

Cynthia Conceição Schmidt Campanati

**ENFRENTAMENTO DO MEDO DA VIOLÊNCIA SOCIAL URBANA EM DUAS
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE ITAGUAÍ – RJ**

Rio de Janeiro

2018

Cynthia Conceição Schmidt Campanati

**ENFRENTAMENTO DO MEDO DA VIOLÊNCIA SOCIAL URBANA EM DUAS
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE ITAGUAÍ - RJ**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Orientadora: Maria Cecília de Souza Minayo

Coorientadora: Miriam Schenker

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C186e Campanati, Cynthia Conceição Schmidt.

Enfrentamento do medo da violência social urbana em duas unidades de atenção básica de Itaguaí – RJ / Cynthia Conceição Schmidt
Campanati. -- 2018.

92 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Maria Cecília de Souza Minayo.

Coorientadora: Miriam Schenker.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Medo. 2. Violência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Impactos na Saúde. 5. Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 303.6098153

Cynthia Conceição Schmidt Campanati

**ENFRENTAMENTO DO MEDO DA VIOLÊNCIA SOCIAL URBANA EM DUAS
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE ITAGUAÍ - RJ**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 27/04/2018

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Patrícia Constantino

Fundação Oswaldo Cruz – Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Prof^a. Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Miriam Schenker (Coorientadora)

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

À memória de Marielle Franco e à juventude
brasileira, negra e favelada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos e todas que acompanharam este processo mais que acadêmico: marido, amigos, familiares, professores e usuários, só foi possível com vocês...

Professoras Cecília Minayo, Miriam Schenker e Patrícia Constantino obrigada pela compreensão e pelos abraços renovadores. Edevaldo, meu amor, obrigada pela parceria, carinho e paciência. Ethos Guerreiro, minha turma querida de mestrado, obrigada pela cumplicidade de podermos viver alegrias e angústias juntos e de nos cuidarmos mutuamente. Minha vó Lola, que aonde estiver me ilumina e é parte ainda do que me faz forte. Às equipes ESF e UBS abordadas, pela acolhida e reconhecimento da pesquisa. À professora Elomar, que me inspira a seguir o caminho da docência emancipadora e aos maiores inspiradores dessa pesquisa, os usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde, que me inspiram a ser melhor a cada dia na luta pela construção de uma saúde pública digna e promotora de equidade.

RESUMO

Estudo realizado no município de Itaguai no ano de 2017 com os objetivos de analisar as fontes de referência sobre medo da violência e seu impacto na saúde; investigar as vivências de medo da violência urbana de usuários e profissionais da atenção básica da cidade e as formas de cuidado frente ao problema em pauta. Utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada como fonte de informações. Foi realizada uma análise de conteúdo temática (Bardin, 1997). As unidades de saúde abordadas trouxeram questões semelhantes. As vivências de medo dos profissionais e usuários referiram-se à violência comunitária do narcotráfico, das agressões nas relações conjugais e das diferentes manifestações de violência institucional. A qualidade da atenção prestada pelos profissionais mostrou-se prejudicada pelos sentimentos de medo e insegurança. Nos usuários destaca-se a prática da medicalização frente às suas queixas de vivências da violência. Conclui-se que a leitura do fenômeno social da violência e os seus efeitos à saúde estão presentes nas unidades abordadas e nas vidas das pessoas entrevistadas, mas as práticas profissionais e as demandas de tratamento para os casos de violência ainda se encaminham sob uma lógica reducionista, silenciando conversas importantes e prejudicando o cuidado primário em saúde.

Palavras-chave: medo, violência, cuidado primário.

ABSTRACT

Study conducted in the municipality of Itaguaí in the year 2017 with the objectives of analyzing the reference sources on fear of violence and its impact on health; investigate primary health care users and professionals urban violence fear experiences in this city and the forms of care in front of the problem in question. The semi-structured interview technique was used as a source of information. A thematic content analysis was performed (Bardin, 1997). Health units addressed similar issues. The professionals and users fear experiences referred to: narcotraffic communitarian violence; conjugal relations; and different manifestations of institutional violence. The quality of care provided by professionals has been hampered by feelings of fear and insecurity. It is highlighted by users the practice of medicalization for their violence experiences complaints. It is concluded that the reading of the social phenomenon of violence and its effects on health are present in the units addressed and in the lives of the persons interviewed, but the professional practices and the demands of treatment for the cases of violence are still under a reductionist logic, silencing important conversations and hampering primary health care.

Keywords: fear, violence, primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Taxas de crimes violentos de janeiro a abril em 2016 e 2017

Gráfico 2 – Taxas de crimes contra o patrimônio de janeiro a abril em 2016 e 2017

Gráfico 3 – Atividade policial de janeiro a abril em 2016 e 2017

Gráfico 4 – Outros registros

Figura 1 – Quadro com as categorias e subcategorias temáticas e perfil dos sujeitos da pesquisa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos estudos selecionados por título, autor e ano de publicação

Tabela 2 – Distribuição dos estudos por categorias temáticas

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 - INTRODUÇÃO E OBJETO DA PESQUISA | 11 |
| 2 – JUSTIFICATIVAS E PRESSUPOSTOS | 13 |
| 3 - OBJETIVOS DO TRABALHO | 15 |
| 3.1 - Objetivo geral..... | 15 |
| 3.2 - Objetivos específicos..... | 15 |
| 4 - MARCO TEÓRICO | 16 |
| 4.1 <i>Violência social urbana</i> | 16 |
| 4.2 <i>Medo, seus efeitos e medicalização</i> | 19 |
| 4.3 <i>Cuidado primário</i> | 22 |
| 5 - CONTEXTUALIZAÇÃO: ITAGUAÍ, OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CIDADE E A VIOLÊNCIA URBANA NO TERRITÓRIO | 25 |
| 6 - METODOLOGIA | 32 |
| 7 - RESULTADOS E DISCUSSÃO | 39 |
| 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 67 |
| 9 - REFERÊNCIAS..... | 70 |
| 10 - APÊNDICE - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 74 |
| 11 - ANEXOS..... | 87 |
| 11.1 <i>Roteiro de entrevista individual (modalidade usuário da atenção básica)</i> | 897 |
| 11. 2 <i>Roteiro individual (modalidade profissional da atenção básica)</i> | 88 |
| 11. 3 <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> | 891 |

1 - INTRODUÇÃO E OBJETO DA PESQUISA

Nesse estudo pretendeu-se compreender e analisar as vivências de medo da violência social urbana que acontecem com os usuários e os profissionais de saúde de duas Unidades de Atenção Básica do município de Itaguaí e em seguida, compreender as formas de acolhimento e tratamento oferecidas pelos serviços à população frente a esse problema. E se necessário, sugerir novas formas de atuação.

A motivação para a pesquisa surgiu em decorrência da inserção profissional da pesquisadora na Atenção Básica do município onde se observa um aumento nos discursos sobre episódios de violência social ocorrida na própria cidade. Tomou-se conhecimento também de que alguns bairros vêm recebendo “avisos” supostamente do tráfico, recomendando o fechamento provisório de unidades de saúde. Os jornais locais noticiam frequentemente casos de apreensão de drogas e armas. Estas manchetes repercutem intensamente no cotidiano de trabalho, trazendo medo e insegurança a usuários e profissionais de saúde.

Enquanto profissional de psicologia implicada na compreensão das subjetividades e que conformam determinadas construções (mais sadias ou mais adoecidas) interessa-me pensar sobre esse fenômeno. O objetivo desta análise é melhorar as estratégias de cuidado tornando-as mais adequadas às situações enfrentadas. Afetados pelos próprios medos associados às manifestações da violência social urbana e pelos discursos e vivências dos usuários nas unidades de saúde, a prática profissional de cuidado também é afetada e pode prescrever, por descuido ou despreparo, estratégias de cuidado medicalizantes, individualizantes, o que pode reforçar as ideias de culpabilização das vítimas e naturalização do fenômeno.

Baierl (2004) aponta o quanto os efeitos da violência têm afetado intensamente as participações sociais comunitárias. Há no município uma gama de narrativas, imagens e pedidos de tratamento que alertam para as consequências desse evento social. As manifestações se expressam sob as formas de medo, ansiedade e sofrimento. É fundamental aproximar-se dessa temática para analisar responsabilmente o assunto e refletir sobre as linhas de cuidado existentes e possíveis na configuração contemporânea dos serviços.

A violência urbana tem sido um fenômeno de ampla prevalência em diversas cidades

do país e do estado, mas a saúde ainda vem construindo a sua aproximação ao tema e suas estratégias de enfrentamento, sendo um passo importante a publicação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência (2001). Porém, este documento refere-se, sobretudo, à morbimortalidade produzidas pelo fenômeno. No caso da violência social urbana, percebem-se efeitos menos visíveis às estatísticas e à própria saúde e a recorrência de práticas de remediar os efeitos desse fenômeno social, agindo principalmente nos níveis secundários e terciários de atenção. O debate desse tipo de violência e das estratégias de cuidado voltadas ao nível primário de atenção é ainda escasso. Uma forma de aproximar a temática ao campo da saúde na lógica do cuidado primário pode ser dar voz ao fenômeno e pensar como os atores da saúde mais próximos aos usuários, novas formas de dedicação ao tema. Gonçalves, Queiroz e Delgado apontam pelo estudo de Delgado (2012) que não há ainda uma sistematização de conhecimento acerca das dimensões do problema da violência e de suas possibilidades de intervenção no campo da saúde mental.

Dentro da perspectiva assinalada, os profissionais e os usuários foram ouvidos a respeito dos seus medos, inseguranças e dos efeitos das vivências sobre sua saúde. Os profissionais da atenção básica são aqueles que estão geograficamente mais próximos dos usuários e de seus contextos, muitas vezes compartilhados. Por tal configuração o estudo focou nestes grupos, que vivem e convivem com as realidades e vivências subjetivas das localidades. Interroga-se a respeito das concepções de violência, medo, insegurança e saúde e dos efeitos que tais conceitos acarretam para o grupo de usuários e profissionais de saúde. O olhar de análise para esta questão pode ainda favorecer práticas de cuidado que extrapolem a lógica biomédica, garantindo formas de dedicação mais próximas à concepção moderna de saúde pública.

2 – JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS

A saúde pública não se preocupa apenas com fenômenos de ordem biológica, inscritos no corpo sob a forma de lesões e incapacidades. Ela inclui a prevenção de agravos e promoção da vida saudável. Nesse âmbito, entra o fenômeno da violência que se incorpora como um problema das condições, situações e estilos de vida. Pensar as vivências de medo e violência dos usuários e profissionais e como o cuidado na atenção básica pode contribuir para minorar o sofrimento das pessoas configura-se, pois, como uma questão relevante.

Gonçalves et al (2017) reiteram que a violência urbana e suas principais consequências ainda são pouco discutidas na esfera das estratégias assistenciais do setor saúde. A partir da revisão bibliográfica (cujo texto está em anexo) realizada observou-se grande número de estudos nas áreas de emergência e reabilitação, mas poucos tratam dos efeitos menos visíveis da violência urbana. Assim, entende-se que esta análise pode dar visibilidade ao tema e contribuir para construção de práticas de cuidado mais próximas à concepção integral de saúde pública, corroborando assim a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências.

Considero este trabalho relevante para minha formação como profissional de saúde que atua na atenção básica por me possibilitar a reflexão dos processos de trabalho frente à temática e assim fomentar linhas de cuidado adequadas aos usuários e à própria equipe, no sentido de incluir a pauta da Saúde do Trabalhador nesse contexto, visto que os profissionais e suas práticas são também atravessados pelas vivências do medo da violência.

Elucidar o problema e trazer a dimensão de seus efeitos na saúde mental da população que utiliza e trabalha na atenção básica de Itaguaí poderá facilitar a aquisição de um olhar mais compreensivo nas formas de cuidado. Investigar os efeitos psicossociais do fenômeno na fala e na compreensão dos usuários e profissionais da cidade pode contribuir para subsidiar a formulação de ações criativas e responsáveis de prevenção da violência e de promoção da vida.

Todo e qualquer efeito produzido na psique e existente em determinado sujeito direciona a construção da subjetividade e de seu modo de operar. Os efeitos das vivências de medo da violência vêm conformando novos hábitos e formas de sociabilidade. O pressuposto desse estudo é de que essas vivências vêm sendo abordadas pelo viés biomédico inclusive pela Atenção Básica. Infere-se que a análise dessa questão pode favorecer práticas de cuidado

que extrapolem a lógica biomédica.

3 - OBJETIVOS DO TRABALHO

3.1 - Objetivo geral

Analisar as vivências de usuários e profissionais da atenção básica de Itaguaí em relação ao medo da violência social difusa e pensar práticas de cuidado adequadas à questão.

3.2 - Objetivos específicos

- Fazer um estudo das fontes de referência sobre medo da violência social urbana e seu impacto na saúde.
- Investigar as vivências de medo da violência social urbana de usuários e profissionais da atenção básica de Itaguaí e como agem frente a esse sentimento;
- Investigar as formas de cuidado dirigidas a esta população frente ao problema em pauta;

4 - MARCO TEÓRICO

4.1 *Violência social urbana*

Entende-se que a violência é um assunto do cotidiano que impregna a experiência e os discursos do cidadão comum. Do ponto de vista teórico, a violência é histórica e acompanha a trajetória da humanidade. Ela é um fenômeno complexo e multifacetado e, por efeitos dos meios de comunicação que encurtaram o tempo e o espaço, tornou-se um tema espetacularizado.

É sabido que o Brasil nasceu de forma violenta e a sociedade carrega essa marca em sua história lembrada por Minayo (2010) e por Briceno-Leon (2002) que apontam sua presença nos processos de conquistas territoriais, na escravidão, na luta pela independência aqui e em diversos países da América Latina. O referido autor sinaliza que atualmente há um tipo de violência diferente, a que ele chama de "a nova violência urbana da América Latina", fenômeno que se manifesta por meio de conflitos socioeconômicos e tem lugar privilegiado nas áreas urbanas mais pobres das cidades e seu entorno. Minayo (2010) nos esclarece pontos da especificidade do fenômeno da violência social na realidade brasileira contemporânea. Para a autora a violência coletiva de caráter social presente em diversas regiões e do país e, sobretudo, nas grandes cidades tem base econômica, pois se configura prioritariamente por negócios criminosos ou violentos. Segundo Wiervioka (1997, apud Minayo, 2010 p. 31), esta configuração de delinquência beneficia-se do enfraquecimento do poder dos Estados nacionais e de suas crises.

Sobre as concepções genealógicas do fenômeno, Briceno-Leon (2002) aborda pontos importantes a serem considerados. Um deles é a relação estabelecida entre a violência social e a pobreza e o empobrecimento, não no sentido da ideia simplória de causa e efeito, mas na compreensão da maturação do fenômeno e nos tipos de violações. Briceno-León salienta que não se pode estabelecer uma correlação irresponsável entre pobreza e violência, mas sim entre a desigualdade social, empobrecimento e violência social. Ele aponta maior vulnerabilidade ao fenômeno na segunda e terceira geração das famílias que vieram do campo para as cidades, entre as quais há uma insatisfação pelo desencontro de expectativas, particularmente no caso dos jovens frente à sociedade de consumo.

Misse (2006) aponta em sua obra um marco temporal que levou as ciências sociais e

humanas a estudarem a temática da violência. A necessidade de explicações sociológicas para o fenômeno das violências se deu pela institucionalização dessas disciplinas no Brasil no início da década de 1980, acompanhado pelo crescimento e qualificação do crime organizado e ainda, pela cobertura e clemência da mídia nas metrópoles. O autor aponta que antes dela somente o campo do direito e da psiquiatria se concentravam na temática.

Não há uma exatidão conceitual no que se entende por violência urbana e social, mas existem apontamentos comuns (Briceno-Leon 2002 , Misse 2006 e Minayo 2010) que permite dar contornos mais precisos a esta temática. Pode-se dizer que o tema compreende um conjunto de violências de cunho coletivo, geralmente, impessoais e de base estrutural, revelando as questões sociais mais enraizadas de uma realidade. Aceita-se que dentro deste contexto vigore a violência estrutural naturalizada pelas instituições basais da sociedade, a violência armada a serviço do narcotráfico e a violência enquanto delinquência marcada por atos relacionados aos bens patrimoniais. Santos, Silva e Branco (2017) apontam que a dificuldade de compreensão e conceituação do tema pode nos ilustrar a complicação que é lidar com essa temática na área da saúde.

No sentido de localizar mais claramente os atos relativos à violência enquanto de delinquência, discorre-se aqui sobre as suas formas de manifestação e suas consequências. Entende-se a manifestação deste fenômeno por atos ou ameaças de furto, lesão, sequestro, homicídio. Ações que violam o corpo e a mente, o patrimônio e a circulação de pessoas e que ocorrem principalmente em espaços públicos. Os homicídios constituem-se de perdas e estas perdas levam a outros danos, pois afetam as famílias, comunidades, estigmatizam locais e pessoas e particularmente no Brasil, onde o maior número de homicídios cometidos ou sofridos se dá por e em jovens, a expectativa de vida é afetada e isso traz danos a uma sociedade que vê sua juventude sendo dizimada. Minayo (2010) classifica a inserção dos jovens nos negócios criminosos como uma das faces mais perversas da delinquência organizada, pois esta escolha se dá em uma conjuntura marcada por exclusões em diversas esferas.

Aqui o foco é a violência como propulsora dos sentimentos de medo e insegurança na vida social urbana. Relatos e episódios dessa violência atravessam o cotidiano dos dispositivos da Atenção Básica de Itaguaí e faz-se necessário buscar compreender esse fenômeno e a forma como ela se configura neste território.

A violência urbana é, muitas vezes, tratada, tanto pelo senso comum como por teorias,

como o resultado de uma revolta de determinado grupo social. Este tipo de concepção carrega em si o que Misse (2006) chama de fantasma, relacionado à associação entre pobreza e criminalidade, difícil de ser superada verdadeiramente, pois aparece inclusive em alguns discursos teóricos. O autor considera a hipótese de que existiria maior atenção à criminalidade praticada pela classe mais pobre por ela ser desenvolvida ali por meios violentos, o que chama mais atenção.

Caminhando no sentido da superação da relação simplória e insuficiente entre pobreza e criminalidade partilha-se aqui do arcabouço teórico de Misse (2006) que afirma a ocorrência dos crimes em quaisquer classes sociais, diferenciando-se apenas pelas seleções dos meios e dos cursos de ação. Nas palavras do autor:

“Quanto mais baixa for a posição social do agente criminal na estrutura de classes, mais restrita será a escala de opções na conexão entre fins, acesso aos meios e risco, e maior será a probabilidade que lhe restem riscos maiores, meios mais violentos e fins limitados por recursos em círculo vicioso.” (p.24)

No esforço de uma reflexão mais ampliada sobre as influências e contribuições de inserção nas práticas criminais, o autor sinaliza um conjunto de condições que trabalham no sentido de favorecer tais atos. Associa-se este conjunto à ideia de vulnerabilidade tão importante no debate das questões de saúde pública, concebendo-a como a exposição de pessoas em menor ou maior grau a agravos e doenças por um conjunto de fatores individuais, coletivos e sociais. E nesse sentido faz-se necessária uma diferenciação entre os conceitos de risco e vulnerabilidade, haja vista que o primeiro busca um isolamento das variáveis envolvidas em determinado fenômeno a fim de tornar mais rigorosa as associações. Aquilo que teoricamente sobra das análises de riscos diz respeito a categorias importantes de análise para a vulnerabilidade. Silva (2012 apud Ayres et al 2003, p.127), diz que ela traria então para a análise, com o objetivo de síntese, “os elementos abstratos associados e associáveis (...) à copresença, à mutualidade, à interferência, à relatividade, à inconstância, ao não unívoco, ao não constante, ao não permanente.” Misse (2006) aponta elementos abstratos a serem considerados nas análises sobre criminalidade, considerando que esta tende a se desenvolver em contextos que:

a) sejam afins a modos de operar o poder dos segmentos sociais que não operam eficientemente qualquer das formas de poder hegemônico, b) houver percepção

social de crimes não punidos dos segmentos dominantes ou mesmo de ações não criminalizadas, c) associação simbólica ao culto da violência para a construção de identidades singulares de prestígio, em meio onde há pouca visibilidade para as singularidades, d) onde houver regular privação de bens materiais ou simbólicos e cuja necessidade social seja amplamente produzida, e) amplo sentimento de revolta e injustiça social, f) indivíduos tratados, considerados ou percebidos como potenciais agentes criminais (sujeição criminal) (p.26).

No caminho da contextualização da violência urbana e no sentido da profundidade necessária a um bom debate é preciso abordar as questões estruturais do Brasil e de como essas violências se encontram. A partir do que se apresenta até aqui, é sabido que se partilha da leitura crítica e histórica da violência urbana e social, considerando o campo nos quais se originam e se reproduzem (ou não) os fenômenos sociais.

O Brasil sofre de um desmonte do recém e inacabado estado de bem-estar-social. E o Rio de Janeiro destaca-se como um dos estados mais afetados pela crise política-econômica-social que abala as políticas públicas e condições dignas de vida da população. Neste momento, as instituições políticas e de gestão estão estigmatizadas pela prática recorrente da corrupção e vive-se um cenário de desesperança social. Reconhece-se assim instituída a violência estrutural que alija direitos, oportunidades e esperanças. Este tipo de violência diz respeito às práticas dos sistemas econômicos, políticos e culturais que afetam as condições de vida da população, alijando direitos e o próprio conhecimento destes. Segundo Minayo (1994), “conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte”. Nesse sentido, a violência estrutural é o campo naturalizado das negligências concretas e simbólicas, das práticas de discriminação e preconceito e do *apartheid* social.

4.2 Medo, seus efeitos e medicalização

A violência social urbana quando mediatizada, tem sido tratada de forma sensacionalista revelando imagens e situações de crueldade que reforçam o imaginário social de risco e contribuem para a propagação do sentimento de medo. Bauman (1999) destaca na sociedade contemporânea os aspectos de fluidez e fragmentação como marcas dos modos de subjetivação, fenômeno a que denomina “modernidade líquida”. A esse fenômeno se associam as ideias de individualismo e isolamento, características a serem consideradas na

discussão sobre o medo a que o autor articula ao inusitado dos encontros na cidade, fruto do anonimato. Em psicanálise, quando o analista se refere ao medo ele o trata como angústia que, para Freud (1926), tem uma função e uma intencionalidade a cumprir: sinalizar um estado de perigo, por exemplo. Porém, identifica-se nas sociedades contemporâneas, uma hipervigilância constante que afeta a saúde mental da população e conforma uma nova subjetividade marcada pelo sentimento de medo e insegurança. O medo é um sentimento vivenciado por todos em dados momentos da vida, mas ele também adquire contornos próprios relativos aos contextos em que é vivido. Neste estudo trabalha-se com esse fenômeno de cunho subjetivo transformado em produto social, adquirindo na perspectiva de Baierl (2004), o status de “medo social” e sendo definido como um sentimento construído que afeta a coletividade e o cotidiano, que ganha espaço nas cidades e nos encontros e vem promovendo outros arranjos de sociabilidade, marcados pela desconfiança e sensação de insegurança. A sensação mais ou menos generalizada e comum é de que o cenário social e urbano é perigoso e hostil e deve ser evitado. Assustadas, as pessoas que têm poder aquisitivo costumam recorrer à segurança privada ou às tecnologias de proteção como câmeras, grades e outros meios que mais as isolam do que protegem, pois estão em alerta contínuo sobre o que é potencialmente perigoso e as ameaça.

Nesse cenário se padece diante da ameaça dos episódios, recua-se da vida social em nome dos possíveis encontros desagradáveis com a violência. Reconhece-se que essas vivências trazem um caráter hostil em si mesmo, criando entre as pessoas o medo uns dos outros, levando-as ao isolamento e o aprisionamento voluntário. No entanto, quem busca proteção em meios isolacionistas compromete a coesão social, a qualidade dos vínculos e a liberdade de ir e vir. Muitas desenvolvem transtornos de ansiedade ou têm suas vidas transtornadas pelo medo e suas imposições. Tais restrições afetam a mente e os corpos das pessoas e atuam na construção de uma subjetividade com contornos de aprisionamento (seja objetivo, pela reclusão social decorrente de riscos reais e eminentes ou subjetivo, relacionado a traumas e/ou medo de repetição de situações já vividas). A generalização da sensação de insegurança social trabalha, segundo Baierl, na gênese e na manutenção do medo, causando sentimentos de impotência e desamparo. Esse fenômeno se pode observar nos encontros e nas queixas trazidas aos serviços de atenção primária, envolvendo tanto profissionais como usuários do SUS. Baierl estudou a reação dos profissionais de saúde à demanda sobre violência na cidade de Santo André (SP), onde também sinaliza a percepção do despreparo dos profissionais para atender às demandas relacionadas. Aos conceitos estudados neste

trabalho incluir-se-á, portanto, o de “medo social” com o objetivo de refletir sobre sua dimensão e seus efeitos na saúde dos usuários e profissionais da Atenção Básica e contribuir para a perspectiva de um tipo de cuidado leve e preventivo.

Nos dispositivos de atenção primária à saúde da cidade de Itaguaí percebe-se um crescimento nas demandas por tratamento de saúde mental para pessoas com transtornos, antes mesmo de qualquer avaliação diagnóstica. O foco é o medo. Observa-se também, por parte dos profissionais, a vinculação da demanda por cuidado e atenção provocada por sensações de medo com um tipo de categorização nosológica quase imediato, indexada precipitadamente nos transtornos de ansiedade, transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –V (2013) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID X (2008)). Ou seja, a demanda de cuidado é traduzida em necessidade de medicalização. A partir dessa observação do campo, busca-se analisar as estratégias e tecnologias de cuidado direcionadas à questão em pauta e situá-las nos contextos concretos e simbólicos de atuação profissional.

Relatos e episódios dessas violências atravessam o cotidiano dos dispositivos da Atenção Básica de Itaguaí e faz-se necessário buscar compreender esse fenômeno e a forma como ele se configura neste território.

Nórte (2015) aborda em seu trabalho uma questão que corrobora com a hipótese aqui levantada da medicalização do medo e da violência social ao incentivar que se problematize qual seria outro lugar ou prática possível para as vítimas desse fenômeno que não os manuais psiquiátricos e a medicalização dos corpos. O autor propõe uma leitura contextualizada para que haja ações não patologizantes e coercitivas, mas que favoreçam o cuidado e a promoção de saúde.

O Conselho Federal de Psicologia lançou em 2010 a campanha “Não à Medicalização da Vida” e, em seu documento, aponta o medo como um dos sentimentos que passou a ser altamente medicalizado. O referido manifesto (2011, p.13) define o processo de medicalização como a transformação de questões não médicas em problemas médicos, de forma que diversas outras ordens, como as sociais, políticas e culturais ficam abafadas.

Neste estudo, pretende-se contribuir para a busca de alternativas em que usuários do sistema de saúde e os profissionais que os atendem possam se beneficiar. Não se pretende

generalizar a questão e condenar o uso de psicofármacos, mas de ressaltar que a temática do medo associado à violência social não pode ser tratada como casos desconexos, e sim como um fenômeno que exige uma compreensão também social e discursiva do problema, assim como o engajamento social em saídas possíveis em que as pessoas se fortaleçam em lugar de sentirem vítimas.

4.3 Cuidado primário

As equipes da atenção básica atuam como porta de entrada da rede de saúde dos municípios e por isso têm a função de realizar as necessárias articulações para cada demanda. De forma a orientar as práticas, a atenção básica contém os seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, construção de vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Suas equipes são multiprofissionais em saúde, sendo que há uma brecha organizativa que permite a inserção de outros profissionais em função do quadro epidemiológico, institucional e das necessidades de saúde de determinado território.

As práticas e discursos da atenção básica vêm sendo normatizadas e ganharam relevância no Brasil a partir de 2012, com a Política Nacional de Atenção Básica, quando o Ministério da Saúde, em articulação com diversos atores e movimentos sociais, determinou que suas ações devessem se orientar para a promoção e proteção da saúde, da prevenção de agravos, da redução de danos e das finalidades diagnósticas e reabilitadoras por meio de uma atenção integral e territorializada. O princípio de atenção regionalizada orienta que reconheçam as especificidades epidemiológicas e de vulnerabilidade dos diversos contextos de ação. Estas equipes devem atuar responsabilizando-se sanitariamente por territórios definidos e garantindo às pessoas maior facilidade de acesso e continuidade do cuidado. Nesse sentido, a atuação das Unidades Básicas (UBS) deve apresentar um diferencial em relação ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e centralizado, buscando centrar-se nas pessoas e na comunidade e aumentar sua autonomia na promoção de uma vida saudável.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) operacionaliza os princípios e práticas da atenção básica e também favorece a relação custo-efetividade dos procedimentos do sistema de saúde. Nela, há uma subdivisão de usuários para cada equipe, de forma que cada pessoa da comunidade onde ela se implanta vincule-se a uma equipe da ESF formada por: um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico, um

cirurgião-dentista, um auxiliar ou técnico em saúde bucal, de forma a garantir a continuidade, a coordenação e longitudinalidade do cuidado do qual ela precisa. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências e Acidentes (2002) aponta que "a assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (...)"(p.33). A mesma medida legal aborda a necessidade de capacitação dos recursos humanos, com o objetivo de promover comportamentos e ambientes saudáveis que levem em conta as características socioculturais e os fatores de vulnerabilidade das comunidades. Nesse sentido buscar-se-á contribuir com a reflexão necessária da violência e seus efeitos à saúde, promovendo um movimento orientado que possa contribuir na construção de práticas potentes de cuidado e prevenção, reduzindo a paralisação e impotência frente a estas questões. Movimentos estes que possam ser favorecidos e multiplicados pelos profissionais na direção de um cuidado integral.

O núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu com o intuito de auxiliar na identificação, gerenciamento e encaminhamentos em saúde, dando suporte às equipes da Estratégia de Saúde da Família que operam nas UBS. O NASF se configura como um ponto de articulação e responsabilização compartilhada junto à Rede de Atenção à Saúde.

Entende-se por Rede de Atenção à Saúde (RAS) o conjunto organizado de ações e serviços com diversas tecnologias e complexidades para oferecimento do cuidado integral, articulado e resolutivo à população. No município, pode-se considerar que há uma assistência por bairros que caminha pela lógica de prevenção e promoção da saúde com os profissionais atuando de forma mais integrada. Mas há bairros vinculados à unidade básica de saúde onde persiste a cultura ambulatorial, marcada pelas especialidades bem enquadradas e com pouco diálogo interdisciplinar.

Ayres (2001) aborda em seu trabalho o momento de instauração dessa nova face da atenção básica e o define como um tempo de crise e oportunidade na transposição de lógicas de atenção ainda em curso em muitas cidades brasileiras. O autor aponta a ideia de que as relações sociais são fundamentais para se pensar e se atuar em saúde, mas são de difícil transformação porque a cultura médica racionalista e prescritiva não muda de um dia para o outro.

Pensamos o cuidado primário em saúde sob a ótica de Bourdieu (1983) através do conceito de *habitus*, definido por Setton (2000) como:

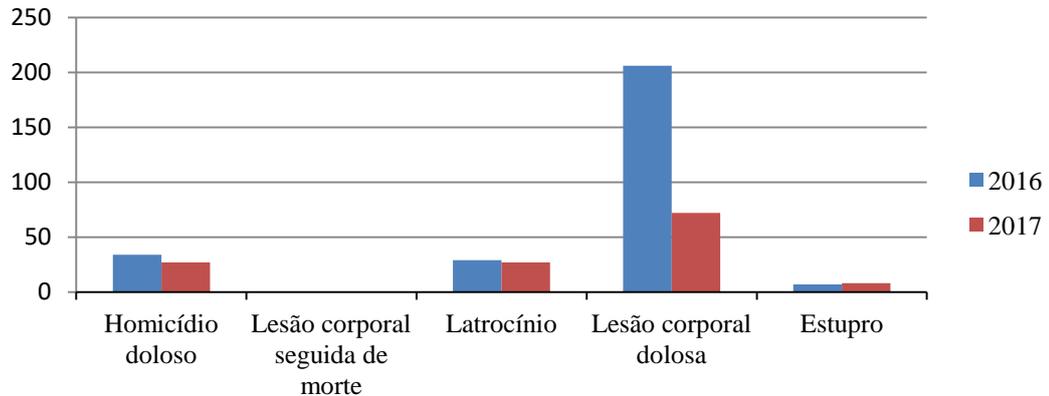
Um conceito capaz de conciliar a oposição aparente entre realidade exterior e as realidades individuais. Capaz de expressar o diálogo, a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades. *Habitus* é então concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientadas para funções e ações do agir cotidiano (p.63).

Segundo essa perspectiva, as disposições já estruturadas podem ser revistas e adquirirem novas características. Portanto, o conceito de *habitus* é fundamental para analisar a cultura de cuidado conformada nas unidades selecionadas, bem como as suas brechas a novas e necessárias perspectivas.

5 - CONTEXTUALIZAÇÃO: ITAGUAÍ, OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CIDADE E A VIOLÊNCIA URBANA NO TERRITÓRIO

A pesquisa foi realizada em Itaguaí, um município de pequeno porte, com população de 109 mil habitantes segundo o censo do IBGE de 2010. Situa-se na chamada região Costa Verde do estado do Rio de Janeiro. Itaguaí se diferencia de outras localidades do estado pelo número de serviços de saúde municipais em proporção quase semelhante à oferta de serviços privados. Uma das especificidades da atenção básica do município é a presença de psicólogos em todas as UBS e em três das que têm a ESF. A cidade localiza-se no contexto urbano do estado e está próxima às áreas periféricas da cidade do Rio de Janeiro e das cidades da Baixada do estado, marcadas pela desigualdade social e altos índices de violência. O Índice de Gini da cidade, segundo o último censo do IBGE (2010) é de 0,5004, o que aponta uma relativa melhora, pois em 2000 era de 0,5159. Esta taxa se faz relevante neste estudo por avaliar a desigualdade social na medida em que afere a distribuição de renda em determinado grupo. Quanto mais próximo de um, maior é a desigualdade da distribuição de renda. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade ainda segundo o último censo do IBGE (2010) foi de 0,715. Este indicador considera as variáveis de educação (anos médios de estudo), longevidade (expectativa de vida da população) e renda bruta per capita. As localidades mais desenvolvidas se aproximam do número 1, e as menos desenvolvidas, -do número 0. O IDH da cidade no ano 2000 era de 0,589, apontando significativa melhora também em 2010. A partir da premissa da violência como um fenômeno complexo e produzido por diversos fatores em interação, por exemplo, a qualidade da escolaridade é baixa e a inclusão pela educação é um dos aspectos fundamentais na superação da violência social. É o que mostra o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. O índice de desenvolvimento da atenção básica (IDEB) em Itaguaí não atingiu a meta da nota prevista da 4ª série ao 9º ano no último censo escolar, de 2015.

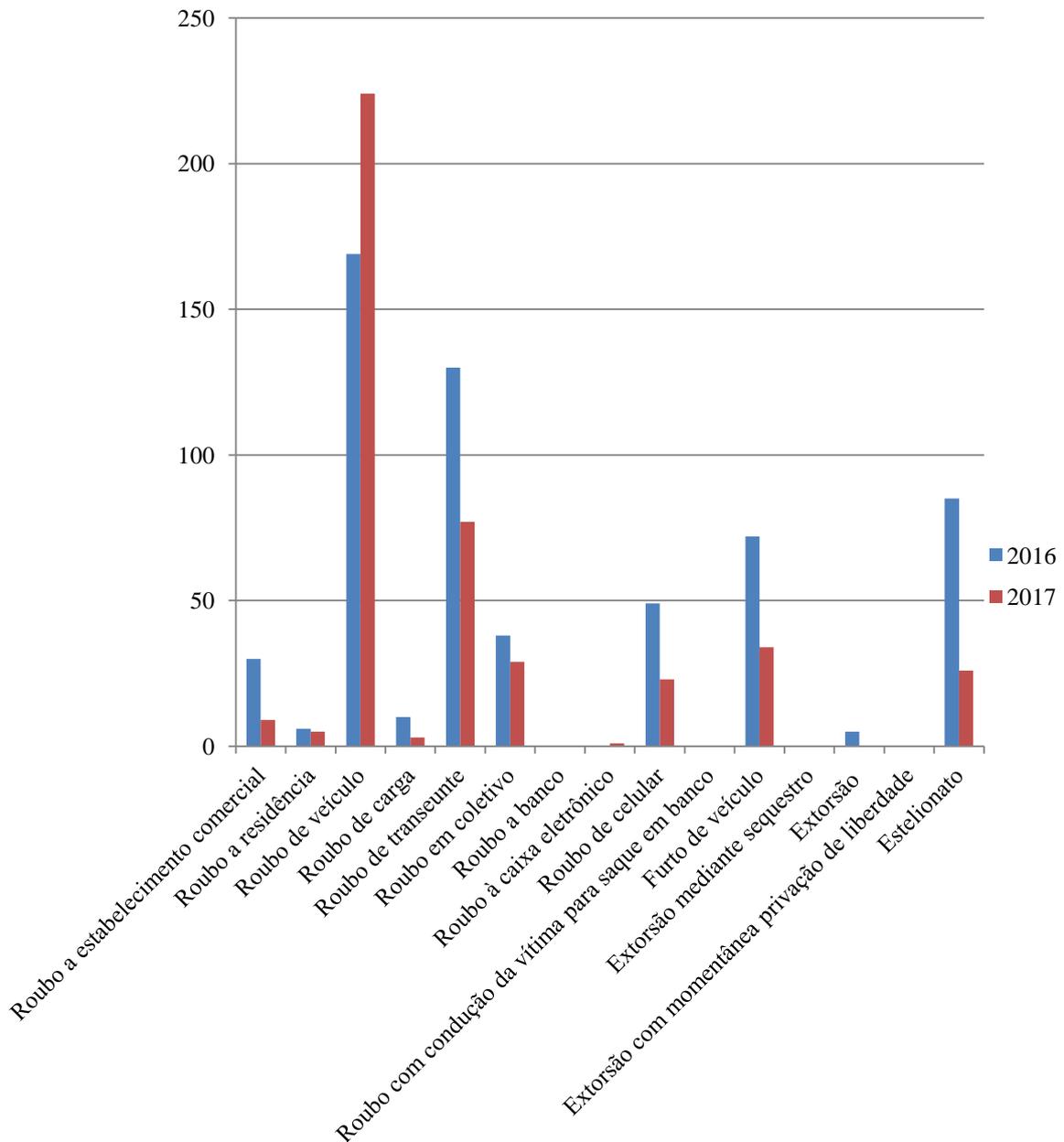
Apontam-se ainda dados sobre segurança pública da cidade, a partir do registro das áreas territoriais integradas, delimitadas pelo Instituto de Segurança Pública do estado. Itaguaí está localizada na 24ª área integrada que compreende também os municípios de Queimados, Seropédica, Paracambi e Japeri, e tem como referência a 50ª Delegacia Policial. Os dados mais recentes disponibilizados pelo Instituto, comparando os primeiros quatro meses de 2016 e 2017, as ocorrências vinculadas ao que aqui se considera violência urbana e social e ao seu enfrentamento pela atividade policial revelam o seguinte panorama.

GRÁFICO 1: TAXAS DE CRIMES VIOLENTOS DE JANEIRO A ABRIL EM 2016 E 2017

FONTE: Adaptado de ISP/2018.

Pode-se dizer que houve mudança significativa apenas nos registros dos números de lesão corporal dolosa (quando alguém intencionalmente provoca lesão em outrem), havendo uma queda importante no mesmo período do ano de 2017. Os registros de homicídio doloso (quando há intenção de matar) e a tentativa de homicídio demonstram uma ligeira queda, enquanto os dados referentes ao estupro apontam um ligeiro aumento no mesmo período de 2017. No período analisado não foram registrados casos de lesão corporal seguida de morte (quando não há intenção de matar), e de latrocínio (roubo seguido de morte ou morte para o roubo).

GRÁFICO 2: TAXAS DE CRIMES CONTRA O PATRIMÔNIO DE JANEIRO A ABRIL EM 2016 E 2017

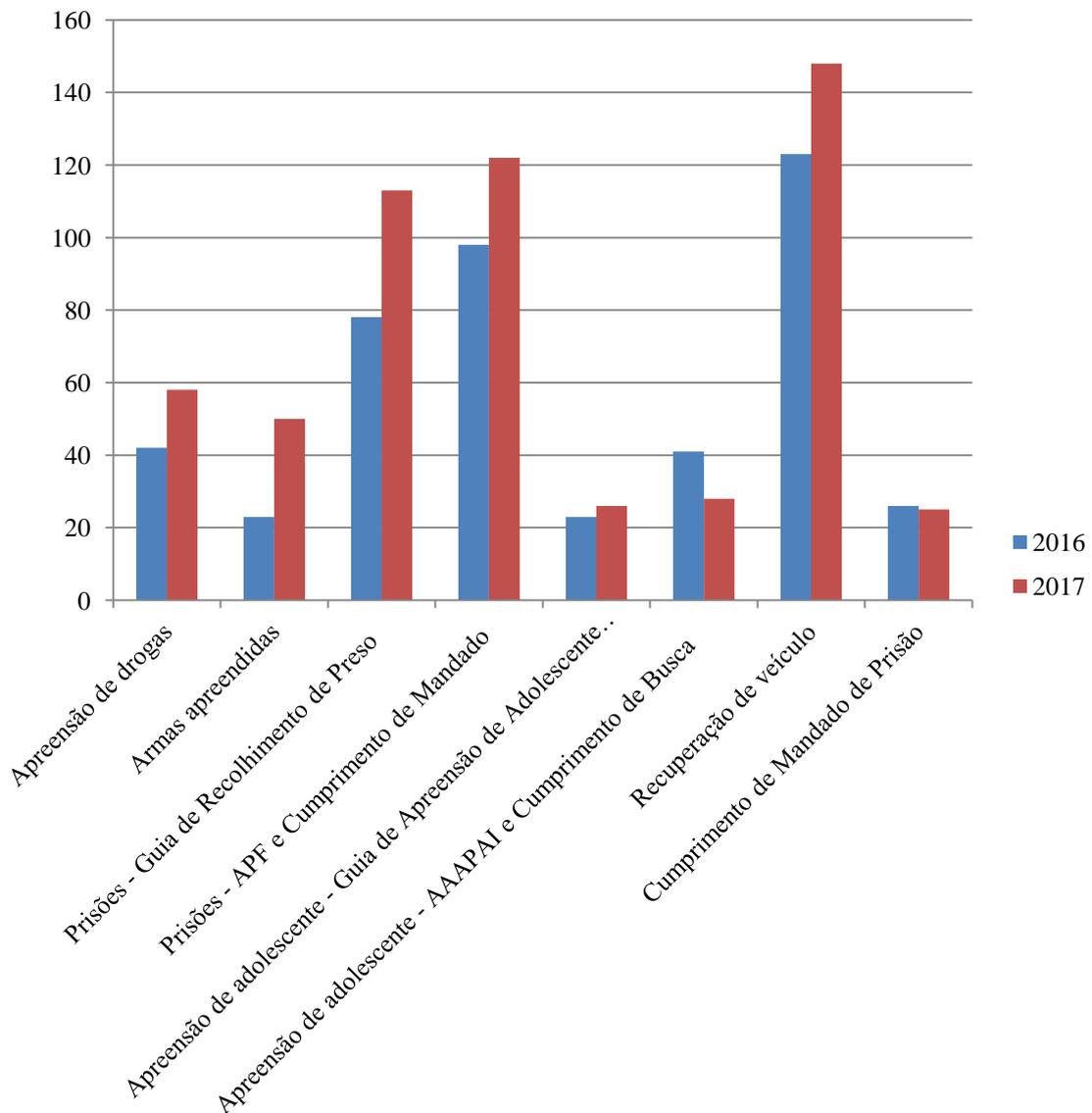


FONTE: Adaptado de ISP/2018.

Os dados referentes aos crimes contra o patrimônio demonstram maior variação no período comparado. Percebe-se que no ano de 2017 houve queda nos registros de ocorrências de todas as tipificações, exceto no Roubo de Veículos que subiu significativamente. Não houve registros de roubo a bancos, roubo com condução da vítima para saque a banco,

extorsão mediante sequestro e extorsão momentânea privação de liberdade. Pode-se inferir que a redução da desigualdade social na cidade, apontada pelo índice de Gini, possa ter influenciado no aumento da aquisição de automóveis e na circulação destes na região, elevando assim a taxa de roubos de veículos.

GRÁFICO 3: ATIVIDADE POLICIAL DE JANEIRO A ABRIL EM 2016 E 2017



FONTE: Adaptado de ISP/2018.

As categorias Apreensão de Drogas, Armas e Prisões – Guia de Recolhimento do Preso, APF (Auto de Prisão em Flagrante) e Cumprimento de Mandado - e Recuperação de

veículos foram as que mais cresceram, a categoria Apreensão de adolescente – Guia de Apreensão de Adolescente Infrator (referente às apreensões em flagrante) também aumentou. A categoria AAAPAI (Auto de Apreensão de Adolescente por Prática de Ato Infracional) e Cumprimento de busca diminuíram no período analisado de 2017, bem como a categoria Cumprimento de Mandado de Prisão, que teve ligeira queda.

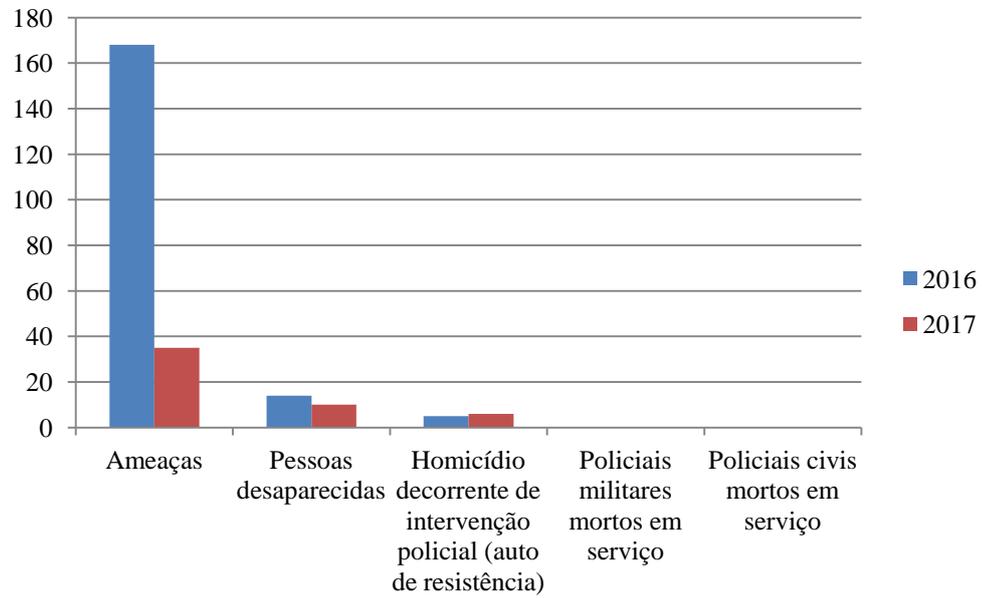
Os números referentes à atividade policial apontam um crescimento em quase todas as ações policiais no ano de 2017 (gráfico 3), o que caminha na contramão dos números dos registros de crimes (gráficos 1 e 2), que apontam a redução dos registros da maioria dos crimes.

Acredita-se que a expansão da atividade policial possa decorrer do aumento da ocorrência de crimes de tráfico, pois ações policiais como apreensão de drogas e armas, prisões e apreensão de adolescentes, estariam diretamente ligadas àqueles. Dessa forma, o gráfico 3 sugere o crescimento de atividades associadas ao narcotráfico na região.

O gráfico 2 aponta queda no número de crimes contra o patrimônio, exceto o roubo de veículo. É sabido que em regiões e comunidades com presença intensiva do narcotráfico, crimes contra o patrimônio possuem menor ocorrência – já que os próprios agentes do narcotráfico controlam esses episódios para facilitar o acesso de compradores de drogas e evitar ações policiais em seus territórios. A diminuição dessas taxas pode estar relacionada às características de territórios tomados pelo narcotráfico, como apontadas acima.

Um fator associado às características de regiões dominadas pelo tráfico de drogas que pode ter implicado a queda dos registros dos crimes violentos (gráfico 1) é a ausência de denúncia por parte das vítimas ou familiares em virtude do medo e/ou ameaça de represálias por parte dos agentes do tráfico. Destaca-se que as duas unidades de saúde selecionadas para pesquisa encontram-se em bairros com presença do tráfico, que possuem facções rivais entre si e ambos com partes de seus territórios dominados por este tipo de atividade ilícita.

Outra questão também plausível é que a sensação de medo não necessariamente está vinculada apenas ao aumento dos atos violentos e sim a muitos outros fatores, inclusive à espetacularização da mídia.

GRÁFICO 4: OUTROS REGISTROS

FONTE: Adaptado de ISP/2018.

Na categoria de outros registros não foram verificadas mortes de policiais civis ou militares em serviço. Uma queda significativa se observa em relação às ameaças, seguida de quedas discretas nos números de pessoas desaparecidas e autos de resistência no ano de 2017.

Rede de saúde do município

Em relação à rede de saúde da cidade, Itaguaí se diferencia de outras localidades do estado pelo número de serviços de saúde municipais em proporção quase semelhante à oferta do número de serviços privados, sendo a rede de saúde pública considerada ampla na quantidade e cobertura dos serviços. No nível de atenção da alta complexidade esta rede de saúde possui um hospital municipal geral, uma Unidade de Pronto Atendimento às urgências e emergências, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo um voltado às crianças e adolescentes (CAPSi), outro ao tratamento que envolve o uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad) e outro ainda voltado aos adultos com graves transtornos mentais ou sofrimento psíquico (CAPS I), um Núcleo de Atenção à Vida (NAV) que atua na questão do suicídio com psiquiatras e psicólogos e um Ambulatório de Saúde Mental. No nível da Atenção Básica existem quinze equipes Estratégias de Saúde da Família, onze Unidades Básicas de Saúde e nenhum Núcleo Atenção à Saúde da Família.

A atenção à saúde da população no município se configura, atualmente, como uma rede, entendida como um conjunto organizado de ações e serviços com diversas tecnologias e complexidades em pontos de atenção estratégicos de forma a alcançar o cuidado integral, articulado e resolutivo (Ministério da Saúde, 2010). Essa rede ainda está em transição, tanto no caráter concreto de sua cobertura, estruturas e equipamentos como no aspecto subjetivo, ou seja, na transposição da lógica de trabalho biomédica e centralizada para o fundamento regionalizado e biopsicossocial da Estratégia Saúde da Família.

Em Itaguaí pode-se considerar que há uma implementação incompleta, pois há bairros cobertos pelas estratégias que caminham no sentido da implementação da lógica de prevenção e promoção da saúde e as intervenções se dão de forma mais integrada com diversos profissionais. Mas há outros bairros não cobertos pela estratégia, pois mesmo a vinculada à Unidade Básica de Saúde, continua com uma lógica ambulatorial, marcada por especialidades bem enquadradas e com pouco diálogo interdisciplinar. Uma tentativa de articulação e iniciação do trabalho de promoção à saúde e prevenção de agravos na Atenção Básica, no que se refere à saúde mental é a recente inclusão de alguns psicólogos nas equipes da ESF, fato inédito já que essa especialidade não compõe o corpo de profissionais da ESF, de acordo com a Nova Política Nacional de Atenção Básica.

6 - METODOLOGIA

Natureza da Pesquisa

Este estudo situa-se na esfera das ciências humanas e sociais e os trabalhos desse campo se preocupam em aprofundar as tramas de significados e simbolismos construídos e atribuídos por uma população a determinado fenômeno. Ao escolher trabalhar as vivências de medo das violências sociais e pensar o cuidado dirigido a estas questões, pretende-se analisar a lógica que os usuários e os profissionais dos serviços de atenção básica têm na interpretação dessas questões. Entende-se que os significados e as dimensões simbólicas são históricas, concretas e relacionais.

A concepção teórico-metodológica compreensiva considera a realidade social em permanente construção, inserida no contexto e em interação. Essa corrente de pensamento teve suas bases estabelecidas por Max Weber que ressaltou a impossibilidade de negar a subjetividade em pesquisa social e afirmou justamente aí a possibilidade de sua objetividade, diferente da que é veiculado pelos princípios de cientificidade do positivismo. Nas palavras de Minayo (2014), a sociologia compreensiva:

É uma ciência que se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social, para chegar à explicação causal de seu curso e de seus efeitos. Em "ação" está incluído todo o comportamento humano quando e até onde a ação individual lhe atribui um significado subjetivo. A "ação" neste sentido pode ser tanto aberta quanto subjetiva. [...] A "ação" é social, quando em virtude do significado subjetivo atribuído a ela pelos indivíduos, leva em conta o comportamento dos outros e é orientada por ele na sua realização. (p.96)

Características dos bairros e Unidades escolhidas

Os critérios de escolha se deram a partir das redes de contato estabelecidas previamente e que permitiu o conhecimento das realidades destes bairros como espaços de recorrentes episódios de violência urbana. Destas Unidades se pretendia buscar vinte sujeitos para a pesquisa, com dois grupos que seriam composto por dez usuários e dez profissionais de cada espaço, porém se conseguiu realizar quinze entrevistas. Sendo dez na unidade 1 (cinco usuários e cinco profissionais) e cinco na unidade 2 (três profissionais e duas usuárias).

Escolheu-se investigar estas vivências entre os profissionais da atenção básica pela

compreensão de que estes formam o grupo de agentes mais próximos dos usuários e que compartilham a presença no território, na comunidade e nos percursos geográficos e terapêuticos.

Ouviram-se um grupo variado de profissionais da atenção básica (maiores de 21 anos), homens e mulheres, de forma a acolher a possibilidade de diversidade e amplitude dos significados das vivências e dos cuidados ofertados e buscados, dentro de uma equipe de trabalho - com pelo menos um ano de pertencimento àquela equipe e àquele território. Considerando o tempo de pesquisa e o maior acesso de adultos às unidades de Atenção Básica de Itaguaí, escolheu-se entrevistar entre os usuários somente adultos maiores de 21 anos. Nos grupos de usuários foram abrangidos homens e mulheres, embora elas estejam em maior número. Os interlocutores para a pesquisa foram buscados a partir da apresentação da pesquisa de forma geral nas salas de espera da primeira unidade, onde se fez o convite para uma apresentação mais detalhada em espaços reservados do dispositivo, considerando o cuidado necessário para a abordagem do tema e do risco de exposição dos participantes em seus bairros. Reconheceu-se que existem normas de silenciamento destas questões em algumas comunidades com histórico de violência urbana e que a abordagem dessas questões causaria desconforto e medo em alguns casos.

Facilidades e dificuldades do trabalho de campo

Na segunda unidade escolhida para a pesquisa, os usuários interlocutores foram indicados pela psicóloga do serviço que sinalizou a alta demanda de encaminhamentos que vinha recebendo para tratar de pessoas com medo e transtornos de ansiedade. Houve também, por uma decisão de cautela da entrevistadora, a opção de não apresentar a pesquisa em salas de espera onde havia o reconhecimento da circulação de pessoas armadas e envolvidas com o tráfico local.

Abordar os efeitos da violência em territórios com recorrentes episódios do fenômeno exigiu da pesquisadora uma postura cautelosa. Houve usuários receosos em aceitar participar da pesquisa, pois temiam ser identificados e sinalizavam também a preocupação dos relatos serem levados às competências de segurança pública, o que trazia a princípio uma relação de desconfiança para com a pesquisadora. O campo trouxe o reconhecimento de características visíveis, já conhecidas e compartilhadas por todos e outras mais específicas, menos visíveis ou mesmo escamoteadas ou silenciadas pelos códigos de convivência e relações sociais locais.

A primeira unidade para a pesquisa foi definida pelo reconhecimento local de que no momento atual pode ser considerada uma das regiões mais afetadas pela violência. É nela que a pesquisadora trabalha. No Bairro dessa unidade de saúde acontecem episódios esporádicos de tiroteio. E esse fato à primeira vista, parece ser banalizado pela equipe, inclusive quando há Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na rua. Porém, durante a pesquisa essa naturalização do fenômeno da violência foi adquirindo outra feição. Foi quando a pesquisadora passou a compreender tais atitudes como formas de resiliência. No entanto, não se recuou diante da necessidade percebida de abordar tais temáticas de forma a se construir estratégias de cuidado mais adequadas para os usuários ou para os profissionais, particularmente no caso dos ACS, tão expostos quanto os primeiros.

A chegada à segunda unidade de pesquisa se deu através dos apontamentos de uma profissional psicóloga em reunião de equipe com profissionais de todos os territórios da cidade, na qual ela sinalizou as dificuldades encontradas pelos profissionais da sua equipe no manejo das situações de violência e no cuidado com as pessoas afetadas. Uma das questões referidas era sobre a medicalização de crianças que não conseguiam sair de casa e ir para a escola por causa do medo. Esta profissional relatou um aumento significativo nos encaminhamentos que recebia e a mesma queixa se repetia.

Aqui, os profissionais entrevistados na unidade foram uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e a coordenadora administrativa do serviço. As duas usuárias entrevistadas buscaram a unidade para acompanhamento psicológico, uma para si e outra para os filhos em decorrência de situações associadas à violência. A unidade de saúde é próxima à Secretaria de Saúde e devido a essa proximidade, a unidade recebe recorrentemente encaminhamentos de funcionários da Secretaria, como no caso dessas usuárias. Chegou-se a essas interlocutoras através da indicação da psicóloga da unidade e houve, assim, uma seleção de usuários mais diretiva, pois foram indicadas pessoas que já se tratavam por questões das violências, diferentemente da Unidade 1. Nela, os usuários foram selecionados por conveniência, através de convite nas salas de espera.

Durante a pesquisa notou-se também um direcionamento das notícias sobre ocorrências de violência urbana de diferentes áreas da cidade. Ou seja, diante da apresentação da pesquisa e das visitas às unidades, as pessoas passaram a narrar esses acontecimentos à pesquisadora, revelando um lugar de reconhecimento da pesquisa e de um espaço de confiança para abordar a temática, por vezes silenciada dentro da própria equipe.

Método de Abordagem

Na abordagem da temática escolheu-se utilizar a concepção de vivência por tratar-se da forma como as pessoas interpretam as experiências vividas. Minayo (2010) esclarece em seu trabalho sobre os conceitos estruturantes da investigação qualitativa, que a experiência narrada já vem interpretada pelo próprio sujeito, influenciado pela cultura e por emoções e experiências anteriores. Nesse sentido, ao se buscar o acolhimento ou o tratamento para uma pessoa que passou por algum ato de violência e gerou medo, o profissional se depara não com uma verdade essencial e sim com a versão dela sobre o acontecimento. As vivências são singulares, pois resultam das interpretações pessoais, a partir de uma história biográfica singular. Mas, seus significados podem ser compartilhados, pois as experiências são comuns e portam aspectos culturais dos grupos, comunidades e da sociedade em geral. Portanto, ao se analisarem as vivências busca-se acessar àquilo que já se traduziu da experiência, ou seja, o que se pode dizer como “verdade da própria pessoa”. As vivências relacionadas ao medo e à violência social não adquirem necessariamente significações patológicas ou traumáticas, mas podem se agravar de acordo com a elaboração das experiências, particularmente quando o meio social contribui para isso com narrativas e discursos catastróficos e negativos. Ao profissional de saúde cabe se indagar sobre como ouvir e compreender as pessoas e contribuir para um ambiente mais saudável e menos discriminatório. As vivências foram as categorias usadas para interlocução e análise das experiências de usuários e profissionais de saúde acerca da violência urbana com o objetivo de dar espaço ao relato e à reflexão dessas experiências e possibilitar que uma interpretação de primeiro nível (a deles) pudesse fundamentar uma compreensão e interpretação de segundo nível, o que é ônus do pesquisador.

Entrevista semiestruturada/gravação/TCLE e Observação Participante

Utilizou-se a técnica da entrevista na sua forma semiestruturada (Minayo, 2014) como fonte de informações provenientes dos usuários e dos profissionais da atenção básica do município de Itaguaí. Nelas foram abordadas as vivências de medo da violência social e se buscou conhecer as estratégias de cuidado e apoio encontradas por ambos os grupos do estudo. As entrevistas foram acompanhadas por um processo intenso de observação participante (Velho, 2003), voltada para as relações e as práticas dos profissionais entre si, desses com os usuários e dos usuários entre si, a respeito do tema em pauta.

Foi esclarecido a todos os participantes acerca do sigilo das informações prestadas e do ensejo de que estas somente seriam efetuadas mediante um nível considerável de conforto,

em espaço resguardado e tranquilo para as entrevistas. Quando necessário, a proposta foi revista, analisada e incorporadas contribuições dos participantes, tanto quanto aos riscos do estudo como em relação às questões tratadas.

Esta pesquisa seguiu as normas e preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa e utilizou o Termo De Livre Consentimento Livre e Esclarecido garantindo aos sujeitos da pesquisa o esclarecimento sobre a investigação a ser realizada, seus riscos e benefícios, garantindo também que a participação fosse livre e consciente destes. De forma a garantir a não identificação dos sujeitos da pesquisa utilizamos nomes fictícios nas falas trazidas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP sob o parecer número 66517617.1.0000.5240

Operacionalização da Pesquisa

O trabalho de campo foi realizado no período de junho a setembro de 2017. Os temas abordados nas entrevistas foram as vivências de violência de usuários e profissionais, o sentimento de medo e as formas de tratamento direcionadas a essas questões. Para tanto, também se abordou o lugar do cuidado na Atenção Básica e as concepções e estados de saúde dos sujeitos da pesquisa. Investigou-se as temáticas da violência e do medo nos roteiros de profissionais e usuários, porém, houve uma diferenciação nos outros quesitos da pesquisa, pois com os profissionais buscou-se vislumbrar o cuidado direcionado às questões e os efeitos desses atravessamentos nas práticas de trabalho e com os usuários desejou-se analisar o cuidado recebido nessas situações.

- Características dos bairros, unidades escolhidas e critérios de escolha dos sujeitos da pesquisa

Bairro 1

No momento do início da pesquisa no Bairro 1, a unidade tinha sua coordenação realizada por duas enfermeiras das áreas de abrangência do território, fato que era visto e colocado como provisório. A equipe de profissionais e os usuários do Bairro 1 encontravam-se com dificuldades relativas ao espaço físico da unidade, visto que foram inseridos em uma UBS em novembro de 2016, com a qual dividiriam o espaço e que, segundo a gestão, também seria uma situação provisória. Os cinco profissionais entrevistados foram: uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma técnica de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde, todas

mulheres. Esta equipe possui apenas dois homens em seu corpo técnico, sendo um médico e um auxiliar administrativo.

Bairro 2

Bairro localizado próximo ao centro da cidade, com duas escolas (nível fundamental e médio), uma Unidade Básica de Saúde, um ambulatório de odontologia e um de saúde mental que cobrem toda a cidade. A equipe da UBS é composta por médicos, pediatras, ginecologista, dentistas, fisioterapeutas, psicólogo, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos e coordenação. A psicóloga da unidade foi a ponte de acesso à unidade e aos , visto as especificidades da região. Nessa unidade as entrevistas foram feitas de forma menos espaçada, houve menos visitas, considerando-se alguns riscos envolvidos, como a iminência de tiroteios e a circulação de pessoas armadas na unidade.

No momento do trabalho de campo foi levantado um perfil dos atendimentos da psicóloga nos últimos seis meses referente aos altos números de situações vinculadas à violência que vinha recebendo durante no ano de 2017. Dos 84 usuários em tratamento ou em algum acompanhamento pela profissional no primeiro semestre de 2017, 19 são casos associados às violências (encaminhados por outros profissionais ou por demanda espontânea).

Crítérios de análise

Todas as entrevistas realizadas foram incluídas no estudo, pois foram considerados pertinentes à pesquisa todos os conteúdos trazidos pelos 15 participantes. O conteúdo das entrevistas configurou-se como unidade de análise e as unidades de saúde foram tratadas como unidades de contexto.

Esse estudo tem como pressuposto que os complexos fenômenos da violência e do medo social têm sido abordados e acolhidos pela atenção básica sob a lógica biomédica. Conforme inferido em nossas hipóteses, observa-se que as práticas de cuidado inclusive da Atenção Básica (definida e idealizada para atuar preventivamente) têm isolado a dimensão social da produção e persistência do fenômeno e pouco tem sido investido em estratégias de prevenção e no uso de apoio mútuo e acolhimento mais compreensivo e de forma colaborativa. Portanto, na investigação das formas com que esse cuidado acontece nas unidades de pesquisa desse estudo é necessário que se discorra sobre a categoria “Cuidado em saúde na Atenção Básica e seus pormenores”.

Análise das entrevistas

Foi realizada uma análise de conteúdo temática (Bardin, 1997) em que os tópicos mais relevantes ou focos de sentido trazidos pelos participantes foram tratados, ordenados, classificados e confrontados com o material teórico já estudado ou com referências novas que se fizeram necessárias (Minayo, 2015).

Os seguintes passos foram seguidos na análise das entrevistas: preparação das informações (seleção da amostra pertinente ao estudo e decodificação do material), transformação do conteúdo em unidades (definição sobre o que utilizar do material para a análise), categorização (delimitação das categorias e subcategorias temáticas), descrição (síntese do conjunto de significados das unidades de análise e contexto) e interpretação (possíveis inferências).

7 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da transcrição completa das entrevistas e a da leitura em profundidade e intensiva do material localizaram-se as seguintes categorias e subcategorias temáticas para o estudo:

Cuidado em Saúde na Atenção Básica - diante da diferenciação de abordagem desse quesito entre usuários e profissionais apontada e justificada acima, nesta categoria desenharam-se subcategorias diferenciadas para cada grupo de interlocutores, configurando-se da forma a seguir. Entre os **usuários**: Acesso à Atenção Básica e Relação com a Unidade de Saúde (Por quais motivos se busca a unidade e como se dá esse cuidado), Concepção de Saúde (Significados de saúde) e Estados de Saúde (autoavaliação do estado de saúde no momento da pesquisa). Entre os **profissionais** se obtiveram as seguintes subcategorias: Atenção Básica adscrita e real (O contrassenso entre a proposta política da Atenção Básica e o quadro atual desse nível de cuidado), O profissional (Especificidades e dificuldades do trabalhador da Atenção Básica) e Estados de Saúde.

Vivências da violência e do medo dela, com as seguintes subcategorias: Concepções e explicações das violências (Diversidade de significados e formas de compreensão) Vitimizações, efeitos e estratégias (Vivências de violências, sentimentos despertados e táticas adotadas), Violência urbana (O que é, especificidades e configuração no município) e Atores da violência e grupos vulneráveis (Quem comete a violência e grupos concebidos como de maiores riscos).

Proposições, com as seguintes subcategorias: Âmbito macro de intervenção, Possíveis contribuições da saúde e Fatores relevantes no âmbito pessoal/privado.

FIGURA 1 – QUADRO COM AS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS E PERFIL DOS INFORMANTES

| | | |
|---|--|--|
| <p>Unidades de registro e sujeitos da pesquisa</p> | <p>Profissionais</p> <p>Bairro 1 – 5 profissionais (1 enfermeira, 1 fisioterapeuta, 1 técnica de enfermagem e 2 ACS). Faixa etária: de 27 a 41 anos.</p> <p>Bairro 2 – 3 profissionais (1 psicóloga, 1 técnica de enfermagem e 1 coordenadora administrativa da unidade de saúde). Faixa etária: de 38 a 58 anos.</p> | <p>Usuários</p> <p>Bairro 1 – 4 mulheres e 1 homem. Faixa etária: 40 a 60 anos.</p> <p>Bairro 2: 2 mulheres. Faixa etária: 23 a 34 anos.</p> |
| <p>Cuidado em saúde</p> | <p>AB adscrita e real</p> <p>O profissional</p> <p>Estado de Saúde</p> | <p>Acesso à Atenção Básica e Relação com a Unidade de Saúde</p> <p>Concepção de saúde</p> <p>Estado de saúde</p> |
| <p>Vivências da violência e do medo dela</p> | <p>Concepções e explicações</p> <p>Vitimização, efeitos e estratégias</p> <p>Violência social urbana</p> | |
| <p>Prevenção</p> | <p>Âmbito macro</p> <p>Contribuições da saúde</p> <p>Esfera interpessoal</p> | |

Cuidado em Saúde

Acesso em saúde

Notam-se diferenças quanto ao acesso e às relações estabelecidas entre as duas unidades de saúde, particularmente nos objetivos buscados. No Bairro 1, a unidade é procurada para procedimentos básicos no cuidado à saúde (consultas e exames), para a busca de informações sobre saúde, e também para a convivência com os profissionais de saúde. Um usuário idoso relatou as mudanças no corpo de profissionais da unidade e recuperou dados históricos não trazidos pelos profissionais. Nota-se um testemunho afetivo dessas alterações, quando se sente falta dos profissionais antigos e leva-se um tempo para se acostumar às novidades.

“Ah, eu venho para verificar a pressão, para aferir a glicose e bater um papo com as enfermeiras até o horário do almoço e ir para casa...Hoje eu tô melhor. Depois falei com Sônia para dar uma olhada na pressão que ela estava ocupada que ela está sozinha hoje. Aí eu chego aqui e nem coisa, eu fico esperando eles acabarem tudinho para depois ver a minha pressão..Já conheço todo mundo, fora os que saiu. Dos meus tempos antigos já saiu todo mundo. Vou acompanhando tudinho.” (Julio, usuário de 60 anos).

Esta fala aponta o vínculo que Cecílio (2003) classifica como um conjunto das necessidades de saúde, pois “se refere à insubstituível criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe ou um profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do sistema de saúde para o usuário. A reconceituação aqui é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa: encontro de subjetividades.” (p.119)

Esse usuário possui dificuldades de enxergar por causa de complicações da diabetes e frequenta a unidade todos os dias no mesmo horário. Essa presença já havia sido observada antes do início da pesquisa e na entrevista. A Unidade de Saúde revelou-se como um lugar seguro para socializar, visto que a circulação do usuário pela cidade está prejudicada pela perda gradativa da visão. Porém, observou-se que o fato desse senhor ser figura conhecida pela equipe e sua presença estar naturalizada por todos traz um efeito de não reconhecê-lo

como usuário que possa estar com novas demandas. Inclusive, isto se deu com a pesquisadora que, apesar de vê-lo e interagir com ele todos os dias (de trabalho e de pesquisa) demorou para reconhecê-lo como possível interlocutor e apresentar-lhe o convite para participar da pesquisa.

Ainda nesta unidade, a pesquisadora observou através dos convites à participação na pesquisa e no decorrer das entrevistas, uma demanda latente pelo cuidado em saúde mental. Algumas pessoas aceitaram o convite para conversar com uma psicóloga e discorrer sobre suas questões e angústias pessoais, pois entenderam tratar-se de um atendimento. Nesses casos houve primeiramente um acolhimento dessas questões e em um segundo momento abordou-se a participação nas entrevistas. Buscou-se preservar os conteúdos trazidos que não tinham relação com a pesquisa e que precisavam de direcionamentos de cuidado.

No Bairro 2, os profissionais entrevistados na unidade foram uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e a coordenadora administrativa do serviço. As duas usuárias entrevistadas buscaram a unidade para acompanhamento psicológico, uma para si e outra para os filhos em decorrência de situações associadas à violência. A unidade de saúde é próxima à Secretaria de Saúde e devido a essa proximidade, a unidade recebe recorrentemente encaminhamentos de funcionários da Secretaria, como no caso dessas usuárias. Cheguei a estas interlocutoras através da indicação da psicóloga da unidade e tive assim uma seleção de usuários mais diretiva, pois foram indicadas pessoas que já se tratavam por questões das violências, diferentemente do Bairro 1, onde selecionei os usuários através do convite nas salas de espera.

Concepção de saúde

Com o objetivo de vislumbrar o alcance das concepções de saúde e as possíveis críticas do fenômeno da medicalização, considerou-se importante compreender as concepções de saúde dos interlocutores. Foi possível recolher diversificadas concepções, umas mais simplórias, outras mais complexas. Notou-se que a saúde e o cuidado foram vinculados ao ato de tomar remédio e apenas para uma usuária a concepção de saúde denotou uma característica de conjunto, composta por diversos fatores, ilustrada na fala a seguir:

“Olha, porque são problemas respiratórios, muitas vezes são dores na coluna. Não sei se devido à idade ou por ter trabalhado muito jovem...Quando eu era criança má alimentação e agora eu acho que eu colho os frutos de tudo isso. Aí desempregada

também, acaba ficando nervosa porque junta o estresse de não conseguir emprego. Enfim, são vários itens, muitos mesmo.” (Rosana, usuária de 50 anos)

Esta usuária utilizou a entrevista como forma de amplificar o alcance de suas falas, expressando a vontade de que suas queixas chegassem a autoridades e órgãos públicos:

“Indignada mesmo, revoltada. Mas o povo não tem vez, não tem voz. Mas infelizmente o que eu estou falando para você aqui que se fosse lá para Brasília seria até legal, é, mas infelizmente...” (Rosana, usuária de 50 anos)

Estados de saúde dos usuários

Quanto às condições de saúde, os usuários as consideraram boas, e houve uma ambivalência das respostas no caminhar das entrevistas. Estados depressivos e ansiosos importantes, sobrecarga de trabalho, acúmulo de funções (trabalho formal e doméstico), preocupação consigo e com familiares, dependentes financeiramente, e negligência com agravos físicos em seus corpos foram trazidos principalmente por mulheres entre 50 e 55 anos no decorrer das entrevistas. Problemas conjugais e dificuldades de falar deles com os médicos foram apontados, e acredita-se que esta abertura se deu pelo lugar da pesquisadora enquanto psicóloga. Nesses casos, foram dadas às usuárias as devidas orientações profissionais, respeitando o sigilo dos conteúdos específicos das entrevistas.

Diante do exposto salienta-se a ênfase em questões femininas e a pouca representatividade masculina no estudo, o que corrobora a dificuldade de acesso às questões desse gênero nos estudos da área da saúde. Em geral, os homens frequentam menos as unidades, sobretudo as de cuidado primário, conforme apontam Figueiredo (2005) e Gomes (2007). No entanto, os que aqui ganham visibilidade são homens, jovens e adolescentes envolvidos no tráfico de drogas. Assim como os moradores da localidade, eles também têm medo. Temem retaliações da polícia que pode abordá-los na unidade de saúde, bem como a denúncia dos profissionais aos agentes da lei. Esse medo é narrado pelas parceiras, mães, amigas e outras que buscam a unidade e são mensageiras de suas demandas. A maior parte dos pedidos que elas transmitem são de material para curativos decorrentes de ferimentos de conflito ou fuga. Muitos homens, ou os meninos que se encontram no Departamento Geral de Ações Educativas (Degase), também são portadores de doenças infectocontagiosas adquiridas

no período em que estiveram na prisão. Tais questões, em geral são colocadas pelas parceiras (moças jovens) que, a pretexto, buscam remédios para si. Diante das queixas que elas explicitam, os profissionais as orientam na aplicação de medicação. É o caso, por exemplo, dos homens que portam algumas DST e precisam ser tratados. Em relação à saúde mental desse grupo, Albuquerque, Barros e Schraiber (2013) apontam a dificuldade de colher dados sobre os efeitos da violência na saúde mental dos usuários masculinos, porque suas demandas podem não aparecer espontaneamente ou não serem acolhidas pelos profissionais, com pouca atenção para diagnosticar agravos desse tipo.

As entrevistadas usuárias do Bairro 2 avaliaram a própria saúde como boa, apesar de relatarem estresses ocupacionais vivenciados pela exposição que experimentam em seus cargos, na medida em que precisam atender às demandas de saúde da população e se veem diante dos efeitos de uma má gestão dos recursos. Uma delas apontou os abalos que percebia em sua saúde mental por causa das situações de violência e a outra se encontrava em terapia na unidade após episódios de assaltos e suas consequências em sua vida. No caso das usuárias, a terapia foi salientada como o cuidado necessário a esta demanda. Aqui se destacou o fato de que as usuárias, como profissionais da secretaria de saúde possuísem certo nível de entendimento do cuidado adequado de que precisavam.

Atenção Básica – lugar adscrito e realidade

As narrativas e propostas das resoluções legais foram avaliadas como coerentes e bem elaboradas pelos profissionais. No entanto, todos apontaram a lacuna existente entre o lugar prescrito pelas portarias e documentos e a realidade local, revelando uma crítica à configuração atual da Atenção Básica naquele bairro. Segundo os profissionais da Estratégia de Saúde de Família do Bairro 1 os principais motivos da ineficácia são: 1) o perfil agravado dos usuários (e a conseqüente prevenção prejudicada) e o movimento cíclico de “apagar incêndios” e 2) os problemas de gestão da cidade, com pouco investimento na qualidade dos programas de prevenção à saúde, ainda que a cobertura desse nível de atenção tenha sido considerada positiva no município, ou seja, há boa extensão dos serviços.

Em relação à violência, na visão dos profissionais, a Atenção Básica ocupa um lugar que facilitaria o acesso e a construção de trabalhos preventivos e de tratamento com os agentes da violência ou pessoas que sofrem por ela. Porém, este mesmo lugar de proximidade está marcado por medos mútuos (dos autores e vítimas da violência para com a saúde e da saúde para com eles) e produz um distanciamento.

“Hoje a gente não sabe mais quem é quem...Aquele vínculo principal, eu vou na casa da Maria toda semana. Eu já sei quando a Maria está de bom humor, já sei quando a Maria está de mal humor, sei quando a Maria está assim. Mas a violência na região mudou a Maria...E isso mudou o nosso comportamento. Porque a gente é como se fosse uma família: ‘ah, eu sei quais são os comportamentos da minha irmã porque eu convivi com ela’, mas aconteceu alguma coisa traumática que mudou a minha irmã. Então hoje eu não teria mais a confiança de dizer ‘a minha irmã são seria capaz de fazer isso’...A violência chegou num estágio tão alarmante que mudou as pessoas e cortou o vínculo.” (Elisa, ACS)

Todos os profissionais referiram uma rede de cuidados desarticulada e salientaram que serviços como CREAS e Conselho Tutelar pouco atuam no bairro o que lhes parece efeito do medo pela proximidade do tráfico. Esse medo pode ter sido expandido pelo imaginário do desconhecido, mas também é real, pela atualidade de violência armada no local. No entanto, é importante sinalizar que os serviços apontados pelos profissionais carregam em si perfis delicados de atuação em relação à temática da violência, pois lidam com notificações e denúncias e possuem um acesso maior ao âmbito jurídico, o que pode ser confundido como serviços policiais e essa imagem lhes trazer riscos. Esse é mais um fator de distanciamento.

Diante dos limites de atuação colocados pelas equipes de saúde a sua própria atuação, as práticas de orientar, acolher, informar e “dar receita” foram descritas como as principais ações de trabalho pelos profissionais. No entanto, todas as narrativas vieram acompanhadas de um sentimento e mesmo de falas de impotência e do desejo de realizar outras ações, sobretudo de aproximação e cuidado para com “os meninos envolvidos com o tráfico de drogas”. Uma enfermeira (Bairro 1) faz um relato que exemplifica essa questão:

Todos os tipos de violência, Violência contra o idoso, violência contra a mulher, violência relacionada a drogas e violência contra criança. E a gente tenta agir com o maior profissionalismo possível... Tenta trazer o agressor, a pessoa que comete a violência porque às vezes quem comete a violência precisa tanto de você como quem foi violentada.

Quando é relacionada à droga você não pode encaminhar. Você tem que tentar acolher aqui, resolver mais ou menos o problema, prestar assistência e cuidados, uma conversa que seja, e depois tem que liberar. Você não tem como manter o

acompanhamento. Às vezes eles não saem nem da região, são foragidos de outros lugares e estão aqui.

Ao narrar a situação e ser indagada sobre como podia dar seguimento a essas questões, a enfermeira descreveu a sua forma de lidar com isso, como se percebe na sua fala:

“Eu acho que a gente deveria prestar bastante atenção a esses casos, o que é um pouco difícil por conta do medo. Eu tenho que encarar da melhor forma, eu tento às vezes levar na brincadeira, agradar pra ver se você consegue chamar talvez para alguma outra coisa, mas é difícil por conta do medo. Você nunca sabe se vai pegar uma pessoa que vai aceitar ou que não vai aceitar”.

Para uma atuação mais condizente com os preceitos da Atenção Básica foi apontada pelos próprios profissionais a necessidade de mais palestras, terapia (aqui entendida como uma escuta qualificada dos usuários que pode e inclusive deve ser multiprofissional e voltada à integralidade) e mais informação sobre os processos de saúde e doença. Ou seja, a própria equipe reconhece os pontos de fragilidade do trabalho e indica fatores de caráter mais coletivo que poderiam auxiliar na melhoria dos indicadores de saúde do bairro. Uma agente de saúde salienta um ponto fundamental em um trabalho de equipe:

Não estão sendo feitas as reuniões, foram feitas por um período. Essa troca de informação nunca teve, de sentar e fazer aquela reunião de equipe que é para traçar o plano de cuidado do paciente.

Dessa forma, pode-se afirmar que a equipe reconhece a limitação ao serviço originada por causas externas, ligada ao local onde está inserida e à negligência estrutural relativa à gestão pública, e interna, relativas ao modo de funcionamento da própria equipe, podemos dizer, ao *habitus* (Bourdieu, 1997) ali configurado.

A estrutura da Atenção Básica do Bairro 2 caracteriza-se por ser uma UBS, com equipe de 40 profissionais, com escalas de trabalho de dois a três dias. A assistência é marcada pela lógica ambulatorial com poucas trocas profissionais. A rotatividade dos profissionais e a carga horária baixa foram apontadas como fatores que prejudicam o estabelecimento das trocas e articulações.

Assim como no Bairro 1 foi descrito pelos profissionais um perfil de usuário agravado e medicalizado que prejudica a implementação de ações do cuidado primário em saúde.

“Então já tá todo mundo no ponto do limite. Todo mundo precisa do remédio pra hoje. Todo mundo precisa do exame pra hoje. Todo mundo precisa daquela cirurgia de hérnia que já está assintomática pra ontem, que era para o ano passado, ano retrasado, então ele já tá no último limite dele.” (Carla, coordenadora de UBS 36 anos).

Nessa questão percebeu-se, por um lado, uma empatia dos profissionais em relação às vivências de urgências dos usuários que por vezes se manifestam de formas grosseiras ou violentas. E por outro um efeito de descarga agressiva dos profissionais para com os usuários diante das atitudes grosseiras e/ou violentas, dado o estado emocional que também se encontravam. É como se a agressividade do usuário atualizasse a angústia de já se estar imerso à violência/ ser morador e trabalhador do local. Nesses casos a agressividade ou formas violentas de comunicação pareceram abalar um dos poucos ou talvez o único espaço não permeado pela violência, a subjetividade enquanto trabalhador – o que beira o insuportável e responde na mesma moeda.

“Eu estou vivendo dentro dela, se eu estou combatendo contra ela, eu cheguei a cometer uma agressão. Eu gosto do que eu faço. Se eu tivesse que fazer hoje eu faria melhor. Eu procuro que todo mundo me veja sorrindo, alegre, mas naquele dia. Eu não sei se foi o momento, o município, a cidade está abandonada. Estamos à mercê de qualquer um... Para onde você anda, [dirige-se à pesquisadora], bandido está de fuzil e pistola na mão. Eu moro aqui, menina.” (Marta, Técn.Enfermagem, Bairro 2)

Percebeu-se o quanto a prática da medicalização cala e silencia vivências que por si – nos casos das situações associadas à violência – já obrigam os sujeitos a calar-se diante dos próprios medos. Acredita-se que tais vivências poderiam ser acolhidas de formas mais brandas e, para tanto, seria preciso dar lugar a elas. Os efeitos traumáticos calados e silenciados trazem sintomas corporais importantes para os sujeitos e isto pode mais uma vez mascarar as demandas psíquicas.

O profissional da ABS

Na discussão sobre o profissional da Atenção Básica foi apontada a necessidade de um olhar sistêmico de todos os profissionais do Bairro 2, pois seria ele que permitiria garantir os preceitos de prevenção e integralidade desse nível de atenção. A psicóloga entrevistada relatou práticas sistêmicas, mas apontou a dificuldade no que chamou de “ginástica da Atenção Básica” referindo-se ao perene e necessário exercício de despir-se de suas questões e compreensões pessoais na busca de uma melhor escuta integral do outro.

A coordenadora da unidade relatou situações estressoras quanto à gravidade de algumas situações clínicas que ali chegam e demandam outro tipo de atenção, mas as situações narradas apontadas como as mais difíceis de serem manejadas foram as associadas à violência e que envolvem riscos à integridade dos trabalhadores e usuários, incluindo a dela própria. São episódios de tiroteio e iminência de confronto, os quais demandam decisões urgentes da profissional e que lhe trazem intensa angústia.

“Então é um momento tenso. É um momento em que você tem que tomar atitude com respaldo pensando na saúde do profissional, pensando numa série de coisas, pensando no seu emprego, pensando na vida. (...) É muita coisa pra administrar. Emocionalmente é muita coisa pra administrar. E pouco tempo pra você pensar.. Ainda tem isso, a decisão tem que ser rápida. (Carla, 36 anos)

Os profissionais da ESF do Bairro 1 disseram reconhecer o papel deles enquanto agentes de saúde no sentido de agenciar, de promover a saúde da população. E percebeu-se neles a expectativa de que a equipe como um todo tenha um olhar ampliado sobre os usuários, que os considerem integralmente e que incluam em suas análises, condições de vida e não apenas os aspectos biológicos dos agravos e doenças.

“Na Atenção Básica, embora você também trabalhe com uma equipe multiprofissional, você é mais um agente de saúde do que uma fisioterapeuta. E então assim, principalmente aqui na Estratégia de Saúde da Família, quando você vai dentro da casa de um paciente é impossível você só olhar para ele com os olhos fisioterapêuticos.” (Paula, fisioterapeuta 29 anos.)

Porém, ainda que tal expectativa esteja de uma forma ou de outra colocada para a equipe, em comum, todas as profissionais discorreram sobre os entraves práticos às ações que

seriam essencialmente da Atenção Básica. O funcionamento da unidade de saúde do Bairro 1 merece algumas considerações. Usuárias entrevistadas eram moradoras do bairro no qual há uma UBS e uma ESF e onde no momento as duas funcionavam no mesmo lugar, como já dito anteriormente. A lógica de acolhimento e entendimento das questões se dava, então, de forma ambígua, pois havia uma equipe voltada à coletividade e prevenção de agravos (ainda que em construção) e outra mais ambulatorial e compartimentada (mais alicerçada), o que gerava confusão tanto nos usuários como na prática das equipes, pois a ESF acabava por se adequar ao enquadramento de trabalho de um ambulatório, comprometendo as práticas mais coletivas. Destaca-se ainda nesse quadro, a dificuldade estrutural de espaço da equipe da ESF no Bairro 1, que se via atrapalhando a UBS e sem lugar para acolhimentos adequados e propostas de grupos. Esta situação parecia favorecer a não articulação da equipe que se via diante da necessidade de fazer o possível no espaço que desse, onde não cabia mais de um profissional ou usuário, por exemplo. Estranha-se que nenhum profissional tenha mencionado a questão do espaço e da organização das equipes, mostrando o quanto o fato desse perfil ambíguo de atuação pode estar naturalizado.

Sobre esta ambiguidade na atuação da equipe da ESF e seus efeitos, uma ACS comenta:

“A prevenção está muito falha, essa chegada da informação tem que ser reforçada na Atenção Básica. A gente passa na casa do paciente e chega aqui o médico ou o enfermeiro só dá medicação, mas às vezes não informa para a pessoa que tem que tomar o remédio assim pra não ter uma recorrência dessa doença. Está faltando um pouquinho da saúde se juntar à prevenção. A gente tem pouquíssimas palestras informativas aqui... questões que podem ser resolvidas de uma forma simples, mas aí chega naquele estágio que a pessoa já está tão acometida daquela enfermidade que já não tem mais tratamento.” (Elisa, 34 anos)

As narrativas dos profissionais do Bairro 1 expuseram que há um certo perfil de atuação já conhecido, esperado e compartilhado por todos da equipe sobre quem trabalha em área considerada de risco. Considera-se que as práticas se conformam aos espaços e a suas características e talvez aí exista um exemplo de resiliência diante das inúmeras dificuldades e riscos colocados no processo de trabalho próximo a situações de violências. Embora tomadas como estratégias de sobrevivência no trabalho, as vivências de restrição precisam de espaço de fala e de cuidado. Mendes (1995 apud Dejours 1995) ao discutir sobre a psicodinâmica do

trabalho e as formas de enfrentamento das dificuldades aponta que as adversidades são tratadas de maneiras diferenciadas, porque os trabalhadores trazem consigo histórias pessoais que os tornam mais ou menos resilientes. Pois, além da subsistência almejada pelos indivíduos pelo trabalho, existe também a busca de prazer. Nessa perspectiva, há de um lado, essa procura por realização subjetiva e diversa, portanto; e do outro, a forma de organização do trabalho que tende a instituir uma configuração autômata e adaptada do trabalhador a determinado modelo.

“Eu sinto, não me sinto segura, fico com medo e isso me desmotiva sim, não vou mentir não. Me desmotiva sim de atender, infelizmente, a população próxima dessa região. Então assim, acaba que eu vou menos vezes naquela casa, eu evito de estar indo lá.” (Paula, fisioterapeuta 29 anos)

Porém, ressalta-se que embora haja certa ideia sobre o modo que o profissional de uma área considerada de risco deva agir - uma atuação com certo distanciamento - considera-se que esta concepção é uma construção subjetiva que se deu naquele contexto e com as suas questões específicas e que os novos membros da equipe podem estranhá-la. Nesse sentido destaca-se a fala de uma ACS acerca de sua vivência quando iniciou o trabalho no território da ESF. O processo de assimilação daquela realidade foi descrito e foram apontados os efeitos à própria saúde da profissional.

“Me atacava mesmo, tinha problema no estômago, sabe, eu não conseguia comer...Eu não ficava pensando nas pessoas, mas a situação delas atrapalhava a minha vida...A verdade é essa, eu não estava preparada para lidar com essa realidade, não conhecia, nunca tinha visto e não sabia que existia tão próximo de mim. A verdade foi essa, foi esse choque...Depois ali foi com o tempo, aí eu fui vendo que é assim mesmo, que eu não podia salvar todo mundo, que o máximo que eu poderia fazer é levar a saúde e a prevenção.” (ACS Elisa)

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) partilham dos territórios onde trabalham, o seu lugar de morada. As Agentes aqui entrevistadas trouxeram uma questão delicada acerca do perfil dos ACS: por residirem nos respectivos bairros onde trabalham, compartilham de forma mais próxima questões dos usuários e, por vezes, têm o trabalho estendido às suas residências, com demandas a qualquer tempo (via redes sociais inclusive) que lhe trazem certa sobrecarga de trabalho; ainda mais quando não conseguem encaminhar as demandas às

instâncias necessárias, o que lhes gera frustração. Outra questão importante trazida pelas ACS foi o medo que sentem de haver reclamações ou retaliações por terem seus endereços conhecidos. Elas também estavam expostas aos episódios de tiroteios nos finais de semana, dos quais, que o restante da equipe apenas tomava conhecimento, mas não vivenciava. Ribeiro (2012) discute, através de uma revisão de literatura, questões que se aproximam destes desgastes trazidos pelos ACS, como por exemplo, o associado à função de elo entre serviço e comunidade, exercida por este profissional; o desgaste frente à proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território.

Estado de Saúde dos profissionais

A saúde mental foi apontada como a mais importante pelos profissionais do Bairro 1, ou como aquela que se encontrava, à época, mais desestabilizada. Eles salientaram, no entanto, que compreendiam ser a saúde mental a variável mais difícil de ser estabilizada.

Algumas características do próprio trabalho desenvolvido apareceram como fatores estressores e desencadeadores dos prejuízos da mente. O estresse do trabalho em si mostrou-se associado às situações de impotência diante das demandas agravadas da população que procura a Atenção Básica. Os encaminhamentos às redes de atenção mais complexas foram avaliados como ineficazes e estressantes. O sentimento de impotência gerado nos entraves da rede se mostrou significativo e leva os profissionais a adotarem a estratégia psíquica do desligamento para lidar com tal vivência. Mendes (1995) apoiada pela teoria psicodinâmica de Dejours indica que esse tipo de estratégia defensiva atua no sentido de tentar modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que faz o trabalhador sofrer. É relevante que esta questão esteja nas pautas de assuntos da equipe, considerando a relevância de se discutir a Saúde do Trabalhador para o cuidado em saúde.

Ainda sobre estes profissionais, notou-se certo nível de autocrítica quanto à busca dos serviços de saúde apenas nas situações agravadas e na ausência de hábitos saudáveis, como a prática regular de exercícios, por exemplo. Porém, esses fatores foram indicados como sendo fruto do conhecimento acadêmico dos profissionais e não objeto de reflexão.

No Bairro 2, os efeitos danosos à saúde mental dos profissionais apareceram sumariamente vinculados às violências. A exposição à violência por residir e trabalhar em

área de risco apareceu como fator estressor para as profissionais de saúde que residem no município. Assim como no Bairro 1 os profissionais enfatizaram o agravamento de sua saúde mental. Além disso, a falta de tempo para o cuidado de si em decorrência da necessidade de se trabalhar em mais de um local para o próprio sustento foi visto como fator importante para a qualidade da saúde mental.

Violência e o medo dela

Concepções e explicações da violência

As principais expressões de violências apontadas pelos profissionais do Bairro 1 foram a violência sob a negligência, a violência intrafamiliar de caráter doméstico e associada ao uso de drogas, o assédio moral que expõe os trabalhadores, a violência social vivida pelas famílias, a violência social urbana do narcotráfico provocada por homens e mulheres empregados nessa atividade. Já os usuários deram ênfase às vivências associadas à violência social urbana do narcotráfico e a das relações intrafamiliares, sobretudo conjugais.

Em geral, as concepções de violência foram acompanhadas de explicações causais com foco em dois principais eixos:

- De caráter social compreendendo a violência como produto da crise econômica e moral que atravessa o país; e também da urbanização das cidades; fruto da falta de educação; do desemprego; resultado da migração e interiorização do fenômeno antes mais presente nas grandes cidades; consequência da corrupção; e fruto da precariedade das condições de vida da população.
- De viés psicológico, abordando a violência como um elemento intrínseco ao humano, ainda que latente e produto de um momento de descontrole; algo escondido na própria personalidade; fruto da escolha pela “vida fácil”; como uma defesa frente às ameaças; e com um padrão familiar transmitido.

Os tipos de violência mais abordados no Bairro 2 foram:

- A violência social urbana armada do tráfico, sobretudo pelos conflitos entre traficantes, milícia e polícia;
- A violência intrafamiliar (doméstica) e sexual sofrida por mulheres há anos e que resolvem buscar a terapia anos depois.

- A violência associada ao poder do saber e da prática da medicalização;
- A violência das relações contemporâneas, marcadas pela intolerância e agressividade; a violência expressa sob a forma da corrupção foi apontada como uma prática condenável na própria população.

As explicações encontradas nesta unidade se assemelham às do Bairro 1, girando em torno dos eixos de generalização do fenômeno, tendo a interiorização e a capilarização como principais vieses explicativos. Mas estas narrativas também se associaram à falta de educação e de estrutura familiar na infância e aos modos de relação construídos contemporaneamente. A violência urbana foi relatada como sendo fortemente associada aos atos políticos, aparecendo como um fruto da má política. Estes vieses explicativos se aproximam das concepções de Briceno-Leon (2002), que aponta o desencontro das expectativas de consumo das gerações mais novas das famílias influenciadas fortemente pelo capitalismo com as possibilidades de acesso ao consumo nos centros urbanos, Minayo (2010), que afirma o caráter político da violência social já que esta advém de questões sociais graves enraizadas no contexto, e Misse (2006), que desconstrói criticamente a ideia da violência urbana como produto direto da pobreza.

Vitimizações: vivências, efeitos e estratégias

O único interlocutor do gênero masculino do Bairro 1 afirmou não sentir medo de sofrer violências, mas apontou um estado de alerta contínuo. A fala de apenas uma pessoa não permite uma ampliação da discussão acerca das manifestações de fragilidade dos homens, mas pode-se apontar a maior restrição, contida nas questões de gênero, do homem abordar sentimentos que possam manchar sua imagem de virilidade e força.

Registrou-se medo da repetição dos episódios de assaltos e presença em tiroteios que causam trauma e que prejudicam as trocas sociais, pois a partir dessas ocorrências aparecem os comportamentos de retraimento e esquiva social das profissionais (todas são mulheres) e das usuárias entrevistadas. Ou seja, as circunstâncias em que ocorrem episódios de vitimização passam a ser evitadas ou suprimidas da própria vida, revelando uma estratégia de enfrentamento (possível) da questão naquele momento.

A alusão à violência institucional aparece acompanhada do sentimento de raiva por parte de usuários que discorreram sobre os efeitos dessas práticas nos serviços públicos, com prejuízo das ações necessárias para os pacientes de forma geral. Os entrevistados enfatizaram

que essa negligência naturalizada dos órgãos públicos atinge também o reconhecimento dos profissionais, que nas suas concepções “fazem o que podem” diante dos entraves do sistema ou da gestão dele. Pode-se dizer que quem sente revolta também sente compaixão, pois o sentimento de empatia e até de piedade esteve presente nas falas dos usuários que apontaram os vínculos construídos e as dificuldades encontradas pelos profissionais que os atendiam e tentavam atender a suas demandas.

Entre os usuários entrevistados, houve momentos de assertividade de propostas que favorecessem o enfrentamento da violência. Mas, também, narrativas relacionadas ao sentimento de desesperança e impotência. Relatos de que não há o que se fazer, de que não há um horizonte positivo, daí., por parte de alguns, uma atmosfera de descrença e de desesperança social. Narrativas que caminham no sentido do que Minayo (2006) chama de desencanto em relação às formas de fazer política e em relação à democracia exercida no Brasil.

É relevante assinalar que muitas mulheres entrevistadas buscam atendimento médico para sintomas associados a suas vivências de violência, queixando-se de insônia, agitação, e ansiedade. Nesses casos, essas demandas são atendidas recorrendo-se ao uso de psicotrópicos apenas. As quatro usuárias entrevistadas do Bairro 1 nunca haviam conversado com o psicólogo da equipe ou participado de algum grupo terapêutico e três delas contaram suas vivências de violência, de maneira inédita, na unidade de saúde no momento da entrevista. Isto indica a necessidade de um espaço seguro para o atendimento de caráter psicológico seja individual ou em grupo. Schutel (2015) alerta que para as demandas de saúde mental na Atenção Básica é preciso uma atenção dos profissionais que vá além das queixas ou necessidades expostas inicialmente.

A violência urbana e seus efeitos, reconhecidamente difusos e de difícil mapeamento, apresentaram-se como fenômenos frente os quais se busca fazer certa previsão. Os usuários revelaram construir formas de ordenamento psíquico e concreto de maneira a evitar os fortuitos riscos. Essa iminência se refere, sobretudo, aos confrontos entre facções do tráfico com a polícia, ou entre as facções e as milícias. As vivências de “sair sem saber se vai voltar” apareceram associadas também ao sentimento de desconfiança e desproteção frente à presença da polícia.

As estratégias de cuidado adotadas pelos usuários como forma de evitar os episódios e vivências das violências foram: retraimento social; acompanhamento do noticiário como

forma de mapear os riscos; apelo religioso; alteração nos percursos e horários habituais. Uma mãe e duas avós comentaram a estratégia que usam de expor seus filhos e netos às cenas brutais de violência – torturas do tráfico local ou vídeos compartilhados por redes sociais - ou relacionadas ao uso de drogas, como forma de fazê-los evitar o horror. Essa estratégia é chamada pelas mães e avós de “botar terror”.

“Quando tinha noticiário de que apreenderam grande quantidade de drogas, dependente químico, eu botava ele para assistir e ele acabou não usando porque ele via todo aquele sofrimento da família.” (Rosana, 50 anos).

“Às vezes chega no celular a pessoa que foi cortada assim e tudo. Às vezes a minha filha não gosta nem de me mostrar, mas eu falei assim: você vai mostrar para os seus filhos, eles têm que ver o que é o mundo do crime, eles têm que ver para eles nunca quererem ir porque o mundo do crime é uma ida sem volta.” (Maria, 55 anos)

Apesar de usar essas estratégias, uma das senhoras referiu como era para ela mesma precisar assistir a esse tipo de cena, pela proximidade vicinal de traficantes e por suas vivências prévias:

“Ah, eu fico nervosa demais. Eu fico nervosa, eu vejo na televisão, eu vejo bater, eu vejo atirando nos outros, até Imperatriz eu não gosto de ver mais, me faz mal. Eu fico falando: Jesus eterno, aonde a gente vai? Olha para a gente...Quando a mãe perde um filho eu choro por ela porque eu sei o que é perder um filho. Então eu sofro, entendeu? Quando eu vejo pegando uma pessoa, levando para torturar eu ajoelho até na minha porta mesmo e começo a pedir a Deus para livrar, sabe?” (Maria, usuária de 55 anos)

Essa mesma usuária apontou durante toda a entrevista que sua residência era constantemente invadida por pessoas em fuga que a utilizavam como esconderijo da polícia. Percebe-se que, nesse caso, há uma intensidade dessas vivências na rotina da vida que, somada a sua história de vida pelo que ela mesma chama de tragédia, traz inúmeros sintomas e prejuízos a sua vida. A enfermeira abordou esses efeitos na saúde de senhores e senhoras do bairro como um dos aspectos para agravamento de doenças crônicas.

A equipe de profissionais comentou já ter passado por uma vivência de ameaça de morte enquanto retaliação no local.

“A gente teve um caso de um farmacêutico que atropelou um bandido aqui. No dia a gente não sabe se ele ficou nervoso, tentou fugir do local, como é que foi o acidente em si. Mas ele chegou aqui com os meninos, os meninos estavam armados, todo mundo muito nervoso. Parecia no dia que eles tinham usado algum tipo de droga porque estavam muito agitados. Depois de prestar toda assistência ficou aquele negócio de que o farmacêutico tinha culpa e eles queriam matar o profissional e a chefia, todo mundo se envolvendo para que isso não acontecesse.” (Joyce, Técnica de enfermagem, 27 anos).

Em suas falas, as ACS ressaltaram seus sentimentos de desproteção, medo e insegurança, mencionados também pelos profissionais. A corrupção dentro da prática policial apareceu como um fator agravante no sentimento de desproteção, pois os profissionais dizem não poder contar com o apoio deles. Esses últimos, de maneira geral apontaram efeitos do medo percebidos no descontrole das doenças crônicas por parte dos usuários expostos ao estresse e à angústia.

Profissionais que não residem no bairro e que nunca foram vítimas diretas de violência associaram as vivências de vitimização a algum envolvimento no cenário, primordialmente o de tráfico de drogas. Ou seja, na perspectiva deles, quem foi vítima tinha ou tem algum envolvimento.

Os episódios de vitimização e exposição à violência não apareceram isolados do cotidiano dos profissionais do Bairro 2, mas como vivências próximas do cotidiano enquanto moradores de regiões consideradas de risco. Esse sentimento de proximidade às situações de violência revelou-se agravado pela inserção dos profissionais na unidade de saúde considerada de risco e com eminentes conflitos entre o tráfico, a milícia e a polícia. Episódios desse tipo foram relatados e vieram acompanhados dos sentimentos de medo, angústia, desproteção, tristeza e raiva. O medo apontado referiu-se, sobretudo, ao fator não previsível da violência urbana, sendo o medo de ser atingido por uma bala perdida em meio aos confrontos. Ou seja, trata-se de um medo impessoal, não direcionado.

Os sentimentos despertados por essas violências são: revolta pelo que os usuários chamaram de escolha da “vida fácil” na delinquência, o que contrasta com a concepção de violência como um produto social - ideia também apontada pelos usuários - e não uma escolha individualizada.

O sentimento de tristeza revelou-se como efeito vivido por duas profissionais quando começaram a cogitar deixar o território de moradia, com seus laços e afetos. A tristeza de uma avó que não pode mais trazer seu neto nos fins de semana para ficar com ela e a tristeza de uma mãe que diz não saber para onde ir, pois sua filha pede para não voltarem para a própria casa:

“Ela já estava com medo do primeiro, infelizmente veio um carro da polícia e fez um confronto ao lado da gente com a kombi...Então quer dizer, atualmente ela está: “mãe, não quero ir pra casa”...Eu nem pensava em vender a casa e hoje eu já penso : será que eu vou me mudar? ...A gente está cercado de lugares que não te deixam com segurança e sendo que a gente sai do trabalho e tem que falar: oba, vou pra casa, vou descansar. E nem esse tempo a gente está tendo. Já sai tensa, pra chegar tensa, pra voltar tensa.” (Carla, coordenadora UBS, 36 anos)

A coordenadora da unidade Bairro 2 revelou ser uma questão delicada a de pedir ajuda, apoio ou qualquer tipo de vigilância para a unidade, já que o fazendo ela seria pessoalmente visada na comunidade. Diante dessa dificuldade, a prática de silenciamento ou abafamento das questões da violência foram iluminadas para a pesquisadora.

Um medo específico apareceu associado ao trabalho da psicóloga que relatou vivenciar tal sentimento nas situações em que a sua prática poderia ser considerada a responsável pela decisão de mulheres saírem de relacionamentos abusivos com traficantes e/ou de situações de violência doméstica, o que poderia representar uma possível retaliação. Essas vivências demonstram a delicadeza da atuação dos profissionais em territórios com a presença do tráfico, conforme citado por Baierl (2008) ao afirmar que “o cotidiano das pessoas e dos profissionais que atuam em áreas dominadas pelo tráfico e pela violência tem sido alterado e vivido em sobressaltos, colocando, a cada momento, dilemas éticos a serem administrados ou sublimados.”

Reconheceu-se o uso de estratégias conscientes e inconscientes de lidar com o medo. No caso das estratégias inconscientes, o insight ocorreu após o feedback de amigos do círculo social de uma usuária:

“Na verdade é sem dar conta, a gente acaba percebendo [que você se recolhe], você liga para um amigo: poxa, você não tem vindo aqui e tal... E aí você pensa e vê que realmente não tenho ido..” (Ana, usuária Bairro 2, 34 anos)

Assim, conclui-se que o medo e as estratégias de enfrentamento do Bairro 2 aparecem como conformadoras das ações e das rotinas de usuários e profissionais, como no Bairro 1. A logística dos danos e riscos norteia a construção dos novos comportamentos adotados: sair com o mínimo possível de documentos, acessórios e bens; evitar a rua à noite; e mudar os trajetos. Porém, ainda que tais comportamentos ajudem essas pessoas a enfrentar os medos e as paralisações, eles acarretam prejuízos na vida social, como por exemplo, a dificuldade encontrada por uma usuária para chegar ao trabalho, já que, a qualquer sinal de alerta e suspeita de uma situação parecida com as vivências de violência que sofreu, sua atitude é fugir dessas cenas e com isso, no trajeto ao trabalho, troca inúmeras vezes de ônibus. O retraimento social foi apontado pelas entrevistadas mais jovens como fruto do medo de saírem sozinhas. Ele é associado ao risco de estupros.

A corrupção instaurada na polícia surgiu como fator importante na construção dos sentimentos de medo e desesperança. Nos casos das mulheres, principalmente das mais jovens, foram relatadas vivências de temor de saírem sozinhas. As usuárias adotaram comportamentos de retraimento social e maior dependência de seus companheiros como estratégia para evitar a recorrência de episódios já vividos, alguns traumáticos. Nesses casos o escuro da noite precisa ser evitado, crescendo o medo dos encontros indesejáveis e do risco de estupros.

Violência social urbana

O trecho da música O calibre (Os Paralamas do Sucesso, 2002) aborda de maneira pertinente as vivências da violência urbana, sobretudo do medo e introduz a seguir este tópico de discussão:

Eu vivo sem saber até quando ainda estou vivo
Sem saber o calibre do perigo
Eu não sei, da onde vem o tiro

Por que caminhos você vai e volta?
aonde você nunca vai

e que esquinas você nunca para?
 à que horas você nunca sai?
 Há quanto tempo você sente medo?
 Quantos amigos você já perdeu?
 Entrincheirado vivendo em segredo
 e ainda diz que não é problema seu

E a vida já não é mais vida
 no caos ninguém é cidadão
 as promessas foram esquecidas
 Não há estado, não há mais nação
 perdido em números de guerra
 rezando por dias de paz
 não vê que a sua vida aqui se encerra
 com uma nota curta nos jornais

A violência social urbana foi narrada pelos usuários e profissionais do Bairro 1 como um fenômeno cíclico, que se inicia em um lugar por diversas questões e que se renova de tempos em tempos ou como um fenômeno migrante, que de acordo com as dificuldades encontradas na sua afirmação nos territórios, muda de local. Quando a violência é compreendida como produto de diversas variáveis revela-se uma compreensão sistêmica sobre sua produção, concebida como um conjunto de questões individuais, coletivas, da comunidade e da sociedade, de acordo com o modelo ecológico descrito por Krug e Dahlberg (2007). Em relação à violência social urbana, alvo desta pesquisa, houve dentre todos os usuários falas de generalização do fenômeno quanto a sua prevalência nos territórios e quanto a sua intensidade. Notou-se também certa tentativa de ordenação dos eventos aleatórios, como forma de proteção, sobretudo psíquica, dos eventos surpresa. Bauman (2008) alerta para um efeito reverso dessa tática de refúgio, quando se atacando a insegurança na cidade, se atinge também a espontaneidade, a flexibilidade, a capacidade de surpreender e a oferta de aventura, em suma, todos os atrativos da vida urbana.

Os profissionais apontaram mais abertamente algumas características da violência urbana do local. A enfermeira entrevistada falou da percepção de um sentimento de irmandade entre as pessoas envolvidas com o tráfico da região, pois disse conhecer algumas estratégias de fuga e de pagamento de dívidas entre os envolvidos. Essa profissional e as ACS entrevistadas comentaram sobre o conhecimento de que há uma limitação territorial adscrita

pelas diferentes facções que atrapalham a circulação das pessoas do bairro dentro da cidade como um todo, sendo que por vezes, essa configuração dificulta os encaminhamentos feitos pela saúde. Uma referência mais geral sobre o tráfico foi a articulação com a polícia existente em algumas realidades. O ato de violência urbana apontado como mais amedrontador para os sujeitos da pesquisa do estudo foi o tiroteio, devido ao seu caráter intempestivo e eminentemente fatal.

“Especificamente de tiroteio. Eu tenho extremo medo de tiroteio, medo de bala perdida. Eu não tenho medo de droga, vícios assim mas eu tenho horror de tiroteio. E é o que mais tem aqui. Então esse excesso, domingo é tiroteio, segunda é tiroteio...E o tiro você não sabe de onde vem, não sabe aonde vai. Aí você se limita a sair de casa porque dentro de casa a gente está mais protegido. Aí você está na rua começa o tiroteio, você corre para dentro de casa. Acabou sendo normal para todo mundo. Escutou uma bala lá é fogos. Dia de jogo todo mundo está dentro de casa.”
(Ellisa, ACS)

A violência social urbana relativa às vivências do Bairro 2 pareceu associada não a um grupo específico de pessoas, mas ao conflito dos grupos polícia, tráfico e milícia, sendo apontados mais confrontos que no Bairro 1. A característica de imprevisibilidade dos seus danos apareceu em todas as narrativas. As redes sociais apareceram como forma de articulação da equipe de profissionais para avisar sobre os episódios.

A abordagem do fenômeno pelo município foi considerada estanque, analogicamente às práticas da Atenção Básica em saúde. A analogia entre a precariedade do trabalho do profissional de saúde e o policial também foi apontada.

No Bairro 1 as narrativas sobre a violência social urbana apareceram acompanhadas de vocativos masculinos, indicando a observação de gênero atrelada a este tipo de fenômeno. Os termos “eles”, “os meninos” e “caras” foram os mais utilizados pelos profissionais e usuários para discorrerem sobre esta violência que também apareceu associada ao tráfico armado de drogas da região e adjacências. O termo “meninos” também indicou a importância do fator ‘faixa etária’ na discussão desse tipo de violência. “Eles” também aparecem como alvo da atenção que deveria ser dada para prevenir a violência associada ao tráfico de drogas, separando-os do “nós”. Apenas uma enfermeira indicou a presença de mulheres no tráfico de drogas enquanto trabalhadoras e não apenas parceiras.

Ainda neste local esta vinculação dos “meninos” do bairro associados à violência do tráfico aparece tanto nas situações em que eles trabalham na referida atividade, como nos casos em que eles são usuários de drogas. Os sentimentos de medo e o comportamento de evitação também estão ligados a esses dois grupos de pessoas, aparecendo em algumas falas sem distinção do que é ‘ser usuário de droga’ e de ‘trabalhar no tráfico’, como se ambos apresentassem os mesmos riscos. Foi notória a preocupação com a infância do bairro por parte de todas as usuárias e dos profissionais. Os jovens negros apareceram como os principais agentes e vítimas da violência no bairro e as mulheres e crianças como os grupos mais vulneráveis às vitimizações. Minayo (2006) ressalta que os jovens que se engajam no movimento do tráfico atuam no que chama de *front* que lhes exigem desafios associados ao cumprimento de ordens de caráter violento. A arma, nesses casos, adquire caráter de símbolo, dando-lhes status através da visibilidade adquirida pela imposição e pelo medo.

Para os profissionais entrevistados os meninos que trabalham no tráfico não representam diretamente uma ameaça, pois diante da relação já estabelecida entre os profissionais da saúde (sobretudo as ACS) e estes meninos, eles não são completamente estranhos à rotina de trabalho dos profissionais, havendo certo reconhecimento mútuo entre esses atores. Porém, as profissionais de saúde relatam que quando eles estão sob efeitos de drogas essa situação não se mantém, pois não sabem o que esperar deles e temem agressões.

Nas narrativas das profissionais entrevistadas os agentes da violência também são passíveis de cuidado e atenção, ainda que a relação com eles esteja comprometida pelo medo e pela desconfiança mútua. No entanto, elas apontaram também a existência de um discurso de moralidade no cuidado, dentro da própria equipe, que não considera esse grupo como merecedor de seus cuidados.

“Igual, a gente tem vários casos aqui de pessoas que chegam passando mal por conta do uso abusivo de drogas e a gente tem que falar: olha, você precisa de ajuda, você quer? A pessoa fala que não? Ótimo, mas vamos manear, usar menos um pouco. Você nunca pode chegar e dizer assim: você tem que morrer mesmo, porque você...Isso acontece. Eu tento não julgar porque a gente não está aqui para isso...Se a pessoa precisa de cuidado, independentemente de qualquer coisa a gente vai promover o cuidado, mas já vi algumas pessoas jogarem já. Não para a própria pessoa por conta do medo, mas entre os profissionais em conversa: tem que morrer, dá mais um pouco para ver se melhora. Esse comentário a gente sempre vê.”
(Samara, enfermeira, 31 anos)

Na unidade do Bairro 2, a figura dos meninos não se mostrou tão marcada enquanto agentes da violência no sentido de atuarem no tráfico, mas como vítimas ou enquanto agentes de outras violências. Nesse bairro, apareceu mais a preocupação com a infância exposta à violência armada e a outros atravessamentos, como o *bullying* cometido por filhos de traficantes nas escolas em contraposição à inércia de professores e da escola diante do medo de retaliação. Esse fato apareceu como um gerador de recorrentes demandas à terapia por parte dos usuários.

Prevenção

As contribuições referentes à prevenção da violência e seus efeitos foram divididas nos seguintes eixos: nível macro de atuação, possíveis contribuições da saúde e fatores importantes no âmbito interpessoal. Foram trazidas algumas ponderações pelos entrevistados do Bairro 1, relativas à necessidade de maior rigor da justiça; apelo às Forças Armadas; e a construção de núcleos esportivos e centros de integração para a juventude. De Lima et al (2010) salienta que tais iniciativas devem considerar a complexidade do tema, prezar pela busca de melhoria na qualidade das informações e pela elaboração de políticas públicas específicas e direcionadas aos grupos vulneráveis. Nesse sentido, é preciso então conhecer as iniquidades sociais e divulgá-las, na direção de sua superação. Buss e Pelegrini Filho (2007), ressaltam que esta necessidade exige o esforço de se trabalhar nos eixos sobre informação e avaliação, participação social e intersetorialidade, pois estas seriam as bases para o êxito das políticas públicas e das estratégias de enfrentamento dos agravos às condições de vida da população.

Sobre a contribuição da saúde para a prevenção da violência, os usuários apontaram que a própria assistência básica em saúde já está comprometida e que não cabe pedir mais aos profissionais. A maioria não viu alguma relação possível da saúde com a temática. No entanto, alguns expressaram uma reflexão até então inédita, no sentido de, através das perguntas, visualizarem que o trabalho em saúde pode sim atingir e atinge os efeitos das diversas violências. Esse teor reflexivo deve ser destacado como um ganho da pesquisa que tem como um dos seus objetivos específicos, o incentivo a esta prática. Os profissionais também refletiram sobre e apontaram as seguintes possibilidades: reuniões do setor com a comunidade; uma atuação mais forte da Psicologia Comunitária de forma a atingir a coletividade; um trabalho voltado para a autoestima dos negros; e um cuidado preventivo para com aqueles meninos que não estão envolvidos com o tráfico e a delinquência. O trabalho de Rodrigues et al (2008) apontou uma estratégia consolidada na atuação de um serviço de saúde frente aos agravos ocasionados por causas externas. Trata-se de unidade de atenção básica de Porto Alegre que utiliza como referência os estudos do Instituto Karolinska da Suécia e o Programa Safe Community (ação e decisão baseadas no apoio da comunidade), sendo a cidade parte do projeto Rede de Cidades Protetoras. As ações consistem no desenvolvimento de um sistema de registro unificado por meio da vigilância da morbidade por violência a partir das demandas da atenção básica e da criação de um observatório de causas externas.

Na esfera interpessoal os usuários apontaram formas de lidar com a violência que não necessariamente contribuem para sua prevenção, mas que servem como estratégia de proteção: a prática religiosa como meio de desvinculação de comportamentos de risco e a reclusão social.

No Bairro 2, as contribuições referentes à prevenção da violência e seus efeitos no eixo macro discorreram sobre a necessidade de uma mudança estrutural na lógica de funcionamento corruptor da sociedade; a reforma da polícia e a regularização das questões da saúde do município.

No âmbito das contribuições da saúde foi mencionada a necessidade de ampliação das informações de maneira a alcançar a coletividade através de reuniões de reflexões nas escolas. Neste ínterim alguns entrevistados disseram que, se não sabiam como a saúde poderia ajudar, reconheciam que esta poderia, de alguma forma, ser de auxílio.

Tratando-se de fatores relevantes de âmbito mais pessoal, os interlocutores ressaltaram a importância do lugar da escuta das crianças e adolescentes na família, propiciado por maior abertura para conversa com os pais e a necessidade da construção de relações de confiança, seja intrafamiliar ou em outros ambientes sociais.

Buscou-se analisar as vivências de medo da violência entre adultos usuários e profissionais e a partir das narrativas destacou-se a necessidade e urgência de analisar e cuidar da infância e da adolescência que também sofrem efeitos desse fenômeno social. Apontou-se no estudo a alta taxa de jovens que perdem a vida em decorrência da violência, mas é contundente dizer que é preciso estudar e apontar estratégias de cuidado para a infância e adolescência que, se não morrem pela violência, vivem nela. As estatísticas não estão dizendo tudo, pois em relação à violência urbana no município observou-se haver um pacto de silenciamento, tanto entre usuários como entre os profissionais. Nesse sentido é preciso colher o que às vezes só a saúde pode acessar e pensar formas de cuidado adequadas.

Colocou-se a prática dos profissionais da Atenção Básica no momento da pesquisa enquanto *habitus*, ou seja, como um norte que orienta as práticas e representações sociais. Para refletir as necessárias ponderações deste campo de prática é importante salientar o caráter dinâmico desse conceito, que pode adquirir novas disposições. Nesse caso, é necessário que a própria área da saúde não seja reprodutora da violência institucional. Parte do *habitus* é o *héxis*, definido por Thiry-Cherques (2006) como “os princípios interiorizados

pelo corpo: posturas, expressões corporais, uma aptidão corporal que não é dada pela natureza, mas adquirida”. Ponto comum notado entre usuários e profissionais foi a forma de funcionamento social que se encolhe frente aos sentimentos de medo e insegurança e assim diminui a potência e alcance de suas ações. Infere-se que tal subjetividade possa ser compreendida como um *héxis* amedrontado.

Pode-se pensar que os conteúdos das narrativas de usuários e profissionais tiveram semelhanças e afastamentos. Os primeiros discorreram mais livremente sobre as suas vivências e através delas apareceram concepções dos vários tipos de violência. Já nos profissionais, notou-se uma postura mais reservada quanto às próprias vivências, focando as narrativas nas concepções de violência e formas de entendimento acerca dela. Acredita-se que tal posicionamento dos profissionais possa ser fruto do encontro deles com uma pesquisadora conhecida por uma das equipes e identificada como também profissional de saúde, quando da entrada na segunda unidade de pesquisa. Infere-se que esse reconhecimento do entrevistador como semelhante possa ter trazido à pesquisa uma alusão às investigações avaliativas e contribuído para reservas nas palavras, mantendo as narrativas num tom mais técnico.

As usuárias do Bairro 1 demonstram certa conformidade com o quadro da violência em seus territórios, apontando uma indiferença com o nível individual. Elas salientaram que não tinham mais preocupações consigo mesmas, mas com filhos e netos apenas. Porém, interpreta-se que esta atitude é fruto de vivências recorrentes de episódios que podem ter gerado a estratégia psíquica de “não se importar”.

Os profissionais do Bairro 2 vivenciam de maneira semelhante aos usuários da região, pois compartilham o fato de residirem em regiões consideradas de risco. No Bairro 1 os profissionais residem em regiões menos atingidas, com parte deles fora do município. Desta forma, as estratégias para lidar com os atravessamentos da violência são diferentes, pois os moradores das regiões consideradas de risco têm sua vida social mais prejudicada, sendo a reclusão social sua principal tática. Enquanto os profissionais que não moram nessas regiões mostram-se menos afetados e utilizam táticas que afetam menos a vida social.

A medicalização tem sido reforçada pela dificuldade da Atenção Básica em ocupar a lacuna preventiva que existe e isso gera um processo de manutenção constante desta prática, pois o foco de cuidado das unidades são os agravamentos já de segundo nível. O grupo de

cuidados primários fica numa lacuna de atenção e lá se agrava, retroalimentando essa lógica. Nesse particular, os efeitos da violência, sobretudo o medo dela, é mais uma demanda acolhida sob este viés.

Como dito anteriormente, considera-se que haja um silenciamento que interfere nas estatísticas, acerca dos crimes não registrados. Mas há um silenciamento que afeta sem dúvidas o corpo de quem vivência a violência e não encontra espaços seguros e acolhedores para falar. É preciso falar e para tanto é necessário oferecer acolhimento às vivências dos usuários (sob a forma de atendimentos que considerem as condições de vida das pessoas para o cuidado) e dos profissionais (que também são atingidos e precisam tornar a questão como pauta de trabalho para pensar a Saúde desses Trabalhadores). Observou-se que a pesquisa colaborou nesse sentido, pois incentivou a reflexão no ambiente de trabalho, o que auxilia na construção de proposições de cuidado que atuem cooperativamente sobre os efeitos da violência urbana.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise feita no estudo conclui-se que há na Atenção Básica demandas latentes e manifestas de saúde mental, sobretudo no caso das violências vividas. O acesso prioritário de mulheres aos dispositivos abordados revela a ênfase que pode ser dada às questões femininas, mas que especificamente aqui, iluminou elementos do universo masculino e suas respectivas demandas, a partir do relato de mães, avós e parceiras deles. Questões até então abordadas pela medicalização, dissociando os fatores sociais envolvidos nessa construção.

Os profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família (Bairro 1) demonstraram reconhecer o caráter preventivo e promotor da saúde desse nível de atenção, porém apontaram o perfil agravado da população e a falta de investimentos na área como os maiores entraves às práticas coerentes com seus preceitos. A Atenção Básica reconhece também a potência de atuação que tem para com a violência, pois muitas vezes somente ela tem acesso às pessoas envolvidas, porém a falta de preparo para tais manejos, protocolos, espaços de fala e de construção coletiva de equipe e o medo diminuem esse campo de ação, freando possíveis intervenções e individualizando as angústias profissionais. Nesse sentido, revelou-se a expectativa de um profissional que saiba se desligar e “não se envolver tanto” com estas situações. As ACS têm suas angústias sobrecarregadas por compartilhar os territórios e suas questões com os usuários que têm sob responsabilidade, de forma que se sentem mais expostas e vulneráveis nos casos relacionados às violências. De maneira geral os profissionais expressaram uma demanda clara de atenção à saúde mental, porém, relativa às questões do trabalho, demonstrando a importância da pauta de Saúde do Trabalhador nessas equipes.

As principais expressões de violência apontadas nas duas unidades foram a violência enquanto negligência, violência intrafamiliar e a violência social urbana associada ao narcotráfico e suas explicações foram de cunhos sociais (produto social) e psicológico (elemento intrínseco ao humano). Os fenômenos apareceram como questões generalizadas na sociedade. As vivências de violência doméstica, assaltos e presença em tiroteios foram as experiências mais citadas pelos usuários e profissionais. Os episódios relacionados à violência social urbana revelam-se como difusos e de difícil mapeamento. As estratégias de previsão e controle dos fortuitos riscos adotadas pelos sujeitos da pesquisa foram retraimento social, alteração dos percursos e horários e logística do medo, de forma a considerar as rotas e o que seria menos danoso carregar consigo. Mãe e avós usuárias revelaram a estratégia de expor

seus filhos e netos (homens) a cenas de terror de forma a distanciá-los (pelo medo) de atividades delinquentes e/ou do uso de drogas ilícitas.

A corrupção de policiais apareceu como fator agravante ao sentimento de medo dos profissionais, que ficam sem saber como reconhecer os agentes de proteção.

A vivência profissional dos profissionais do Bairro 2 apareceu mais vinculada cotidianamente aos episódios de violência, em decorrência dos constantes conflitos entre o tráfico, a milícia e a polícia na região. Nessa unidade os profissionais residiam na área e relataram o sentimento de tristeza ao cogitarem deixar suas residências.

Uma usuária revelou que nem sempre se tem consciência dos atos relativos à redução dos riscos e que isso afeta o seu círculo de amizades, pois é a lógica do menos danoso que passa a nortear os comportamentos e hábitos da vida social.

A violência social urbana foi descrita como um fenômeno cíclico e migrante. Apontou-se também a característica de gênero desta produção, que tem como principais agentes e vítimas fatais os meninos negros e pobres. Sobre este grupo, destaca-se o sentimento de irmandade entre eles, que se protegem, comprando dívidas ou dando abrigo a fugitivos como forma de filiação à atividade.

As ACS sinalizaram a existência de uma rede não tão amplamente conhecida de circulação, onde diferentes facções delimitam seus territórios e definem as possibilidades de circulação. Esta violência apareceu vinculada aos grupos tráfico, polícia e milícia no Bairro 2 e não tão somente aos “meninos”, como no Bairro 1. O ato mais temido referente a este fenômeno foi unanimemente o tiroteio, pelo seu caráter tempestivo e eminentemente fatal. O medo vivido pelas ACS neste contexto se estendeu também aos usuários de drogas, pela insegurança diante dos efeitos e possível desconhecimento delas como agentes de cuidado. No Bairro 2 destaca-se a prática de bullying entre as crianças que ameaçam umas às outras com a autoridade dos pais como “agentes de risco” (traficantes).

A reflexão sobre as estratégias de prevenção do fenômeno neste estudo apontaram para o eixo da macropolítica, das possíveis contribuições da saúde e para o eixo da micropolítica, das relações interpessoais. Em relação aos aspectos macro apareceu a necessidade de construção de núcleos esportivos e de integração para a juventude, da mudança estrutural na lógica do funcionamento corruptor da sociedade, a reforma da polícia e a regularização das questões da saúde pública na cidade. No âmbito da saúde, indicou-se a relevância da psicologia

comunitária que favoreça a coletividade e a autoestima de grupos mais vulneráveis, como os adolescentes negros e a proximidade do setor com as escolas. Na esfera interpessoal elencou-se o lugar da escuta de crianças e adolescentes no ambiente familiar e a construção de relações de confiança como fatores relevantes para a prevenção da violência social urbana.

Lições que o trabalho traz para enfrentamento da violência

As discussões na área da saúde vêm se aproximando gradativamente da temática da violência, porém, em um contexto de crise e de enfraquecimento de políticas públicas e da agenda social do país, os passos se afastam uns dos outros, pois enquanto as inseguranças sociais no seu sentido ampliado disparam, a saúde – também enquanto política pública - insiste apenas em caminhar.

Considera-se que há a necessidade de estratégias mais gerais de apoio às equipes que trabalham em regiões de risco, no sentido de um mínimo direcionamento de ações para os episódios e demandas associados à violência urbana. Mas ressalta-se que tais estratégias devem considerar as necessidades locais. Para abordagem de outros tipos de violência já existem protocolos, como para a atuação frente à violência doméstica, por exemplo. O que se defende então é a inclusão da pauta da violência urbana e seus efeitos nas agendas de saúde.

Conforme apontado pela pesquisa, o cuidado primário está prejudicado pelo perfil agravado das urgências que a Atenção Básica recebe. Desta forma as iniciativas de promoção de saúde e prevenção de agravos são colocadas em segundo plano para atender as necessidades já secundárias ou mesmo terciárias da população. Nesse descompasso a lógica se retroalimenta e parte da população dessas regiões fica desassistida. Não se trata de negar a gravidade, mas de recusar a negligência naturalizada de não olhar para a população que ainda caminha bem, mas possui necessidade de cultura, de informação, de espaço de fala, de espaços seguros. Relembrando a teoria do *habitus* de Bourdieu (1997) salienta-se que o processo entre os comportamentos dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais é dinâmico, modificável. O autor ressalta que o conceito ajuda a romper com as interpretações deterministas, recuperando a historicidade de todo campo social.

A Saúde da Família se destaca pela potencialidade da proximidade com os usuários e pela característica de trabalho territorial. Suas equipes possuem ferramentas e agentes que auxiliam no mapeamento das condições de vida da população, condição primeira para qualquer intervenção.

Os territórios aqui estudados possuem condições de vulnerabilidade para os diferentes ciclos de vida. Mas para o tema em questão, destacam-se as urgências relativas aos jovens e crianças. Esse grupo tem sido prejudicado sistematicamente pela negligência, por uma educação de baixa qualidade e por restritas oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal. Há discursos estigmatizantes sobre essas regiões e acredita-se que tais narrativas atuam no fortalecimento da negligência já mencionada, pois naturaliza os quadros de abandono e carência, eliminando sua historicidade. A característica marcante dos estigmas é delimitar destinos e encerrar possibilidades. Não é natural crianças se esconderem embaixo da cama por causa de tiroteios. Crianças não temem os monstros, mas estão acuadas pela própria realidade social. Não é natural crianças inseridas na escola não terem aulas de história e matemática por mais de um semestre recorrentemente. Não é natural um jovem ter vergonha de dizer onde mora.

Faz-se urgente em tais contextos, fomentar espaços de socialização para crianças e adolescentes onde se possa trabalhar sua autoestima, resiliência e potencialidades para serem cidadãos respeitáveis e respeitados. A construção do sentimento de pertencimento deste grupo a um espaço acolhedor e de cuidado contínuo promove a criação de relações menos excludentes e violentas. Nesse sentido o trabalho da ONG Casa da Árvore se destaca como uma prática exitosa. Seu trabalho possui projetos dirigidos à proteção da infância e seus cuidadores e surgiu como um desdobramento do trabalho da psicanalista Françoise Dolto. O objetivo da instituição é criar “espaços de troca que favoreçam a ampliação do potencial criativo das crianças e de seus cuidadores, buscando a construção da autonomia e a promoção da saúde, além de disseminar uma ética de cuidado e valorização da infância e daqueles que dela se ocupam” (Casa da Árvore, 2014). Um dos núcleos do trabalho da Casa é a parceria que estabelecem com a Atenção Básica das regiões onde se localizam. A saúde precisa, portanto aproximar-se de práticas criativas e intersetoriais que a auxiliem na promoção de saúde.

Como efeito direto desta pesquisa pode-se apontar o convite feito à pesquisadora pela Diretora de Atenção Básica da cidade, no início de 2018, para compor um grupo de estudos com vistas à implementação de um Núcleo Intersetorial de Enfrentamento das Violências em Itaguaí. Pois como já mencionado, a violência é multifatorial e complexa e assim devem ser as formas de enfrentá-la. Para que a saúde possa contribuir na prevenção da violência urbana é necessário fortalecer o seu aspecto de superação estrutural, com o fomento de práticas que

favoreçam a equidade e promovam a saúde ampliada. Para tanto, é preciso que a pauta da violência esteja presente na formação dos profissionais de saúde de forma continuada.

Outro aspecto fundamental às ações da saúde relativas à violência é o trabalho intersetorial. Portanto, as estratégias de enfrentamento requerem práticas colaborativas e, nesse sentido, a escola se revela com grandes potencialidades para este trabalho. Ao longo desta pesquisa a equipe de Estratégia de Saúde da Família realizou uma aproximação à principal escola do bairro e, de acordo com os apontamentos levantados, sobretudo à vulnerabilidade das crianças e adolescentes deste território, foi criado um trabalho chamado Projeto do Amanhã. Este consiste no acompanhamento bimestral de pré-adolescentes dos estudantes do 6º ano, com o objetivo de atingir as perspectivas de vida deste grupo a partir das ideias de autoestima, resiliência e projeto de vida. Essa iniciativa não busca substituir ou amenizar a negligência a direitos necessários à boa formação, mas ao contrário, visa a fornecer subsídios concretos e simbólicos que favoreçam a garantia de direitos e o bem-estar psicossocial, reduzindo agravos e ampliando perspectivas.

Com o objetivo de atingir outras comunidades escolares do município, houve a inserção da temática da violência nas atividades do Programa Saúde na Escola. O trabalho consiste na abordagem crítica das várias expressões de violência, aliada ao fortalecimento do conceito ampliado de saúde. A violência tem sido trabalhada enquanto fenômeno social construído historicamente de forma a desnaturalizá-la e fundamentá-la como questão complexa, revelando os aspectos de negligências institucionais como importantes fatores de sua produção e manutenção.

“Habitús não é destino”, afirma Setton (2002). Felizmente, usuários, profissionais da saúde pública e suas práticas e, sobretudo, os grupos vulneráveis identificados neste trabalho não estão delimitados aos discursos e alcances de atenção atuais.

9 - REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2001, v.6, n.1, pp.63-72. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>>. Acesso em 08/10/2016.
- BAIERL, L.F. **Medo social: a violência visível ao invisível da violência**. São Paulo: Cortez, 2004.
- BAIERL, L.F. Medo Social: dilemas cotidianos. **Ponto-e-vírgula**, 3: 138-151, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Edie/Desktop/DISSERTA%C3%87%C3%83O/baierl.pdf>. Acesso em: 01/02/17.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Brasil. Edições 70. 2011.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____ **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BOURDIEU, P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- _____ **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- _____ Os usos sociais da ciência. São Paulo: UNESP, 1997, 87p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 20/11/17.
- _____ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em 20/09/2016.
- _____ Ministério da Saúde. **Nova Política de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/250584.html>
- _____ Casa Civil. Decreto N° 6.286 de de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em 20/01/18.
- _____ **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM N. 737 de 16/5/01 Publicada no N. 96 Seção 1 de 18/5/01. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em 20/03/17.

BRICENO-LÉON, R. **Violencia, sociedad y justicia en América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2002.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em 01/03/18.

CASA DA ÁRVORE, Rio de Janeiro, 2014. <http://casadaarvore.org.br/>

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.) 8ª Edição – 2009. Disponível em:< <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>.> Acesso em 20/10/17.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. (2013). Subsídios para a campanha “Não à medicalização da vida e medicalização da educação,”p. 1–22. 2013. Acesso em 26/06/2016. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em 20/03/2017

DE ALBUQUERQUE, F. P., BARROS, C. R. dos S., SCHRAIBER, L. B. (2013). Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, 47(3), 531–539. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0531.pdf>>

DE LIMA, M. L. C., DESLANDES, S. F., DE SOUZA, E. R., et al. (2010). An analysis of prehospital care for victims of accidents and violence in Recife, Brazil. **Revista Salud Publica** (Bogota), 12(1), 27–37. Disponível em:< <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n1/v12n1a03.pdf>>

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005, vol.10, n.1, pp.105-109.

FREUD, S. (1926) Inibições, sintomas e angústia. In: **Obras Completas**, Rio de Janeiro: Imago, 1977. 177p.

G. RODRIGUES, M. LOPES, SOUZA, A et al. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva** vol. 13, núm. 1, pp. 111-120, 2008.

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007 Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em 23/01/2018.

GONÇALVES, H.B.C, QUEIROZ, M. R., DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan.-abr. 2017. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>. Acesso em 20/02/18.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Estatísticas por estado e cidade, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado->

[estatisticas.html?t=destaques&c=3302007](#). Acesso em 20/01/17.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira Educação Básica, Censo Escolar. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/>. Acesso em: 20/01/17.

ISP – Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. Governo do Estado. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/>. Acesso em 20/01/17.

MENDES, A.M.B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**. vol.15 no.1-3 Brasília 1995. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>

MINAYO, MCS . A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, suppl 1, p. 07-18, Rio de Janeiro, 1994.

_____. **Violência e Saúde**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

_____. Los conceptos estructurantes de la investigación qualitativa. **Salud colectiva**. v.6 no.3, pp. 251-261. 2010.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISSE, M. **Crime e Violência no Brasil Contemporâneo: Estudos de Sociologia do crime e da violência urbana**. Rio de Janeiro Lumen Juris, 2006.

NÓRTE, C.E. As vítimas da violência: entre discursos científicos e biopolíticas do contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, v. 27(1), p. 169-178. 2015.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão. 8. ed. São Paulo: Edusp; v2, 2008.

OS PARALAMAS DO SUCESSO. **O Calibre** . Álbum Longo Caminho, 2002.

RIBEIRO, S. F. R. Agente Comunitário de Saúde: Dificuldades no Processo de Construção Histórica da Profissão e Adoecimento. **Revista Laborativa**. v.1, n. 1, p. 17-35, 2012.

SANTOS, M, S; SILVA, J, G. BRANCO, J. G. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. V. 30, nº 2, 2017, pp. 229-238. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40851821011.pdf>. Acesso em 15/11/17.

SCHUTEL, T.A.A , RODRIGUES, J. G. PERES, M. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência&Saúde**, 8(2):85-93, 2015.
<file:///C:/Users/Edie/Desktop/DISSERTA%20C3%87%C3%83O/sa%20C3%BAde%20mental%20na%20ab.pdf>

SETTON,M.G.J . A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação** nº 20, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05.pdf>. Acesso em 06/01/18.

SILVA, E.A.A. **Dinâmica das relações afetivas: crenças e explicações para vulnerabilidades à AIDS**. Dissertação de Mestrado. 125p. UFPB/CCHLA. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/6951/1/arquivototal.pdf>. Acesso: em 20/01/18

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública** vol.40 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003 Acesso em 24/02/2018

VELHO, G; KUSCHNIR, K. (Org.). **Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

10 – APÊNDICE - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Realizou-se uma revisão sistemática integrativa com a finalidade de traçar um desenho do estado da arte na literatura científica acerca do medo social da violência urbana. As etapas do trabalho foram as seguintes: I) identificação do tema, da hipótese e da pergunta norteadora da revisão, apontando o objetivo principal da investigação na literatura; II) definição de critérios de inclusão e exclusão de estudos busca bibliográfica; III) categorização dos estudos, IV) análise dos textos incluídos na revisão; V) interpretação dos resultados; e VI) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

I – Identificação do tema e da pergunta-chave

O tema desta revisão é o medo social provocado pela violência urbana e levado como problema para o serviço de psicologia da Atenção Básica. Busca-se investigar como a atenção primária tem atuado nos casos trazidos pelos pacientes, seja na prevenção seja na medicalização ou patologização do medo.

Foi realizada uma busca nas bases de dados Portal BVS, Pubmed, Scopus, Web of Science e Scielo nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola dos seguintes descritores: violência social, violência urbana, violência simbólica, medo social, temor social, transtornos fóbicos, fobia social, serviços de saúde, serviços de atenção ao paciente, consumo de serviços de saúde, uso de serviços de saúde, rede prestadora de serviços de saúde, reorientação dos serviços de saúde, atenção básica, atenção primária de saúde, atenção básica, atenção básica à saúde, atenção básica de saúde, atenção primária, atendimento básico, atendimento primário, cuidados primários de saúde, cuidados primários à saúde, medicalização. Não houve um recorte temporal e, eliminando-se as duplicidades, encontraram-se 101 artigos. Foram incluídos os textos que discorriam sobre a violência urbana, os efeitos da violência na vida da população, os estudos propositivos de prevenção da violência e os que tratavam dos trabalhadores da atenção básica, num total de 32 trabalhos.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS POR TÍTULO, AUTOR E ANO DE PUBLICAÇÃO

| TÍTULO | AUTOR | ANO |
|--|---|------------|
| 1 - Traumatismos maxilofaciais como marcadores de Violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros | Silva, C. et al. | 2014 |
| 2 - An analysis of prehospital care for victims of accidents and violence in Recife, Brazil | De lima, M. et al. | 2010 |
| 3 - Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. | Rodrigues, G. et al. | 2008 |
| 4 - Brasil: a nova agenda social (livro) | Bacha, E. Schwartzman,S | 2011 |
| 5 - The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings | Salum, G. et al. | 2011 |
| 6 - Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. | Mascarenhas, M., Pedrosa, A. | 2008 |
| 7 - São Paulo: trabalhar e viver (livro) | V. Brant | 1989 |
| 8 - Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. | De Lima, M. et al. | 2009 |
| 9 - The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí study. | Vocaro, C et al. | 2004 |
| 10 - Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde | De Albuquerque, F. Barros, C., Schraiber , L. | 2013 |
| 11 - Psychotropic Drug Use in Sao Paulo, Brazil – An Epidemiological Survey | Quintana, M. et al. | 2015 |
| 12 - Interfaces entre a história da violência e a constituição do território no Ceará: um esforço de síntese e periodização | Garcia, Filho, C., Sampaio, J. | 2014 |
| 13 - A campanha nacional de vacinação de idosos como estratégia de entrada do Programa de Saúde da Família em uma área programática de saúde do município do Rio de Janeiro - RJ: planejamento, implementação e execução | Cabral, M. | 2006 |
| 14 - Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras | Deslandes, S., Minayo, MCS. | 2006 |

| | | |
|---|---|------|
| 15- Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil | S. Deslandes, S., Minayo, MCS., De Lima, M. | 2008 |
| 16 - Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência | Albuquerque, V. (tese) | 2010 |
| 17 - atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA - Campinas/SP, 2009 | Belon, A. et al. | 2012 |
| 18 - Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist | W. Berger, W. et al. | 2004 |
| 19 - Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010 | Cecílio, L. et al. | 2012 |
| 20 - Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil | De Lima, M. et al. | 2012 |
| 21 - Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital | De Souza, A. et al. | 2014 |
| 22 - A gente vive equilibrando pratos: olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro | F. Valadares, E. Souza | 2014 |
| 23 - Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade. | Augusto LGS, Beltrão AB, (orgs). | 2008 |
| 24 - Situações de violência no cotidiano da vida do adolescente na zona norte do município do Rio de Janeiro | Ruzany, M. et al. | 1997 |
| 25 - Valerian for anxiety disorders | Miyasaka, L. Atallah, A. | 2006 |
| 26 - Pharmacotherapy of social anxiety disorder: an algorithm for primary care-2001 | Stein, D. et al. | 2001 |
| 27 - Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola | Santos, F. et al. | 2011 |
| 28 - Peculiarities of tuberculosis control in a scenario of urban violence in a disadvantaged community in Rio de Janeiro, Brazil | Souza, F. et al. | 2007 |
| 29 - A atuação do serviço de saúde na violência | Amaro, M., De | 2008 |

| | | |
|--|------------------------------------|------|
| sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR) | Andrade, S., Garanhani, M. | |
| 30 - Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras | Minayo, MCS et al. | 2006 |
| 31 - Passiflora for anxiety disorder (Review) | L. Miyasaka, A. Atallah, B. Soares | 2007 |
| 32 - À guisa de conclusão | M. Jorge | 1997 |

Mediante análise dos resumos dos trabalhos estabeleceu-se a seguinte categorização segundo a frequência dos assuntos apontados: 1) Análise dos serviços de saúde de emergência para as vítimas de acidentes e violências a partir das indicações da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência; 2) Transtornos psiquiátricos e o uso de psicofármacos; e 3) Efeitos da violência urbana no cuidado primário em saúde.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS POR CATEGORIAS TEMÁTICAS

| Categorias temáticas | Estudos (listados e numerados na tabela 1) |
|---|---|
| 1) Análise dos serviços de saúde de emergência com as vítimas de acidentes e violências a partir das indicações da Política Nacional de Morbimortalidade por acidentes e violências | 1, 2, 6, 8, 14, 15, 17, 19, 20, 21 |
| 2) Transtornos psiquiátricos e o uso de psicofármacos | 5,9, 11, 18, 25, 26, 31 |
| 3) Efeitos da violência urbana no cuidado primário em saúde e estratégias de prevenção | 3, 10, 13, 28, 29, 30 |

Análise dos estudos incluídos na revisão

Mascarenhas e Pedrosa (2008 apud Schraiber 2011) apontam em seu trabalho a que a evolução dos estudos sobre a violência no Brasil acompanha o trajeto mundial. Inicialmente a produção brasileira sobre violência e saúde abordava dados de mortalidade por causas externas (acidentes e violência), caracterização da magnitude e importância dessas causas de morte em relação às demais no período e foi evoluindo para uma concepção da violência enquanto processo de causas múltiplas que se inter-relacionam.

Eis as principais concepções de violência e seus efeitos abordados nos trabalhos. Silva et al (2014) consideram a violência urbana como resultante da relação dos habitantes com o espaço urbano e das relações sociais estabelecidas e não a vincula necessariamente a um espaço, mas aponta que ela é produzida via a organização desse espaço com seus conflitos e problemas marcado pelas múltiplas interações entre indivíduos e sociedade. Vinícius Brant (1989) ressalta o crescimento do sentimento de medo na cidade de São Paulo, à época, não como paranoia coletiva, mas como algo do senso comum referendado pelas estatísticas. Esse autor assinala duas explicações para o aumento da violência: a recessão econômica, o desemprego e a deterioração das condições de vida das camadas trabalhadoras; e a deficiência dos aparelhos de segurança e repressão. No capítulo que versa sobre Política de Segurança Pública do livro de Bacha e Schwartzman (2011), os autores abordam os efeitos econômicos e sociais da violência urbana, os programas intersetoriais com foco na redução da violência e a urbanização da violência. Os autores compreendem que os atos criminosos são motivados por fatores econômicos, comportamento de pares e exemplos de sucesso que, muitas vezes, aparecem associados. Chamam atenção para a característica de concentração territorial da violência urbana nas grandes cidades e também para sua clusterização, ou seja, distribuição diferenciada das taxas, dos dados por determinados espaços, havendo portando o que chamam de *hotspots* da violência. A violência urbana é fortemente concentrada no território e essa concentração é retroalimentadora. Na questão da propagação da violência os autores acreditam que as redes sociais exerçam um papel importante.

Brant (1989) salienta as experiências, vivências e discursos do medo. Aponta que essa vivência pode se dar independentemente dos índices de criminalidade, pois há uma massificação dos discursos sobre a violência que contribui para a exacerbação de conflitos sociais e a adoção de medidas repressivas. Considera que, em geral, as falas buscam localizar e circunscrever o fenômeno, esquadrihá-lo e formar mapas mentais. A violência seria sempre

do outro e de outro lugar. Mascarenhas e Pedrosa (2008) sinalizam um efeito sutil da violência nas próprias pesquisas, a saber: o silenciamento acerca desse delicado e intrincado fenômeno. O trabalho de Albuquerque, Barros e Schraiber (2013) intitulado “Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde” sinaliza a dificuldade de colher dados sobre os efeitos da violência à saúde mental dos usuários masculinos, porque suas demandas podem não aparecer espontaneamente ou não ser acolhidas pelos profissionais. Há uma desqualificação do registro perante a queixa e pouca atenção em diagnosticar agravos em saúde mental. Bacha e Schwartzman (2011 apud Monteiro e Rocha 2016 p.310) apontam os efeitos da violência na educação dos escolares: "ela afeta potencialmente o desempenho de alunos em sala, na medida em que introduz insegurança no ambiente de aprendizado."

Em relação às metodologias aplicadas observou-se um número significativo de estudos que utilizaram a triangulação de métodos, considerando os aspectos quantitativos e qualitativos dos campos de pesquisa. Muitos deles buscaram obter um diagnóstico situacional das realidades estudadas.

Um ponto que merece destaque é a crítica presente em vários estudos acerca da escassez das ações preventivas no enfrentamento da violência. Nessa seara, o texto de De Lima et al (2010) afirma que as iniciativas de prevenção da violência urbana devem considerar a complexidade do tema, prezar pela busca de melhoria na qualidade das informações e pela elaboração de políticas públicas específicas e direcionadas aos grupos vulneráveis. O autor critica as políticas públicas de caráter geral e sem ênfase nas particularidades de cada grupo, apontando que estas não encontram repercussão e reconhecimento das vítimas, dos agressores e da sociedade. Outra ponderação do autor é a respeito da importância dada somente aos dados dos casos graves e fatais, ressaltando o valor de estudos que abordam os efeitos da violência.

Em relação às estratégias propositivas de prevenção, o texto de Rodrigues et al (2008) contribui com uma reflexão sobre as ações e o papel dos serviços de saúde frente aos agravos ocasionados por causas externas. Analisa a atuação de uma unidade da atenção básica de Porto Alegre e utiliza como referência os estudos do Instituto Karolinska da Suécia e o Programa Safe Community (ação e decisão baseadas no apoio da comunidade). Os autores lembram que Porto Alegre faz parte da Rede de Cidades Protetoras, projeto que reorienta a perspectiva de ação com o objetivo de promover a segurança: desenvolvimento de um sistema de registro unificado por meio da vigilância da morbidade por violência a partir das demandas

da atenção básica e a criação de um observatório de causas externas. Constatam pouca importância dada à avaliação e à promoção da segurança e existência de uma morbidade mascarada ou invisível pela dificuldade de identificação e registro. Os resultados desse estudo apontaram para a importância das relações profissionais mais qualificadas, da identificação dos atores de violência e da rede de proteção formal e informal.

Bacha e Schwartzman (2011) defendem que, para prevenir a violência é preciso haver uma combinação da reorganização corporativa e da focalização das estratégias (territórios e indivíduos mais perigosos). Os autores apontam elementos comuns que consideram presentes em todas as experiências de prevenção bem sucedidas: o aperfeiçoamento da qualidade da informação, o uso estratégico da informação com o objetivo de planejamento de ações, o monitoramento das ações por território, a interlocução entre os gestores municiados por indicadores e criação de mecanismos de cobrança de resultado.

Os estudos que analisam os serviços pré-hospitalar e de emergência detectaram problemas semelhantes: falta de equipamentos e materiais, equipes multidisciplinares insuficientes, necessidade de formação contínua, necessidade de maior precisão na notificação e nos registros de acidentes e violência, articulação precária desses serviços com as equipes da Estratégia Saúde da Família e outros. Nesses mesmos trabalhos, os autores chamam atenção para a importância da continuidade do cuidado, garantindo que a atenção básica funcione como mais um ponto de apoio para prevenção dos agravos e promoção de relações saudáveis.

No ponto da reabilitação às vítimas de acidentes e violências os estudiosos destacam o pouco investimento em pessoal, a falta de suporte psicológico para os sequelados e a necessidade de proximidade desse trabalho com o nível primário de atenção, de forma a garantir acesso e continuidade aos tratamentos.

A variável de gênero foi abordada por diversos estudos. De Lima et al (2011) apontam a maior vitimização dos homens jovens (20 a 29 anos) e também seu maior protagonismo nas ocorrências de violência. As características da constituição de masculinidade na cultura são apontadas em outro trabalho como fator importante nas diferenciações de vítimas e agressores Silva et al (2014):

“O estudo parece revelar que a passagem para a masculinidade vivenciada inicialmente por adolescentes, passando pelos adultos jovens e refletindo nos adultos, pode encontrar fatores no meio urbano que, associados às características próprias da masculinidade, contribuem para a relação dos homens com a violência

na sociedade, criando-se um sistema de retroalimentação. Os meninos, desde precocemente na formação, podem buscar a reafirmação dessa identidade, aderindo a valores e princípios que tornam a aquisição da própria masculinidade um processo violento". (p.3)

O trabalho já citado “Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde” de Albuquerque, Barros e Schraiber (2013) aponta que a forma como se constitui a masculinidade na cultura, dificulta a identificação de problemas e sofrimento, mascarados ou silenciados. O estudo que analisou os serviços de emergência de Teresina no Piauí (Mascarenhas e Pedrosa, 2008) cita dados do Ministério da Saúde apontando a população negra como a que tem os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas. No período de 2000 a 2003, esses coeficientes ficaram estáveis entre os brancos. Já na população parda e preta, aumentou o risco de mortes violentas. A autora sinaliza que a etnia em si mesma não constitui fator de risco, mas "a inserção social adversa de um grupo racial/étnico se constitui em característica de vulnerabilidade" (p. 5) . O livro “Brasil: a nova agenda social” (Bacha, Schwartzman, 2011) aponta que os crimes violentos afetam predominantemente os mais pobres. Os autores associam esse dado à baixa capacidade desse grupo de se defender pelo uso de segurança privada, usando subsídios de estudos sobre economia. Cita estudo de Beato (2008) sobre a cidade de Belo Horizonte onde a distância entre a residência e o local da ocorrência dos crimes era inferior a 350 metros, na maior parte das mortes na favela do Morro das Pedras, em 2002. Sobre essa incidência o autor conclui que há portanto, um copertencimento, onde "os territórios vitimados pela violência endêmica sofrem um processo de implosão, na medida em que vítimas e agressores fazem parte da mesma comunidade, na maioria das vezes". (Bacha, E. Schwartzman, p.10)

No texto de Albuquerque, Barros e Schraiber (2013) o sofrimento mental foi analisado pela lógica de Dejours e compreendido como um mal-estar que se expressa como angústia, não adquirindo necessariamente um caráter nosológico, mas, sim de desequilíbrio psíquico. A conclusão é de que a relação analisada se mostra relevante para a saúde dos homens. Os autores também detectam a influencia do uso de substância psicoativa, no caso dos homens.

Encontram-se apontamentos importantes para o cuidado de atenção básica. De Lima et al (2010) salientam o receio vivenciado por agentes comunitários de saúde quando têm que atuar nos casos de vitimização por violência, pois eles se expõem dentro de sua própria

comunidade. Nesse sentido, Rodrigues et al (2008) sinalizam que "a morbidade por causas externas, a violência e o enfrentamento desses [problemas] não estão ainda incorporados às práticas cotidianas. Causam sofrimento e medo nos profissionais da linha de frente e [os] paralisam por impotência para abordar sua complexidade" (p. 6).

Há trabalhos bem específicos sobre transtornos psiquiátricos e uso de psicofármacos. Salum et al (2011) referem-se à interação genética e ambiental na gênese dos transtorno de ansiedade. Para os autores, o baixo nível socioeconômico, o estilo de parentalidade pobre, a psicopatologia dos pais, os maus-tratos e eventos adversos da vida são fatores de risco específicos para transtornos de ansiedade. O estudo aborda a implementação do Programa de Transtornos de Ansiedade Psiquiatria de Adolescentes (PROTAIA), desenvolvido dentro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O trabalho estuda os transtornos de ansiedade utilizando uma perspectiva abrangente, reunindo psicólogos e psiquiatras que desenvolveram um protocolo de tratamento para crianças e adolescentes, a partir dos quatro elementos principais da terapia cognitiva comportamental: descrição dos sintomas físicos da ansiedade; reconhecimento e modificação de pensamentos que contribuem para experiências de ansiedade; desenvolvimento de uma estratégia para lidar com situações que causam ansiedade; avaliação do desempenho e escolha de uma autorrecompensa. Das 2457 pessoas atendidas, 138 foram diagnosticadas com de transtornos de ansiedade e os resultados demonstram uma associação entre esse sintoma e depressão grave.

No estudo de Vocaro et al (2004) foi analisada a prevalência de fobia social e seus fatores, a partir das seguintes variáveis: (1) sociodemográficas, (2) indicadores do estado de saúde; (3) uso dos serviços de saúde no passado; (4) uso de medicamentos nos últimos três meses; e (5) soropositividade para T.cruzi. O resultado aponta maior prevalência em mulheres e jovens adultos com baixos índices socioeconômicos.

Interpretação e avaliação dos resultados

A questão norteadora da revisão foi saber se atenção básica tem estudado os efeitos e atravessamentos da violência urbana em seu campo de cuidados. Buscou-se conhecer também estudos propositivos de prevenção da violência e estratégias de prevenção e promoção. Muitos trabalhos aqui analisados apontam a importância da articulação intersetorial no enfrentamento da violência e em seus efeitos. Há vários estudos que apontam falha na continuidade do cuidado e na integração dos níveis de atenção. Ainda que apontem a

importância da Estratégia Saúde da Família, não se observam estratégias práticas de vinculação a este programa. Destaca-se o número de textos que estudam a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a ênfase dada aos efeitos fatais e mais graves das ocorrências. Percebe-se pouco investimento em estudos que analisem os efeitos na saúde mental das vítimas da violência urbana.

A própria violência urbana aparece de modo difuso nos estudos, sem definições claras, mas com apontamentos que permitem ir traçando um conceito. Conclui-se pela análise dos trabalhos, que ela é decorrente da desigualdade social, mas marcada também por escolhas e trajetórias individuais. Manifesta-se contra o patrimônio (roubos, furtos, assaltos) e contra a pessoa (lesões mais ou menos graves, estupros e homicídios).

Em relação à prevenção da violência, há a afirmação de sua importância colocada em diversos estudos, mas pouca clareza acerca dos passos necessários e modos de operacionalizar esse cuidado (prévio). Encontrou-se apenas um estudo propositivo para a atenção básica, o que é lastimável frente ao caráter preventivista da área.

Conclusões

A princípio buscava-se, nesta análise, encontrar uma definição clara acerca do conceito de violência urbana. Mas mediante o quadro que aqui se desenha, a conclusão é de que o tema está aberto a novos estudos, análises e conceituação. Ressalta-se, porém, a importância de trabalhos contextualizados e que trazem a realidade social de várias regiões ou microrregião do país. Destacam-se, assim, as iniciativas de nível local que circunscrevem a realidade social, seus atravessamentos e sua complexidade, permitindo propostas concretas de ação.

Observa-se, por fim, que é necessário analisar os efeitos menos visíveis da violência urbana, como o medo, por exemplo, que é tão incapacitante e gerador de sofrimento quanto os mais graves eventos. E em consequência, é importante refletir acerca dos modos de cuidado: os que são ofertados e os que deveriam fazer parte da atenção.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. (2010). **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência**. 197p. Tese – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca., Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <
http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25736_albuquerquevsm.pdf>
- BACHA, E. L., & SCHWARTZMAN, S. (Orgs). **Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro.: LTC. 2011 366p.
- BELON, A. P., DA SILVEIRA, N. Y. J., BARROS, M. B. et al.. Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA - Campinas/SP, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9), 2279–2290.
- BERGER, W., MENDLOWICZ, M. V., SOUZA, W. F., et al. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul**, 26(2), 167–175. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a06.pdf>>
- BRANT, V. C. (coord). **São Paulo: trabalhar e viver**. São Paulo: Ed.Brasiliense. 1989. 255p.
- CABRAL, M. H. de P. (2006). A campanha nacional de vacinação de idosos como estratégia de entrada do Programa de Saúde da Família em uma área programática de saúde do município do Rio de Janeiro - RJ: planejamento, implementação e execução . **Caderno de Saúde Coletiva**, (Rio J.), 14(3), 425–434. Disponível em:<
http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_3/artigos/marta_pina.pdf>
- CECÍLIO, L. P. P., GARBIN, C. A. S., ROVIDA, T. A. S., et al. (2012). Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 21(2), 293–304. Disponível em:<
<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a06.pdf>>
- STEIN, D. J., KASPER, S., MATSUNAGA, H., et al. (2001). Pharmacotherapy of social anxiety disorder: an algorithm for primary care. 2001. **Primary Care Psychiatry**, 7(3), 107–110.
- DE ALBUQUERQUE, F. P., BARROS, C. R. dos S., & SCHRAIBER, L. B. (2013). Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, 47(3), 531–539. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0531.pdf>>
- DE LIMA, M. L. C., DESLANDES, S. F., DE SOUZA, E. R., et al. (2012). Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(1), 33–42. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a06v17n1.pdf>>

- DE LIMA, M. L. C., DESLANDES, S. F., DE SOUZA, E. R., et al. (2010). An analysis of prehospital care for victims of accidents and violence in Recife, Brazil. **Revista Salud Publica** (Bogota), 12(1), 27–37. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n1/v12n1a03.pdf>>
- DESLANDES, S. F., DE SOUZA, E. R., MINAYO, M. C. de S., et al. (2006). Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(2), 385–396. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a17v11s0.pdf>>
- DESLANDES, S. F., MINAYO, M. C. de S., DE LIMA, M. L. C. (2008). Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil . **Rev. Panam. Salud Publica**, 24(6), 430–440. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/a07v24>
- GARCIA FILHO, C., SAMPAIO, J. J. C. (2014). Interfaces entre a história da violência e a constituição do território no Ceará: um esforço de síntese e periodização. **Revista Saúde e Sociedade**, 23(4), 1209–1221. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1209.pdf>>
- GOMES, R., MINAYO, M. C. de S., de ASSIS, S. G., et al. (2006). Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 11(supl), 1291–1302. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a18v11s0.pdf>>
- JORGE, M. H. (1997). À guisa de conclusão - [Accidents and acts of violence in Brazil: conclusion]. **Revista de Saúde Pública**, 31 Suppl, 51–54. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4s0/3138.pdf>>
- MASCARENHAS, M. D. M., PEDROSA, A. A. G. (2008). Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 61(4), 493–499. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/16.pdf>>
- MIYASAKA, L. S., ATALLAH, A. N., SOARES, B. G. O. (2006). Valerian for anxiety disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, (4).
- MIYASAKA, L. S., ATALLAH, A. N., SOARES,. (2007). Passiflora for anxiety disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, (1).
- QUINTANA, M. I., ANDREOLI, S. B., MOREIRA, F. G., et al. (2013). Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **Plos One**, 8(5).
- RODRIGUES, G. S., LOPES, M. J. M., DE SOUZA, A. C., et al. (2008). Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(1), 111–120. Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/15.pdf>>
- RUZANY, M. H., ASMUS, C. I. F., MEIRELLES, Z. V., et al. (1997). Situações de violência no cotidiano da vida do adolescente na zona norte do município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, (Rio J.), 5(2), 131–138. Disponível em:<

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/1997_2/artigos/csc_1997_v5n2_131-138.pdf>

SALUM, G. A., ISOLAN, L. R., BOSA, et al. (2011). The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 33(2), 181–195. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n2/a15v33n2.pdf>>

SANTOS, F. P. dos A., VIDAL, L. M., BITTENCOURT, I. S., B et al. (2011). Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Physis Rio de Janeiro**, 21(1), 267–281. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a15.pdf>>

SILVA, C. J. de P., FERREIRA, R. C., de PAULA, L. P. P., et al. (2014). Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(1), 127–136. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00127.pdf>>

VALADARES, F. C., SOUZA, E. R. (2014). A gente vive equilibrando pratos: olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, 23(3), 841–854. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0841.pdf>>

VORCARO, C. M. R., ROCHA, F. L., UCHOA, E., et al. (2004). The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí study. **International Journal of Social Psychiatry**, 50(3), 216–226.

11 - ANEXOS

11.1 - Roteiro de entrevista individual (modalidade usuário da atenção básica)

Dados pessoais

Sexo

Idade

Cidade/bairro de residência

Tempo que reside neste local

Ocupação

Dados específicos

- Há quanto tempo frequenta a unidade de saúde e quais os serviços ou ações que busca.
- Como se sente em relação a sua saúde.
- Considera que cuida de sua saúde? Explique.
- Como reage à violência em casa, na vizinhança, no bairro, na cidade, no país. Pessoalmente se considera capaz de cometer violência, de que tipo e como (Explorar isso).
- Considera que a violência afeta a vida das pessoas; traz efeitos negativos? Se pessoalmente já foi vítima de algum tipo de violência.
- Se tem medo de sofrer violência.
- Como acha que esta questão deveria ser enfrentada: pelo poder público, na comunidade, em casa e pessoalmente.
- Como pensa o papel dos profissionais de saúde no atendimento e na prevenção dessa questão.
- Se gostaria de comentar algo mais sobre o tema.

11.2 - Roteiro individual (modalidade profissional da atenção básica)

Dados pessoais

Função

Sexo

Idade

Tempo de experiência

Tempo de atuação neste local

Cidade/bairro de residência

Dados específicos

- O que entende por saúde e como avalia sua saúde física e mental.
- Como compreende o lugar da atenção básica no cuidado em saúde.
- Fale sobre suas percepções e vivências da violência intrafamiliar, comunitária, urbana e social.
- Se considera que a violência afeta a vida das pessoas, como e em que sentido. Se já teve alguma experiência de vitimização.
- Se no exercício da profissão na unidade percebe ou já percebeu situações que se relacionam com algum tipo de violência e como tratou o caso.
- Se tem medo de vivenciar situações de violência no ambiente social e de trabalho.
- Como pensa que a Unidade e os profissionais deveriam cuidar dessas questões.
- Como interpreta o papel do setor saúde e dos profissionais frente a essas questões.
- O que considera importante para a atuação profissional de uma equipe frente às consequências da violência que se apresentam no serviço.
- Se gostaria de comentar algo mais sobre o tema.

11.3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Vivências de medo da violência urbana e o cuidado na Atenção Básica: o caso de Itaguaí.

Pesquisador: Cynthia Conceição Schmidt Campanati. Tel.: (21)998559073.

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – FIOCRUZ. Professoras orientadoras: Maria Cecília de Souza Minayo e Miriam Schenker.

Esclarecimentos:

Esta pesquisa tem a finalidade de analisar as vivências de usuários e profissionais da atenção básica de Itaguaí em relação ao medo da violência social difusa e pensar práticas de cuidado adequadas à questão. Os participantes da pesquisa são usuários e profissionais de três unidades da Atenção Básica de Itaguaí.

A Sra. (Sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para si. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto.

Serão realizadas entrevistas individuais, em espaços seguros e protegidos das Unidades de saúde, previamente acordado com as cordenações e equipes e utilizar-se-á a gravação das narrativas.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Consideraremos possíveis desconfortos na narrativa deste tema a nível local e buscaremos amenizar preocupações com possíveis identificações, garantindo a confidencialidade das informações coletadas neste estudo. Ou seja, somente a pesquisadora e as orientadoras terão conhecimento dos dados identificados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os efeitos da violência social

à saúde no município de Itaguaí, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa favorecer a reflexão do cuidado à saúde frente estes atravessamentos. Este pesquisador se compromete a divulgar com os participantes e comunidade local os resultados obtidos.

A Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos resultados obtidos, respeitando a confiabilidade dos informantes.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Data: ____/____/____