, percebe-se o crescente interesse acadêmico sobre o tema ao longo dos anos.

Analisando os locais de aplicação das pesquisas, vemos que entre os estudos, 4 (50%) foram aplicados na cidade do Rio de Janeiro, 3 (37,5%) em Porto Alegre e 1 (12,5%) em Florianópolis, prevalecendo a centralização de trabalhos no Rio de Janeiro e Porto Alegre. Sendo interessante notar a inexistência de trabalhos acadêmicos sobre o tema nas cidades de Duque de Caxias, Vila Velha e Fortaleza,

locais que também implementaram a metodologia.

Em relação ao tipo de trabalho, 6 (75%) são dissertações, 1 (12,5%) é tese e 1 (12,5%) é artigo. A prevalência de dissertações em comparação ao número de teses e artigos é curioso, visto que usualmente o cenário encontrado é que existam mais artigos do que teses e dissertações. Essa conjuntura traz a realidade da dificuldade de divulgação e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas e periódicos da área, confirmando a assertividade na escolha pela busca por “literatura cinza”.

Dentre os estudos selecionados, prevaleceu a abordagem qualitativa, sendo 7 (87,5%) estudos com esse método e 1 (12,5%) pesquisa quantitativa. Esse resultado já era esperado, visto que, para captar verdadeiramente a percepção dos profissionais, a melhor abordagem metodológica é a qualitativa, por se tratar de algo no campo da subjetividade dos profissionais.

O Quadro 1, a seguir, elucida o que foi descrito até então:

Quadro 1 - Apresentação dos trabalhos selecionados

	Título	Tipo de trabalho	Ano	Cidade	Abordagem metodológica
1	Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica	Artigo	2020	Rio de Janeiro	Qualitativa
2	A metodologia acesso mais seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis	Dissertação	2020	Florianópolis	Quantitativa
3	Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais Seguro	Tese	2020	Rio de Janeiro	Qualitativa
4	Acesso na atenção básica de uma capital do sul do Brasil: em busca de um ambiente de trabalho mais seguro para o trabalhador	Dissertação	2019	Porto Alegre	Qualitativa
5	A violência no território da unidade de saúde da família, a formação e a prática de	Dissertação	2018	Rio de Janeiro	Qualitativa

	profissionais: uma abordagem socioclínica institucional				
6	Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da violência armada: repercussões no trabalho e na saúde	Dissertação	2020	Rio de Janeiro	Qualitativa
7	A atenção primária em saúde sob os muros da contenção territorial impostos pela violência urbana	Dissertação	2018	Porto Alegre	Qualitativa
8	Mais laços e menos nós: a teia da rede de atenção à saúde no enfrentamento da violência	Dissertação	2020	Porto Alegre	Qualitativa

Fonte: Elaborado pela autora

A população alvo dos estudos incluídos nesta revisão pode ser considerada heterogênea em relação à escolaridade e representativa populacional considerando o número de participantes. Em 5 estudos, foram incluídos profissionais com diferentes níveis de escolaridade, em 2 estudos participaram apenas pessoas com nível superior e em apenas 1 não foi explicitado quais profissionais do serviço participaram.

Na tabela a seguir (Tabela 1), temos a relação da quantidade de serviços que cada estudo abarcou, com sua quantidade total de participantes e o nível de escolaridade.

Tabela 1 - Relação do quantitativo de unidades de saúde e trabalhadores participantes nos estudos selecionados com suas respectivas escolaridades

	Título	Quantidade serviços	Quantidade participantes	Escolaridade
1	Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica	1	13	Nível superior
2	A metodologia acesso mais seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis	6	89	Diferentes níveis
3	Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais Seguro	1	18	Diferentes níveis

4	Acesso na atenção básica de uma capital do sul do Brasil: em busca de um ambiente de trabalho mais seguro para o trabalhador	8	33	Diferentes níveis
5	A violência no território da unidade de saúde da família, a formação e a prática de profissionais: uma abordagem socioclínica institucional	1	13	Nível superior
6	Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da violência armada: repercussões no trabalho e na saúde	1	15	Diferentes níveis
7	A atenção primária em saúde sob os muros da contenção territorial impostos pela violência urbana	2	11	Diferentes níveis
8	Mais laços e menos nós: a teia da rede de atenção à saúde no enfrentamento da violência	3	9	Não informa

Fonte: Elaborada pela autora

Os objetivos gerais dos estudos selecionados foram distintos, conforme podemos ver no quadro a seguir (Quadro 2), havendo trabalhos que não mencionam diretamente o Programa AMS, porém, por abordarem a temática da violência, a opinião dos profissionais sobre a metodologia acabou sendo tratada em seus resultados.

Quadro 2 - Apresentação dos objetivos de cada estudo selecionado

	Título	Autor(a)	Objetivo
1	Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica	SANTOS et al, 2020	Analisar o efeito da estratégia Acesso Mais Seguro nas práticas dos profissionais que atuam em territórios violentos.
2	A metodologia acesso mais seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis	FERREIRA, 2020	Conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família, que atuam em territórios com presença da violência armada, sobre a utilização da Metodologia Acesso Mais Seguro.
3	Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais	BUSCH, 2020	Compreender como o fenômeno da violência urbana tem afetado o trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município do Rio de Janeiro e analisar as iniciativas adotadas por esses profissionais para lidar

	Seguro		com os riscos dessa violência no contexto do trabalho.
4	Acesso na atenção básica de uma capital do sul do Brasil: em busca de um ambiente de trabalho mais seguro para o trabalhador	SOFIATTI, 2019	Compreender o processo de construção e atuação dos planos de ação do 'Acesso mais Seguro' na atenção básica, de unidades que compõem as Equipes de Saúde da Família da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal do município de POA.
5	A violência no território da unidade de saúde da família, a formação e a prática de profissionais: uma abordagem socioclínica institucional	SANTOS, 2018	Analisar as práticas dos profissionais de saúde da ESF afetados pelo conflito armado, considerando o seu processo formativo inicial e as suas responsabilidades com o cuidado e a formação em saúde.
6	Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da violência armada: repercussões no trabalho e na saúde	SAMPAIO, 2020	Analisar as repercussões da violência armada no trabalho, na saúde e na subjetividade de trabalhadores/as da Estratégia da Saúde da Família.
7	A atenção primária em saúde sob os muros da contenção territorial impostos pela violência urbana	D'ÁVILA, 2018	Compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Primaria à Saúde (APS).
8	Mais laços e menos nós: a teia da rede de atenção à saúde no enfrentamento da violência	ROSA, 2020	Conhecer e analisar as responsabilidades e atribuições dos profissionais da Atenção Básica no atendimento a situações de violência presente nos territórios da rede de saúde assim como suporte da política de saúde municipal para proteção do trabalhador da saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

Após a leitura dos trabalhos, foram selecionadas partes dos textos para realizar uma catalogação por temáticas de avaliação. Posteriormente, analisou-se cada categoria individualmente para uma melhor compreensão e apreciação dos estudos.

A partir da leitura dos trabalhos selecionados, foi possível identificar algumas

percepções comuns entre os profissionais. Foi praticamente unânime entre os trabalhadores, a relação entre a implementação do programa com uma maior autonomia dos profissionais, visto que, antes da implementação da metodologia, para interromper as atividades da unidade de saúde, em decorrência de alguma situação de violência, era necessário entrar em contato com a gestão central para solicitar a permissão para o fechamento do serviço. Ou seja, os funcionários em meio a uma situação de risco, necessitavam comunicar a ocorrência e pedir o aval para realizar ações de segurança, entregando o poder de decisão perante a própria vida a alguém que não estava vivenciando o fato. Havendo relatos de situações, antes de aderirem ao AMS, em que a coordenação não permitia o fechamento e os mesmos tiveram que seguir trabalhando expostos ao risco (SOFIATTI, 2019). No mesmo artigo, há um relato da divergência de opiniões e impasses entre a gestão central e o serviço de saúde:

> "eu *acho que uma dificuldade é, por exemplo, a equipe tomar a decisão que o posto não tem que abrir o dia inteiro ou o resto da semana. E aí a gestão vem aqui e diz que tu tem que abrir [...]"* (SOFIATTI, 2019, p. 45)

Porém, não fica claro a temporalidade da situação relatada, o que impossibilita apontarmos se a situação ocorreu antes ou depois da implementação do programa.

Visto que com o AMS, os trabalhadores podem definir quais medidas devem ser tomadas frente às situações de risco, que preservem a integridade física deles e dos usuários, sem que haja críticas, impasses ou punições de níveis superiores, conforme o relato a seguir: *"autonomia de a gente ver que a gente tá em risco e a gente conseguir decidir pelas nossas vidas"* (SOFIATTI, 2019, p. 22), podendo considerar que a percepção de segurança é despertada nos profissionais. Além disso, a sensação de autonomia está atrelada à liberdade de poder adequar seu processo de trabalho conforme as circunstâncias do território, sem que sejam obrigados a se colocarem em situações de risco para exercerem suas funções, assim relata um dos trabalhadores: *"é um grau de adaptação das atividades de*

acordo com o risco" (SANTOS et al, 2020, p. 6). Como por exemplo, avaliar a possibilidade da realização das visitas domiciliares ou demais atividades externas à unidade.

Porém, não se observa uma unanimidade em relação ao sentimento de segurança promovido pelo programa. Cinco dos oito trabalhos trouxeram que os profissionais passaram a se sentir mais seguros após a implementação do programa, trazendo em suas falas, a associação desse sentimento à estruturação de ações coordenadas de identificação e mitigação dos riscos e ao aumento da autonomia na tomada de decisão (SAMPAIO, 2020).

No entanto, outros profissionais não mencionam o sentimento de segurança relacionado à implementação do AMS e demonstram um sentimento de impotência e insegurança frente à imprevisibilidade da ocorrência de situações de violência, do qual a metodologia do programa não possui condições de controlar:

> *"[...] Só que quando a gente está aqui a coisa é diferente, aqui a gente tem risco sempre, assim, a gente ter um instrumento, é bom, mas esse instrumento não quer dizer que vá garantir segurança de forma nenhuma, a gente não tem controle sobre isso não tem como a gente tentar prever algumas situações." (D'ÁVILA, 2018, p. 73)*

Ademais, outro relato diz que a metodologia, ao trabalhar com a análise contínua do território, acaba gerando medo e tensão constante nos trabalhadores, conforme fala: *"Mas a gente...Assim... depois dessa capacitação, daí a gente parece que a gente ficou com mais medo, assim, é que daí começa ter que perceber tudo, observar tudo e aí fica mais travado."* (D'ÁVILA, 2018, p. 82).

O relato de um outro trabalhador corrobora com a fala acima:

> *"[...] Eu acho que entender um pouquinho como essas coisas funcionam traz uma certa tranquilidade, mas não tem nada que faça cessar a ansiedade, o que proteja, né. (Avaliação) Acho que o Acesso Seguro tenta dar uma noção que a gente vai trabalhar mais tranquilo, mas faltam instrumentos para lidar não sei quais, mas falta"* (BUSCH, 2020, p. 55)

Essa sensação de que, por mais que a metodologia abarque o gerenciamento das situações de violência e a mitigação de suas consequências, não é possível prever a ocorrência dessas situações, gerando uma constante ansiedade por parte dos profissionais. Além disso, a localização e a estrutura física das unidades muitas vezes acabam por fortalecer esse sentimento de impotência e insegurança, como é relatado pelos profissionais: *"[...] a gente está num buraco na realidade, por mais que a gente tente fazer um plano bom de ação."* (SOFIATTI, 2019, p. 20).

> *"[...] A gente teve um plano de segurança que nos foi feito, porém não nos ajudou muito. Foi muito difícil escolher um lugar onde vamos ficar se der um tiroteio. Qual é o lugar mais seguro? A gente acha que é o curativo, mas como é que vão caber vinte e uma pessoas no curativo, não tem como, a sala tem 2m^2. [...] Na realidade, nos ajudou um pouquinho o plano, a ter a ideia, mas não para passar segurança."* (D'ÁVILA, 2018, p. 83).

Nessas falas podemos perceber que por mais que o programa oriente a organização da equipe frente a identificação de situações de violência e mitigação de seus riscos e consequências, se faz necessário o olhar da gestão frente às demais circunstâncias que influenciam na proteção e segurança desses profissionais, como por exemplo, haver mais de um local de entrada e saída, existir muros ou grades protegendo a unidade de serviço e que haja uma área grande e segura para abrigar todos os trabalhadores em situações de conflito.

Outra questão observada foi que por mais que a metodologia AMS integre a gestão do estresse, vemos que os trabalhadores sentem falta de uma presença de apoio psicológico para dar suporte aos profissionais em sofrimento. Conforme segue relato:

> *"já teve caso de uma ACS passar por uma situação enquanto estava em visita, eu não me lembro, a não ser um apoio nosso aqui interno, enquanto unidade, de ela ser apoiada pelos médicos, pela psicóloga, mas assim, institucionalmente, alguma preocupação maior em termos de alguma sequela, em termos de trauma mesmo, de estresse pós- traumático, coisa desse tipo, nunca vi preocupação pelo menos explícita não, pode ser até que haja"* (SAMPAIO, 2020, p. 108)

Assim, se faz necessário rever a oferta de acompanhamento psicológico para essas equipes que diariamente convivem com esse fator estressor em seu ambiente de trabalho, para se concretizar o que prega a metodologia do programa e construir uma verdadeira rede de suporte aos profissionais. Tendo uma visão diferenciada perante os agentes comunitários de saúde (ACS) que acabam por sofrer mais intensamente os conflitos, visto que os demais profissionais, após o expediente, vão para suas residências em outros locais, e os mesmos permanecem no território, vivenciando os conflitos (SAMPAIO, 2020).

Um fato positivo observado em alguns dos estudos, foi a influência do programa na organização do processo de trabalho da equipe. Havendo relatos de que ele melhorou a comunicação interna e trouxe maior clareza nas atitudes que eles devem tomar frente às situações, conforme segue: *"A gente consegue se comunicar melhor, a gente estabelecer melhor o que é prioridade, o que não é, o que é perigo e que não é."* (SOFIATTI, 2019, p. 43)

Esse outro relato também contribui para essa ideia:

> *"tem funcionado muito bem, porque, de vez em quando, de dois em dois meses, às vezes tem alguma operação, então hoje a gente já tem um plano para essas situações, (...) deu tiro, não subimos, aguardamos trinta minutos, então, assim, já tem o que fazer, já está bem estruturado e que todos nós já conhecemos (...) passa uma segurança"* (SAMPAIO, 2020, p. 101)

Outra questão, da qual foi mencionada nos estudos, é a importância do programa em trazer uma reflexão sobre a não banalização da violência. Fazendo com que os profissionais não se acostumem com situações que não devem ser normalizadas e passem a adotar comportamentos mais seguros, principalmente conscientizando os ACS, que por serem, além de trabalhadores, moradores do território, acabam acostumados a viver em meio a essas situações. Conforme um profissional relata: *"Até alguns agentes comunitários de certa forma banalizavam a violência e hoje eles consideram... as cores vermelha ou está amarelo [com] um*

pouco mais de seriedade..." (SANTOS et al, 2020, p. 8)

Este outro relato contribui para a mesma ideia:

> *"A gente teve uma capacitação, né?! E durante a capacitação, a gente se deu conta, de quanto a gente era relapso com a questão da violência. Porque assim, a gente circulava entre o tráfico sem nenhum tipo de cuidado. E depois que a gente realmente teve a capacitação que a gente percebeu o quanto a gente não se importava com nada, e a gente deveria ter se importado. Então acho que isso, tivemos um outro olhar. [...]"* (D'ÁVILA, 2018, p. 82)

Os ACS demonstraram ter um papel chave na aplicação da metodologia, por terem maior conhecimento sobre o território e morarem no local, são os profissionais que melhor sabem identificar os sinais e riscos. Assim relata um trabalhador: *"[...] tem critérios de classificação de risco conforme a situação do momento, para isso os ACS que são nossos olhos nesse momento."* (D'ÁVILA, 2018, p. 73).

O interessante do programa e que foi mencionado em alguns trabalhos avaliados, é a adequação da sua implementação à realidade do território, sendo algo construído pelos trabalhadores para eles mesmos usarem e aplicarem, assim, foi um facilitador para a adesão e prática dos protocolos. Segue relato de uma profissional:

> *"E, quando começou o protocolo, foi legal até, porque foi discutido com todo mundo, e a gente decidiu como é que seria, como é que funcionaria, então não foi uma coisa de fora para dentro, foi a gente que organizou tudo. Lógico que tem uma cartilha para a gente seguir, só que é do nosso jeito, da nossa realidade, não é realidade de outras comunidades, é da nossa [...]"* (SAMPAIO, 2020, p. 99)

Um ponto importante trabalhado pelo AMS é a questão da educação permanente. Entre os estudos avaliados, há o relato de situações que não saíram como o planejado, em que a equipe não tomou atitudes de maneira coordenada e não houve agilidade na tomada de decisão sobre como gerenciar a situação (BUSCH, 2020; D'ÁVILA, 2018). Dessa forma, incubindo à equipe a necessidade de

reavaliar sua distribuição de tarefas e rever suas ações e seu plano de contingência. Porém, foi identificado a fragilidade da coordenação central em orientar e acompanhar essas equipes após essas situações, pois, é papel delas prestar assistência e assessoramento após essas situações, o que não foi relatado pelos profissionais.

Além disso, nas falas dos profissionais podemos perceber suas críticas relacionadas às atitudes da gestão central. É descrito por eles a sensação de apatia frente ao seu contexto, havendo grande pressão para que não haja a paralisação do serviço e que seja alcançado os objetivos e metas estipulados por eles, sem levarem em conta o contexto violento em que estão inseridos e suas consequências e impactos no trabalho (SANTOS 2018). Essa sensação é observada na fala a seguir:

> "[...] é a questão de pressão por resultado, a gestão, parece que ela desconsidera essas peculiaridades e pressiona por resultado, por números, por produção, todo mundo sofre esse tipo de pressão aqui. Então você fica trabalhando com uma pressão dupla, a pressão da violência te afetando, reduzindo a tua capacidade de atuação na saúde, e uma pressão de falta de garantia [...] essas coisas afetam o profissional de uma maneira muito massacrante." (SANTOS, 2018, p. 55)

Por mais que o AMS tenha como foco a sensibilização da gestão frente à temática da violência, pode-se perceber a rigidez dos gestores em não mudar suas condutas e seguir com cobranças não condizentes com o contexto. Porém, com os registros das situações de violência vivenciadas pelas equipes, a gestão local consegue justificar o não alcance de metas utilizando esses dados de notificação de crises como argumento, tendo assim, respaldo técnico (SANTOS, 2018).

Outra questão identificada nos estudos avaliados foi as consequências ocasionadas pela grande rotatividade de profissionais nos serviços, para o andamento do programa. Essa rotatividade, já comum nos serviços de saúde em territórios vulneráveis, se intensificaram com as novas modalidades de gestão, através da terceirização das unidades de saúde, com a contratualização através das organizações sociais.

Esse cenário gera uma constante necessidade de capacitação dos novos profissionais, que entram no serviço sem terem treinamento e sequer conhecimento em relação à metodologia, sendo percebido nas pesquisas, onde em uma delas perguntou aos profissionais se os mesmos haviam recebido algum tipo de treinamento relacionado ao AMS e apenas 61% responderam que sim (FERREIRA, 2020) e em outra que sinalizava que muitos grupos de tomada de decisão estavam incompletos pela saída dos trabalhadores (SOFIATTI, 2019). Além disso, essa constante troca de trabalhadores gera também a necessidade de reestruturação e revisão das atribuições de cada membro da equipe, sendo desgastante para os profissionais darem conta de todas as demandas do serviço e deixar a metodologia do AMS organizada, como relata a fala da profissional abaixo:

> *"[...] mas as dificuldades são de manter atualizadas as coisas né, porque a gente fez mil e uma combinações [...] outra já entrou e já saiu de novo, então à gente precisa sentar e reestruturar esse plano para ver as obrigações de cada um, os deveres de cada integrante do grupo de tomada de decisão [...]"* (SOFIATTI, 2019, p. 25)

Uma outra dificuldade relatada em um dos estudos avaliados é em relação ao sistema de notificação, do qual o formulário disponível é de difícil preenchimento e com acesso restrito apenas a alguns profissionais através de senha. Essa situação acaba por gerar uma subnotificação das situações de violência, pois, conforme relato da equipe entrevistada, eles acabam usualmente notificando apenas as bandeiras vermelhas em decorrência da necessidade de justificar as horas não trabalhadas na folha ponto do dia, além disso, relatam a dificuldade em conciliar a notificação diária com as demandas do dia a dia (SOFIATTI, 2019). Segue um dos relatos dos profissionais:

> *"[...] a gente não notifica porque a gente tem uma carga intensa de trabalho, segundo a gente não consegue parar [...] tem algumas pessoas selecionadas que tem que ter a senha, [...] parece que nos itens lá eu não me lembro, não são muito claros, não são muito objetivos [...] é falho não gostei."* (SOFIATTI, 2019, p. 27)

Desde 2019, conforme documento de 2021 do CICV sobre o programa, o sistema de notificação foi transferido para uma Plataforma AMS, sendo disponibilizado também como aplicativo. Esse novo sistema visa facilitar a notificação pelos trabalhadores e o monitoramento e a análise dos dados pelos gestores, trazendo maior agilidade e eficiência na comunicação e gestão de crise, necessitando, assim, de estudos atualizados para averiguar se os problemas relatados pelos profissionais seguem ocorrendo (CICV, 2021).

Por último, é trazido também no mesmo estudo avaliado, a necessidade de articulação de meios de comunicação e ações integradas entre diferentes setores, principalmente o setor de segurança pública, por ser um grande responsável em desencadear situações de violência nos territórios, em decorrência das ações policiais. Conforme relato a seguir:

> *"A gente nunca imaginou que pudesse acontecer de a polícia invadir, assim atirando, e isso nem passou pela nossa cabeça [...] talvez se a polícia avisasse, olha vou fazer uma ação na comunidade, sei lá. Falasse para a guarda municipal. Avisasse a unidade, olha vai ter uma ação aí, para ficar esperto na unidade. Já seria melhor para a gente trabalhar, a gente iria ficar mais seguro."* (SOFIATTI, 2020, p. 23)

A revisão integrativa, escolhida como procedimento metodológico do presente estudo, permitiu avaliar os pontos fortes e fracos do programa na rede de atenção à saúde. A partir desse estudo, pode-se constatar a necessidade de uma maior sensibilização das gerências e coordenações frente às situações de violência vivenciadas pelas equipes, além da carência de um acompanhamento e assistência por parte da coordenação central do programa perante as unidades de saúde. Outra questão percebida, foi a demanda de construção de uma verdadeira rede de atenção psicológica aos profissionais que necessitem de apoio em decorrência da violência no ambiente de trabalho e a ausência de articulação de ações integradas com diferentes setores públicos para a organização de um fluxo de comunicação e troca de informações.

A implementação do programa traz maiores responsabilidades e atribuições

aos profissionais, que além de dominar as funções que realmente lhe cabem, os trabalhadores ainda necessitam desenvolver técnicas de leitura do território, algo que de certa forma foge do seu escopo de trabalho ao qual foi formado para atuar. É perceptível que não há uma carga horária de trabalho prevista para o programa, o que acaba sobrecarregando os profissionais, que já possuem grande demanda de trabalho.

Por outro lado, percebe-se o aumento da autonomia e liberdade dos trabalhadores em adequar sua atuação profissional conforme a situação do território. Além disso, fica evidenciada a importância da capacitação das equipes frente a identificação e o gerenciamento dos sinais, riscos e crises, sendo um aliado para prevenir e mitigar consequências da violência presente nos territórios de atuação, fomentando a padronização de ações coordenadas e pactuadas entre todos. Por último, a ferramenta proporcionou analisar a situação do território e o impacto da violência no serviço a partir de dados e indicadores, possibilitando que as equipes tenham respaldo técnico para se justificarem perante a gestão central referente ao não alcance de metas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade brasileira apresenta uma histórica desigualdade social e econômica, com grande parcela da população dependente dos serviços públicos ofertados pelo Estado, desse modo, acaba sendo essencial a capilarização da rede de serviços no território. Seguindo essa lógica, as unidades são estrategicamente articuladas para que a oferta dos serviços alcance a todos, assim, é comum unidades de saúde estarem localizados em territórios com alta vulnerabilidade social e, consequentemente, permeados pela violência, fazendo com que os profissionais lotados nesses serviços tenham que lidar cotidianamente com situações das quais não possuem qualificação e *expertise* técnica para administrar.

Esse cenário acaba ocasionando tensão e sofrimento no local de trabalho, necessitando de ações coordenadas para a mitigação do seu impacto e

consequências para os profissionais e usuários. O programa Acesso Mais Seguro (AMS) traz então uma metodologia, criada a partir da experiência do trabalho do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em países em situação de guerra, para lidar com diferentes situações de violência de acordo com o território do qual o serviço está inserido. Assim, se faz necessário compreender a percepção dos profissionais sobre a metodologia e sua aplicabilidade no ambiente de trabalho.

Dessa forma, buscou-se na literatura existente, através de uma revisão integrativa, estudos que abordassem a temática da violência urbana e a implementação e o uso do programa AMS no cotidiano dos profissionais de saúde a fim de responder a pergunta: Qual a percepção dos profissionais da área da saúde sobre o programa Acesso Mais Seguro e como eles consideram que a implantação modifica a forma com que gerenciam as situações de violência?

Assim, a partir da análise de oito estudos que abordavam a temática, percebeu-se que o programa propiciou maior autonomia e liberdade para os profissionais, além de propiciar um respaldo técnico para justificar problemas gerenciais e o não alcance de metas em decorrência da violência vivenciada pelo serviço. O AMS traz à tona a problematização da banalização das situações de violência pelos profissionais, sendo uma importante ferramenta de reflexão dos hábitos e vícios presentes nos serviços.

Cabe ao Grupo de Suporte Central (GSC) do programa, fortalecer e promover, nas unidades, a rede de atenção psicológica aos profissionais, melhorar seu acompanhamento e assessoramento com as equipes, articular ações integradas com os diferentes setores públicos e garantir que todos os profissionais da ponta tenham sido capacitados com a metodologia. Além disso, se faz necessário rever a localização e a estrutura física dos serviços atualmente, a fim de averiguar se os mesmos estão de acordo com critérios de segurança.

A sobrecarga de trabalho e a inexistência de carga horária prevista para o programa acaba dificultando a implementação e a continuidade da metodologia nos serviços. É de se pensar na possibilidade de alguma remuneração e/ou incentivo financeiro para esses profissionais integrantes do grupo de tomada de decisão, visto

o seu aumento de trabalho em decorrência do programa. Outra possibilidade é a inserção de um profissional destinado exclusivamente para o programa em cada serviço, do qual poderia planejar e articular ações entre a equipe e ser a referência para o GSC, porém, com a realidade atual de precarização de serviços públicos, essa ideia torna-se de certa forma utópica.

O presente trabalho, visou contribuir para o conhecimento da percepção dos trabalhadores lotados nas unidades de saúde da rede de Atenção Primária à Saúde frente à implementação e metodologia do programa AMS, a fim de qualificar e fortalecer sua inserção nos serviços públicos e trazer à tona os problemas gerenciais e fragilidades atualmente presentes. Acredita-se que esta investigação tenha alcançado seu objetivo e tenha contribuído para a discussão acerca do tema, uma vez que foi possível compreender a realidade presente nos serviços e a complexidade dos problemas existentes.

No entanto, entende-se que o tema abordado, em função de sua complexidade, não é passível de ser compreendido em um único trabalho, uma vez que há uma infinidade de nuances e particularidades. Assim, ainda há lacunas de conhecimento a serem preenchidas sobre a temática, justifica-se assim, a necessidade de novas investigações, principalmente na região Nordeste, onde não foram encontrados trabalhos sobre o tema. Além disso, há a necessidade de estudos que avaliem o novo sistema de notificação implementado recentemente, a fim de averiguar se as insatisfações relatadas persistem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBAR, Ana Elisa Medeiros. **Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e142, 2018.

BARDIN, Louise. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70. Brasil.(2014a). Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2011.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.

BUSCH, Verônica Simões Silveira. **Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso Mais Seguro. 2020.** Tese de Doutorado.

CICV. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **ACESSO MAIS SEGURO PARA SERVIÇOS PÚBLICOS ESSENCIAIS.** Resumo executivo, 2021.

CICV. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **Guia para grupo de tomada de decisão.** 2019.

CICV. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **Guia prático para realização de oficinas de Acesso Mais Seguro para serviços públicos essenciais.** 2019.

D'ÁVILA, Janaíra Dorneles de Quadros. **A atenção primária em saúde sob os muros da contenção territorial impostos pela violência urbana.** 2018.

DE MOURA, Elisângela Santos. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.** Âmbito Jurídico, XVI, v. 114, 2013.

FERREIRA, Carine. **A metodologia acesso mais seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis.** 2020.

MACHADO, Cynthia Braz; DAHER, Donizete Vago. **Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma Unidade de Saúde da Família.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 14, n. 4, p. 1445-1452, 2015.

PMPA. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Decreto nº 20.830, de 3 de dezembro de 2020.** Institui a Política Municipal do Acesso Mais Seguro (AMS) no Município de Porto Alegre. Porto Alegre, 2020.

ROSA, Karina Rosa da. **Mais laços e menos nós: a teia da rede de atenção à saúde no enfrentamento da violência.** 2020.

SAMPAIO, Jéssyca Felix da Silva. **Vivências de trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família diante da violência armada: repercussões no trabalho e na saúde.** 2020. Tese de Doutorado.

SANTOS, Raphael Sampaio dos. **A violência no território da unidade de saúde da família, a formação e a prática de profissionais: uma abordagem socioclínica institucional.** 2018.

SANTOS, Raphael Sampaio dos et al. **Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00139519, 2020.

SOFIATTI, Vanessa. **Acesso na atenção básica de uma capital do sul do Brasil: em busca de um ambiente de trabalho mais seguro para o trabalhador.** Canoas, 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), v. 8, p. 102-106, 2010.