UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA O SUS

Área de concentração: Ensino na saúde e suas interfaces com o SUS
Linha de pesquisa: Formação Pedagógica em Saúde

A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, A FORMAÇÃO E A PRÁTICA DE PROFISSIONAIS – UMA ABORDAGEM SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

RAPHAEL SAMPAIO DOS SANTOS

Niterói, RJ
2018

RAPHAEL SAMPAIO DOS SANTOS

A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, A FORMAÇÃO E A PRÁTICA DE PROFISSIONAIS – UMA ABORDAGEM SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Mestre.
Linha de pesquisa: Formação Pedagógica

Orientadora: Profª. Dra. Lucia Cardoso Mourão

Coorientadora: Profª. Dra. Ana Clementina Vieira de Almeida

Niterói, RJ

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

S 237 Santos, Raphael Sampaio dos.
A violência no território da unidade de saúde da família, a formação e a prática de profissionais: uma abordagem socioclínica institucional / Raphael Sampaio dos Santos. – Niterói: [s.n.], 2018.
119 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2018.
Orientador: Profª. Lúcia Cardoso Mourão.
Coorientador: Profª. Ana Clementina Vieira de Almeida.

1. Violência. 2. Conflitos armados. 3. Capacitação de recursos humanos em saúde. 4. Prática profissional. 5. Saúde da família. 6. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDD: 303.6

Bibliotecária responsável: Inaya Gomes de Andrade CRB7 4474

RAPHAEL SAMPAIO DOS SANTOS

A VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, A FORMAÇÃO E A PRÁTICA DE PROFISSIONAIS – UMA ABORDAGEM SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em 20 agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.(a) Dr.(a) Lucia Cardoso Mourão (Presidente) - UFF

_____

Prof.(a) Dr.(a) Solange L`Abbate (1ª Examinadora) - UNICAMP

_____

Prof.(a) Dr.(a) Donizete Vago Daher (2ª Examinadora) – UFF

_____

Prof.(a)Dr.(a) Luciane Maria Pezzato (Suplente – UNIFESP)

_____

Prof.(a)Dr.(a) Marcos Paulo Fonseca Corvino (Suplente – UFF)

Niterói, RJ

2018

Dedico esta dissertação à minha mãe, meu pai, minha madrinha e minha esposa, pessoas às quais serei grato eternamente.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

À minha família.

Às minhas professoras.

"A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota."

Jean-Paul Sartre

RESUMO

Esta dissertação de mestrado, desenvolvida em uma Clínica da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro, tem como objetivo geral analisar as práticas dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) afetados pelo conflito armado, considerando o seu processo formativo inicial e suas responsabilidades com o cuidado e a formação em saúde. Busca, ainda, com seus objetivos específicos: descrever o processo de trabalho dos profissionais de saúde em uma unidade de Equipe de Saúde da Família localizada em área de conflito armado, considerando as suas funções de técnico e formador em saúde; identificar os conteúdos sobre a violência urbana abordados na formação inicial dos profissionais da ESF; e identificar o efeito da ferramenta Acesso Mais Seguro no processo de trabalho dos profissionais que atuam em territórios violentos. Estudo com abordagem qualitativa, utilizando como referencial teórico metodológico a análise institucional em sua vertente socioclínica institucional que tem Gilles Monceau como autor referência. Participaram da pesquisa médicos, dentistas e enfermeiros que atuavam na unidade cenário do estudo. O projeto obedeceu às Diretrizes e Normas da Resolução CNS nº466/2012, sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, instituição proponente, e foi aprovado sob o nº CAAE 66950617.5.0000.5243. Seguiu também as normas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, instituição co-participante, e foi aprovado sob nº CAAE 66950617.5.3001.5279. Foram utilizados como dispositivos de coleta de dados o diário do pesquisador e dois encontros nos moldes da socioclínica institucional. Os dados dos encontros foram gravados e depois transcritos. Os resultados foram apresentados e discutidos, tomando como referência as características da socioclínica institucional e os conceitos da Análise Institucional, e revelaram que a violência em sua manifestação do conflito armado é um potente analisador, que, por sua vez, desnuda questões institucionais como a falta de apoio da gestão central em algumas ocasiões, as lacunas na formação, a falta de preparo psicológico, a subtração de direitos de pacientes no SUS e um movimento de coesão no processo de trabalho como forma de enfrentamento diário da violência urbana. Considera que a formação desses profissionais vai além dos espaços da Academia e que se torna urgente colocar em debates nos centros formadores e na sociedade essa problemática. Destaca, ainda, que a análise institucional é um *motor* capaz de *startar* um coletivo a criar sua identidade como grupo para perceber, entender e enfrentar suas fragilidades e transformar o contexto a partir de sua própria transformação. Entende a importância do Acesso Mais Seguro nesse cenário, o que levou o grupo a pensar em aprimorar essa estratégia, culminando em uma proposta de produto para este estudo.

Descritores: Conflito armado; Violência; Formação profissional em saúde; Prática profissional; Saúde da Família; Serviços de saúde.

ABSTRACT

This is a master dissertation developed at a Family Clinic in the west zone of Rio de Janeiro, with the general objective of analyzing the practices of health professionals in the Family Health Strategy (ESF) affected by the armed conflict considering their initial training process and their responsibility for health care and training. It also seeks specific objectives: to describe the work process of health professionals in a Family Health Team unit located in an area of armed conflict considering their role as health technician and trainer, to identify the contents about urban violence addressed in the initial training of ESF professionals and to identify the effect of the most secure access tool in the work process of professionals working in violent territories. It is a study with a qualitative approach, using as a theoretical and methodological reference the institutional analysis in its institutional socioclinical aspect, whose reference author is Gilles Monceau. Participated in the research doctors, dentists and nurses who worked in the study scenario units. The project obeying the Guidelines and Norms of CNS Resolution 466/2012, and was submitted to the Research Ethics Committee of the Antônio Pedro University Hospital, Fluminense Federal University, as the proposing institution, and approved under CAAE nº. 66950617.5.0000.5243 and Municipal Health Secretary of Rio de Janeiro, as co-participant institution, approved under CAAE nº. 66950617.5.3001.5279. The researcher's diary and two meetings in the mold of the institutional socioclinica were used as data collection devices. The data of the meetings were recorded, and then transcribed. The results were presented and discussed taking as reference the eight characteristics of the institutional socioclinica and also the concepts of Institutional Analysis; still revealed that violence in its manifestation of armed conflict is a potent analyzer, which in turn bare institutional issues such as lack of support from central management on some occasions, gaps in training, lack of psychological preparation, subtraction of rights of patients in the SUS, and a movement of cohesion in the work process as a form of daily confrontation of violence/armed conflict. It considers that the training of these professionals goes beyond the spaces of the academy and that it become surgent to put debates on training centers and society on this issue. It emphasizes that institutional analysis is an engine capable of starting a collective to create its identity as a group to perceive, understand, and face its fragilities and transform the context from its own transformation. It understands the importance of safer access in this scenario, which led the group to think about improving this strategy, culminating in a product proposal for this study.

Keywords: Armed conflicts; Violence; Health Human Resource Training; Professional Practice; Family Health; Health services.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Análise Institucional
AP	Área Programática
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO **11**

1 INTRODUÇÃO **12**

1.1 Implicações do pesquisador **12**

1.2 Problematização **15**

1.3 Justificativa e relevância do estudo **19**

1.4 Objetivos **21**

1.4.1 Objetivo geral..... **21**

1.4.2 Objetivos específicos..... **21**

2 APROXIMAÇÕES DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O TEMA **22**

2.1 Aspectos da violência..... **22**

2.1.1 A violência e seus efeitos na vida das pessoas e dos profissionais de saúde.. **22**

2.2 Violência urbana e o Acesso Mais Seguro..... **23**

2.3 As diretrizes curriculares nacionais e a formação do profissional de saúde: principais aspectos relacionados à prática na Atenção Básica..... **25**

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DO ESTUDO **27**

4 METODOLOGIA..... **31**

4.1 Tipo de estudo **31**

4.2 Cenário do estudo **31**

4.3 Participantes do estudo..... **32**

4.4 Recrutamento e abordagem **33**

4.5 Coleta de dados **34**

4.6 Tratamento e análise dos dados coletados **37**

4.6.1 Transcrição dos depoimentos relacionando-os com os objetivos do estudo, com as características da socioclínica institucional e alguns conceitos da Análise Institucional **38**

4.6.2 Reflexões a partir do diário do pesquisador **45**

4.7 Aspectos éticos da pesquisa **48**

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: OS PARTICIPANTES, SUAS FALAS E AS CARACTERÍSTICAS DA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL **50**

5.1 Conhecendo os participantes do estudo **50**

5.2 Em destaque: o analisador violência urbana que permitiu a análise das instituições **51**
5.2.1 A violência urbana evidencia as encomendas e as demandas relacionadas aos profissionais de saúde da ESF **53**
5.2.2 A violência urbana possibilita a análise das implicações e evidencia o atravessamento das instituições na formação e nas práticas profissionais **64**
5.2.3 A violência urbana e a emergência da ligação amistosa entre a equipe de profissionais de saúde **73**
5.3 O segundo encontro: A restituição e as percepções do grupo sobre a análise parcial dos resultados **76**
6 AS MÍDIAS SOCIAIS E A AMPLIAÇÃO DO ACESSO MAIS SEGURO NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA URBANA: UMA PROPOSTA DE PRODUTO **79**
6.1 Introdução/Contextualização **79**
6.2 Relato do Produto **81**
6.3 Considerações finais acerca da proposta de Produto **83**
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS **85**
REFERÊNCIAS..... **89**
APÊNDICES..... **95**
APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS **95**
APÊNDICE II: NOTA PRÉVIA – A formação de profissionais de saúde e a violência no âmbito do território da unidade de Saúde da Família: uma análise das práticas profissionais **96**
APÊNDICE III: PROPOSTA DE ROTEIRO **99**
ANEXOS **116**
ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **116**
ANEXO II: CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA **119**

ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Objetivando organizar esta dissertação, apresento uma breve descrição das partes que a compõem.

No capítulo introdutório, apresento minhas implicações com a pesquisa, bem como sua problematização, sua justificativa, sua relevância e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo, trago uma aproximação da revisão bibliográfica que envolve as questões sobre violência urbana[1], a relação entre violência e o Acesso Mais Seguro, e ainda as diretrizes curriculares nacionais, tema este que norteia a discussão da violência na perspectiva da formação.

O terceiro capítulo é constituído pelo Referencial Teórico Metodológico. Nele, abordo alguns conceitos importantes da Análise Institucional, como implicação, transversalidade, encomenda, demanda e analisador; situo a apropriação que as pesquisas da área de saúde coletiva fazem desse campo do conhecimento; e, por fim, realizo algumas aproximações entre tais assuntos e a socioclínica institucional, método deste estudo.

No quarto capítulo, apresento o desenho metodológico – no qual se dá luz para o tipo de pesquisa utilizada, para o cenário e para os participantes do estudo –, a coleta e a forma da análise dos dados, e os aspectos éticos da pesquisa. Vale ressaltar que nesta etapa são abordadas as oito características da socioclínica institucional.

No quinto capítulo, trago os resultados e a discussão acerca dos mesmos, fazendo uma análise profunda sobre os dados e correlacionando-os com as respectivas características da análise institucional em sua vertente socioclínica institucional.

No sexto capítulo, escrevo sobre o produto desta pesquisa, mostrando como o mesmo emergiu dos encontros socioclínicos institucionais e em construção coletiva. Fica evidente a importância da intervenção socioclínica para o desenvolvimento do produto capaz de interferir e transformar o problema identificado.

No sétimo capítulo, apresento as considerações finais e busco mostrar os objetivos alcançados, costurando-os com a temática da violência e da formação e com a metodologia da análise institucional em sua vertente socioclínica institucional.

---

[1] Neste estudo torna-se necessário elucidar que quando houver referência à ***violência urbana***, trata-se de sua manifestação do ***conflito armado***.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo emergiu da minha prática profissional, na qual as aproximações com a violência urbana e a forma como esta repercute no processo de trabalho das equipes de saúde provocaram em mim a necessidade de discutir tal temática.

Alguns autores debatem a importância de fazer novas reflexões sobre a interferência causada pela violência urbana na dinâmica social. Segundo Peres e Ruotti (2015), em decorrência do seu avanço no Brasil, a violência urbana despertou a atenção de diversos campos de conhecimento e é tema de pesquisas e de intervenção das políticas públicas.

Diante da complexidade das formas de violência urbana, nesta pesquisa deu-se enfoque à violência em sua expressão de conflito armado, que diversas vezes interferiu na dinâmica do serviço das equipes de saúde na unidade em que trabalhei.

A violência urbana representa um complexo de práticas sociais que não são coerentes com as rotinas organizadas pelo Estado. A força, utilizada como princípio das relações sociais, é caracterizada como um conjunto de práticas reconhecidamente ameaçadoras à integridade física, mental e patrimonial (SILVA, 2004).

Portanto, é objeto deste estudo a violência urbana em sua manifestação do conflito armado e suas influências nas práticas dos profissionais de saúde.

1.1 Implicações do Pesquisador[2]

Ao me inserir no mercado de trabalho, enfrentei todos os medos e inseguranças que surgem no momento em que se corta o “cordão umbilical” que nos liga à academia. Tudo era novo, e o sentimento de temor e a vontade de atuar como profissional estavam enredados.

Em minha primeira experiência profissional, fui, no ano de 2005, preceptor de uma turma de curso técnico de enfermagem no Rio de Janeiro, em um hospital do Estado, no setor da clínica médica. Neste emprego, tive a impressão de que mais aprendi do que ensinei. Afinal, o que esperar de um recém-formado cuja função era ensinar procedimentos que nunca fizera em seu tempo de estágio na faculdade? Embora aprendêssemos tais procedimentos em sala de aula, nem sempre tínhamos a oportunidade de praticá-los quando éramos projetados para o campo de estágio.

[2]Ao falar-se de implicações, usa-se o conceito da Análise Institucional, referencial teórico e metodológico deste estudo, que traduz a negação da neutralidade do pesquisador com seu objeto de pesquisa (Abrahão, 2013, p. 327).

Naquele momento, no trabalho, eu sabia que éramos eu, o paciente e o conhecimento técnico-científico que obtive na instituição de ensino. Como se este me possibilitasse o preparo para manejar as diferentes dinâmicas experienciadas no processo de trabalho do cotidiano... Mas eu ainda não sabia disso.

Alguns meses após a minha formação, comecei a trabalhar na área da saúde pública, sendo minha inserção inicial na Atenção Básica, como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do sertão da Bahia. Durante os anos em que lá estive, residi em dois municípios: Iaçu, situado no sertão, onde passei aproximadamente um ano, e Presidente Tancredo Neves, situado no sul da Bahia, onde permaneci aproximadamente quatro anos e meio.

Durante a minha passagem pelo estado, que se iniciou em 2006, não só atuei como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), como também trabalhei no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Coordenei ainda a Vigilância Epidemiológica e exerci papel de coordenador e instrutor na formação de Agentes Comunitários de Saúde. Nesta última experiência, recebi um convite para atuar no Haiti, em meados de 2010, por dois meses.

No Haiti, fiz parte de uma equipe formada pelo Ministério da Saúde do Brasil que atuou no programa de formação de agentes comunitários de saúde para o fortalecimento da saúde pública do país em que estávamos. A equipe brasileira contava com sete enfermeiros que atuavam juntamente a médicos e enfermeiros cubanos e haitianos.

Enquanto enfermeiro, tive o primeiro contato com a violência urbana. A violência se expressava através de manifestações não pacíficas do povo haitiano, em decorrência da situação política do país naquela época, o que nos limitava quanto à mobilidade nos locais de atuação e nos fez sair do país mais cedo, escoltados pelo exército brasileiro.

Dando continuidade à minha trajetória profissional, em Brasília, no ano de 2011, ministrei aulas teóricas e fui preceptor na disciplina de saúde coletiva em um curso de graduação de enfermagem.

Enquanto somos alunos, acredito que não percebemos as lacunas existentes entre a teoria e a prática. Somente mais tarde, quando nos deparamos com uma situação que não conseguimos manejar, é que nos damos conta do quanto elas são significativas. Não faz tanto sentido aprender sem vivenciar o aprendizado.

Segundo Ceccim (2004, p.8),

> As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução,

> permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira.

Quando faço uma análise da minha prática profissional ao iniciar as atividades como enfermeiro e da minha formação em saúde pública na graduação, reconheço o quanto esta foi frágil. Resgato em minhas lembranças as diversas dificuldades que vivenciei quando iniciei minha vida profissional como enfermeiro.

Durante a minha formação na graduação na área de saúde pública, não fui inserido em uma equipe de Saúde da Família para compreender a dinâmica do processo de trabalho neste campo. Assim, reconheço a falta que me fez não experimentar as tensões produzidas nas relações para estabelecimento de vínculo com os usuários e nos diálogos entre os profissionais que, na minha perspectiva, me possibilitariam desenvolver outras competências. Penso que estas competências não podem ser desenvolvidas dentro das salas de aula.

Proponho aqui uma reflexão sobre o quanto deixamos de abordar conteúdos das ciências humanas e sociais em nossas formações iniciais, o que, no futuro, nos fragiliza profissionalmente para atuar no mercado de trabalho. Quando as instituições de ensino não se comprometem com o acompanhamento das transformações sociais, não garantindo um ensino integrado da teoria com a prática, podem prejudicar a formação do aluno. Seguindo essa linha de raciocínio, Lorena *et al*. (2016, p.10) refere que “a multiplicidade da vivência acadêmica do estudante antes de se tornar egresso potencializa, no tempo de sua formação, possibilidades de ampliar e cumprir seu papel na sociedade”.

Será que apenas o conhecimento teórico apropriado pelo aluno fará com que ele consiga se articular em seu meio de trabalho de forma coesa?

Temerário? Um pouco irracional? Autodidata? Não sei como explicar as minhas escolhas. Talvez de tudo um pouco! Era preciso coragem para ir residir em outro estado e me lançar em novas experiências profissionais. E quem disse que uma dose de absurdo não faz bem? Afinal, talvez seja por esse motivo que estou escrevendo neste momento, expondo minhas inquietações como enfermeiro de saúde coletiva e buscando, durante o meu curso de mestrado, novas reflexões que me permitam intervir para transformar o cotidiano dos serviços de saúde.

A necessidade da busca da qualificação na área frente às demandas que se colocavam no serviço já havia me levado a cursos de pós-graduação *lato sensu*. Mas o interesse pelo mestrado profissional foi algo que despontou devido à violência urbana que tristemente

experimentei em meu trabalho e que ainda requer uma intervenção específica de toda a sociedade.

À época da construção desta pesquisa, exercia minhas atividades em uma unidade de saúde coordenando uma equipe de Saúde da Família na atenção básica no município do Rio de Janeiro que estava situada em um território com frequentes conflitos armados. Relato a seguir as situações vivenciadas nesse local, que também se constituíram na problematização deste estudo.

1.2 Problematização

Há aproximadamente quatro anos, deparei-me com uma situação que ainda nos dias de hoje provoca grande sentimento de inquietude. No território em que exercia minhas atividades como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, lidei com uma realidade nunca vivenciada por mim no ambiente de trabalho, muito distante das que experimentei na época da graduação: a violência urbana com seus desdobramentos para o conflito armado.

Eu e os demais profissionais de saúde experienciávamos episódios de conflitos armados e não sabíamos o que fazer diante de tal problemática. Para mim, aquela era uma situação completamente nova da perspectiva prática no ambiente de trabalho; momentos de tensão que não poderiam ser entendidos em sua intensidade senão nos períodos em que foram vivenciados.

Devido à minha prática, permito-me inferir que a violência urbana gera, tanto no usuário, quanto nos profissionais, sentimentos de ansiedade e angústia que podem ser lesivos à saúde e contraproducentes na perspectiva do trabalho. Além disso, os conflitos armados obstaculizam as atividades das equipes de saúde, como é reforçado por Machado e Daher (2013), que referem que a continuidade do cuidado às famílias torna-se um desafio em territórios que são acometidos frequentemente pela violência. Para podermos melhor compreender como a violência urbana atinge a essas equipes de Saúde da Família em territórios violentos, torna-se necessário uma breve explanação.

Segundo Brasil (2012a), a Atenção Básica é constituída por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada definida na Política de Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), norteando-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, longitudinalidade, humanização e participação social. Constituindo-se como

estratégia principal para a mudança na organização e nos modos de cuidar, a Estratégia Saúde da Família garante a cobertura da população e atribui às equipes de saúde a responsabilidade sanitária pelo seu território.

Tem como objetivo reorganizar a assistência à saúde tradicional, fundada no biologicismo e na postura hospitalocêntrica, mudando o foco do processo, centrando-o na família e considerando o contexto em que ela está inserida, facilitando, assim, o entendimento e a intervenção no processo saúde e doença pelas equipes de saúde. Busca, ainda, a redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto, um modelo de mudança na prática clínico-assistencial dos profissionais do setor (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Observa-se que essa transformação vem ocorrendo ao longo do tempo em que se tem buscado novas formas de produzir saúde, destacando-se a ampliação na cobertura da Atenção Básica, que, no Rio de Janeiro, passou de 16,3%, em janeiro de 2010, para 70,6% até 2017, por meio do aumento do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e da implantação de Clínicas da Família (SUBPAV, 2018). Com essa ampliação, algumas unidades de atenção básica passaram a estar presentes em territórios com alto grau de vulnerabilidade social, consequentemente expostas à violência.

A precariedade das condições de vida reflete um cenário em que a vulnerabilidade social desencadeia uma intensa onda de violência vivenciada por todos nós no mundo contemporâneo (ABROMOVAY *et al*., 2002). Segundo Souza e Lima (2006), a violência social que ocorre no Brasil se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais, tendo demonstrado uma magnitude e uma intensidade sem precedentes, maiores até do que as observadas em países em situação de guerra. Ela afeta a população de forma desigual, gerando riscos diferenciados não só para indivíduos de todas as cores e gêneros, mas também para o espaço social em que essas pessoas estão inseridas.

No Rio de Janeiro, os fatores externos são uma significativa causa de morte, destacando-se a mortalidade por agressões por arma de fogo como sendo predominante entre jovens de 15 a 39 anos. A desigualdade é representada nos indicadores quando se observa que, das vítimas de homicídio no ano de 2010, 53,5% tinham entre 15 e 29 anos, e, dentre estes, 74,6% eram negros e 91,3%, do sexo masculino (RIO DE JANEIRO, 2013a).

Corroborando esses dados, Waiselfisz (2015), em estudo recente sobre o tema, no que diz respeito às agressões interpessoais, refere que, entre os anos de 1980 e 2012, a população teve um crescimento em torno de 61%, apresentando um aumento de 387% das mortes por arma de fogo. Esse dado é ainda mais grave entre os jovens, cujo percentual foi superior a

460%, sendo esse crescimento exponencial quase exclusivamente devido aos homicídios, que cresceram 556,6%.

Esse panorama reflete a necessidade de debater o tema da violência sob um ponto de vista complexo e intersetorial, contemplando suas diversas perspectivas e levando em consideração os múltiplos setores envolvidos, tais como a saúde, a segurança e as políticas públicas, tendo em vista que os vários aspectos que envolvem esse fenômeno impactam fortemente a saúde pública, seja pelo número de vítimas diretas, seja pelos agravos mentais e emocionais dos envolvidos, impactando negativamente na qualidade de vida dos indivíduos e coletividades (CARDOSO *et al*., 2016).

O que relatarei a seguir ocorre em uma Clínica da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro, na qual a desigualdade social, alta no país, mostra-se, também nesse território, refletida pelas intensas e violentas disputas de traficantes com frequentes intervenções policiais. Evidencio no meu trabalho que essas ações muitas vezes levam pânico à comunidade e aos profissionais da equipe de saúde.

Szwarcwald *et al*. (1999) mostra em seu estudo que determinados bairros localizados na Zona Oeste do Rio de Janeiro se destacam pelo elevado índice de analfabetismo e elevada pobreza, estabelecendo uma relação direta entre esta fragilidade social e a violência cada vez mais presente nesses espaços. Sob essa perspectiva, dados apontam ainda que a Zona Oeste do Rio de Janeiro é a região de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, marcada por significativa desigualdade social e realidades contrastantes (INSTITUTO RIO, 2016). Inserida nesse território, a área programática 5.3 destaca-se como uma das áreas da cidade do Rio de Janeiro menos desenvolvida econômica e socialmente, com altos índices de violência urbana (MARINO; NOGUEIRA; FERREIRA, 2016).

Por estar situada próxima a pontos de disputa do tráfico, a Clínica da Família na qual exerci minhas funções é frequentemente afetada por conflitos armados e, consequentemente, encerra suas atividades antes do fim da jornada normal de trabalho, interrompendo a assistência prestada aos usuários. Essa situação atravessa os princípios que norteiam a Estratégia Saúde da Família e do SUS, já que, quando a clínica é fechada, os serviços prestados pelas equipes de saúde são paralisados. Ressalta-se ainda que existe certa dificuldade no reagendamento dos pacientes em suas consultas. O prejuízo pode se estender também para perda das consultas agendadas em outros níveis de saúde (especialidades), pois o agente comunitário de saúde (ACS), dependendo da situação no território, poderá não iniciar suas atividades de visita ao domicílio ou deverá interrompê-las, se necessário.

Esses episódios de conflitos armados geram desentendimentos constantes entre usuários, profissionais da saúde e gestão local, causando um grande desgaste emocional e fragilizando a saúde mental dos trabalhadores e moradores do território adstrito à unidade. Observa-se uma rotatividade dos profissionais das equipes de Saúde da Família que pode estar relacionada à violência, rompendo assim alguns dos princípios pelos quais a atenção básica se orienta, como a coordenação do cuidado e o vínculo.

Com relação aos profissionais de saúde, e me incluo entre eles, observo certo despreparo para atuar em territórios nos quais os conflitos armados gerados pela presença do tráfico de drogas são uma constante. Tal observação sustenta a hipótese de uma formação frágil na perspectiva teórica e prática, e a importância da discussão de tal problemática em todos os níveis do sistema de saúde para uma intervenção qualificada sobre tal situação.

O território em situação de violência apresenta risco para todos que nele trabalham. Por exemplo: anteriormente, durante os conflitos, os servidores e usuários não sabiam se organizar para sair em segurança, o que poderia levar a exposição à um risco maior para essas pessoas. Por um tempo, nos guiávamos somente pelo funcionamento das escolas da região: se elas fechassem, as ESF entravam em estado de alerta. Diante de qualquer movimentação policial ou informação recebida, mesmo sem confirmação, iniciava-se uma onda de ansiedade e tomada de decisões prematuras.

Nesse sentido, sendo necessário melhorar o acesso aos serviços de saúde, ajudar na reorganização do processo de trabalho e, principalmente, ofertar segurança para trabalhadores e usuários, foi pensada a implantação de uma ferramenta de comunicação denominada Acesso Mais Seguro[3]. A fim de manter a oferta dos serviços e lidar com a insegurança dos servidores e usuários gerada pela violência no território, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem desenvolvendo, desde 2009, um trabalho de proteção do acesso à saúde em conjunto com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) (Rio de Janeiro, 2013b).

O Acesso Mais Seguro foi implantado, no ano de 2013, na Clínica da Família, cenário deste estudo, em decorrência dos inúmeros episódios de conflitos armados no território, caracterizando-se como uma tentativa de minimizar o impacto da violência urbana nos usuários e seus efeitos negativos no emocional e nas práticas dos trabalhadores, sendo, assim, uma ferramenta a partir da qual os profissionais poderiam se sentir mais “protegidos”.

[3]O Acesso Mais Seguro é uma estratégia que tem como objetivo identificar os riscos aos quais as equipes de Saúde da Família estão expostas, estabelecendo procedimentos que previnam os incidentes de segurança e reduzindo as suas consequências, facilitando a atenção à saúde da população adscrita (RIO DE JANEIRO, 2013b).

Neste estudo, refletiremos sobre a utilização do dispositivo Acesso Mais Seguro como proteção contra a violência urbana no território em que foi aplicado, promovendo debates coletivos sobre a formação inicial e permanente dos profissionais de saúde da ESF, aproveitando-se do espaço pedagógico do ambiente de trabalho.

A formação dos profissionais de saúde vem sendo objeto de constantes mudanças, de maneira a atender as transformações observadas na política, na economia e também na ideologia hegemônica nos diferentes contextos históricos. Atualmente, essa formação vem sendo fortemente influenciada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que vieram definir o perfil, as habilidades e as competências dos diferentes profissionais (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001c), tendo em vista a reestruturação do SUS. Apesar das DCN referirem em vários momentos que o aluno em formação deve adquirir seu conhecimento em diferentes contextos, dificilmente são escolhidos os campos de estágio em locais onde a violência pode pôr em risco a vida do aluno, não sendo possível, portanto, que se apropriem dessas vivências.

De maneira a realizar uma aproximação das questões expostas acima foi que se pensou em realizar este estudo, utilizando como referencial teórico metodológico a Análise Institucional em sua vertente socioclínica institucional, pela possibilidade de promover um processo reflexivo no coletivo de trabalhadores da ESF, estimulando a gestão participativa e a construção coletiva de um espaço crítico e reflexivo sobre a formação em saúde.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Diante da problemática colocada acima, me percebi estimulado a realizar um estudo abordando as questões relacionadas ao impacto da violência urbana no processo de trabalho das equipes de saúde da família, interrogando a formação do profissional de saúde por meio da análise coletiva da utilização do dispositivo Acesso Mais Seguro como uma ferramenta capaz de potencializar tais discussões.

A fim de atender o estado da arte desse tema, realizei uma busca nas bases da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), por meio do endereço eletrônico http://bvsalud.org/, em que o termo violência urbana foi utilizado como palavra-chave por não ser considerado um descritor. Os seguintes descritores foram definidos no portal regional da BVS/DeCS/MeSH: formação profissional em saúde; violência; serviços de saúde; saúde; atenção básica à saúde; conflito armado; e tráfico de drogas. As combinações foram realizadas pelo operador booleano AND, seguidas pela leitura dos resumos dos artigos e pela seleção dos artigos relevantes para este estudo.

Percebi, então, a escassez de estudos sobre o tema em foco. Muitos trabalhos encontrados referem-se a aspectos da violência direcionada a temas específicos, como gênero, ciclo de vida e a própria violência urbana, porém sem o desdobramento para o conflito armado nos territórios de unidades básicas. A necessidade de aprofundamento sobre essa temática justifica-se pela tentativa de melhor compreender a relação entre a violência urbana e as competências e habilidades adquiridas (ou a adquirir) pelos profissionais de saúde para o efetivo exercício das práticas na atenção básica à saúde. Essa afirmativa é validada por Rosa (2010) quando a mesma observa a importância do estudo da violência, ajudando, assim, a desenhar estratégias para seu enfrentamento em diferentes contextos.

Nesse sentido, a proposta deste projeto emerge de uma necessidade de ampliar os conhecimentos sobre a temática, tendo como base a realidade vivenciada cotidianamente na referida unidade de saúde.

A partir deste trabalho, analisaremos a formação dos profissionais de saúde no que diz respeito à violência urbana e seus impactos nas práticas profissionais, possibilitando o fortalecimento destas discussões em torno da formação em saúde.

Refletindo sobre minha experiência profissional e minhas implicações iniciais com o tema deste estudo, destaco a seguir os pontos que se constituem como problema para que a assistência à família aconteça como preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a): a descontinuidade no tratamento das famílias devido à falta de visitas regulares dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos outros profissionais de saúde; a perda do vínculo, em virtude da alta rotatividade dos profissionais nas equipes; a impossibilidade de efetuar a prevenção e tratamento dos problemas de saúde identificados, em consequência da perda de consultas na ESF e nas clínicas de especialistas em outro nível de atenção do sistema de saúde; e as dificuldades relativas à participação de grupos educativos e de outras ações de promoção que envolvem a comunidade.

Com relação ao comportamento dos profissionais de saúde e à ocorrência da violência urbana, percebo nesses sujeitos sentimentos de medo e insegurança. Presumo que tais problemas poderiam desencadear outros distúrbios mentais mais graves nesses profissionais, porém há ainda a necessidade de se buscar na literatura um entendimento melhor dessa relação.

Em um artigo que tem como objetivo analisar a associação entre agravos à saúde mental masculina e episódios de violência sofrida, Albuquerque, Barros e Schraiber (2013) mostram que “há pouca produção científica sobre violência urbana e comunitária”.

Em um estudo qualitativo realizado em São Paulo que trata da repercussão da violência na saúde mental dos trabalhadores no programa de saúde da família, Lancman *et al.* (2009) mostra que os "ACS e suas famílias ficam expostos a uma maior sensação de vulnerabilidade à violência, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas".

Assim, torna-se importante discutir a questão da formação dos profissionais de saúde para atender às novas demandas da sociedade, com o propósito de que a produção do cuidado em saúde se aproxime do contexto em que os profissionais de saúde e usuários estão inseridos, facilitando uma tomada de decisão articulada com a necessidade do cotidiano.

Tais problemas originaram a seguinte questão: como a violência urbana pode influenciar nas práticas dos profissionais de saúde que atuam em uma clínica de família em território violento?

Neste sentido, o estudo torna-se relevante não só pela possibilidade de contribuir na temática referente à violência urbana e seus impactos nas práticas dos profissionais de saúde em unidade básica, como também por fortalecer as discussões acerca do processo de formação desses profissionais de saúde em relação à violência urbana. Acerca do Acesso Mais Seguro, o estudo permitirá uma melhor reflexão dos profissionais de saúde sobre esta ferramenta de enfrentamento em territórios violentos.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas dos profissionais de saúde da ESF afetados pelo conflito armado, considerando o seu processo formativo inicial e as suas responsabilidades com o cuidado e a formação em saúde.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de trabalho dos profissionais de saúde em uma unidade de Equipe de Saúde da Família localizada em área de conflito armado, considerando as suas funções de técnico e formador em saúde;
- identificar os conteúdos sobre a violência urbana abordados na formação inicial dos profissionais da ESF;
- analisar o efeito da ferramenta Acesso Mais Seguro no processo de trabalho dos profissionais que atuam em territórios violentos.

2 APROXIMAÇÕES DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O TEMA

2.1 Aspectos da violência

Desde o final da década de 1980, a violência ocupa o segundo lugar nas causas gerais de morte na população brasileira. O número de internações em consequência da violência é seis vezes maior que o número de óbitos, gerando custos altos para o sistema de saúde (LANCMAN, 2009). É sabido que existem diversos tipos de violência e todos geram impacto negativo importante nos indivíduos que sofrem com ela.

Para a OMS, violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Dahlberg e Krug (2007) trazem em seu artigo a violência subdividida em autodirigida, interpessoal e coletiva. A violência autodirigida ocorre quando um indivíduo possui pensamentos ou age de forma a causar danos em si próprio; a violência interpessoal ocorre quando um indivíduo violenta outro, podendo esses indivíduos se conhecerem ou não; e a violência coletiva pode se tratar de atos terroristas ou violência praticada por hordas ou grupos organizados, sendo ainda caracterizada como violência urbana, temática alvo deste estudo.

Minayo (2010) apresenta ainda uma outra tipificação da violência, denominada estrutural, que se expressa nos níveis elevados de desigualdade social, podendo se manifestar de algumas formas, sendo o crime uma delas.

Vale ressaltar que territórios mais pobres estão mais inclinados para manifestações da violência como os conflitos armados (LANCMAN, 2009).

2.1.1 A violência e seus efeitos na vida das pessoas e dos profissionais de saúde

Como dito anteriormente, a violência repercute de forma negativa no cotidiano dos usuários e profissionais de saúde. É sabido que a violência afeta a saúde psicológica de ambos os grupos. Lancman (2009) afirma que o conceito de violência no trabalho pode estar relacionado a fatos que impliquem riscos explícitos ou implícitos para segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores. Segundo o autor, a Estratégia Saúde da Família, por estar inserida em território com maior vulnerabilidade, está mais exposta à violência. Essa

construção é corroborada por Moreno e Moreno (2004) quando enfatizam que esses territórios estão mais tendentes a serem violentos pela intensa ação do tráfico.

Ruotti, Massa e Peres (2011) argumentam em seu estudo que a violência é um fenômeno complexo, sobre o qual as análises epidemiológicas apresentam ainda limitações. Portanto, é importante identificar os fatores de risco para as suas diferentes ocorrências, assim como conhecer suas causas e o reconhecimento dos grupos particularmente expostos, buscando medidas preventivas.

Este trabalho traz para reflexão o cotidiano de uma Clínica da Família localizada em Santa Cruz, Zona Oeste do Rio de Janeiro, onde há, frequentemente, conflitos entre policiais e traficantes. Tal situação torna-se extremamente perigosa não só para saúde mental dos usuários e profissionais de saúde, mas também para a integridade física de ambos, já que os disparos por armas de fogo ocorrem comumente e já atingiram várias vezes a referida unidade de saúde.

2.2 Violência urbana e o Acesso Mais Seguro

Para compreender o impacto da violência sobre a saúde é necessário o entendimento dos fatores que a influenciam. A violência é um fenômeno social que afeta a saúde dos indivíduos e requer uma readequação dos serviços de saúde, necessitando de uma participação multiprofissional e intersetorial (MINAYO, 2010). Para Fiúza *et al*. (2011), a violência urbana é um fenômeno social que ocorre na dinâmica de uma sociedade manifestando-se de diversas formas. Uma delas é o conflito armado, podendo influenciar no trabalho das equipes de saúde por estas estarem localizadas, em sua maioria, nas periferias urbanas.

O Acesso Mais Seguro é uma estratégia que tem como objetivo identificar os riscos a que as equipes de saúde da família estão expostas, estabelecendo procedimentos que previnam os incidentes de segurança, reduzindo as suas consequências, facilitando assim a manutenção da saúde à população adscrita (RIO DE JANEIRO, 2013b).

Como citado anteriormente, de forma a lidar com os episódios de violência armada, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro vem desenvolvendo, desde 2009, um trabalho de proteção do acesso à saúde em conjunto com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) (Rio de Janeiro, 2013b).

A CICV foi fundada há aproximadamente um século e meio. Tem missões e delegações em cerca de 180 países no mundo. Sua finalidade é coordenar e empreender a

diplomacia humanitária, proteger e auxiliar as vítimas de conflitos armados e de outras situações de violência existente ou emergente, reduzindo os perigos aos quais estas pessoas estão expostas (CICV, 2013).

O Acesso Mais Seguro foi implantado na Clínica da Família em que trabalhei no ano de 2013, decorrente dos inúmeros episódios de violência no território, caracterizando-se como uma tentativa de minimizar o impacto da violência na saúde mental dos trabalhadores. Torna-se um dispositivo com potencial para permitir que o profissional se sinta mais "protegido", tendo em vista que o enfrentamento das questões relacionadas à violência urbana é multifatorial e de intervenção intersetorial. Uma das lacunas que aqui assinalamos é a pouca ou nenhuma abordagem desse tema nas instituições de ensino formadoras desses profissionais.

Segundo essa ferramenta, o território é categorizado por cores que indicam a classificação dos riscos e, consequentemente, a situação de acesso às áreas geográficas que o compõem. As cores são verde, amarelo e vermelho. A gradação é determinada levando-se em conta três fatores principais: a probabilidade de acontecer um incidente, a frequência com que ele ocorre e a gravidade de suas consequências.

A cor verde indica risco baixo, isto é, determina que o território está tranquilo e a presença nele é segura. O amarelo caracteriza estado de risco médio; nesse caso, deve-se ter atenção e a melhor opção é suspender as atividades no território externo à unidade de saúde. A cor vermelha caracteriza um risco alto, isto é, deve-se considerar a possibilidade de ocorrer um incidente grave; neste caso, o grupo de tomada de decisão deve optar pelo fechamento da unidade (CICV, 2013).

Esse mecanismo permite que os trabalhadores saiam com segurança para o território ou, caso algum profissional esteja no território e as cores se modifiquem, passando a indicar perigo, que eles imediatamente retornem à unidade ou se alojem em seus domicílios, dependendo da situação em questão. Dentro da clínica, o estabelecimento das cores indicará o momento oportuno em que os trabalhadores e usuários poderão sair em segurança.

No cenário deste estudo, faz parte do grupo que gerencia o acesso seguro pelo menos um membro de cada equipe de saúde, sendo este de qualquer categoria profissional, formando assim uma comissão. Essa comissão reúne-se ao longo do dia e de acordo com a dinâmica territorial, cabendo-lhes caracterizar por cores o território coberto pelas equipes de saúde. Após decidido o *status* do Acesso Mais Seguro em verde, amarelo ou vermelho, a informação é compartilhada com todos os trabalhadores da clínica, pelo WhatsApp, em um respectivo grupo. Esta decisão só é compartilhada com os usuários no local da clínica. Assim, muitas vezes o paciente se submete ao risco, dirigindo-se a uma clínica que pode já estar fechada.

Caso seja necessário e a comissão entenda como pertinente, o *status* da clínica pode ser alterado, porém essa alteração funciona apenas para as cores verde e amarelo.

Nesse contexto, a ferramenta Acesso Mais Seguro pode ser uma possibilidade de formação em ato, na medida em que possibilita a problematização do tema violência pelas equipes de Saúde da Família. No entanto, o espaço de discussão e avaliação da ferramenta ainda é pouco utilizado pelas equipes, impossibilitando a sua otimização por meio das construções com o coletivo.

2.3 As diretrizes curriculares nacionais e a formação do profissional de saúde: principais aspectos relacionados à prática na Atenção Básica

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na área de saúde foram estabelecidas pelo Ministério da Educação com o objetivo de assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, baseando-se em princípios que, de forma geral, se referem: à liberdade das Instituições de Ensino Superior (IES) em relação à carga horária para integralização dos currículos; à indicação dos campos de estudo e experiências de ensino e aprendizagem adequadas; ao estímulo à sólida formação geral, que permite ao graduado o enfrentamento dos desafios do mundo profissional e a produção de conhecimento; ao estímulo à autonomia profissional e intelectual e ao fortalecimento da articulação entre teoria e prática, com valorização dos estágios e atividades de extensão (BRASIL, 2001c).

Nesse sentido, percebe-se a autonomia das IES no desenho dos Projetos Políticos Pedagógicos condizentes com a realidade local e com a evolução do Sistema de Saúde. As diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área da saúde não tratam especificamente do tema das violências, mas visam, em seu escopo, a garantia de uma sólida formação básica que prepare o graduando "para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional" (BRASIL, 2001c, 2001d).

No que diz respeito à Atenção Básica, as DCN dos cursos de Enfermagem e Odontologia do ano de 2001 não trazem explicitamente a priorização da Atenção Básica como foco do aprendizado teórico-prático, mas fundamentam a necessidade da formação de um profissional apto a interferir no processo saúde-doença, com responsabilização e qualidade do cuidado ofertado, nos diferentes níveis de atenção à saúde, por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001a, 2002).

As DCN do curso de Enfermagem e Odontologia elencam conhecimentos essenciais para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para atuação qualificada desses profissionais. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta, para o cuidado; e atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando as necessidades individuais e coletivas da população, fazem parte destas competências (BRASIL, 2001a, 2002). Partindo destes pressupostos, torna-se necessária a compreensão e articulação desses profissionais no contexto de violência urbana, sendo importante atentar para o fato de que as DCN explicam que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, tendo responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais.

Em relação ao curso de Medicina, as suas DCN passaram por revisão e atualização em 2014. Nestas, é dada ênfase à formação na Atenção Básica, com obrigatoriedade de dedicação de um mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária do internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, com priorização da primeira (BRASIL, 2001b, 2014).

Essa mudança nas DCN do curso de Medicina o direciona para uma maior integração com o sistema de saúde no atendimento das necessidades de saúde da população, promovendo a descentralização do ensino da medicina dos hospitais para a rede de saúde, sendo a Atenção Básica e as equipes de Saúde da Família estratégicas nesse sentido (DERMAZO *et al*., 2012).

Dessa forma, percebe-se que a formação dos profissionais de saúde não especifica como necessidade a abordagem do tema violência, mas explicita a formação de acordo com as necessidades de saúde da população e seu contexto social. Percebe-se que, em relação ao curso de Medicina, mudanças vêm sendo realizadas, no sentido de priorizar a Atenção Básica como campo de formação, possibilitando ao graduando o contato com as realidades locais. No entanto, de forma geral, os profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, na sua formação, podem não ter aproximações com territórios violentos, o que pode não possibilitar aos mesmos a criação de habilidades e competências para atuar nessa realidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Como já apontado anteriormente, este estudo utilizou como referencial teórico metodológico a Análise Institucional na sua vertente socioclínica institucional proposta por Gilles Monceau, por considerar que sua abordagem pode se constituir como um potente dispositivo capaz de promover reflexões e debates coletivos sobre a formação dos profissionais e a violência urbana.

O movimento de fundação do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) teve início na década de 1960, na França, difundindo-se no Brasil na década seguinte, tendo como referências para o Institucionalismo francês os autores René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari, sendo esses os responsáveis pela constituição dos fundamentos da Análise Institucional e da Socionálise. A "AI nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática" (L'ABBATE, 2012, p. 197-198).

Para Baremblitt (2012), o Movimento Institucionalista é um conjunto de tendências, nas quais pode-se encontrar pelo menos uma característica em comum: os processos auto-analíticos e autogestivos, que buscam uma relação de horizontalidade nos coletivos.

Savoye (2007, p. 185) afirma que a Análise Institucional tem por objetivo "compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos".

Solange L'Abbate (2013, p. 199) refere que "a Análise Institucional se utiliza de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação".

A encomenda é o "diagnóstico", o problema que leva à solicitação da intervenção; é o motivo pelo qual ocorre a análise institucional. As demandas surgem no decorrer do processo da análise e são produzidas por todos aqueles que estão envolvidos no trabalho. As demandas trazidas por aqueles que estão envolvidos no processo da análise poderão direcionar a outro problema que, naquele momento, fará com que o problema inicial (encomenda) seja analisado como de fato sendo o principal (MONCEAU, 2013).

O conceito de transversalidade tem origem na tentativa de superação da hierarquia vertical e da igualdade horizontal, o que inseriu no pensamento institucional uma forma diferente de relação entre os grupos, designados grupos sujeitos e grupos sujeitados. Nesse sentido, a transversalidade é materializada por meio de dispositivos que abrem as relações para "múltiplas conexões potencializadoras da transformação da realidade dos grupos e das subjetividades". "Na A.I. [...] os conceitos apresentados dizem de abertura e conexão: teoria e

prática, saber e fazer, clínica e política se tornam domínios distintos e inseparáveis em um espaço de saúde guiado pelas relações instituintes" (ROSSI e PASSOS, 2014, p. 165).

O analisador é o que faz a instituição falar. É apresentado como revelador de situações, isto é, o que "dispara" uma situação, que pode ser bastante útil na construção de ferramentas no cotidiano da gestão e da assistência (ABRAHÃO, 2013). A exemplo disso, no presente estudo pode-se inferir que a violência se apresenta como importante analisador em questão, pois questiona e expõe a instituição de saúde em suas contradições.

Já o conceito de implicação, segundo L'Abbate (2013), diz respeito às relações que estabelecemos com nosso objeto de estudo ou de intervenção, com nossa escrita e trabalho, levando em consideração todos os atravessamentos aos quais o indivíduo se expõe na sua vida social, afetiva e/ou profissional.

Para Monceau (2008), a implicação é um conceito básico da análise institucional que não deve ser confundido com engajamento, mas sim entendido como uma relação que o indivíduo desenvolve com a instituição, sendo influenciável por outros atravessamentos, que podem ser ideológicos, econômicos, organizacionais ou libidinais.

Para Lourau (2004, p. 14),

> O conceito de *implicação* surge para ocupar o lugar de "contratransferência institucional", opondo-se radicalmente às pretensões de objetividade fixadas pelos pesquisadores em ciências sociais. Nas pesquisas, a posição do pesquisador, e especificamente na análise organizacional a posição do sociólogo-especialista é definida em termos que significam distanciamento em relação ao objeto. A análise institucional, vem se contrapor a esta posição de distanciamento a partir do conceito de implicação. A implicação deseja pôr fim às ilusões e imposturas da "neutralidade" analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o "novo espírito científico", o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Inclusive quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo" (grifos do autor).

Segundo Savoye (2007), a AI pode ser operacionalizada de acordo com as seguintes categorias: a) pesquisas teóricas e históricas – desenvolvidas por meio de trabalhos epistemológicos e conceituais, assim como os sócio-históricos; b) pesquisas empíricas – realizadas por meio de investigações que levem em conta observações de campo, entrevistas etc.; e c) socioanálise – isto é, análises institucionais em situação, que remetem a uma realidade viva, podendo ser intervenção socioanalítica e análise interna.

L'Abbate (2003) afirma que, apesar do reconhecimento da potencialidade da socioanálise para realização de intervenções em organizações de saúde, a literatura ainda é escassa. Tal afirmação é corroborada por Savoye (2007) ao afirmar que, apesar da

socioanálise ser a prática mais popularizada da AI, ainda é a menos realizada, tendo em vista suas condições de realização.

Tais condições foram estabelecidas por seus precursores e, nesse sentido, estudos que se propõem a realizar a "intervenção socioanalítica", tal como defendido por Lapassade e Lourau, devem realizar as seis operações que definem a forma de análise de uma instituição social, tal como seguem: análise da encomenda e da demanda; autogestão da intervenção; regra do tudo dizer ou da livre expressão; elucidação da transversalidade; análise das implicações do pesquisador-praticante; e construção ou elucidação dos analisadores (MONCEAU, 2013).

Cabe elucidar que os estudos de Monceau apontam para uma evolução dos estudos que se utilizam dos conceitos da AI nas suas intervenções, e que organizam uma nova abordagem chamada socioclíncia institucional (MONCEAU, 2013). Essa abordagem considera as influências dos estudos socioanalíticos e integra suas interfaces com as intervenções socioanalíticas. Esse referencial vem atualmente sendo utilizado nos estudos dos campos educacional, social e da saúde em países como França, Canadá, México, e Brasil.

Para o presente estudo, será realizada uma pesquisa de intervenção nos moldes da socioclínica institucional, que, segundo Monceau (2013), possui oito características: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção da produção de conhecimento; e atenção aos contextos e às interferências institucionais. Estas serão melhor explicadas posteriormente.

Monceau (2008), ao relatar diversas experiências de intervenção, refere que a duração das mesmas variou de quase um ano até cinco anos de trabalho. Esclarece que nas intervenções de longa duração, o "staff", ou seja, aqueles que coordenam a intervenção, mudaram em sua composição, mas, nas intervenções de curta duração, a equipe de intervenção foi fixa. Este é o caso deste estudo, no qual os coordenadores da intervenção serão sempre os mesmos: o pesquisador, o orientador e coorientador desta pesquisa.

A questão do tempo disponível para a intervenção é um tema que desponta no momento em que os projetos de pesquisa de mestrado profissional em ensino em saúde são aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa. A duração da intervenção sempre ultrapassa o prazo destinado pela academia para a conclusão do estudo por motivo da própria orientação teórico-metodológica. A análise dos dados coletados em cada encontro é feita coletivamente e o tempo dos grupos que se constituem como grupos de intervenção não seguem

necessariamente a mesma dinâmica da Universidade. Entretanto, é possível fazer sínteses provisórias das produções realizadas à medida que a intervenção progride, como em algumas intervenções socioclínicas institucionais realizadas na França por Gilles Monceau.

Monceau (2008) relata uma intervenção breve em um estabelecimento de ensino realizada em dois encontros, o primeiro em janeiro e o segundo em fevereiro, ambos em 2001. Desse estudo participaram os pesquisadores, os representantes da direção e outros profissionais da área da educação. A partir desses dois encontros, foram organizadas duas jornadas em março de 2001, com todos os participantes do estabelecimento. O último encontro aconteceu em abril do mesmo ano, para entrega do relatório final. A cada encontro, resgatava-se o que havia sido debatido na reunião anterior, restituindo-se aos participantes os resultados dos debates.

Nessa intervenção breve, as atividades realizadas permitiram desenvolver, em um curto espaço de tempo, um material cuja análise secundária foi tema de publicações e um repensar sobre a prática. Ela favoreceu que fossem ativadas a dinâmica do estabelecimento a partir dos debates coletivos sobre os problemas identificados, e possibilitou a percepção e o posicionamento de diversos participantes sobre os desdobramentos da intervenção no trabalho. O autor aponta como aspecto negativo a pouca adesão da direção às recomendações contidas nos resultados dos debates, o que pode predispor a não continuidade das mudanças, por deixar intactas as relações de poder e de dominação entre a direção e os profissionais.

Trazendo as questões apontadas por Monceau para as pesquisas desenvolvidas no curso de mestrado profissional, entende-se ser possível a aplicação da intervenção breve, cujos resultados podem ser semelhantes aos relatados por Monceau, ou pode-se obter outros resultados com a continuidade dos debates e das mudanças, considerando que o pesquisador fez parte do cenário em que foi realizada a intervenção.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, com desenho socioclínico institucional.

A pesquisa qualitativa tem a capacidade de compreender as questões do significado e da vivência baseada nas experiências dos sujeitos, considerando suas subjetividades. Tem o verbo "compreender" como principal verbo para análise deste tipo de pesquisa. Considera "a vivência do sujeito como produto da reflexão pessoal sobre a própria experiência", buscando explicar que, mesmo que uma experiência seja vivenciada por diversos sujeitos, ela será única para cada um em relação ao mesmo episódio, já que esta vivência terá influência da pessoalidade e histórias de vida desses sujeitos (MINAYO, 2012).

Ainda nesse sentido, as pesquisas classificadas como exploratórias segundo Gil (2008) tencionam uma busca no sentido de ampliar a familiaridade com o problema, proporcionando uma visão geral acerca de determinado fato, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses. Para que isso ocorra, as mesmas se desenvolvem por meio de levantamento bibliográfico, documental, análise de exemplos que estimulem a compreensão e também entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

O desenho socioclínico institucional foi realizado tendo como referência os estudos de Monceau (2013), nos quais as intervenções envolvem atividades de análise de grupo, acompanhamento das práticas profissionais e atividades de pesquisa, levando em consideração, portanto, a dinâmica institucional em análises localizadas.

4.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado em uma Clínica da Família localizada na área programática (AP) 5.3, no Rio de Janeiro, que é a possuidora de maior cobertura de ESF no território, totalizando 98%, sendo 115 Equipes de ESF e 56 de Saúde Bucal. Essa área de planejamento abrange os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, totalizando uma população de 368.534 habitantes. Atualmente a rede é composta por treze Clínicas da Família, onze Centros Municipais de Saúde, dois CAPS, uma Policlínica, quatros UPAS, e um Hospital Municipal (RIO DE JANEIRO, 2015).

A Clínica da Família funciona de segunda à sexta, das sete às dezoito horas, e aos sábados, das oito às doze horas. Constitui-se de sete equipes de Saúde da Família, sendo todas compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco agentes de saúde. Cada equipe de saúde acompanha em média de 3.000 a 4.000 usuários. O número total de usuários cadastrados na Clínica da Família é de aproximadamente 19.987 (dezenove mil novecentos e oitenta e sete). A equipe de odontologia é composta por três dentistas, três técnicos em Saúde Bucal e três auxiliares em saúde bucal. A oferta de serviços ocorre por meio de agendamentos e livre demanda, possui atividades externas que compreendem ações educativas para promoção da saúde, atendimento em escolas e domicílios e de vacinação. As atividades internas incluem imunização, curativos, administração e liberação de medicamentos, orientações em grupo e ações médicas, de enfermagem e odontológicas voltadas para os diferentes ciclos de vida e diferentes vulnerabilidades que os usuários venham apresentar.

Como destacado anteriormente, a área 5.3 é menos desenvolvida econômica e socialmente e com altos índices de violência urbana (MARINO; NOGUEIRA; FERREIRA, 2016).

Tais características podem ser justificadas pelo fato de que, nos anos 1970, houve um processo de remoção de moradores de favelas da Zona Sul para os chamados conjuntos habitacionais ou abrigos provisórios nessa área. O descaso político e social, agravado pela ocupação desordenada, favoreceu nesse território peculiaridades como desemprego, baixa qualidade na implementação de políticas de educação e saúde e a presença do crime organizado, colocando, assim, alguns grupos populacionais em risco social (DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005). Pode-se inferir com isto que é nesse contexto, permeado por essas condições sociais desfavoráveis, que a violência se fortalece como marcante nesse território.

4.3 Participantes do estudo

Foram participantes deste estudo treze profissionais de saúde de nível superior, sendo estes: sete enfermeiros, quatro médicos e dois dentistas das equipes de Saúde da Família da clínica referida. Estes profissionais exerciam suas atividades à época da coleta de dados e disponibilizaram-se a participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de férias, os afastados e os licenciados.

Torna-se significativo salientar que neste estudo um dos objetivos é identificar o conteúdo sobre violência urbana abordado na formação de nível superior dos profissionais de

‘saúde, ficando fora do estudo, portanto, os profissionais de formação técnica, bem como os Agentes Comunitários de Saúde, mesmo sabendo de sua proximidade com a violência urbana no território.

4.4 Recrutamento e abordagem

Monceau (2015) destaca que a intervenção socioclínica institucional busca a aproximação do pesquisador com a “dinâmica social” da instituição, de modo a considerar as implicações que os sujeitos da pesquisa possuem com as instituições.

Refere Monceau (2008) que, antes de iniciar os encontros socioclínico institucionais com toda a equipe de pesquisadores, é necessário a realização de reuniões com os responsáveis pelos serviços. Estas reuniões podem ser apenas com as chefias, ou também com outros responsáveis pelo cenário do estudo.

O gerente da Clínica da Família, cenário do estudo, foi previamente contatado para explicação do tema da pesquisa, agendamento do primeiro encontro e convite para participar dos encontros socioclínicos. O mesmo mostrou-se solicito em colaborar com a pesquisa. Neste momento, o pesquisador colocou sua demanda no sentido da realização do estudo, apontando o tema, os objetivos e a metodologia proposta para a pesquisa.

Após aprovação do comitê de ética e liberação da gerência local, os participantes foram convidados por meio digital, no qual foram esclarecidos sobre a temática, objetivo da pesquisa e data do encontro.

Segundo Monceau (2008), de posse de todas essas informações, parte-se para a intervenção propriamente dita, quando passaremos a utilizar os conceitos operatórios, aplicados a partir das oito características da socioclínica institucional.

O primeiro encontro ocorreu na sala de reunião da Clínica da Família, no período da tarde, após o término da reunião de equipe. O processo de intervenção durou aproximadamente duas horas e foi iniciado com a apresentação do pesquisador e da orientadora do estudo, aqui doravante denominada analista externo. Nessa apresentação foi colocado ao grupo questões como as implicações do pesquisador com a temática, a metodologia da pesquisa, e sobre o mestrado profissional e seus objetivos. Em seguida foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) para cumprimento das prerrogativas a respeito das pesquisas com seres humanos. Então, após essa apresentação e assinatura do TCLE, deu-se início a discussão utilizando um

roteiro (APÊNDICE I) com cinco questões como dispositivo para que o grupo pudesse abordar coletivamente o problema da violência e da formação.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados e gravados nos encontros socioclínicos institucionais. Foi utilizado também um diário do pesquisador para coleta de dados.

No primeiro encontro foi utilizado um roteiro (APÊNDICE I) para conduzir a discussão no coletivo sobre a temática estudada e se aproximar dos objetivos deste estudo. O roteiro é constituído de poucos itens, permitindo certa flexibilidade na condução da intervenção socioclínica institucional com registro de temas não previstos, mas relevantes.

Segundo Minayo (2004, p. 100), o roteiro é um guia que permite ampliar a comunicação, sendo composto por poucas questões, contribuindo para "emergir a visão e a relevância a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto" do ponto de vista dos profissionais envolvidos na pesquisa, tendo como base os objetivos do estudo.

O diário do pesquisador foi utilizado para efeitos da análise das implicações do mesmo, tendo como título: *a violência urbana e seus impactos na prática dos profissionais de saúde*. Trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando "produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa", aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto, evitando interpretações "ilusórias", "fantasiosas" da produção científica (LOURAU, 1993, p. 51). Nesse sentido, o diário de pesquisa "permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo não o 'como fazer' das normas, mas o 'como foi feito' da prática" (LOURAU, 1993, p. 77).

O diário de pesquisa, na perspectiva da Análise Institucional, é uma ferramenta de intervenção que tem potencial de levar o pesquisador a refletir sobre sua própria prática, buscando, assim, a subjetivação do pesquisador implicado na pesquisa, fortalecendo, dessa maneira, a posição de não neutralidade em que o pesquisador se encontra no processo de pesquisar (PEZZATO; L'ABBATE, 2011).

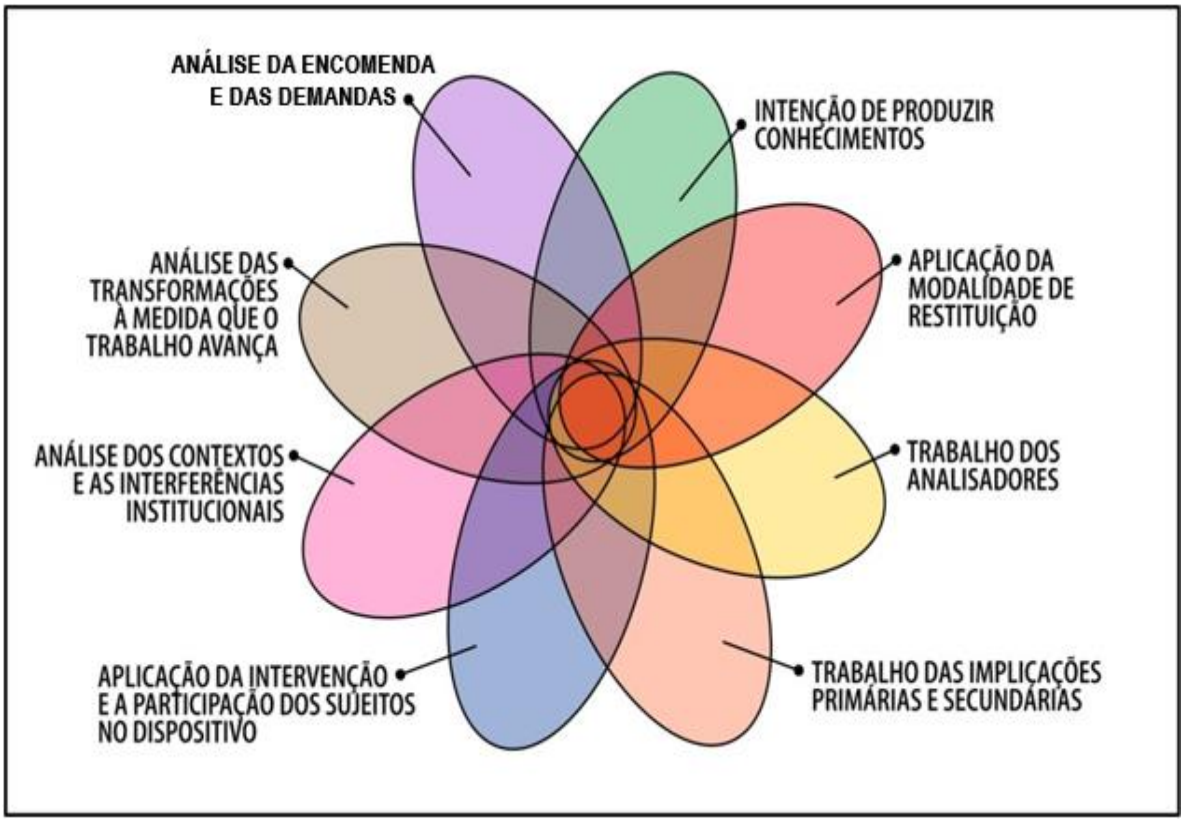
Com relação à intervenção socioclínica, esta foi realizada em dois encontros. Esses encontros foram coordenados pelo pesquisador principal e auxiliados pelos pesquisadores orientadores da pesquisa, tendo estes experiência na condução de grupo socioclínico institucional. Ressalta-se aqui que esta intervenção segue a perspectiva do referencial teórico metodológico da Análise Institucional, tratando-se de uma intervenção com orientação institucionalista. Este tipo de pesquisa de intervenção propõe a não separação sujeito/objeto,

levando em conta as implicações do pesquisador, defendendo a não neutralidade do pesquisador na pesquisa (ROMAGNOLI, 2014).

Para isso, foram observadas as características da análise institucional levando em consideração a reflexão feita por Monceau (2013, p. 101), na qual o mesmo explica que essa metodologia não está presa a protocolos, mas aponta iniciar conexões com as questões sociais e, consequentemente, com as questões profissionais, permitindo a relação com os sujeitos da pesquisa e o objeto, a fim de se aproximar das situações vivenciadas pelos participantes, possibilitando, assim, compreender suas implicações e a dinâmica da instituição.

A figura abaixo, que foi produto de uma dissertação do mestrado profissional de ensino na saúde, busca se aproximar da reflexão feita por Monceau em relação as oito características que acontecem no momento da intervenção socioclínica institucional, representando como as mesmas sofrem interferência e interferem umas nas outras.

Figura1: As oito características da socioclínica institucional.



Fonte: Rodrigues; Mourão; Almeida (2015).

As oito características apresentadas por Monceau são: a "análise da encomenda e da demanda", na qual a encomenda é o diagnóstico que é solicitado por alguém que quer que ocorra a intervenção. Neste estudo, o pesquisador é o solicitante, já que o mesmo percebe o

problema que atravessa a instituição das práticas em saúde. As demandas emergem do coletivo com o avanço da intervenção socioanalítica no trabalho. São de grande importância para a pesquisa por mostrarem as diferentes perspectivas dos participantes na intervenção, trazendo outras situações que sustentam a problematização. São consideradas, por isso, facilitadoras da pesquisa, e não obstáculos (MONCEAU, 2013, p. 95).

Na "participação dos sujeitos no dispositivo", os sujeitos da pesquisa podem contribuir tanto na coleta de informações como na aceitação em serem observados, mas também podem sustentar uma resistência. Essa resistência para a análise pode ser interessante por poder levantar outras demandas (MONCEAU, 2013, p. 97). A participação dos sujeitos nesta pesquisa se deu de forma espontânea. Acreditamos que isso ocorreu por conta da relação positiva entre os participantes e o pesquisador principal, não sendo necessário lançar mão de nenhuma estratégia para o envolvimento do grupo, já que todos os participantes sabiam que os encontros eram etapas do percurso metodológico do mestrado profissional realizado pelo pesquisador. Na percepção do pesquisador, os participantes se sentiram inclinados a apoiar a pesquisa. Alguns não puderam participar por estarem em outras atividades, ausentes do cenário do estudo.

Outra característica é o "trabalho dos analisadores dando acesso a questões que normalmente não se expressam". Os analisadores podem ser encontrados em qualquer fase da pesquisa e podem permitir a percepção de outras questões não reveladas no momento da encomenda inicial. Com isso, o pesquisador deve estar atento às reflexões do grupo e às suas próprias implicações.

Quanto à característica que se refere à "análise das transformações que se produzem à medida que o trabalho avança", nem sempre a mesma é percebida pelo pesquisador e pelos participantes do trabalho socioclínico institucional. Conforme o trabalho socioclínico institucional avança, novas compreensões são apresentadas pelo grupo (MONCEAU, 2013, p. 99).

Na característica da "análise das implicações primárias e secundárias do pesquisador e dos outros participantes", o autor traz que as implicações primárias se atualizam no dispositivo de análise, e as secundárias estão ligadas à instituição científica e à política (MONCEAU, 2013, p. 100).

Sobre a característica "atenção aos contextos e as interferências institucionais nas quais estão implicados os pesquisadores e os outros participantes", o autor considera que os participantes da pesquisa carregam instituições que causam interferência no trabalho

socioclínico institucional e que produzem não só transformações, mas também conhecimento (MONCEAU, 2013, p. 101).

Em relação à aplicação das modalidades de restituição que devolvem os resultados provisórios do trabalho aos participantes, é uma etapa que possibilita uma "análise e um questionamento mais profundo sobre as reflexões dos sujeitos" (MONCEAU, 2013, p. 99).

Por fim, mas não considerando como última etapa, na intenção de produção de conhecimento, o trabalho socioclínico institucional permite aos participantes, a partir da encomenda e de outras demandas que emergirem do processo socioclínico, ampliar suas análises produzindo novos saberes (MONCEAU, 2013, p. 101). Neste estudo, como se pôde constatar durante a análise dos dados, todos os participantes tiveram a possibilidade de criar um novo conhecimento ao colocar em debate a violência e suas diferentes manifestações, suas implicações profissionais e pessoais, tanto com a violência quanto com a própria pesquisa, ampliando as reflexões para aspectos que envolvem as instituições de saúde e educação.

4.6 Tratamento e análise dos dados coletados

Os dados coletados nos encontros socioclínicos e no diário do pesquisador foram transcritos e sua análise, realizada a partir da leitura do material coletado. Essas leituras e releituras permitiram, em um primeiro momento, aproximar as falas dos participantes com os objetivos do estudo. Novas leituras das falas foram realizadas e, em um segundo momento, foi possível evidenciar de qual(ais) característica(s) elas tinham maior proximidade, podendo-se perceber que uma mesma fala poderia ser incluída em mais de uma característica. Esse exercício de leitura e releituras foi realizado pelo pesquisador, orientador e coorientador, de maneira a evitar que esta seleção ficasse impregnada dos pressupostos e implicações de uma única pessoa. Novas leituras foram realizadas, sendo possível identificar um grande analisador: a violência em sua manifestação do conflito armado que, para efeitos didáticos, foi subdividido em três eixos de análise: relacionados à encomenda e às demandas, às implicações e aos sujeitos participantes do estudo.

Para auxiliar esta análise foram utilizados conceitos do referencial teórico metodológico da Análise Institucional, como o de implicação, sobreimplicação, transversalidade, instituição, instituído e instituinte, bem como de autores que abordam a temática violência relacionando a formação e a prática dos profissionais de saúde na ESF. Procurou-se enfatizar nesta análise aspectos das falas que destacam fatos relacionados à

formação e a prática profissional, de maneira a alcançar os objetivos propostos para este estudo. Esse percurso metodológico encontra-se descrito a seguir.

4.6.1 Transcrição dos depoimentos relacionando-os com os objetivos do estudo, com as características da socioclínica institucional e alguns conceitos da Análise Institucional

Este subcapítulo apresenta algumas transcrições de depoimentos nos encontros realizados no cenário deste estudo. Ressalta-se que estes depoimentos aqui mostrados e seus respectivos comentários objetivam aproximar o leitor do exercício realizado após a coleta de dados e a transcrição dos mesmos. As falas transcritas foram associadas não só aos objetivos, mas também às características da socioclínica institucional e dos conceitos da Análise Institucional trabalhados nesta pesquisa. Destaca-se que, ainda que o roteiro de questões tenha sido elaborado tomando como base os objetivos, durante os encontros o mesmo não se constitui como uma "camisa de força", e que, após uma questão ser colocada, o grupo ficava livre para abordar questões importantes para o coletivo, mesmo que não respondessem de maneira direta aos objetivos.

- ✓ Objetivo Geral: Analisar como as práticas dos profissionais de saúde da ESF são afetadas pela violência urbana, considerando o seu processo formativo e as suas responsabilidades com a formação e com a saúde.

Fragmentos de depoimentos	**Análises**
O índice de estresse e ansiedade dos profissionais que prestam assistência né... Isso é altamente piorado pela violência. A gente tá tentando doar aquilo que a gente não tem! A gente repassa às vezes ansiedade, a carga emocional que a gente recebe de um paciente para o outro. Por que a gente também vibra naquela... Assim, você vê que às vezes o reflexo disso acontece até depois, quando o tiroteio não tá acontecendo naquele momento. Você vê como aconteceu naquele episódio, ficou marca de bala, vidro quebrado, cortina arregaçada, tudo destruído nas salas. Você sentava com paciente e era constrangedor e embaraçoso, é claro que afetava você pedir para o paciente deitar numa maca para você examinar, por exemplo, e a pessoa deita em uma marca de buraco de bala do lado dela. É óbvio da pessoa não se sentir confortável de sentar. Afeta até fora daquele momento, fora daquele contexto que esteja acontecendo. (Inácio)	*Implicação, sobreimplicação com a violência e o trabalho na ESF* *Analisador violência* *Participação dos sujeitos no processo intervenção*
O que eu acho pior é que às vezes começa o tiro e para, aí você fica nervoso, você tem que voltar para o consultório continuar atendendo e fingir que está tudo bem, só que não está. Só que você tá nervoso, demora um tempinho... Até porque, pelas coisas que a gente já passou aqui, a gente fica com medo de passar de novo. (Wood)	*Implicação e sobreimplicação.* *Analisador violência e a interferência no fazer dos profissionais de saúde.*

Paciente vem, está marcado mais de um mês, dois meses marcado, chega no dia dá tiro, é ruim para eles também da agenda, não tem mais espaço na agenda, tem que remarcar o paciente, tem que encaixar o paciente... Complica muito nosso processo de trabalho. (Paulão)	*Analisador violência Subtração dos direitos dos pacientes / Trabalho dos analisadores*
[...] já teve dia de eu sair, quando eu ia entrar no território a polícia entrou com caveirão, deu tempo de entrar no barzinho, deitar no chão e esperar acalmar. E aí depois eu voltei pra unidade. Às vezes é de repente. (Flor do Campo)	*Analisador violência urbana e o risco para pacientes e profissionais e os impactos no processo de trabalho*
Até em relação ao *accountability*, a gente sempre justificava, eu nem gostava de falar isso no início, eu vou tá justificando porque a gente não bateu a meta por conta da violência, mas é um respaldo. Por exemplo, no *accountablity* do ano passado nós fechamos 34 vezes no ano, ficou não sei quantas vezes em amarelo, então isso para quem está vendo lá de fora, realmente percebe que é um impacto muito grande... Fecharam mais de um mês! Ou seja, faz diferença no processo de trabalho todo, em questão de agenda, visita. (Paulão)	*As interferências institucionais – a política na saúde* *Analisador violência urbana e o risco para pacientes e profissionais*

- ✓ Objetivo Específico: Descrever o processo de trabalho dos profissionais de saúde em uma unidade de ESF localizada em área de conflito armado, considerando as suas funções de formador em saúde.

Fragmentos de depoimentos	***Análises***
Outra coisa que me ocorre agora é o seguinte, um dos contextos da atenção básica é fortalecer os profissionais que vão atuar em área de risco e tudo, mas fortalecer o ímpeto pra trabalhar a questão da educação. Eu acho que nenhuma sociedade do mundo a violência vai ser derrubada em questão de poucos dias, ou meses, é uma questão de mentalidade, de educação, de saúde no seio da sociedade ao longo de gerações. Talvez seja um déficit de nós profissionais de saúde também, de atuar, de começar a atuar agora pensando daqui a décadas na nossa atuação, por exemplo, nas crianças que estão nas escolas entendeu, abordar essa questão quando a gente vá abordar e falar por exemplo seja nas escolas, seja a educação que a gente promove aqui dentro da clínica, a gente vai ensinar alguma coisa por exemplo de prevenção sexual, doença DST como AIDS e a gente abordar a questão de promover valores éticos que germine né, sementes que germinem nas crianças no futuro, para não se associarem a drogas, não se associarem ao tráfico. (Inácio)	*A criação de novos conhecimentos* *As interferências institucionais saúde e educação*

- ✓ Diálogo entre analista externo e grupo.

Aqui tem uma pergunta chamada como é que pensa exercerem as ações de formação em saúde preconizadas pelo SUS nessa unidade. Como vocês sabem vocês são todos preceptores do SUS, vocês são capazes de acompanhar o processo de formação de outros profissionais

aqui dentro, deveriam ser capazes e no meu entender aqui seria unidade excelente para ser um campo de estágio. (Analista externo)

Não! Por conta da violência, infelizmente. (Paulão) – Participante responde a um questionamento de como o grupo se enxerga como formadores em saúde.

- ✓ Objetivo Específico: Identificar a formação profissional recebida em relação à violência urbana, considerando a atual situação vivenciada pelos profissionais de saúde.

Fragmentos de depoimentos	**Análises**
Eu, sinceramente, na minha formação acadêmica, eu nunca me passou sobre violência [...] na formação acadêmica não me lembro em nenhum momento algum professor conversar sobre trabalhar em área de risco, o que tem que ser feito o que não tem que ser feito, eu não lembro sinceramente. (Paulão)	*A análise do contexto e as interferências entre as instituições ensino e serviços.* *Falta de correlação entre teoria e prática*
A gente falava sobre violência no núcleo familiar, mas não de violência no território. (Pétala)	*Analisador a violência e a formação dos profissionais de saúde* *Implicação pessoal*
Mas eu acho que o principal desafio, déficit de formação da gente, é como a gente se prepara psicologicamente para enfrentar essa realidade que a gente não sabe como é quando a gente está na cadeira da faculdade vendo lá junto com os outros colegas e o professor falar determinada doença, determinado tratamento. E aí? Chegou lá na hora no contexto do ambiente que tem violência, a gente não gente não foi psicologicamente formado para atuar. (Inácio)	*Analisador a violência e a formação dos profissionais de saúde* *A análise do contexto e as interferências entre as instituições ensino e serviços. Falta de correlação entre teoria e prática* *Implicação pessoal e profissional, afetiva*
Essa questão do primeiro contato na universidade, você ter esse preparo psicológico e emocional, de como saber lidar com essa questão da violência é importante porque quando a gente tiver na prática diária a gente vai conseguir aplicar, e vai ter o entendimento do que aquele paciente espera de mim, o paciente espera de mim uma determinada reação. (Sheila)	*Analisador a violência e a formação dos profissionais de saúde* *A análise do contexto e as interferências entre as instituições ensino e serviços. Falta de correlação entre teoria e prática* *Implicação pessoal e profissional, afetiva*

Mas é isso, eu acho que tem uma perspectiva que as universidades, as escolas podem trazer pra que a gente tenha essa postura de se associar as outras pessoas que estão no território, sejam elas trabalhadores, moradores, para construir essa forma de lidar com a violência, com essa violência armada, com essa violência policial principalmente. Mas sem dúvida não é a universidade que vai te dar a receita de bolo. (Analista Externo) Isso não é algo pequeno, não é invisível, é real e eu acho que isso a gente como universidade ainda está muito fora e a gente precisa se tocar, precisa trazer isso que vocês estão vivendo. (Analista Externo)	*A formação e a Construção de um novo conhecimento* *Analisador a violência e a formação dos profissionais de saúde* *A análise do contexto e as interferências entre as instituições ensino e serviços.* *Falta de correlação entre teoria e prática*

- ✓ Objetivos Específicos: Relacionar coletivamente o impacto do Acesso Mais Seguro no enfrentamento dos conflitos armados.

Fragmentos de depoimentos	Análises
Agora, assim, eu vejo o Acesso Mais Seguro muito mais que uma ferramenta de proteção, eu acho que o Acesso Mais Seguro, ele tem uma importância social muito grande da não trivialização da violência. Por que é uma forma de você mostrar para o território para a sociedade aqui, que isso não é comum. (Pesquisador)	*O contexto e as interferências institucionais* *Criação de um novo conhecimento* *Demandas* *As transformações que acontecem a medida que o trabalho avança* *Implicações*
Eu acho que essa ferramenta de Acesso Mais Seguro ajudou a melhorar o nosso sistema de comunicação interna, de identificar o risco num certo grau de uma maneira mais objetiva, para não ficar no plano só subjetivo. O Acesso Mais Seguro deu essa ferramenta para a gente de maneira segura, de identificar, classificar o risco poder atuar, adaptar situação. (Inácio)	*O contexto e as interferências institucionais* *Criação de um novo conhecimento* *demandas*
Eu acho que em relação ao seguro foi uma ferramenta muito boa, muito boa mesmo.	*Implicação*

- ✓ Outras falas associadas a conceitos da AI e às características socioclínicas.

Fragmentos de depoimentos	Análises
São reflexões que precisam ser invocadas, a gente precisa invocar essas reflexões mesmo porque a gente vivencia uma guerra urbana. A gente está no olho do furacão. Quando eu falo a gente, eu saí há pouco tempo, eu vivenciei muita coisa com vocês, inclusive o pior período na clínica que foi quando nós nos separamos, metade foi para (outra clínica), outra metade foi para (outra clínica). (Pesquisador)	*Aquisição de conhecimento* *As transformações que ocorrem enquanto o trabalho avança*

Esse vínculo na verdade fragiliza muito a gente, e olha que a gente fala [...]. Então eu acho que é isso, a gente sofre essa violência, além da violência na sua manifestação do conflito armado existe uma violência institucional que a gente sofre esse vínculo, ele fragiliza a gente, sim, infelizmente é isso, a gente precisa do emprego, precisa do dinheiro. Eu pelo menos me submeti muito e por muito tempo a muitas coisas. (Pesquisador)	*Aquisição de conhecimento* *As transformações que ocorrem enquanto o trabalho avança* *O analisador dinheiro* *Implicações*

- ✓ A encomenda e as demandas que emergiram das falas do coletivo

De acordo com a literatura, as demandas são produzidas com o coletivo e o avançar da intervenção socioclínica, e as falas do grupo permitem que emerjam outros pontos tão ou mais importantes que a própria encomenda, de forma que eles devem ser considerados na pesquisa socioclínica.

Nesta pesquisa, embora não façam parte dos objetivos, surgem outras demandas que devem ser consideradas e colocadas em questão. As falas revelam um sentimento de falta de apoio da gestão do serviço experimentadas pelos profissionais de saúde. Estes mostram-se sensíveis com a gestão pela falta de sensibilidade em relação a realidade local. Mesmo com a tensa rotina de trabalho e o sofrimento, decorrente dos conflitos armados, vivenciado por esses trabalhadores, percebe-se, pela cobrança da produtividade, a desatenção com a saúde mental desses profissionais e a falta de percepção das peculiaridades locais.

Fragmentos de depoimentos	**Análises**
Estava sofrendo com esses tiroteios, foram 40 minutos todo mundo deitado no chão! Fiquei trancada com um bebê de cinco dias no meu banheiro, a mãe chorando e era só uns tirinhos entendeu? E aí acaba e eles querem que a gente levante a poeira e a gente continue a atender, não é assim! O psicológico fica afetado! (Wood)	*A participação no processo de intervenção* *Analisador a violência e o trabalho do profissional na ESF* *Analisador a violência urbana e o risco para pacientes e profissionais* *Análise das demandas – trivialização da violência pelo usuário*
Afeta a saúde da nossa família, dos nossos parentes. Você vê como é que afeta a saúde, a onda se propaga nas nossas relações. (Inácio)	*A participação no processo de intervenção* *O analisador a violência e o trabalho do profissional na ESF* *Analisador a violência urbana e o risco para pacientes e profissionais* *As implicações pessoais*

	profissionais e afetivas
No primeiro momento falaram que pra botar um muro iria contra a estética da clínica, foi o que falaram para gente! Falaram para gente em uma reunião aqui: a gente está com vocês, aí começou a dar uns foguinhos, todo mundo queria ir embora. A gente viu que estavam "muito" com a gente! E depois começaram a falar que botar um muro seria contra estética na clínica, então verem que a clínica existe é mais importante do que a segurança de quem está aqui dentro, sabe, foi a impressão que deu! E aí em um dado momento resolveram fazer, mas foi com muita briga, a gente teve que brigar por uma coisa que a estética era mais importante do que a segurança da gente, a gente nunca tem um apoio. (Wood)	*Analisador violência e a gestão dos serviços de saúde* *As interferências institucionais*
Quem está lá no nível de gestão parece que não entende, parece que existe uma separação de quem gere e de quem atua e trabalha. (Inácio) E aí? E vocês aceitam? (Analista externo) Infelizmente a gente tem que trabalhar, né! Se a gente for discutir eles vão falar: tem muita gente querendo. (Paulão) É área de risco! (Morgana) É área de risco, mas não ganha por isso, não! (Amora)	*Analisador violência e a gestão dos serviços de saúde* *As interferências institucionais*

- ✓ A trivialização da violência.

Entendo a trivialização da violência como outra demanda pela tensão produzida entre usuários e trabalhadores. Na análise das falas percebe-se que parte dessas tensões surge da banalização da violência pela parte dos usuários.

Fragmentos de depoimentos	**Análises**
Eles veem [os episódios de conflito armado] como uma coisa normal, é a realidade do paciente. Tem muito paciente que fala "vocês fecham à toa [...] mas minha cortina foi arrancada com tiro, tem tiro na minha balança". Eles acham que não pega tiro aqui, eles acham que a gente está exagerando! (Wood) Tem usuário que acha que é normal conviver com isso todo dia. (Pétala) Tem paciente que fica bravo quando a gente... A gente tem que fechar a unidade. (Amaro)	*Analisador violência permite discutir banalização dos usuários nos conflitos armados*

- ✓ Outras considerações que podemos fazer a partir das falas, associando-as aos conceitos da AI.

O conflito armado como um potente analisador revela, inclusive, a questão da afetividade entre o grupo, ou seja, a violência faz com que o coletivo se constitua como grupo.

Fragmentos de depoimentos	**Análises**
Entre a gente a gente não briga, não! Acho que isso até ajuda, na verdade! Lá fora vai ver de um jeito, aqui dentro, quando é a situação, a gente meio sente até um apoio. Eu não imagino como deve ser em uma clínica em que as pessoas não se dão bem. Porque aqui a gente tem muitos da gente, está desde o início, então você tem uma parceria. Eu não consigo entender como que funciona em um lugar em que não tem parceria. (Wood) A gente tem colega que passou por isso, saiu daqui da unidade e foi para uma e falava, "Paulão, tem colegas médicos que não se falam". Foi pedir ajuda para um colega, ele não ajuda. Ele mesmo falou, "por mais que tenha violência aí, eu prefiro ficar aí", mas ele não aguentou a pressão também, né! Porque ele preferia muito mais o ambiente daqui, mesmo com os tiros, do que o ambiente que os colegas lá nem se falavam. (Paulão) Sofria, mas não como aqui, com essa questão da violência, só que assim, tinha profissional que não falava um com o outro e assim, isso pesa né! A gente já trabalha em um lugar conflituoso, a gente precisa às vezes de um apoio, uma parceria de um colega. E ter essa questão é difícil, acho que pesa muito, tanto é que eu acabei voltando para cá. (Flor do Campo)	*O analisador o conflito armado como indutor de mudanças. Aqui entra a questão das formas instituintes no processo de trabalho, do aumento da transversalidade no grupo sujeitado que se transforma em grupo sujeito.*
Isso pesa realmente, a família fica cobrando, [...] fechou por conta de violência, "porque você não pede para sair de lá?" Eu já vim de outra unidade e eu não troco, porque isso aqui conta muito (referindo-se ao grupo). (Pétala)	*O analisador violência como indutor de mudanças. Aqui entra a questão das formas instituintes no processo de trabalho, do aumento da transversalidade no grupo sujeitado que se transforma em grupo sujeito. Implicações*

- ✓ Diálogo sobre o desenvolvimento do produto.

No diálogo sobre o desenvolvimento de um produto também podemos analisar novas demandas que surgem, além da própria sugestão do produto como transformação à medida que o trabalho avança.

Eu queria fazer uma proposição através da fala de vocês. [...] um dos objetivos do mestrado profissional é construir um produto, é trazer um produto para o processo de trabalho de vocês, e isso tem que ser construído com vocês, [...] vocês deixam bem claro, reconhecem a violência como obstaculizadora do processo de trabalho de vocês, a (participante da pesquisa) falou uma coisa interessante da distância das áreas, que são áreas mais prejudicadas em relação à informação da classificação do Acesso Mais Seguro, então às vezes as pessoas vêm para cá e acabam se expondo ao conflito. Considerando o SUS como espaço de formação que a gente falou bastante, em relação a esta questão, [...] o que vocês acham que a gente poderia fazer? [...] já tínhamos discutido isso há muito tempo atrás, de fazer uma cartilha ou um informativo que a gente poderia estar fazendo no próprio computador, [...] então a partir do momento que o profissional entrar na unidade você tem algo mais instrutivo, mais fácil de se ler. Assim, a gente pode pensar também, a gente tem um blog né? (*Pesquisador)*

Facebook é melhor que o blog. (Paulão)

Acho que o blog da clínica seria a melhor opção. (Flor)

O Facebook é mais visível. (Paulão)

Depois vai conversar isso em um nível mais central, de estar informando mesmo a classificação do Acesso Mais Seguro para que as pessoas possam ter acesso ao blog, não é todo mundo que tem internet. (Pesquisador)

Eu acho que seria interessante tá informando diariamente! (Paulão)

Acho que isso diminui inclusive o conflito (se referindo ao conflito entre trabalhadores e usuários). (Pesquisador)

Da gente com paciente. (Morgana)

É uma ideia boa, podemos pensar nisso, gostei dessa ideia! (Paulão)

4.6.2 Reflexões a partir do diário do pesquisador

Apresenta-se uma análise do diário para que os leitores percebam a importância do mesmo na metodologia escolhida. O diário do pesquisador foi utilizado para analisar as minhas implicações. A esta análise do meu diário dei o título "*a violência urbana e seus impactos na prática dos profissionais de saúde*".

Nessa época, ainda iniciando a pesquisa, estava tão implicado com a temática da violência urbana que não me permiti enxergar a amplitude do tema e seus diversos desdobramentos. Com o decorrer da pesquisa, passei a tratar a violência urbana em sua única manifestação que interessava para mim – *o conflito armado* –, corroborando, assim, a assertiva que essa metodologia não separa o pesquisador do seu objeto de pesquisa; que um apresenta influência sobre o outro.

Trago neste diário o registro de algumas reflexões particulares que se traduzem nas minhas implicações primárias e secundárias com as instituições que me atravessavam e ainda

atravessam de alguma forma. Tais registros no diário possibilitaram revelar as nuances entre minhas questões pessoais e minhas relações com a instituição serviço, saúde e violência.

Por que escrever sobre o conflito armado? Porque eu percebia que as pessoas que estavam ao meu redor tratavam a violência como se não fosse complexa. Era só fechar a unidade de saúde e pronto, parecia que o fenômeno deixava de ser um problema, como se pudesse ter um desfecho e ponto. Como se a violência não deixasse marcas, ou não estivesse lá amanhã, ou mesmo depois.

Tentamos, há um tempo, discutir com pessoas da gestão a questão do tiroteio resolvido por uma placa de aço, como se fosse possível resolver a questão com um pedaço de aço nos protegendo dos projéteis de diversos calibres. Como pudemos propor uma placa para resolver uma situação ou nos trazer conforto para uma questão tão complexa? Hoje me obrigo a pensar: o que nos prendia àquele local? Por que simplesmente não fui embora, pedi transferência? Larguei tudo? Aquilo me incomodava, tudo era tratado com muita tranquilidade.

Tínhamos uma ferramenta (que ainda funciona nos dias atuais) chamada Acesso Mais Seguro. De certa forma, nos tranquilizava saber que, se o território estivesse intranquilo, poderíamos decidir fechar a clínica, encerrar nossas atividades e irmos embora. Mas amanhã estaríamos lá novamente, parecia que estávamos presos à violência, que ela de certa forma estava entranhada no território e aquilo nos anestesiava com pequenas doses, até me perceber pouco sensível à questão. Não! Eu precisava provocar os colegas de trabalho, não aceitar a situação, ir de encontro ao que estava posto. Precisava.

Então busquei o mestrado profissional para tentar encontrar pelo menos uma transformação individual. Mas, em uma disciplina como aluno especial, conheci a professora Lúcia, e, por intermédio dela, conheci a professora Ana. Por intermédio das duas, conheci a Análise Institucional, e, por causa da metodologia, me vi instigado a desenvolver este estudo, nunca mais fui o mesmo. Com a disciplina, percebi algumas implicações acerca da temática e entendi rapidamente que as questões individuais refletiam em nosso comportamento, na maneira de agir e de reagir às instituições que nos atravessavam. Entendi por que o dinheiro é um potente analisador para AI. Consegui analisar, por meio das minhas reflexões, minhas implicações e sobremplicações.

Percebi, em alguns registros, escritas que me ajudaram, mais tarde, a analisar inclusive minha relação de trabalho com minha equipe, em especial os agentes de saúde. Como em algum momento eu pude achar que os efeitos do conflito armado prejudicavam mais o processo de trabalho da enfermagem que dos agentes comunitários de saúde? Por que achar

que minha função é mais importante que a função do outro? Como posso estabelecer uma relação de transversalidade entre as profissões sem desconstruir essas diferenças de poder? Uma teoria fácil de entender, porém de aplicação complexa nas práticas profissionais.

O curioso é que, quando abordei um agente de saúde uma certa vez e questionei os efeitos dos conflitos armados sobre suas práticas, ele respondeu o inverso das minhas percepções, que estavam, é claro, carregadas de saberes "absolutos" e certezas. Ele disse: "Para mim, o trabalho dos agentes comunitários é mais afetado que o de qualquer outro profissional". Talvez todos nós estivéssemos implicados demais para conseguir visualizar que os conflitos armados desarticulavam as atividades das equipes de Saúde da Família, tendo um efeito negativo em cada profissão, manifestando em cada indivíduo uma reação à violência diferente.

Em alguns relatos fica claro como os conflitos armados obstaculizavam o processo de trabalho das equipes de saúde e como as visitas à domicílio eram as atividades mais prejudicadas e difíceis para reagendamento no ponto de vista da organização do serviço. Essas questões eram tão intensas e frequentes que eu não me permitia pensar nos aspectos da formação nesse contexto de território violento. Mesmo sabendo que era um dos objetivos da pesquisa, não tinha facilidade para invocar reflexões acerca desse assunto.

Não conseguia, no início, realizar as reflexões, que foram alcançadas com o decorrer da pesquisa, sobre a formação dos profissionais de saúde e como essas aproximações na academia seriam importantes para os egressos desenvolverem suas atividades nesses territórios violentos – percepção minha que foi corroborada com as falas dos participantes no primeiro encontro socioclínico.

Talvez essa dificuldade de *startar* reflexões em relação à formação estivesse ligada a uma possível sobreimplicação minha com as questões dos conflitos armados e suas interferências no processo de trabalho, e com o Acesso Mais Seguro no enfrentamento da violência urbana.

Me lembro da primeira intervenção socioclínica da qual tive o prazer de participar com uma colega de mestrado. Pela primeira vez pude perceber como a metodologia é potente para transformar, construir e desconstruir. Como ela nos desnuda, nos ajuda a entender nosso papel em um coletivo, em uma instituição. Como seus conceitos nos ajudam a analisar e revelar as instituições. Como nos apresenta a uma realidade que, mesmo que insista, você nunca mais poderá desconhecer.

A partir disso, comecei a refletir, tentando desconstruir algumas certezas. Por exemplo, neste estudo, emerge nos encontros socioclínicos a questão da trivialização da

violência pelos usuários do Sistema Único de Saúde, que diversas vezes ignoram a violência na sua manifestação armada para ter direito à assistência. Isso gera um terrível tensionamento entre profissionais de saúde e usuários. Mas quando nós permanecemos nesse território violento, seja por dinheiro, um analisador reconhecido nas falas deste estudo, seja pela coesão de grupo entre os profissionais, outro resultado que emerge das falas dos participantes da pesquisa, seja por outras implicações, não banalizamos também a violência, de certa maneira? O que nos faz pensar que nossos motivos seriam mais significativos que os dos outros? *A esta provocação, ainda procuro resposta.*

Sei que para esta questão da trivialização da violência penso no Acesso Mais Seguro como uma ferramenta importante muito mais que do ponto de vista protetivo, mas do ponto de vista de resistência, de enfrentamento às questões sociais, como a da violência armada. Fechar a unidade por meio de uma ferramenta que legitima essa decisão é mostrar para aquela comunidade que não existe normalidade nessas questões, que tal problemática precisa ser vista e acompanhada por outros segmentos e não somente pela saúde. Nos projeta e nos estimula a invocar discussões sobre a importância da intersetorialidade na saúde.

Essas são as reflexões que faço através dos meus registros no diário de pesquisa. Algumas análises são mais superficiais, outras mais profundas, mas todas elas fizeram parte desse período em que me vi lançado no curso do mestrado profissional e estimulado por ele a fazê-las. Com certeza, não fosse o programa do mestrado, as orientadoras e a metodologia, não seria capaz de realizar essas análises, desta transmudação.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto obedeceu às Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução CNS nº 466/2012. Após anuência institucional (ANEXO II), o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, instituição proponente, sendo aprovado sob o nº CAAE 66950617.5.0000.5243, e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, instituição co-participante, aprovado sob nº CAAE 66950617.5.3001.5279.

Os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e à possibilidade em desistir de participar em qualquer etapa do trabalho, sendo resguardado o direito ao sigilo das gravações do encontro socioclínico e à preservação da imagem dos participantes. Foi explicado aos participantes que, em caso de dúvidas sobre a pesquisa, ou caso quisessem

retirar seu consentimento a qualquer momento da mesma, consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o telefone do pesquisador para que o contato seja facilitado.

O TCLE foi assinado por todos em duas vias, uma delas pertencente ao participante da pesquisa e outra ao pesquisador responsável. Nesse momento os participantes tiveram acesso ao roteiro de questões do encontro socioclínico institucional. Somente após a assinatura do TCLE foi realizada a intervenção institucional. Os encontros foram gravados e armazenados em meio digital para assegurar o registro, que será arquivado por cinco (05) anos e descartado após esse período. Os dados coletados serão divulgados em eventos e revistas científicas e em nenhuma hipótese serão utilizados para prejudicar os participantes da pesquisa. O pesquisador se compromete a manter o sigilo dos dados de identificação dos participantes.

Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes, que estavam relacionados ao constrangimento em expor suas opiniões a respeito de uma situação vivenciada no trabalho e em mobilizar sentimentos de medo e angústia relacionados aos episódios de violência. No entanto, como medida de mitigação dos riscos, o pesquisador manteve o sigilo, conforme mencionado, e foi explicitado aos participantes a possibilidade de desistir a qualquer momento da participação na pesquisa.

Em relação aos benefícios, esta pesquisa produziu conhecimento para os participantes ao possibilitar uma melhor compreensão da problemática em questão – isto é, a violência urbana –, e de seus impactos tanto na dinâmica do serviço das equipes de saúde, quanto na dinâmica da sociedade. Isto possibilitou reconhecer as fragilidades diante de tal problemática, permitindo, assim, a discussão acerca de uma perspectiva de medidas minimizadoras dos efeitos da violência. Os encontros socioclínicos institucionais promoveram momentos de reflexões pelos participantes, potencializando suas percepções sobre suas formações profissionais, ampliando os debates sobre a formação e o processo de trabalho dos profissionais de saúde e ainda sobre o Acesso Mais Seguro como ferramenta para o enfrentamento da violência urbana.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: OS PARTICIPANTES, SUAS FALAS E AS CARACTERÍSTICAS DA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

Os resultados foram obtidos a partir de uma análise rigorosa das falas, nas quais puderam ser evidenciadas as características da análise institucional que foram se revelando durante o processo de intervenção nos moldes da socioclínica institucional. Essas operações definem a maneira como é realizada a análise em uma instituição social (MONCEAU, 2013).

As repetidas leituras evidenciaram um grande analisador – a violência em sua manifestação do conflito armado –, a partir do qual se pôde realizar a análise das falas que ora apareciam como demandas, ora como implicações e sobreimplicações dos participantes com a formação e sua prática profissional, ora como aspectos sempre presentes no cotidiano e no contexto daqueles profissionais, mas que nunca tinham sido debatidos antes. Foi possível identificar nos relatos a ligação amistosa entre os profissionais de saúde e a subtração dos direitos dos pacientes no atendimento a sua saúde. Pretendemos, portanto, realizar a análise e discussão a partir desses aspectos, que podem se constituir em eixos de análise evidenciados pelo analisador violência.

Ainda nesta análise realizamos uma breve reflexão sobre o segundo encontro, que, na socioclínica institucional, é chamado de restituição. Nesse encontro, apresentou-se aos participantes os resultados parciais do primeiro encontro, abrindo os debates sobre aspectos de interesse dos participantes. Salientamos que também nesse encontro foi proposto, pelos participantes, um produto que emergiu dos debates coletivos e das necessidades apresentadas pelos participantes no primeiro encontro.

5.1 Conhecendo os participantes do estudo

Antes de iniciarmos a análise e a discussão, se faz necessário conhecer um pouco do perfil dos participantes deste estudo. O quadro 1 apresenta o número de participantes do estudo, que totalizaram treze profissionais, sendo quatro médicos, dois dentistas e sete enfermeiros. Esses profissionais eram, sua maioria, do sexo feminino, com média de idade de 33 anos e com tempo de formação médio de nove anos. No primeiro encontro compareceram 13 pessoas e no segundo encontro, sete pessoas. Todos que participaram do segundo encontro tinham participado do primeiro.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro, 2018.

N⁰	Idade	Sexo	Nome fictício	Ano de formação	Nº de encontros que participou
1	36	M	INÁCIO	2005	2
2	31	M	PERRET	2014	1
3	32	M	PAULO	2011	2
4	32	F	WOODY	2011	2
5	35	F	AMORA	2008	1
6	35	M	GABRIEL	2009	2
7	29	F	MO VIDA	2010	1
8	29	F	FLOR DO CAMPO	2009	1
9	29	F	FLOR	2012	2
10	36	M	PAULÃO	2005	2
11	40	F	PÉTALA	2001	1
12	33	F	MORGANA	2007	2
13	28	F	SHEILA	2013	1

A formação profissional dos participantes não foi incluída na tabela de caracterização, tendo em vista a possibilidade de identificação dos mesmos nas falas e o comprometimento ético relacionado ao sigilo e confidencialidade dos dados.

É importante salientar que todos os profissionais se formaram após 2001, ou seja, após a publicação das diretrizes a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País. Apesar daquelas recomendações, não houve alusão dos participantes a readequações curriculares em suas formações acadêmicas que abordassem a violência urbana.

Em relação aos médicos, há uma especificidade: tendo em vista que as DCN de Medicina foram revisadas e novas diretrizes foram estabelecidas em 2014, destaca-se que os participantes do presente estudo se formaram antes dessa atualização, que prioriza a formação na Atenção Básica. Dessa forma, acredita-se que mudanças podem estar sendo promovidas no sentido de possibilitar aos alunos maior vivência nos territórios vulneráveis, e, portanto, seu contato com as realidades locais e com a violência urbana.

5.2 Em destaque: o analisador violência urbana que permitiu a análise das instituições

Refere Lapassade (1977) que uma instituição não se apresenta a nós de maneira imediata, mas sim a partir dos analisadores, sejam eles naturais ou construídos, e que são também os analisadores, e não o pesquisador, que fazem a análise. Para Lapassade, o conceito de analisador acaba com o trabalho de interpretação e com o discurso explicativo, tão comum aos pesquisadores.

Destaca Mourão (2011) que, sem os analisadores, alguns fatos existentes no interior de uma organização permaneceriam velados, ou, de certa forma, reprimidos. Complementam Rossi e Passos (2014) que o analisador pode estar situado tanto no campo da análise quanto no campo de intervenção, consequentemente denunciando eventos e ou impulsionando as transformações.

Para Baremblitt (2012, p. 12),

> O analisador funciona no institucionalismo de forma similar ao sintoma na análise individual, ou seja, são "pistas" para que se construa uma interpretação sobre a forma como as diversas dimensões envolvidas no processo se articulam. Os analisadores podem ser encontrados em qualquer lugar na organização ou instituição e são dotados de sentidos que permitem compreender a forma como seus agentes compreendem a instituição e as relações dentro dela.

Destaca L'Abbate (2013, p. 18) que o analisador "é um conceito polissêmico, porque é originado da experiência de várias disciplinas, desde a Química até a Psicanálise". Complementa ainda que "analisador é qualquer acontecimento, ou conjunto de acontecimentos, que, devido a certas circunstâncias, torna-se revelador de aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização ou até numa sociedade".

Refere a autora supracitada (2013, p. 19) que existem "analisadores clássicos", como aqueles que causaram grande impacto na história, salientando o "movimento operário na sociedade moderna" ou fatos históricos que causam repercussão mundial. São analisadores porque revelam aspectos da sociedade que muitas vezes são desconsiderados pelos governantes, que ficam na sombra, pois não há interesse que sejam revelados. Para a autora, sempre deve ser questionado o que esses fatos estão querendo dizer. Ela destaca que os analisadores são importantes porque, quando identificados, indicam "as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações, permitindo que se faça uma análise da situação". E diferencia os analisadores naturais como sendo os mais "significativos justamente porque inesperados", enquanto os analisadores construídos seriam aqueles que podem surgir de "dispositivos que o socioanalista utiliza para permitir que certas questões apareçam".

Para Monceau (2013, p. 98), o processo de intervenção da socioclínica institucional funciona como um dispositivo capaz de construir alguns analisadores. Destaca que, por vezes, um dispositivo provoca situações de incentivo para a instituição falar, seja um relatório, um texto ou a presença implicada do pesquisador. Para o autor, é "analisador tudo aquilo que apoia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade de trabalho socioclínico".

O analisador deste estudo emergiu por meio dos dispositivos da intervenção, tais como os encontros com debates, o diário do pesquisador e a presença implicada da orientadora, que,

uma vez que se constituía como pessoa desconhecida, também funcionou como incentivo ao debate nos encontros, provocando falas e aclaramento de ideias.

Destaca-se que a própria violência urbana permitiu ao pesquisador invocar reflexões sobre a formação, as práticas dos profissionais de saúde, suas relações com a gestão e suas implicações com as instituições que os atravessam. Esse analisador também permitiu desnudar importantes questões, como a subtração de direitos à saúde dos pacientes no SUS, o movimento do coletivo de estabelecer uma identidade de grupo e um repensar sobre o Acesso Mais Seguro, como será visto a seguir.

5.2.1 A violência urbana evidencia as encomendas e as demandas relacionadas aos profissionais de saúde da ESF

Para Rossi e Passos (2014), a análise da encomenda é um dos primeiros passos da intervenção desencadeada a partir do pedido da análise feito por uma organização. Neste caso, a encomenda desta pesquisa parte do próprio pesquisador e funciona como cumprimento de uma exigência acadêmica do curso do mestrado profissional. Constitui-se de uma análise interna que põe em juízo a legitimidade do lugar de elaboração do saber.

A fala do pesquisador reflete a sua demanda aos participantes, informando o tipo de violência que seria discutida:

> *"Bom, nós escolhemos cinco questões abertas para a gente estar refletindo. [...] só queria deixar claro que a gente trata da violência na sua manifestação do conflito armado. Não existe, na verdade, a violência, existem as violências. Então, quando a gente fala de violência urbana, a gente encontra muita gente, muitos autores escrevem, usam o termo violência urbana, mas tudo o que está dentro desse contexto, que a gente vivencia no dia a dia [...] que é a violência de gênero, violência contra o idoso, criança, violência de trânsito; isso tudo é caracterizado como violência urbana. Quando a gente falar de violência urbana para esta pesquisa é na sua manifestação do conflito armado. E aí a gente traz essa questão para discutir. Como é que o grupo, como cada um vivencia isso, como isso foi abordado na formação profissional de vocês, essa questão da violência armada, do tráfico, o quê que a gente pode tirar disto daí." (Pesquisador)*

Da encomenda, surgem as demandas e estas se desenvolvem no decorrer da intervenção, sendo produto das análises do próprio coletivo em autogestão (ROSSI; PASSOS, 2014). Monceau (2013) corrobora essa afirmativa quando refere que as demandas surgem com o decorrer do trabalho, sendo produzidas por todos os envolvidos na intervenção socioclínica.

As falas abaixo revelam demandas relacionadas ao local de trabalho, que traz insegurança aos trabalhadores da saúde e sentimentos de impotência para desenvolver as atividades na ESF, decorrentes do pouco apoio da gestão. Declaram:

> *"No primeiro momento falaram que pra botar um muro iria contra a estética da clínica, foi o que falaram para gente! Falaram para gente em uma reunião aqui: a gente está com vocês, aí começou a dar uns foguinhos, todo mundo queria ir embora. A gente viu que estavam "muito" com a gente! E depois começaram a falar que botar um muro seria contra estética na clínica [...]. Então verem que a clínica existe é mais importante do que a segurança de quem está aqui dentro sabe [...], foi a impressão que deu! E aí em um dado momento resolveram fazer, mas foi com muita briga, a gente teve que brigar por uma coisa [contraditória] de que a estética era mais importante do que a segurança da gente. A gente nunca tem um apoio." (Wood)*

Complementa outro participante:

> *"[...] quem está lá no nível de gestão [central] parece que não entende [...], parece que existe uma separação de quem gere e de quem atua e trabalha". (Inácio)*

Também o pesquisador relata suas angústias com relação a falta de apoio da gestão ao fazer a seguinte anotação no seu diário:

> *"Tentamos um tempo atrás discutir isto com pessoas da gestão: a questão do tiroteio resolvido por uma placa de aço! Como se fosse possível resolver a questão com um pedaço de aço nos protegendo dos projéteis de diversos calibres. Como puderam propor uma placa para resolver uma situação ou nos trazer conforto para uma questão tão complexa?" (Pesquisador)*

As demandas por melhores condições de trabalho e por um olhar mais humanizado na gestão e o fato de a violência não ser entendida, na visão dos trabalhadores, pelos gestores da saúde como importante interferência negativa no processo de trabalho local são pautas urgentes a serem colocadas em discussão na unidade de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde.

Um estudo realizado em Belém do Pará, que teve como objetivo analisar como a violência territorial impacta o processo de trabalho de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família, mostrou que as precárias condições de trabalho, que colocam em risco a vida dos trabalhadores, e a falta de oferta mínima de logística são consideradas uma violência ao trabalhador e repercutem negativamente não só na produção do trabalho, mas também na saúde desses profissionais (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

Diante dessas falas, o analista externo questiona como foi para os participantes vivenciar esses conflitos, destacando também a encomenda para que refletissem coletivamente sobre questões relativas à pesquisa.

> *"Quando vocês falam que a gestão se interessava mais com estética do que com a vida de vocês aqui como profissionais, como é que foi isso aqui para vocês? Então, a ideia é que a gente possa se debruçar aqui para olhar essa questão sobre esses*

> *vários focos [...], tanto da nossa formação quanto da nossa prática profissional. E aí todos os outros atravessamentos que este tema traz." (Analista externo)*

Para Baremblitt (2012), fazer o movimento de colocar as demandas em análise é fundamental, já que se torna uma oportunidade para que o grupo compreenda suas reais necessidades e amplie a reflexão sobre as práticas profissionais instituídas pela gestão e as demandas que trazem para debates o surgimento de movimentos instituintes.

Instituído é um dos importantes conceitos utilizado na Análise Institucional e, para Lourau (1993), é aquilo que está sólido, estabelecido em uma organização. Não deve ser interpretado como ruim, mas sempre será confrontado, negado pelas forças instituintes, que, por sua vez, ao longo da história, tentarão se estabelecer como um novo instituído. Complementa o autor que é fácil identificarmos o ideal, o correto, o conhecido ou o instituído; já o novo, o estranho, o desconhecido, a sociedade sempre tenta cooptar, isolar como incoerente. Assim, uma forma diferente de entender a realidade a partir de uma análise que a coletividade traz da situação presente, é, na maioria das vezes, cooptada pela sociedade.

Refere Baremblitt (2012) ser importante entender a vida social como um processo em permanente transformação, em busca de maior realização e criatividade, no qual a relação complementar e contraditória entre o instituinte se mantém, permanentemente, permeável, fluída e elástica.

A fala a seguir traduz a preocupação dos trabalhadores com relação às regras e normas instituídas no serviço, podendo, inclusive, provocar a reflexão de que a própria gestão desconsidera as peculiaridades dos territórios ao não rever o processo de trabalho das equipes de saúde inseridas em espaços vulneráveis, desconsiderando também o descontentamento por parte do trabalhador de saúde.

> *"[...] outra coisa que a gente lida, que é uma complexidade [...], estar com a nossa atuação afetada pela violência e uma circunstância como essa acontece, de não há garantia de proteção a mais [..., é negado, porque a preocupação é com a estética da clínica. O argumento é uma coisa que soa um pouco absurdo, é a questão de pressão por resultado, a gestão, parece que ela desconsidera essas peculiaridades e pressiona por resultado, por números, por produção, todo mundo sofre esse tipo de pressão aqui. Então você fica trabalhando com uma pressão dupla, a pressão da violência te afetando, reduzindo a tua capacidade de atuação na saúde, e uma pressão de falta de garantia por um argumento da estética da clínica, ou seja lá o que for, e essas coisas afetam o profissional de uma maneira muito massacrante." (Inácio)*

Os participantes revelam sua insatisfação com a falta de sensibilidade do gestor municipal em relação à realidade a que os profissionais estão constantemente submetidos no nível local. Mesmo com a tensa rotina de trabalho e o sofrimento vivenciado por estes trabalhadores, decorrente dos conflitos armados, mantém-se a cobrança da produtividade, a

desatenção com a saúde mental desses profissionais e a falta de percepção e flexibilidade diante das peculiaridades locais.

> *"Nós somos cobrados da mesma maneira que a outra Clínica da Família tem que ser cobrada! Nossa variável [...], ah, não bateu a variável um, por quê? Eu sou cobrado como uma clínica que não tem nada! É aí que eu bato de frente lá. Não adianta muita coisa, toma uma advertenciazinha daqui, toma outra de lá." (Paulão)*

Ao que o analista externo questiona: e vocês aceitam a advertência?

> *"Infelizmente a gente tem que trabalhar, né!! Se a gente for discutir eles vão falar: tem muita gente querendo. É o seguinte, quem não está satisfeito, ou pede transferência ou pede demissão." (Paulão)*

Questiona o analista externo:

> *[...] Mas você são estatutários?*
>
> *Não. Esse vínculo na verdade fragiliza muito a gente. E olha que a gente fala, a gente é bem encrenqueiro. Na verdade o pessoal fala mesmo […], sempre quando a gente tem oportunidade, a gente está dizendo isso. (Wood)*

Percebe-se nestas duas últimas falas a insegurança profissional sentida pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Pode-se, portanto, afirmar, com base nas falas acima, que diferentes instituições e organizações atravessam o cotidiano dos trabalhadores: a gestão dos serviços, cobrando a produção e desconsiderando o cenário e as peculiaridades do território no qual os trabalhadores estão inseridos; a instituição saúde, levando o trabalhador a se questionar sobre o não alcance das metas que eles mesmos se atribuem, apesar da impossibilidade de alcançá-las; a violência, que obstaculiza o processo de trabalho, criando situações conflitantes entre as diferentes organizações, desvelando as contradições e os não ditos da instituição prática de atenção primária à saúde.

A este respeito, Velloso *et al*. (2005, p. 307) refere que,

> Nas sociedades marcadas pela violência, como é o caso da brasileira, a violência torna-se uma "linguagem organizadora", configurando um sistema em que a regra de acesso é o exercício puro e simples da violência. Nesse sentido, as ações dos profissionais são definidas a partir do contexto social, no qual é estabelecido um jogo de dominação entre dois poderes: o poder de direito do Estado e o poder de uma realidade de violência. Os profissionais posicionam-se involuntariamente no centro do conflito (grifos do autor).

Polaro, Gonçalvez e Alvarez (2015) referem que, além da violência, no que se refere ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, a falta de infraestrutura e as peculiaridades locais podem surgir como limitadores das atividades dessas equipes nos seus respectivos territórios.

Esse fato pode ser bem exemplificado com a seguinte fala:

> ***"****O índice de estresse e ansiedade dos profissionais que prestam assistência é altamente piorado pela violência urbana. Você vê como aconteceu naquele episódio, ficou marca de bala, vidro quebrado, cortina arregaçada, tudo destruído*

> *nas salas. Era constrangedor e embaraçoso você pedir para o paciente deitar numa maca para você examinar e a pessoa deita em uma marca de buraco de bala do lado dela, é óbvio da pessoa não se sentir confortável, isso afeta todos nós, afeta até fora daquele contexto." (Inácio)*

Outra demanda que surgiu com o avanço da pesquisa foi a constatação, pelos participantes, da subtração dos direitos dos usuários na utilização dos serviços do SUS oferecidos pela Estratégia Saúde da Família, em decorrência da violência em sua manifestação armada. Por se tornar um risco à integridade física, a violência armada se torna uma barreira ao acesso à saúde dos usuários desses serviços. Se manifesta, então, como um dificultador no território adscrito às equipes de Saúde da Família, ora impedindo o acesso do usuário pela sua chegada ao estabelecimento de saúde, ora impedindo ao profissional de acessar o território para dar continuidade ao seu processo do cuidar.

Machado e Daher (2015) validam tal afirmativa quando organizam um estudo que teve como objetivo avaliar as consequências dos impactos da violência no processo de trabalho de profissionais de uma Clínica da Família, mostrando a violência como uma limitadora ao acesso aos serviços de saúde pelos usuários.

Outro estudo que objetivou compreender os desafios colocados para os trabalhadores de saúde diante da violência revelou na fala de um profissional de saúde que o medo e a insegurança, em consequência dos episódios de violência, geram pouca procura dos usuários pelos serviços de saúde (SANTOS; SILVA; BARROS, 2017).

Franco *et al.* (2011), analisando os efeitos dos conflitos armados internos na Colômbia, aponta que, em alguns territórios, a intensidade dos conflitos inviabiliza o envio de profissionais e técnicos de saúde aos locais. O autor informa que o acesso à saúde pela população é inviabilizado também por outros aspectos, como o controle dos profissionais de saúde pelos agentes armados, a falta de proteção dos profissionais de saúde e as ações de violência de outros grupos "insurgentes" contra a comunidade, como a privação de energia elétrica.

As falas de profissionais de saúde revelam a limitação dos serviços de saúde colocada pelos conflitos armados aos usuários.

> *"Hoje em dia a gente acaba tendo déficit de atendimento porque às vezes a clínica fecha mais cedo por causa de violência. Hoje você tem a gestante que não pode ser atendida, o encaminhamento que você não pode fazer, o exame que você não pediu, a tua prática é afetada, a visita domiciliar que você passou semanas sem fazer para um paciente que precisa porque tá acamado." (Inácio)*

> *"A questão não é só o fechamento, por exemplo, às vezes a gestante falta porque não pode sair de casa porque tá com tiro, a mãe que tá com bebezinho não vai vir." (Wood)*

> *"É quem eles têm pra reclamar, eles não têm acesso ao Prefeito, ao Secretário. Essa angústia deles faz parte desse processo psicopatológico que se vivencia aqui, essa falta de assistência crônica, que é histórica na cidade, no país. A gente tem que compreender, é difícil pra gente, porque a gente é bombardeado de todos os lados, mas é, faz parte, a gente ouvir essa, ser a linha de frente." (Inácio)*

O relato do pesquisador em seu diário revela como, para os profissionais, é difícil equilibrar a necessidade de desenvolver as atividades na ESF com a violência urbana. Revela também suas implicações com a pesquisa e sua incapacidade de vivenciar algumas questões que pareciam não pertencer àquele espaço, como a formação dos profissionais para atuarem em territórios perigosos.

> *"Em alguns relatos fica claro como os conflitos armados obstaculizavam o processo de trabalho das equipes de saúde, e como as visitas ao domicílio eram as atividades mais prejudicadas e difíceis para reagendamento no ponto de vista da organização do serviço. Essas questões eram tão intensas e frequentes que eu não me permitia pensar nos aspectos da formação neste contexto de território violento. Mesmo sabendo que era um dos objetivos da pesquisa, não tinha facilidade para invocar reflexões acerca desse assunto." (Diário do pesquisador)*

Os depoimentos retratam a violência como obstaculizadora das práticas profissionais dos trabalhadores de saúde, impactando de forma negativa nas atividades extra-muro, como visitas ao domicílio e/ou atividades educativas no território. Impacta até as ações dentro da unidade, como a baixa procura dos pacientes por consultas ou exames pela dificuldade de acesso ao local em que se encontra a ESF.

Nesse cenário, como pensar a formação dos profissionais? Quem vai preparar os profissionais para atuar em territórios perigosos? Essas questões são discutidas nas instituições de ensino? Parte das respostas se encontram neste estudo, mas, sem dúvida, são necessários outros estudos, envolvendo outros olhares e saberes, para uma aproximação da complexidade que relaciona diferentes organizações e instituições da sociedade.

Com relação ao trabalho dos profissionais na ESF e a oferta de serviços para a população, um estudo no Ceará, que teve como objetivo compreender os desafios enfrentados pelos profissionais da estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento da assistência à saúde em áreas vulneráveis à violência mostra que eventos desta magnitude – conflitos armados – podem influenciar na dinâmica das equipes de saúde, sendo este apontado pelos participantes da pesquisa como fator limitador para a assistência a saúde (SANTOS; SILVA; BRANCO, 2017).

É importante salientar que estudos sobre a formação de profissionais para atuar em territórios em que existe a violência na sua manifestação do conflito armado ainda são poucos, dificultando a busca de respostas para os questionamentos realizados acima.

Um fato que traz desconforto aos profissionais de saúde e afeta a qualidade de cuidado aos usuários, configurando-se em uma demanda tanto de profissionais quanto de usuários para os níveis hierárquicos superiores, é que, em consequência da violência urbana, as equipes da ESF precisam encerrar as atividades e realizar o fechamento da mesma. As falas a seguir são exemplos dessa necessidade:

> *"Na verdade, durante um tiroteio eu me aborreci com um paciente, eu e (outro profissional), a gente fechou a porta principal, quando eu bati a porta o paciente queria sair! Era um senhor de idade e ele falou, 'eu vou sair!' Daí tive que falar: por aqui o senhor não vai sair, o senhor dá a volta e sai por trás! E ele insistia, 'não, eu vou sair por aqui'. Eu falei: senhor, eu sou responsável pela unidade e o senhor por aqui não vai sair. Mas ele insistia, 'ah, eu vou sair!'. Rolou uma discussão meio ríspida, mas eu não deixei ele sair. Passou dois dias, ele veio me pedir desculpa, eu falei, 'sim, eu aceito a desculpa do senhor na boa, mas naquele momento não podia deixar o senhor sair porque é uma responsabilidade minha, o risco não é só para a gente, é para vocês também! Então para diminuir o risco a gente tem que fechar unidade'." (Paulão)*
>
> *"Tem paciente que fica bravo quando a gente tem que fechar a unidade." (Amora)*

Essas falas evidenciam duas situações.

A primeira é o estresse a que os profissionais de saúde são submetidos, tanto pelo medo de serem atingidos por um tiro, quanto pelas relações conflituosas com os pacientes, que ainda mais tensão para um momento bastante difícil emocionalmente. Isso porque, para os profissionais de saúde, fechar a unidade de saúde em momentos de conflito armado é preservar a integridade física e psicológica de usuários e trabalhadores da saúde.

A segunda situação, bastante importante, é que, mesmo em situações difíceis, algumas pessoas têm uma postura de sujeito que exige valer seus direitos sobre a condução de sua própria vida. Ainda que possa ser uma atitude irrefletida, essa situação pode indicar no posicionamento do usuário um movimento instituinte que se rebela, de maneira até insensata, contra as normas impostas pelos profissionais. É o que podemos observar quando o usuário queria a todo custo sair da unidade no meio do tiroteio, mesmo sabendo que sua vida poderia estar em perigo. Não podemos deixar de refletir sobre o que leva um indivíduo a ter este comportamento. Uma banalização da violência por ser morador do local? A não obediência às normas instituídas? Uma atitude irrefletida em um momento de tensão psicológica? Todos esses questionamentos revelam situações que se abrem para diferentes estudos e análises.

No caso relatado acima, tanto profissionais de saúde como os usuários dos serviços são atravessados por diferentes instituições, provocando maneiras diferentes e individuais de aceitar ou não as normas e regras impostas por elas. Neste estudo, parte-se do pressuposto que os membros de um grupo social são os exclusivos "conhecedores do interior", das instituições que os atravessam e que constituem sua prática social, *"leur savoir naturellement et*

continuellement élaboré est opaque aux prétentions du discours suffisant de la cité savant" (Boumard, 1988, p. 105).

Na tentativa de procurar entender o movimento do paciente a partir da ótica da análise institucional, é importante que se retome o conceito de instituição. A respeito dele, Baremblitt (2012) refere que, em um plano formal, uma sociedade não é mais que um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana e a relação entre os homens.

A situação relatada acima e outras a seguir indicam que, apesar da violência urbana estabelecer regras e normas para o atendimento, muitas vezes subtraindo dos pacientes seus direitos, as atitudes dos usuários podem se configurar como movimentos instituintes naquele espaço.

O diálogo abaixo se passa em um episódio de um conflito armado no cenário da pesquisa. A situação não só aponta a violência como limitadora dos direitos do paciente ao cuidado com sua saúde, mas também a revela como grande criadora de tensão entre usuários e trabalhadores de saúde, trazendo novas demandas no decorrer do estudo.

> *"Estávamos deitados no chão porque estava tendo um tiroteio e naquela confusão tinha um paciente pedindo para olhar os exames. Eu fiquei olhando sem reação, depois que o tiro acabou e, assim, todo mundo levantou, tipo, olhando, 'será que acabou mesmo?', o paciente levantou e falou 'será que você pode olhar meu exame?'. Eu falei, 'você tá de sacanagem, né? O senhor só pode estar brincando, né?', e ele continuou insistindo." (Movida)*

> *"A gente já teve uma paciente que sentou na cadeira com uma filha especial e falou 'vai tirar o sangue aí', daí eu falei, 'Quem que vai colher o sangue? Quem? E quem vai vir buscar o material? Ninguém vai vir!'. E aí a gente teve que explicar tudo, mesmo assim ela insistiu que tinha que tirar o sangue. Daí eu disse, 'não tem como colher, eu entendo, a senhora sair de casa cedo com uma filha especial é difícil, realmente'. Mas a mãe insistia, 'Ah, mas não vai nem colher?'. Eu respondi, 'Não! Não tem como porque ninguém vai vir aqui buscar, a gente vai coletar o sangue dela e o sangue dela vai ficar aqui e não vai resolver', e assim com muito custo ela saiu mas, assim, insatisfeita." (Flor do Campo)*

É pertinente mencionar, e não é exagero complexificar esta situação, que, ao exigirem seus direitos ao acesso à saúde, os usuários do serviço se colocam em um movimento instituinte, ao negarem os efeitos instituídos pela violência urbana. Entretanto, dependendo da situação em que esses direitos são exigidos, esse movimento é visto por muitos profissionais de saúde como uma forma de trivializar tal violência. Outros profissionais, porém, entendem que, naquele espaço, em que já existem tantas limitações e tantas perdas de direitos, deve-se perceber o usuário como uma pessoa fragilizada e que necessita do apoio daqueles que ele considera superiores a ele, aqueles que têm o conhecimento. A fala a seguir ilustra essa situação.

> *"O paciente quando vem para a Clínica, ele vê você como superior a ele, então ele vê em você alguma coisa que você tem para oferecer para a solução dos problemas dele. Então ele se coloca numa posição de frágil e vulnerável. É você que vai oferecer a proteção a ele. Você tá aqui para dar para ele o que ele precisa. E quando acontece uma situação dessa, de tiroteio e violência em que o paciente não se sente protegido, ele se sente mais vulnerável do que ele já é." (Sheila)*

A este respeito, refere Baremblitt (2012) que, muitas vezes, o que a população pensa que precisa como mínimo para atender às suas necessidades não existe, porque este mínimo é gerado em cada sociedade e é diferente em cada segmento da mesma. Para o autor, as comunidades têm perdido o saber acerca de suas reais necessidades, de suas demandas, e acabam por achar que necessitam daquilo que os *experts* dizem que precisam. Daí acharem que são os profissionais de saúde os grandes conhecedores de suas necessidades, trazendo ainda mais tensões nas relações entre profissionais e usuários.

Uma demanda não menos importante foi colocada pelos participantes, o que levou a uma reflexão sobre uma proposta para o produto deste estudo, uma vez que, segundo Monceau (2013), a intervenção socioclínica permite construir análises mais abrangentes a partir da articulação das reflexões feitas pelos participantes no decorrer da intervenção.

Os debates coletivos que levaram à reflexão sobre as práticas profissionais evidenciando as demandas acima também ampliaram o conhecimento sobre um fato já conhecido: o Acesso Mais Seguro[4]. Apesar de ser conhecida pela maioria dos profissionais, durante os debates percebeu-se a necessidade de que a ferramenta seja mais divulgada e reconhecida como uma importante forma de proteção dos profissionais e usuários da unidade da ESF. Durante os debates pôde-se constatar nos depoimentos que os mesmos apareciam trazendo novas concepções sobre o Acesso Mais Seguro, possibilitando ampliar a sua compreensão para além de uma ferramenta de proteção coletiva. Os participantes destacaram a importância do mesmo como uma ferramenta colaborativa do processo de trabalho, de importância social no que se refere à questão da trivialização da violência, conferindo à unidade maior autonomia no que tange a interrupção das atividades e fechamento frente à violência urbana em sua manifestação do conflito armado. Além disso, a ferramenta possibilita justificar o não alcance das metas estabelecidas pela gestão central, decorrentes das particularidades do território.

---

[4]Apenas para relembrar, o Acesso Mais Seguro foi implantado na Clínica da Família em 2013, e, de acordo com essa ferramenta, o território é categorizado por cores que indicam a classificação dos riscos, sendo utilizados três cores: o verde, que indica "risco baixo"; o amarelo, que caracteriza estado de "risco médio", indicando que os trabalhadores devem suspender temporariamente as atividades; e o vermelho, que caracteriza um "risco alto", devendo-se considerar a possibilidade de incidentes graves, sendo um indicativo de tomada de decisão de fechamento da unidade (CICV, 2013).

As reflexões levaram os participantes a retomarem seus posicionamentos com relação ao Acesso Mais Seguro, pois, apesar de se basearem nele para desenvolver suas práticas, nunca haviam refletido o que o mesmo tem significado na vida pessoal e profissional de cada trabalhador. O diálogo abaixo destaca esses novos posicionamentos.

> *"Eu acho que essa ferramenta de Acesso Mais Seguro ajudou a melhorar o nosso sistema de comunicação interna, de identificar o risco num certo grau, de uma maneira mais objetiva para não ficar no plano só subjetivo." (Inácio)*
>
> *"[...] e respalda a gente pra fechar unidade." (Paulão)*
>
> *"Antes quem decidia fechar ou não a clínica era justamente uma pessoa que não estava aqui presente, era alguém lá de cima, 'quero que feche', 'eu não quero que feche'. Isso influenciava na decisão, agora isso é informado, o risco está tal e a gente vai operar de maneira limitada, não vai fazer visita domiciliar, não vai fazer atividade fora da clínica, ou a gente não vai funcionar de maneira nenhuma por conta que o risco está muito alto, é um grau de adaptação das atividades de acordo com o risco." (Inácio)*

Nas falas acima, além de novos conhecimentos sobre a ferramenta Acesso Mais Seguro, também fica evidente a característica interferências institucionais, na qual a organização Secretaria Municipal de Saúde interferia no processo de trabalho dos serviços, representada pelas unidades da Estratégia Saúde da Família, tirando dos trabalhadores a autonomia de tomar decisões para proteção de suas próprias vidas e dos pacientes.

Com relação a como os Agentes Comunitários de Saúde percebiam essa ferramenta, os participantes destacam que os mesmos começaram a mudar suas condutas, passando a se guiar pelas cores indicativas de maior ou menor perigo para o desenvolvimento de suas atividades. Esse fato pode ser observado na fala abaixo:

> *"Até alguns agentes comunitários de certa forma banaliza(vam) a violência e hoje de certa forma não fazem, hoje eles consideram a nota vermelha ou está amarelo (com) um pouco mais de seriedade. [...]" (Inácio)*
>
> *"Na teoria é assim, no amarelo um os ACS estão na rua e tem que voltar para clínica, mas às vezes o conflito está tão grande que eles não vão conseguir voltar nessa uma hora. Então a gente criou o amarelo dois, espera num lugar seguro, não precisa voltar para Clínica agora e quando acalmar vem, aí a gente teve que subdividir o amarelo" (Morgana)*

Acrescentam os participantes:

> *"Eu vejo o Acesso Mais Seguro como muito mais que uma ferramenta de proteção, eu acho que o Acesso Mais Seguro, ele tem uma importância social muito grande de não trivialização da violência. Por que é uma forma de você mostrar para o território para a sociedade aqui, que isso não é comum." (Pesquisador)*
>
> *"O Acesso Mais Seguro deu essa ferramenta pra gente de maneira segura, de identificar, classificar o risco poder atuar, adaptar situação." (Inácio*)

Pode-se perceber nos diferentes depoimentos que, apesar de todos utilizarem esse instrumento, no sentido de proteger pessoas e profissionais que habitam e trabalham em

territórios permeados pelo conflito armado, todos ampliaram seus conhecimentos sobre ele ao refletir como o mesmo, além de uma ferramenta de proteção, é também um instrumento de educação para os trabalhadores que atuam em territórios perigosos. Pode-se arriscar dizer que essa ferramenta – o grupo que a manipula –, quando utilizada para fechar a unidade em um momento de conflito armado ou risco iminente para tal, assume também um papel de instituinte, ao confrontar os aspectos instituídos colocados pela violência urbana sobre a população.

Durante os debates sobre o Acesso Mais Seguro, surgiu dos participantes uma demanda: de que maneira poderiam ampliar a utilização do Acesso Mais Seguro e como utilizar esse instrumento como uma ferramenta de educação, tanto para os profissionais, quanto para os usuários da ESF? Diante deste questionamento, o pesquisador colocou aos participantes a seguinte demanda:

> *"Eu queria fazer uma proposição através da fala de vocês. [...] um dos objetivos do mestrado profissional é construir um produto, é trazer um produto para o processo de trabalho de vocês, e isso tem que ser construído com vocês, [...] vocês deixam bem claro, reconhecem a violência como obstaculizadora do processo de trabalho de vocês, a (participante da pesquisa) falou uma coisa interessante da distância das áreas, que são áreas mais prejudicadas em relação à informação da classificação do Acesso Mais Seguro, então às vezes as pessoas vêm para cá e acabam se expondo ao conflito. Considerando o SUS como espaço de formação que a gente falou bastante, em relação a esta questão, [...] o que vocês acham que a gente poderia fazer?"*

Durante os debates, uma primeira sugestão referia-se à elaboração de uma cartilha explicando como funciona o Acesso Mais Seguro, para que, na unidade, já existisse algo mais instrutivo, mais fácil de ler do que o Manual do Acesso mais Seguro. Uma segunda sugestão era a criação de um *blog* que poderia ser utilizado tanto por profissionais quanto pelos usuários no formato de um aplicativo para celulares. Essas proposições ficaram de ser retomadas no próximo encontro para que todos pudessem pensar qual seria o produto que melhor se adequasse ao cenário de práticas daqueles trabalhadores da saúde.

Pode-se perceber que, em diferentes momentos, as demandas e as encomendas fizeram parte do processo de intervenção. Destaca-se que, neste estudo, discutir as demandas coletivamente colocou em evidência a potência da metodologia proposta pela socioclínica institucional, por fazer emergir situações muitas vezes não pensadas ou pouco refletidas durante o cotidiano dos trabalhadores, como as questões referentes à gestão, as dificuldades em exercer as atividades próprias dos profissionais da ESF subtraindo dos pacientes o direito ao cuidado, e a importância do Acesso Mais Seguro como ferramenta de educação e proteção.

Com relação à socioclínica institucional, pode-se dizer que as falas aqui colocadas para auxiliar na análise de determinadas situações podem também fazer parte de outras características da socioclínica institucional como, por exemplo, a análise das implicações de cada participante, as interferências institucionais representadas pela instituição serviços e pela instituição saúde, e a análise do contexto. Este esclarecimento é importante para que as características sejam compreendidas em seu movimento de entrelaçamento, e não como fatos isolados, podendo ser evidenciadas em todo o processo da intervenção.

5.2.2 A violência urbana possibilita a análise das implicações e evidencia o atravessamento das instituições na formação e nas práticas profissionais

Todo sujeito, inclusive o pesquisador, está implicado com a instituição da qual faz parte, o que influencia diretamente na forma como pesquisador conduzirá a pesquisa. Com relação ao pesquisador, o estudo já parte de uma implicação pessoal, profissional e afetiva com a violência urbana interferindo em sua prática profissional. Nesse sentido, podemos afirmar que o objeto e os objetivos desta pesquisa tornaram-se encomendas do pesquisador.

Para Lourau (2004), não se pode reduzir a implicação ao objetivismo. Implicar-se não é engajar-se. Para o autor, o pesquisador sempre está implicado em seu campo de pesquisa, consequentemente não mantendo uma postura de neutralidade, sendo indissociável, assim, pesquisador e objeto de estudo.

Refere Barbier (1985) que a implicação está permeada por questões familiares, libidinais e sócio-políticas, tendo o montante dessas questões ligação com o modo como nos relacionamos e reagimos às instituições a que pertencemos. A implicação afetiva ocorre na dimensão individual, e a profissional tem relação com o papel que o indivíduo desempenha em sua instituição de trabalho, levando em conta os elementos de sua profissão e posição da instituição no mercado.

As implicações representam os elementos que constantemente nos atravessam em nossas rotinas e que constituem as nossas ações, de forma que analisá-los possibilita identificá-los (ABRAHÃO, 2013, p. 327).

Reconhecer tais atravessamentos no coletivo se faz importante para o trabalho da intervenção socioclínica. Nas falas a seguir, procura-se destacar as implicações profissionais, afetivas, familiares dos participantes, e também as sociopolíticas e econômicas que levam os participantes a atuarem em territórios violentos permeados pelo conflito armado. Os depoimentos permitem colocar em análise os problemas provocados pela violência urbana

relativos às dificuldades de correlação teoria e prática durante a formação, as consequências psicológicas para a vida pessoal e profissional dos trabalhadores, as instituições serviços e ensino que atravessam os trabalhadores no desenvolvimento de suas práticas, entre outras.

Ao se posicionar sobre a formação dos profissionais de saúde para trabalhar em territórios em que existe a presença do conflito armado, trazendo suas experiências pessoais e profissionais, pôde-se perceber as implicações que se fizeram presentes na participação dos sujeitos durante a intervenção:

> *"Eu acho que é muito deficiente mesmo esta parte da formação acadêmica. A gente da odonto(logia) teve um ou dois períodos, eu na realidade tive um ou dois períodos desta disciplina, mas é muito superficial, não te ensina a você pensar no outro, você ter um equilíbrio emocional que é um conjunto de coisas. Na hora que acontece um tiroteio é uma coisa assim, você não consegue reagir de forma pensada, você acaba [...]. É inconsciente, sobreviver. Eu acho que a agregação dos seus valores, a experiência que você já teve, te ajuda no que você vai fazer naquela hora entendeu. Eu acho que essa parte é muito deficiente dentro das universidades. Não sei se dentro das disciplinas de psicologia deixar de olhar para paciente e tentar focar um pouco mais também no profissional, uma vez que nosso estado é bastante violento." (Sheila)*
>
> *"Eu tenho impressão que a gente é formado para praticar a nossa função profissional em circunstâncias ideais, onde a gente aprende nos livros, nas aulas. Quando a gente vai para o mundo e começa atuando em centros, seja no hospital, seja na atenção básica, a gente adapta aquilo que a gente aprendeu na formação à realidade, modifica rapidamente a nossa prática que a gente aprendeu [...] pelo menos academicamente, pelo menos essa é a minha experiência." (Inácio)*
>
> *"Eu acho assim, é muito diferente você ter uma coisa na teoria e na prática. Eu acho que ter uma disciplina na faculdade abordando a teoria, na prática é totalmente diferente. Essa é minha opinião, eu não sei se seria válido você ter uma disciplina específica." (Flor)*
>
> *"Sem dúvida nenhuma, pra mim o que ajuda mesmo, o que prepara, é a prática, você vivenciar, você observar, essa coisa de teoria pode acontecer [...] nada substituiu você escutar um tiro, ver a movimentação, isso que prepara, o dia a dia que prepara você. Ao meu ver, eu acho que não vai ter nenhuma disciplina capaz de ensinar isso na faculdade do que sua vivência diária no território." (Paulo)*
>
> *"Eu, sinceramente, na minha formação acadêmica, nunca me passou sobre violência [...]. Como gestor da unidade eu fui pegando junto com eles o que a gente podia estar fazendo, como seria a melhor maneira de estar se protegendo, mas na formação acadêmica não me lembro em nenhum momento, algum professor conversar sobre trabalhar em área de risco, o que tem que ser feito o que não tem que ser feito, eu não lembro sinceramente." (Paulão)*
>
> *"A gente falava sobre violência no núcleo familiar, mas não desta violência." (Pétala)*
>
> *"Porque às vezes a gente fala que não teve esse contato na formação, mas a gente atribui muito essa questão ao professor estar passando para a gente, mas em relação a campo de estágio vocês não tiveram? Porque eu também não tive, na verdade meu estágio em saúde pública foi dentro de um posto de saúde e só tinha coleta de preventivo, foi o mais próximo que eu cheguei, acompanhar tuberculose." (Pesquisador)*

Nessa perspectiva, as falas dos participantes indicam um processo de formação desarticulado entre teoria e prática. Ao deixar a Academia e se deparar com a realidade, o aluno pode encontrar dificuldades em se articular com a complexidade local, sendo que tal articulação será exigida em seu cotidiano e nas suas relações de trabalho nos cenários que estiverem inseridos.

A respeito disto, Trevisan *et al.* (2013, p. 333) refere que

> Percebeu-se que há um esforço por parte do profissional para adaptação ao espaço em que acontece a prática assistencial [...]. Alguns conceitos são expostos, mas dificilmente há a oportunidade de vivências práticas durante os estágios, porém este sujeito será cobrado quanto a estas habilidades.

Considerando a violência como multifatorial (Minayo, 2010), torna-se necessário aproximar teoria e prática na formação, possibilitando aos profissionais se articularem com as complexidades que se apresentam no cotidiano do serviço.

Complementa Trevisan *et al.* (2013, p. 334) que

> A própria universidade favorece esta fragmentação do saber ao dispor a construção do conhecimento disperso em disciplinas organizadas a partir do modelo biomédico. As disciplinas profissionalizantes reproduzem o modelo saber-fazer, sem articulação entre os conteúdos. A Academia tem sua parcela de responsabilidade no predomínio de práticas profissionais fragmentadas e não teorizadas, pois tem mostrado que os ideais profissionais de autonomia, poder e prática reflexiva parecem ser realidades diferentes na sala de aula e na prática do cotidiano.

Baragatti, Audi e Melo (2014) destacam que, em pesquisa realizada com estudantes do último ano de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, revelou-se que o tema violência durante a formação foi abordado de maneira superficial, acontecendo esporadicamente, evidenciando mais os agravos físicos contra as pessoas e não a violência relacionada a conflitos armados, havendo necessidade de ampliar as discussões sobre essa temática. Os autores reforçam a necessidade desses profissionais estarem capacitados para lidar com as diferentes formas de violência, consequentemente encurtando os espaços que se colocam entre teoria e prática.

Pode-se afirmar com Benício e Barros (2017) que os trabalhadores de saúde que desenvolvem suas atividades na Estratégia Saúde da Família, por vivenciarem constantemente as dinâmicas dos territórios, estão mais propícios a enfrentarem a violência urbana em suas diferentes facetas. Logo, esses trabalhadores, ao se lançarem nesse campo de atuação para desenvolverem suas práticas profissionais, se debruçam sobre uma realidade social complexa que exige uma articulação de saberes que contemple não só o processo saúde-doença-cuidado, como também os determinantes sociais de saúde, dentre outros.

A falta de correlação entre teoria e prática durante a formação, destacando as dificuldades dos profissionais de saúde ao saírem da universidade e enfrentarem um contexto de trabalho muito diferente do que foi vivenciado durante a formação, podem ser constatados no relato abaixo:

> *"Quando eu cheguei aqui foi uma realidade muito estranha para mim. Nos primeiros meses eu participei de um tiroteio que assim, com preparo ou sem preparo eu me joguei no chão! Naquela hora a gente, eu não pensei no paciente, a maioria dos profissionais que já estavam acostumados já tinham essa reação, eles fazem isso, promovem abrigo para o paciente, quando a coisa está muito intensa, leva todo mundo lá para administração. Já têm um preparo por conta da vivência, não por causa do contato que teve na universidade." (Sheila)*

Complementa a participante como ela gostaria que tivesse sido sua formação na universidade:

> *"Então, eu acho assim, que essa questão do primeiro contato na universidade, você ter esse preparo psicológico e emocional, de como saber lidar com essa questão da violência, é importante porque quando a gente tiver na prática diária a gente vai conseguir aplicar, e vai ter o entendimento do que aquele paciente espera de mim, o paciente espera de mim uma determinada reação. Aquele paciente, ele precisa de mim de alguma forma, por exemplo, eu estou aí fazendo uma obturação, não é que eu vou continuar fazendo a obturação, é tentar promover um abrigo tanto emocional quanto físico para aquele paciente da melhor maneira possível." (Sheila)*

O depoimento revela as tensões existentes no cotidiano desses profissionais, que têm que pensar na própria segurança e ainda ter competências e habilidades para lidar com as inseguranças dos pacientes. Também nos permite colocar o seguinte questionamento: será que cabe apenas aos centros formadores a responsabilidade de preparo de profissionais de saúde para exercer as atividades em territórios perigosos? Sendo a violência um fenômeno complexo que envolve o político, o social, o econômico, educacional, entre outros setores, são necessárias muitas mudanças em diferentes áreas governamentais.

A este respeito, refere Velloso *et al.* (2005, p.303) que,

> Entre as situações descritas como "inaceitáveis", torna-se fundamental repensar a realidade cotidiana de trabalho das equipes, incluindo as dificuldades relacionadas à violência à qual estão expostos os profissionais, como: violência decorrente de conflitos na comunidade, com casos de tiroteios; prestação de cuidados, na unidade de saúde e em domicílio, a membros envolvidos nos conflitos. Por outro lado, lidar e ter que se posicionar diante de conflitos familiares e da comunidade em geral aumenta a vulnerabilidade dos profissionais a todo tipo de conflito, o que genericamente denominamos "violência social" (grifos dos autores).

Machado e Daher (2016) acrescentam que as habilidades necessárias para atuação nestes cenários permeados pela violência urbana não são ofertadas na formação profissional, e por esse motivo ainda não estão incorporadas nos serviços das equipes atuantes nestes territórios, o que dificulta durante o enfrentamento dos conflitos armados.

A partir do depoimento abaixo e de outros semelhantes foi possível colocar em análise as implicações pessoais e profissionais desses profissionais, revelando o que estava oculto nessas práticas: o sofrimento velado e o medo por sua segurança e pela segurança do paciente e a insuficiência do processo de formação profissional para promover competências e habilidades para a equipe atuar com as intercorrências do seu território de atuação. Vejamos o que diz um participante:

> *"Eu acho assim, é muito diferente você ter uma coisa na teoria e na prática outra. Eu acho que ter uma disciplina na faculdade abordando a teoria, na prática é totalmente diferente. Essa é minha opinião, eu não sei se seria válido você tem uma disciplina específica, que nem eu fiz, eu tive uma disciplina na universidade, psicologia aplicada à saúde, que não tem nada a ver com essa questão da violência, mas eu acho, na minha visão, não sei se seria tão válido assim porque eu acho que na prática o que a gente vivencia é muito difícil, todo mundo falava daqui do território eu já vim preparada, mas quando eu vivenciei meu primeiro tiroteio eu fiquei deitada no bumbum da colega, é muito diferente, eu fiquei numa situação muito, muito tensa, muito tensa, eu não sei, não sei se é válido assim ter uma disciplina para tratar isso." (Flor)*

Destaca Velloso *et al.* (2005) que, de maneira geral, os profissionais têm uma sensação de maior proteção quando estão dentro das unidades de saúde, mas que essa segurança é abalada quando acontecem tiroteios e algumas vezes até morte, expondo a vulnerabilidade das pessoas diante dos confrontos externos à unidade. Esses eventos, de maneira geral, inviabilizam o atendimento, provocando o fechamento da unidade de saúde por horas, até que a situação seja solucionada, subtraindo os direitos dos pacientes ao atendimento às suas necessidades de saúde na ESF, como visto acima.

Outro aspecto importante e que revelou as implicações dos participantes com a violência urbana refere-se aos riscos físicos e psicológicos aos quais eles estão cotidianamente submetidos. Os depoimentos abaixo destacam estas situações.

> *"Não estava dando para trabalhar porque estava tendo sucessivos dias de tiroteio e, um dia, foram 40 minutos todo mundo deitado no chão! Fiquei trancada com um bebê de cinco dias no meu banheiro, a mãe chorando, e era só uns 'tirinhos' entendeu!? E aí acaba e eles querem que a gente levante a poeira a gente continue a atender, não é assim! O psicológico fica afetado!" (Wood)*

> *"[...] já teve dia de eu sair quando eu ia entrar no território, a polícia entrou com caveirão, deu tempo de entrar no barzinho, deitar no chão e esperar acalmar, e aí depois eu voltei pra unidade, às vezes é de repente." (Flor do Campo)*

> *"A gente tá tentando doar aquilo que a gente não tem! A gente repassa às vezes ansiedade, a carga emocional que a gente recebe de um paciente para o outro. Por que a gente também vibra naquela vibração. Às vezes o reflexo disso acontece até depois, quando o tiroteio não tá acontecendo naquele momento." (Inácio)*

> *"Estava sofrendo com estes tiroteios [...]. A gente tem que cuidar do outro, mas ninguém dá nenhum tipo de apoio psicológico para saúde mental, para a gente que está aqui, então às vezes a gente cuida sem ter condição de cuidar." (Wood)*

> *"Eu acho que essa parte é muito deficiente dentro das universidades. Não sei se dentro das disciplinas de psicologia deixar de olhar para paciente e tentar focar um pouco mais também no profissional, uma vez que nosso estado é bastante violento." (Sheila)*

> *"Mas eu acho que o principal desafio [...], déficit de formação da gente é como a gente se prepara psicologicamente para enfrentar essa realidade que a gente não sabe como é, e quando a gente está na cadeira da faculdade, vendo lá junto com os outros colegas o professor falar determinada doença, determinado tratamento. E aí? Chegou lá na hora no contexto do ambiente que tem violência, a gente não foi psicologicamente formado para atuar." (Inácio)*

Machado e Daher (2013) destacam ser um fenômeno complexo o enfrentamento de realidades de profissionais de saúde que atuam em territórios perigosos, trazendo problemas psicológicos pelo estresse constante, gerando uma exaustão emocional, prejuízo em diferentes áreas da vida pessoal e profissional, com acentuada diminuição da satisfação profissional no ambiente de trabalho.

Complementam Bordigon e Monteiro (2016) que a violência no trabalho da enfermagem e dos demais profissionais de saúde tem repercussões em diferentes áreas da saúde, mas principalmente na saúde mental. Esta aumenta à medida que os profissionais se sentem ameaçados em um ambiente de trabalho violento, elevando os níveis de sofrimento psicológico. Tais repercussões vão além do local de trabalho, já que os eventos danosos à saúde repercutem também na vida social e familiar do trabalhador, trazendo sentimentos de irritabilidade, crises de choro, angústia, tristeza, além de implicações profundas para a saúde desses trabalhadores.

Desconsiderar as particularidades de um território violento ocupado por equipes de Saúde da Família é ignorar o efeito que os conflitos armados podem ter não só no processo de trabalho, mas também na saúde dos trabalhadores que ali desenvolvem suas atividades. Referem Gonçalvez, Queiroz e Delgado (2017) que a violência urbana e suas dimensões são pouco debatidas no campo psicossocial e torna-se necessário estar atento às importantes consequências do impacto da violência na saúde mental não só de usuários do serviço, mas também dos profissionais que atuam nesses serviços.

Além das implicações, em algumas falas também foi possível constatar uma sobreimplicação com a formação e com as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde em territórios perigosos.

Destaca Mourão (2007, p. 187), ao se referir sobre o conceito de sobreimplicação, que

> Uma pessoa extremamente implicada, seja numa instituição educacional, seja em entidades político-partidárias, associativas, sindicais etc., pode desenvolver uma cegueira ideológica que a impeça de analisar sua própria implicação. Para este nível de implicação, René Lourau "inventou" a palavra "sobreimplicação", partindo da análise de várias situações, inclusive de exemplos de executivos "que dão a vida e às

vezes a morte" por suas empresas (grifos do autor).

Nas falas abaixo, podemos perceber atitudes sobreimplicadas quando os participantes deslocam a questão das dificuldades em desenvolver suas atividades em territórios permeados pelo conflito armado para aspectos administrativos – de manejo individual mais fácil para os profissionais de saúde – ou mesmo para um simples preparo psicológico na sua formação, desconsiderando a complexidade que envolve o tipo de violência aqui descrito.

> *"Eu acho que o principal aqui, de alguma forma que pode contribuir, é você organizar seu processo de trabalho de maneira mais eficiente. Talvez em termo de fortalecimento psicológico, talvez até contribua para alguma coisa. Mas o que pode contribuir de uma forma mais eficaz e a organização do trabalho." (Inácio)*

> *"Esta questão do primeiro contato na universidade, você ter esse preparo psicológico e emocional, de como saber lidar com esta questão da violência é importante porque quando a gente tiver na prática diária a gente vai conseguir aplicar e vai ter o entendimento do que aquele paciente espera de mim, o paciente espera de mim uma determinada reação." (Sheila)*

No caso das falas acima, a sobreimplicação cria dificuldades para que os participantes percebam a real situação de perigo para si, considerando que apenas a formação poderia prepará-los para as demandas que emergem da complexidade territorial vivenciadas por eles. Isso revela a dificuldade que esses profissionais vêm encontrando para enfrentar seu dia a dia em território perigoso, negligenciando os atravessamentos de outras instituições presentes na sua realidade profissional.

Trazer para a análise coletiva as implicações dos participantes com as instituições que os atravessam e atravessam aquele contexto permite que, durante a intervenção, comece a acontecer um desvelamento do que estava oculto, revelando o que incomoda, o que causa sofrimento ou perturbação no grupo, ampliando o espaço de análise das instituições presentes no estudo.

A esse respeito, Monceau (2008) refere que para conseguir entender uma instituição é necessário estar dentro dela, de um lugar em que seja possível analisar seu cotidiano, nosso pertencimento com ela, de maneira a colocar em análise nossa implicação. O relato do pesquisador em seu diário exemplifica esta questão:

> *"[...] então busquei o mestrado profissional e me matriculei na disciplina de Análise Institucional como aluno especial. Com a disciplina percebi algumas implicações acerca da temática e entendi rapidamente que as questões individuais refletiam em nosso comportamento, na maneira de agir e de reagir às instituições que nos atravessavam. Consegui analisar, através das minhas reflexões, minhas implicações e sobreimplicações." (Pesquisador)*

Com o desenvolver do processo de intervenção, o trabalho socioclínico institucional permitiu aos participantes novas reflexões, produzindo assim novos reposicionamentos e,

consequentemente, transformações nas situações e dinâmicas institucionais (MONCEAU, 2013).

A respeito disso, pode-se perceber que os debates começam a enfocar outros aspectos relacionados à violência, trazendo os atravessamentos com as instituições saúde e educação que perpassam o cotidiano dos participantes, enfatizando as mudanças pelas quais precisa passar a nossa sociedade. Com relação às interferências institucionais, refere Lourau (2004, p. 71) que se faz necessário explicar que "as instituições são formadas pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades e normas sociais já existentes". Complementa Monceau (2013, p. 101) que todo trabalho socioclínico "situa-se em uma interferência institucional", já que os pesquisadores e os participantes das pesquisas portam consigo suas instituições, possibilitando, a partir dessas interferências individuais e coletivas, a produção de novos conhecimentos, que se reconhece na pesquisa como resultados.

As falas abaixo revelam a interferência destas instituições em um contexto permeado pela violência em sua manifestação de conflito armado, no qual sentimentos de medo, de impotência e de constrangimento são uma constante. Percebe-se como as mesmas são atravessadas por diferentes instituições a exemplo da instituição saúde, da instituição educação e da instituição família. Vejamos o que refere este participante:

> *"Outra coisa que me ocorre agora é o seguinte, um dos contextos da atenção básica é fortalecer os profissionais que vão atuar em área de risco e tudo, mas fortalecer o ímpeto pra trabalhar a questão da educação. Eu acho que nenhuma sociedade do mundo a violência vai ser derrubada em questão de poucos dias, ou meses, é uma questão de mentalidade, de educação, de saúde no seio da sociedade ao longo de gerações. Talvez seja um déficit de nós profissionais de saúde também, de atuar, de começar a atuar agora pensando daqui a décadas na nossa atuação, por exemplo, nas crianças que estão nas escolas entendeu, abordar essa questão quando a gente vá abordar e falar por exemplo seja nas escolas, seja a educação que a gente promove aqui dentro da clínica, a gente vai ensinar alguma coisa por exemplo de prevenção sexual, doença DST como AIDS, e a gente abordar a questão de promover valores éticos que germine né, sementes que germinem nas crianças no futuro, para não se associarem a drogas, não se associarem ao tráfico, pensarem mais no próximo, isso é questão de gerações, não é uma coisa de curto prazo, a violência durante muitos anos ainda vai influenciar e vai afetar nossa prática, vai afetar a prática da educação, ou seja, a gente tem que tentar promover isso de alguma forma. É difícil! Não estou dizendo que é uma coisa fácil." (Inácio)*

Nessa fala também foi possível observar que, durante os debates coletivos sobre a formação e as práticas dos profissionais de saúde, começaram a ocorrer mudanças na maneira como o participante percebeu a violência: não mais como um fenômeno local, mas como um fenômeno mais amplo, que envolve outras instituições e organizações.

Interessante observar como o processo de intervenção levou o participante a começar a pensar em estratégias relacionadas à prática profissional que possam, mesmo em longo prazo, melhorar a questão da violência e promover valores a uma população que muitas vezes já se

habituou à violência. Destaca-se a relevância desses debates que vêm evidenciar comportamentos instituintes capazes de conferir novas maneiras de realizar a prática social, ao alargar os horizontes da atuação dos profissionais de saúde para além das atividades preconizadas.

Refere Baremblit (2012, p. 32) que o "instituído é o efeito da atividade instituinte, os dois constituem o movimento histórico da sociedade, sendo o instituído os parâmetros de convivência e o instituinte o movimento de transformação permanente da sociedade".

Pudemos perceber, pela riqueza destes relatos, que os debates vieram trazer mudanças na maneira como os profissionais entendem a violência em seu cotidiano, refletindo sobre seu papel enquanto profissionais de saúde, sobre suas competências, sobre os riscos a que estão expostos e principalmente em estratégias que se configuram como ações instituintes naquele contexto.

Destacamos que os dispositivos utilizados durante a intervenção – como as questões colocadas em debates, a presença implicada do pesquisador e orientador e o convite à participação na pesquisa – abriram espaço para que todos abordassem os seus medos, as suas inseguranças e como são afetados técnica e psicologicamente nos cuidados que oferecem à população. Isso permitiu que pudessem falar livremente sobre a formação e a prática profissional que desenvolvem naquele contexto, revelando, entre outras questões, o distanciamento dos centros formadores com a realidade vivenciada por muitos trabalhadores da saúde.

Pode-se dizer que a análise das implicações e das sobreimplicações permitiram que os participantes reconhecessem a necessidade de ampliar as discussões sobre a formação e a violência urbana no cotidiano de sua prática. Ainda que sobreimplicados e com alguma dificuldade para debater sobre os problemas que os afetam, evidenciou-se que os participantes colocaram uma potente demanda aos centros formadores e a gestão dos serviços de saúde: que é necessário um olhar mais humanizado e contextualizado para a formação e para o processo de trabalho dos profissionais em territórios perigosos, além de outras medidas envolvendo a sociedade como um todo.

Finalmente, podemos dizer que a análise das implicações permitiu que fossem evidenciadas as dificuldades e potencialidades das práticas dos profissionais que atuam em territórios perigosos e que deverão ser motivo de debates e reflexões no meio acadêmico, nos cenários de prática, nos serviços e nos centros formadores.

5.2.3 A violência urbana e a emergência da ligação amistosa entre a equipe de profissionais de saúde

Durante os debates, após todos os participantes terem se colocado a respeito de como vivenciam a violência urbana durante sua formação e nas suas práticas cotidianas, o tema dos debates se abriu de maneira espontânea para o trabalho que desenvolviam como equipe naquela unidade.

Referem Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p. 125) a respeito das equipes de saúde que

> Independente do tipo de serviço, para ter resolutividade e eficácia terapêutica, as práticas em saúde precisam se articular ao universo emocional, simbólico e cultural dos sujeitos que remetem à construção de sentidos que lhes abram possibilidades de ação e responsabilização em relação a si mesmos, a sua rede social e aos seus problemas de saúde. Para isso consideram necessário promover processos de formação profissional que operem tanto na dimensão técnica quanto na dimensão da experiência relacional, que contemplem ferramentas conceituais e técnicas, mas que contemplem também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, assim como trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nessa relação.

As falas abaixo refletem uma equipe que se assemelha ao que referem os autores acima:

> *"A relação que você estabelece com seus colegas de trabalho é fundamental para tua saúde mental." (Inácio)*
>
> *"Assim que teve essa questão de separar, ficaram três equipes: a minha equipe, a do (outro profissional de saúde) e do (outro profissional de saúde). A gente ficou tão próximo que a gente não tinha nem sala, então a gente ficava o tempo todo juntos." (Pétala)*
>
> *"Entre a gente a gente não briga, não! Acho que esta história da violência até ajuda, na verdade! Como a (outra profissional de saúde) está falando: lá fora ela vai ver de um jeito, aqui dentro, quando a situação está ruim, a gente se sente apoiado." (Wood)*
>
> *"Eu não imagino como deve ser em uma clínica em que as pessoas não se dão bem. Porque aqui a gente tem muitos amigos que estão desde o início, então aqui você tem uma parceria no trabalho. Eu não consigo entender como que funciona em um lugar em que não tem parceria." (Wood)*
>
> *"Então, essa ideia do enfrentamento da violência, ela não tem outra via a não ser pela via solidária, comunitária e coletiva [...] resistir." (Analista externo)*

Ainda que, durante a formação, a teoria e prática abordem o trabalho em equipe, o que ocorre nesse cenário envolve muito mais que competências e habilidades para a prática na ESF. Podemos ter como pressuposto que o fato de que trabalhar em território violento permeado pelo conflito armado parece ter favorecido a ligação entre eles, fato que constitui-se como uma surpresa nesse estudo para o analista externo, mas não para os participantes.

Campos, Cunha e Fiqueiredo (2013, p. 129) explicam que os processos de formação não acontecem apenas nos centros formadores, mas também nos espaços em que os profissionais desenvolvem suas práticas ao vivenciarem experiências que conferem significados às suas vidas, ao adquirirem competências e habilidades que integrem o aprendizado formal ao aprendizado informal "constituindo-se em uma formação permanente *in loco*".

As falas abaixo refletem esta situação:

> *"Mas é isso, eu acho que tem uma perspectiva que as universidades, as escolas podem trazer pra que a gente tenha essa postura de se associar as outras pessoas que estão no território, sejam elas trabalhadores ou moradores, para construir essa forma de lidar com a violência, com essa violência armada, com essa violência policial principalmente. Mas sem dúvida não é a universidade que vai te dar a receita de bolo." (Pesquisador)*
>
> *"São coisas que a própria comunidade está ensinando ao profissional de saúde como lidar com a realidade." (Flor do Campo)*

Essas falas indicam novas maneiras de produzir o conhecimento e a formação, que não ocorre exclusivamente na Academia, mas também no interior das diversas instituições, sejam elas de pesquisa ou de serviços de saúde.

Nota-se nas falas dos participantes a importância de o coletivo criar uma identidade de grupo, fortalecendo suas relações no trabalho, o que parece ajudar no enfrentamento dos efeitos adversos dos conflitos armados na vida desses trabalhadores. E criar uma identidade de grupo nos faz lembrar do conceito de transversalidade trazido por Guattari, bastante utilizado na análise institucional.

Para Guattari (1987, p. 96),

> A transversalidade no grupo é uma dimensão contrária e complementar às estruturas geradoras de hierarquização piramidal e dos modos de transmissão esterilizadores de mensagens. A transversalidade vem se opor a uma verticalidade, como a observada nos organogramas de uma estrutura piramidal por exemplo (chefes, subchefes, etc.) e a uma horizontalidade, onde as pessoas ajeitam-se como podem na situação em que se encontram. Note-se que em nenhuma das duas existe uma comunicação verdadeira. Na transversalidade, pretende-se que seja efetuada uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos.

Guattari (1987), referindo-se à transversalidade nas instituições, considera que existem dois estados dos grupos. Os *grupos objeto* são os produzidos pelo instituído, podendo ser exemplificados como os trabalhadores de uma empresa nos moldes da empresa industrial taylorista, os doentes no hospital psiquiátrico. Nesses locais, as pessoas são determinadas pela posição ocupada na estrutura hierárquica da instituição. Já os *grupos sujeitos* são aqueles que permitem que a comunicação seja livre em todas as direções, permitindo aos membros de um grupo exercer sua transversalidade a partir de seus muitos pertencimentos, o que vem negar as posições instituídas.

Na transversalidade, pretende-se que seja efetuada uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. Destaca-se a importância de se estar inserido em um grupo sob a forma de ouvido-ouvinte, conseguindo, dessa forma, ter acesso ao além do grupo. O fato de compartilhar seus problemas, aceitando as observações dos outros, sendo de certa maneira desnudado pela fala do outro, permite que se crie uma nova lei para o grupo.

Guatari (1987, p. 96) complementa que a "transversalidade pode ser colocada em relevo em certos grupos que deliberadamente não tentam assumir o sentido de suas práxis e se instaurar como grupo sujeito".

Retomando aos participantes, pode-se dizer que se trata de um grupo heterogêneo, tanto no que tange às suas características de gênero, quanto às de profissão, se constituindo de homens e mulheres, médicos, dentistas e enfermeiros. Em muitos momentos, durante o processo de intervenção, os participantes divergiram de opiniões, não mantendo uma coerência absoluta no grupo. Mas, quando o tema aparece ligado à formação, à violência e às práticas na ESF, eles apresentam um discurso coeso e de muito apoio de uns aos outros.

Importante destacar que não foi percebida nesse grupo, em nenhum momento dos dois encontros, uma relação de poder hierarquizada ou até mesmo de diferenças entre categorias entre seus participantes. Para Guatari (1987), as diferentes relações de hierarquia podem reduzir o grau de transversalidade de um grupo, diminuindo, com isso, o alicerce para que o grupo mantenha seus desejos.

Nas falas abaixo, podemos inclusive perceber como o gerente da Clínica da Família (cenário do estudo) é tido como um elemento agregador e facilitador para a constituição desse grupo, mesmo mantendo-se em uma posição socialmente elevada hierarquicamente.

> *"Essa questão do bem-estar, que a gente tem aqui, parte muito dele (se referindo ao gerente). Acho que se não fosse não estaria ninguém aqui." (Morgana)*

> *"É provável que um gerente mais carrasco incitasse as pessoas a serem mais individualistas também, menos cooperativos, tentando salvar o seu pequeno espaço." (Inácio)*

Percebe-se que todos partem do mesmo lugar. O grupo usa sua autonomia para lançar-se contra os aspectos instituídos das instituições saúde e educação, fazendo um importante movimento de deslocamento para o instituinte, emergindo, assim, dess movimento, suas subjetividades. Para Guattari (1981), esse tipo de comportamento torna um grupo sujeito, ou pelo menos lhe confere vocação para ser.

Os diversos relatos dos participantes mostram o quanto seria difícil exercer suas atividades em um local de trabalho que não fosse permeado por essas boas relações, e que são

próprias da transversalidade, dos grupos sujeitos. Tal afirmativa é expressada na fala abaixo do participante:

> *"Quanto maior for a coesão que a gente tem com a equipe, vai mudar a nossa qualidade do trabalho, da parceria, se ver como parceiro, para se ajudar [...]. Imagina um ambiente desagregado, que vozes dissonantes acabassem cada um defendendo uma coisa diferente e brigassem entre si!?" (Inácio)*

A fala abaixo, do analista externo, corrobora a análise realizada sobre o comportamento de coesão do grupo, ampliando o conhecimento de todos ao colocar a proposta metodológica da intervenção, que, ao proporcionar debates coletivos sobre uma situação problema que venha do próprio grupo, é capaz de favorecer que as diferentes instituições ali presentes se manifestem, evidenciando a transversalidade do grupo. Refere que:

> *"[...] e isso é uma característica desejável na metodologia que a gente desenvolva essa coesão, essa constituição de grupo, vocês se constituem como um grupo. Conseguem traçar metas, traçar projetos de intervenção na realidade, se auto apoiarem também, então essa característica de ser um grupo possibilita colocar em prática o projeto de cada um de vocês; e o projeto aqui que está claro é coletivo, da Saúde coletiva." (Analista externo)*

Pode-se dizer que o analisador violência urbana fez emergir do coletivo uma nova maneira de se perceber como um grupo, que extrapola as competências e habilidades aprendidas durante a formação. Tratam-se de aspectos subjetivos, que permeiam essa prática profissional, revelando aspectos da formação não discutidos pelos centros formadores.

De acordo com o que foi aqui relatado, o que os participantes aprenderam durante a formação não os ajudou a desenvolver suas práticas naquele território permeado pela violência urbana. Foram as competências e habilidades que desenvolveram uns com os outros, com os usuários e com a comunidade que lhes conferiram um novo conhecimento, que foge aos espaços da Academia.

5.3 O segundo encontro: A restituição e as percepções do grupo sobre a análise parcial dos resultados.

A restituição na AI é um movimento em que o grupo se debruça em uma análise das suas primeiras reflexões realizadas a partir do primeiro encontro socioclínico institucional.

Para Monceau (2015), ao restituir para um grupo, o pesquisador permite uma "análise dentro da própria análise" possibilitando ao grupo percorrer suas questões principais e esmiuçá-las.

Esse segundo encontro, que na socioclínica institucional é chamado de restituição, foi realizado no cenário do estudo e teve a duração aproximada de uma hora e meia. Participaram desse encontro o pesquisador principal e sete participantes, estando entre eles um dentista, três enfermeiros e três médicos. Todos que participaram da restituição estavam presentes no primeiro encontro socioclínico institucional e contribuíram para os resultados deste estudo.

Nessa etapa foi apresentada novamente a metodologia da pesquisa aos participantes, e apresentados a eles os resultados parciais do estudo, obtidos no primeiro encontro. O diálogo da restituição foi conduzido por eixos, sendo discutidos sob a luz da violência urbana em sua manifestação armada, utilizando-se de alguns conceitos e características da socioclínica institucional. Os eixos permitiram colocar em debate os hiatos na formação dos profissionais de saúde, os conflitos armados e seus efeitos nas práticas desses profissionais e dos trabalhadores; o Acesso Mais Seguro como potente ferramenta no enfrentamento da violência urbana; a trivialização da violência pelos usuários do serviço de saúde; a falta de sensibilidade da gestão para as peculiaridades do território; a constituição de um grupo sujeito naquele espaço permeado pela violência urbana; e a subtração dos direitos dos pacientes para o atendimento da sua saúde. Foi colocado também em questão a construção do produto que emergiu no primeiro encontro com os participantes da pesquisa.

Apesar de trazer os temas acima para conhecimento dos participantes, o que mais apareceu nos debates nesse encontro foi a importância de desenvolverem boas relações no trabalho e a coesão de grupalidade. Podemos evidenciar na fala abaixo a importância das relações de trabalho que esse coletivo desenvolveu e que minimiza os efeitos que a violência causa nos trabalhadores.

> *"Mas o que pesa muito nas relações de trabalho é o que você tem com as outras pessoas. Isso pesa muito [...], várias vezes um colega nosso quis, o (nome do colega) cogitou sair, resistiu, chegou a fazer esse mesmo processo de sair, infeliz, insatisfeito com a violência aqui, passou um período fora, aí ficou insatisfeito com as relações de trabalho que ele tinha fora, voltou pra cá, tolerando essa questão da violência pelo peso que têm as relações de trabalho que ele estabeleceu aqui com os colegas. Isso tem muito valor, porque você trabalhar diariamente com pessoas com quem você tem uma relação de desagregação, pra pessoa, é pior às vezes, que a própria violência, do ambiente, da sociedade." (Inácio)*

A restituição neste estudo permitiu também reforçar os não ditos desvelados no primeiro encontro com o coletivo, não emergindo novas questões para análises além daquelas já discutidas anteriormente.

Nesse segundo encontro, as relações de grupo emergiram nos diálogos com maior intensidade, nos levando a pensar que, ao estabelecer esta identidade de grupo sujeito, esse coletivo se aproximou ainda mais, aumentou a transversalidade entre eles colocar novamente

em reflexão os mecanismos que desenvolvem para o enfrentamento dos efeitos da violência no território.

Como não participaram novos sujeitos nesta etapa, o grupo não sofreu ampliação, o que, para Monceau (2015), é possível, ao inserir novos sujeitos que não participaram dos encontros anteriores, mas que estejam implicados no trabalho e estejam interessadas em participar.

Pode-se dizer que, para esse grupo, o momento de restituição foi um momento em que puderam reafirmar o que já haviam debatido sobre a formação dos profissionais para atuar em espaços permeados pela violência urbana em sua manifestação do conflito armado.

6 AS MÍDIAS SOCIAIS E A AMPLIAÇÃO DO ACESSO MAIS SEGURO NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA URBANA: UMA PROPOSTA DE PRODUTO

6.1 Introdução/Contextualização

A natureza de ter impacto social que os mestrados profissionais trazem instituem que, a partir de uma problemática trazida dos serviços, os estudos realizados produzam um produto que possa servir de ferramenta para transformar a situação problema estudada. Para tanto, como resultado da pesquisa aqui relatada, apresentamos abaixo o produto construído coletivamente com os profissionais da Clínica da Família selecionada como cenário.

Trata-se de um produto apresentado como requisito parcial para o mestrado profissional de ensino na saúde na linha de pesquisa da formação em saúde.

Quando iniciei o mestrado profissional, tinha certeza da problemática que eu queria abordar. Estava implicado com a violência urbana. A implicação é um dos conceitos utilizados na análise institucional, metodologia desse estudo, e diz respeito às relações que estabelecemos com nosso objeto de estudo ou de intervenção, considerando os acontecimentos que atravessam o indivíduo (L'ABBATE, 2013).

A violência em sua manifestação de conflito armado é um grande analisador, outro relevante conceito utilizado na metodologia desta pesquisa. O analisador é um revelador de situações, o que "dispara" uma situação, que pode ser bastante útil na construção de ferramentas no cotidiano da gestão e da assistência (ABRAHÃO, 2013).

A violência urbana é um fenômeno social que ocorre na dinâmica de uma sociedade, manifestando-se de diversas formas (FIÚZA *et al*., 2011). Nesta pesquisa, o conflito armado deflagra em mim algumas inquietações ligadas às práticas profissionais e à formação em saúde, e por este motivo torna-se objeto de estudo.

A violência urbana atravessava a minha prática profissional, e por conta dela, pude refletir sobre alguns sentimentos que despertavam e estavam relacionados à instituição de trabalho. Os conflitos armados provocam sentimentos de angústia, ansiedade e medo nos trabalhadores, e se refletem de forma intensa no processo de trabalho das equipes de saúde, sob a perspectiva da Estratégia Saúde da Família, de forma que todos os trabalhadores presentes no cenário da pesquisa são afetados de alguma forma.

A Estratégia Saúde da Família, por estar inserida em território com maior vulnerabilidade, está mais exposta à violência (LANCMAN, 2009).

Essa problemática deflagrou em mim a vontade de fazer algo que pudesse minimizar de alguma forma o impacto que o conflito armado causava nas equipes de saúde e na população, ciente das minhas limitações frente à complexidade deste fenômeno.

O mestrado profissional possibilitou ampliar minhas reflexões acerca da violência urbana em sua manifestação do conflito armado, bem como pensar em um produto que se traduzisse em uma tecnologia aplicável e que, ao ser instituída no serviço, pudesse ser utilizada ao longo do tempo, podendo ser reavaliada no decorrer do trabalho e transformada por novas práticas e saberes. Eu pensava em algo que instrumentalizasse não só os trabalhadores, mas também a população, e que ajudasse esses atores no enfrentamento da violência urbana, que gerava grandes tensões entre a população e as equipes de saúde, como mostram as falas nos resultados desta pesquisa.

Porém, eu temia que um produto pronto, ou seja, construído para eles, mesmo que fizesse sentido para o serviço, poderia estar fadado ao desinteresse. Então percebi que não precisava construir algo para o serviço, pois já tínhamos uma potente ferramenta no enfrentamento dos conflitos armados, o Acesso Mais Seguro. A partir daí, comecei a pensar como essa ferramenta poderia ser melhor trabalhada pelo coletivo.

Por esse motivo, escolho propositalmente um dos objetivos desta pesquisa, que é relacionar coletivamente o impacto do Acesso Mais Seguro no enfrentamento dos conflitos armados. Para isso, utilizo uma potente metodologia, a análise institucional em sua vertente socioclínica institucional, que se mostrou eficiente para atingir os objetivos propostos pela pesquisa realizada e permitiu também refletir coletivamente sobre o Acesso Mais Seguro no enfrentamento da violência urbana.

A socioclínica institucional envolve atividades de análise de grupo e acompanhamento das práticas profissionais e atividades de pesquisa, levando em consideração, portanto, a dinâmica institucional (MONCEAU, 2013). É claro que eu sabia de antemão que, utilizando essa metodologia, o coletivo poderia decidir outras propostas para o trabalho de intervenção, que não necessariamente estariam ligadas ao Acesso Mais Seguro ou a questões da violência urbana. Mas, como pesquisador, eu estava implicado com essa temática e, talvez, até pudesse me perceber sobreimplicado.

Pesquisar sobre violência urbana em sua manifestação do conflito armado torna-se relevante pela possibilidade de revelar seus impactos nas práticas dos profissionais de saúde em unidade básica, como também fortalecer as discussões acerca do processo de formação desses profissionais de saúde em relação à temática. O estudo ainda permitiu uma melhor reflexão dos profissionais de saúde em relação a ferramenta Acesso Mais Seguro.

6.2 Relato do Produto

O Acesso Mais Seguro considera que os riscos inerentes ao conflito armado são reais e estão constantemente presentes no cotidiano das equipes. Nesse sentido, foi desenvolvido em conjunto com a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo como objetivo identificar e prevenir incidentes com as equipes de saúde nesses territórios permeados pelos conflitos armados (CICV, 2013).

Segundo essa ferramenta, o território é categorizado por cores que indicam a situação de acesso às áreas, classificando-as em verde, amarelo e vermelho. A cor verde indica risco baixo, isto é, território tranquilo, de possível circulação. A cor amarela se apresenta sob três possibilidades: alta probabilidade de que algo aconteça e baixa consequência para o trabalho e para a integridade física; média probabilidade de que algo aconteça e média consequência para o trabalho ou para a integridade física; e baixa probabilidade de que algo aconteça, porém com alta consequência para o trabalho ou integridade física. A cor vermelha representa risco alto, considerando uma alta probabilidade de algo acontecer com graves consequências (CICV, 2013).

Dentro da clínica, a mudança das cores indicará o momento oportuno em que os trabalhadores e usuários poderão sair em segurança. Fazem parte do Acesso Mais Seguro pelo menos um membro de cada equipe de saúde, sendo ele de qualquer categoria profissional. Estes se reúnem para classificar o território quando se faz necessário. Atualmente, os trabalhadores dispõem de um grupo no WhatsApp para que a informação seja rapidamente compartilhada entre todos os profissionais.

Um possível produto emergiu de uma intervenção nos moldes da socioclínica institucional, que ocorreu em uma Clínica da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro, no bairro de Santa Cruz. O encontro teve duração de cerca de duas horas, foi gravado e teve como participantes treze profissionais, sendo sete enfermeiros, dois dentistas e quatro médicos. Todos desenvolviam suas atividades em suas respectivas equipes e no mesmo território violento.

Os diálogos que ocorreram na intervenção revelaram também grande preocupação pelos participantes em relação às tensões que ocorriam entre os profissionais de saúde e a população, decorrente do fechamento da clínica pelos conflitos armados, levando então os usuários a perderem suas consultas agendadas. Foi pontuado também a distância de algumas

áreas da Clínica da Família, o que prejudicaria na comunicação da informação sobre a classificação do território.

No momento do encontro socioclínico, em que se refletia coletivamente sobre o Acesso Mais Seguro, foi apresentado aos participantes um produto até então pensado por mim, que era construir uma cartilha com o coletivo, de forma a instrumentalizar os profissionais que entrariam futuramente na clínica, os possíveis preceptores e alunos e a população, informando-os sobre o Acesso Mais Seguro. Porém, em meio ao diálogo, emerge do grupo outra possibilidade de veicular essa informação sobre o Acesso Mais Seguro, que seria utilizar a rede social com o objetivo de potencializar a ferramenta no que tange a abrangência da informação – pensando na informação para o usuário – da classificação do território.

Dessa forma, após cada classificação pelo grupo responsável pela avaliação do território, a classificação seria informada na rede social em tempo real. À vista disso, a utilização da rede social (Facebook) para informar o *status* do Acesso Mais Seguro teria o objetivo de levar a informação extra-muro, facilitando assim uma melhor comunicação com o usuário em relação à classificação do território. O objetivo seria, então, minimizar riscos levados pelos conflitos armados à integridade física do usuário, e, talvez, encurtar as tensões causadas entre usuários e trabalhadores de saúde pelo fechamento da clínica e, consequentemente, pela perda de consultas.

A ideia seria operacionalizada de forma que, após a classificação do território pela comissão do Acesso Mais Seguro, o *status* seria informado no Facebook da respectiva Clínica da Família, viabilizando e agilizando a informação pela internet, impedindo, assim, que os usuários e trabalhadores da clínica chegassem no local de atendimento e/ou trabalho em um possível momento de conflito armado, dificultando que o indivíduo se colocasse em risco. Essa ferramenta, a princípio, seria gerenciada por um trabalhador da unidade que possivelmente fizesse parte da comissão do Acesso Mais Seguro ou manuseasse a página da Clínica da Família em questão. Essa proposição do grupo participante do estudo foi levada ao conhecimento dos órgãos superiores para avaliação e aprovação, mas ainda aguardamos a resposta da gestão. O Produto foi reconhecido pelo grupo como um potencial para mitigar riscos e tensões. Alguns participantes, inclusive, reforçam o fato das tensões serem motivo de estresse entre usuários e trabalhadores, pelo fato do não conhecimento sobre a ferramenta Acesso Mais Seguro por grande parte da comunidade, entendendo que é coerente o compartilhamento da informação, fortalecendo, com isso, a participação social no cuidado.

Esse produto infelizmente fugiu do nosso controle e, no momento da restituição, segundo encontro socioclínico, foi revelado que o mesmo havia sido posto em prática, porém sem a anuência da gestão central e sem o consentimento da gerência local. Tal ato causou grande transtorno à gerência local e a solução foi a retirada imediata da informação da mídia utilizada. Como explicamos anteriormente, a implementação desse produto estava seguindo os trâmites burocráticos legais para ser avaliada pela gestão central e para sua validação. Nesse encontro não foram explicitados pelos participantes o(s) motivo(s) da reação da gestão central ao ser informado o *status* do Acesso Mais Seguro em rede. Essa situação, constrangedora para todos, e principalmente para a gestão local, levou o pesquisador a pensar em outras estratégias para o enfrentamento dos problemas levantados durante a pesquisa. Foi colocado em debate outras propostas, a fim de otimizar as informações do Acesso Mais Seguro no território, como reuniões ou a criação de instrumentos para informar a comunidade. A intenção foi fortalecer o grupo a manter sua força instituinte e a buscar a resolução dos seus problemas por outras vias, que emergiriam de novos encontros.

Pensou-se que a questão do sensacionalismo poderia estar ligada à primeira recusa.

6.3 Considerações finais acerca da proposta de produto

O Acesso Mais Seguro é reconhecido pelos participantes como uma ferramenta potente no enfrentamento aos episódios do conflito armado. A ferramenta deu mais autonomia para tomada de decisão das equipes, o que pode ser percebido pelas falas de seus membros. Por motivos alheios à nossa vontade, a ideia que emergiu dos diálogos do grupo, após ter sido aplicada sem o consentimento da gestão local e dos outros níveis da gestão, teve uma recusa inicial por parte destes.

Pensamos que esta ideia de publicitar a informação de um possível fechamento de uma Clínica da Família torna mais evidente as questões sociais que são existentes nesse território, além de fragilizar as questões de segurança pública, o que invoca reflexões sobre a importância da intersetorialidade na saúde e também sobre as instituições que atravessam o analisador violência na sua manifestação de conflito armado. Questões essas que fogem do alcance deste estudo, mas que entendemos que devem continuar a ser debatidas em diferentes espaços da sociedade.

Apoiado na constatação obtida dos resultados da pesquisa realizada, e pensando em atender a proposta do produto do mestrado profissional, o pesquisador entrega à gerência local uma proposta de um projeto integrado – Ensino, saúde, serviços e comunidade no

enfrentamento a violência em sua manifestação do conflito armado na Estratégia Saúde da Família (APÊNDICE III). Dessa forma, haverá mais oportunidades para debater a questão da violência em situação de conflito armado, a fim de compartilhar as reflexões das demandas que emergiram deste estudo e que envolvem a todos presentes no cenário da pesquisa. O pesquisador se coloca disponível para participar dos encontros e ajudar nas reflexões sobre as temáticas apresentadas. A proposta é que esses encontros ganhem amplitude e alcancem os demais níveis da gestão, aumentando os espaços de discussão com os usuários e fortalecendo, assim, uma maior participação social e uma construção coletiva para o enfrentamento da violência em sua faceta armada.

Vale ressaltar que esta não é a proposta da intervenção socioclínica institucional. O grupo participante, por meio de seus saberes, percebe suas fragilidades e encontra diante da transformação de suas práticas uma forma de gerenciar suas tensões. A análise institucional, nesta pesquisa, toca o que se coloca como instituído e esse grupo se apresenta como uma força instituinte. Esse movimento coloca o grupo em uma posição de reflexão, questionamento e transformação das suas práticas, possibilitando também um maior entendimento da complexidade que permeia o território em que está presente. Tendo em vista essas considerações, penso eu que, com esse movimento, esse grupo nunca mais será o mesmo, que cada indivíduo não será mais o mesmo, e que a própria intervenção socioclínica seria por si só o produto desta pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise institucional é um *motor* capaz de *startar* um coletivo a criar sua identidade como grupo e de provocá-lo a fazer um movimento para assumir uma posição de sujeito, para perceber, entender e enfrentar suas fragilidades, para transformar ou não a instituição em que está inserido por meio de sua própria transformação.

O território em que o cenário do estudo está inserido é permeado por constantes guerras entre traficantes e policiais. Torna-se, assim, a violência urbana, uma grande obstaculizadora das práticas das equipes de Saúde da Família que exercem suas atividades nesse território.

Em relação às atividades desenvolvidas nos territórios, as externas, como as visitas ao domicílio, são claramente as mais prejudicadas pelos conflitos armados, descaracterizando, assim, o processo do cuidado na ESF, ao fazer as equipes de saúde concentrarem suas atividades dentro da clínica. Além disso, gera um grande transtorno no reagendamento dessas visitas, que muitas vezes demoram a acontecer em consequência da grande quantidade de atividades exercidas por esses profissionais de saúde, o que afeta todo processo de cuidado as famílias como preconizado na ESF.

O fechamento da clínica com a interrupção dos atendimentos mostrou-se uma importante causa de tensões entre trabalhadores de saúde e usuários, tendo em vista que estes entendem que, ao fechar a clínica, seus direitos à saúde são restringidos. Essa realidade gera a descontinuidade da assistência à saúde prestada por esses profissionais, atravessando os princípios do SUS, além de desgastar a relação entre esses trabalhadores e usuários da saúde.

Ter suas atividades interrompidas faz a produtividade das equipes diminuir. Elas continuam sendo cobradas pela gestão por suas produções, esse “bombardeio” de cobranças gera estresse nas relações de trabalho, além de ter consequências para a saúde desses profissionais, que algumas vezes solicitam sua saída da clínica, o que afeta alguns norteadores da Estratégia Saúde da Família, como o vínculo e a continuidade da assistência.

O estudo também evidenciou as dificuldades para uma efetiva correlação entre teoria e prática. Essas dificuldades vêm sendo motivo de diferentes estudos, sempre que o assunto da formação é colocado em foco. É possível perceber as lacunas existentes entre o que se aprende nos centros formadores e o que se encontra nos serviços de saúde, revelando as dificuldades de aproximações entre as instituições saúde e os serviços. A diferença dos resultados obtidos neste estudo é que, se tratando de territórios em que existe o conflito armado, não é viável que eles se constituam como campo de prática.

Neste caso, não se pode dizer que há falta de integração entre teoria e prática, mas uma impossibilidade de realizar tal integração, considerando-se os riscos físicos e psicológicos a que estariam submetidos os profissionais de saúde em sua formação. Então cabe questionar: como preparar os futuros profissionais de saúde para atuarem em territórios perigosos nos quais estão inseridas as unidades da Estratégia Saúde da Família? Por certo não existe uma única resposta, mas a dúvida deve ser mantida para aprofundamento em futuros estudos. Os centros formadores deverão considerar as nuances desse tema, que devem ser abordadas transversalmente em diferentes momentos da formação. Dessa maneira, haverá mais oportunidades para debater a questão da violência em situação de conflito armado ao longo da formação clínica dos futuros profissionais de saúde, possibilitando-os atuar nesses locais de forma mais preparada tanto técnica quanto psicologicamente. Estratégias de aprendizagem deverão ser pensadas de maneira a incorporar os saberes empíricos e os cientificamente comprovados para ampliar o espectro desse conhecimento de maneira dinâmica.

Um segundo aspecto que emergiu das falas dos participantes foi a constatação de que a formação dos profissionais de saúde não pode ficar limitada aos espaços dos estabelecimentos de ensino. Ela deverá ser ampliada para os serviços de saúde, nos quais os profissionais de saúde que ali atuam, os usuários e a comunidade poderão discutir com docentes e discentes a problemática da violência nas unidades de saúde localizadas em territórios perigosos. Isso abrirá espaço para que a situação da violência em sua manifestação de conflito armado seja entendida como uma questão social e política, e não apenas como mais um conteúdo a ser transmitido na formação dos futuros profissionais de saúde.

É importante invocar reflexões acerca da responsabilidade da gestão na perspectiva da formação desses profissionais no serviço, tentando, assim, não só minimizar os hiatos encontrados na formação acadêmica, mas também compartilhar as responsabilidades referentes a formação profissional desses trabalhadores, já que esses profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

No entanto, já que o papel das instituições formadoras é de preparar o egresso para atender às demandas que emergem da sociedade, e considerando os aspectos atuais da violência em sua manifestação armada no Rio de Janeiro, torna-se extremamente necessária e prudente a abordagem da temática em questão nos centros formadores, encurtando os hiatos entre a teoria e a prática e, assim, aproximando, cada vez mais, o egresso das complexidades do dia a dia.

Em relação ao Acesso Mais Seguro, este foi percebido pelos participantes da pesquisa como um dispositivo potente para o enfrentamento da violência armada no território. Além

disso, o Acesso Mais Seguro conferiu autonomia para as equipes optarem pelo fechamento da unidade nos momento dos conflitos, impedindo, dessa forma, que essa decisão fosse tomada por um ator que não estivesse vivenciando os incidentes.

Embora essa ferramenta contribua para a tensão entre trabalhadores de saúde e usuários – pelas interrupções dos atendimentos em consequência da violência –, os registros dessas ocorrências justificam o não alcance de algumas metas estabelecidas pelo serviço, o que é visto como um aspecto positivo pelos participantes, pois lhes confere um respaldo técnico, ainda que não bem compreendido pela gestão.

Os profissionais que fizeram parte do estudo reconhecem que o fato de muitos usuários na comunidade não conhecerem o Acesso Mais Seguro acentua os desgastes entre trabalhadores e usuários de saúde, o que nos leva a acreditar na importância do produto que emergiu no encontro socioclínico neste estudo. Aguardamos, assim, um posicionamento da gestão sobre aplicabilidade do mesmo, talvez de uma maneira que atenda às necessidades da comunidade, dos profissionais e da gestão dos serviços de saúde. O problema com relação à violência urbana foi explicitado não apenas na ESF, mas também nos órgãos superiores, revelando os não ditos, o que se tenta esconder e o que envolve os aspectos políticos e sociais que atravessam a instituição saúde e a sociedade como um todo.

O Acesso Mais Seguro deve ser visto como muito mais que uma ferramenta protetiva. O mesmo tem importância social significativa, pois seu uso responsável mostra à comunidade que os conflitos armados não podem ser encarados como naturais, como parte de determinado território. Essa ferramenta abre reflexões sobre a importância da intervenção intersetorial em relação à violência e aponta falhas nos serviços de segurança e a fragilidade do Estado.

Como limite metodológico, destaco o tempo do mestrado profissional, o que, por sua vez, influencia na quantidade dos encontros socioclínicos, dificultando, assim, o acompanhamento do grupo pelos analistas e suas transformações com o desenvolver da intervenção.

Como aspectos positivos, a análise institucional se mostrou um potente referencial teórico metodológico capaz de atingir os objetivos elencados nesta pesquisa, revelando importantes aspectos a serem refletidos com uma maior profundidade. A análise institucional permitiu ainda que o grupo participante realizasse um importante movimento instituinte e a se reconhecer como um grupo sujeito.

Destaca o estudo que a violência em sua manifestação de conflito armado é um potente analisador, que, por sua vez desnuda, questões institucionais, como a falta de apoio da gestão

central em algumas ocasiões, a subtração de direitos de pacientes no SUS e um movimento de coesão entre os profissionais.

Diante dos resultados que se abrem para novas demandas de pesquisas, deixamos nossa satisfação na realização deste estudo, que muito contribui para ampliar meu conhecimento e favorecer meu crescimento pessoal e profissional. Destaco que, ao finalizar este estudo no mestrado profissional, a própria análise institucional das práticas profissionais constitui-se em um produto, por sua potência de análise e de transformação social.

8 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. In.: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZATTO, Luciane Maria (Org). Análise Institucional e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

ABROMOVAY, Miriam *et al*. Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de; BARROS, Claudia Renata dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. São Paulo, v.47, n.3, p.537, 2013.

BARAGATTI, Daniella Yamada; AUDI, Celene Aparecida Ferrari; MELO, Márcio Cristiano de; Abordagem sobre a disciplina violência em um curso de graduação em enfermagem. RevEnferm, UFSM. v.4, n. 2, Abr/Jun. 2014.

BARBIER, R. Pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

BENÍCIO, Luís Fernando de Souza. BARROS, João Paulo Pereira. Estratégia saúde da família e violência urbana: Abordagens e práticas sociais em questão. Sanare, Sobral - V.16 Suplemento n.01, p.102-112, 2017.

BORDIGNOL, Maiara; MONTEIRO, Maria Inês. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. RevBrasEnferm [Internet].;v.69n.set-out.2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Brasil, 2001a. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Brasil, 2001b. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº 583, de 4 de abril de 2001. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília: Brasil, 2001c. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº 1133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 02 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 02 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde)

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W.S. Paideia support as a methodology for healthcareeducation processes. Interface (Botucatu). 2014.

CARDOSO, Francisca L. M. Gadelha; CECCHETTO, Fátima Regina; CORRÊA, Juliana Silva; SOUZA, Tiago Oliveira. Homicídios no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise da violência letal. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, p. 1277-1288. 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER , Laura, C. M . O Quadrilátero da Formação para a Área daSaúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V.14, N.1, p.41-65. 2004.

CICV. Comitê Internacional da Cruz Vermelha . Descubra CICV. 2013. Disponível em: <https://www.icrc.org/por/assets/files/other/icrc_007_0790.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

DAHLBERG, Linda L., KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, V 11. P. : 1163-1178. 2007.

DERMAZO, Marcelo Marcos Piva Demarzo *et al*. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. Revista Brasileira de educação médica, v. 36, n. 1, p. 143-148, 2012.

DIAS, M. A. E; CUNHA, F. T. S; AMORIM, W. M. Estratégias gerenciais na implantação do Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm, set-out, v. 58, n. 5, p. 513-8; 2005.

FIÚZA, Tatiana Monteiro, *et al*. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia saúde da família : conflitos de um grande centro urbano brasileiro. Revista Brasileira de medicina família comunidade. Florianópolis, v.6, n.18, p. 32-39, 2011.

FRANCO, S. Efeitos do conflito armado sobre a vida e a saúde na Colômbia. Ciência & Saúde Coletiva, V.11(Sup). 2007.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de pesquisa social. 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVEZ, Hérica Cristina Batista; QUEIROZ, Marcello Roriz de, DELGADO, Pedro Gabriel GodinhoViolência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? Fractal: Revista de Psicologia, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan.-abr. 2017.

GUATTARI, F. Revolução Molecular: Pulsações políticas do desejo. 3 edição –Brasiliense, Porto Alegre. 1985.

INSTITUTO RIO. Sobre a zona Oeste. Disponível em: <http://www.institutorio.org.br/sobre_a_zona_oeste>. Acesso em 02 de abril de 2016.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Mnemosine. Vol 8, nº1 p. 194-219 (2012). Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247/pdf_232>. Acesso em 05 de novembro de 2015.

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas/São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: ALTOÉ, S (Org.). *René Lourau no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2004.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. 55. 2003.

L'ABBATE, Solange. Análise institucional e residência médica em medicina preventiva e social em Campinas (SP): a relevância da implicação na prática do residente. In. :

L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZATTO, Luciane Maria (Org). Análise Institucional e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANCMAN, Selma *et al*. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública v.43. n.4. p. 682-688. 2009.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

LORENA, Allan Gomes de *et al*. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?.Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.369-380, 2016.

LOURAU, R. Análise institucional e Práticas de Pesquisa.Rio de Janeiro:UERJ,1993.

LOURAU, R. Objeto e Método da Análise Institucional: um novo espírito científico In: ALTOÉ, S. (Org.).Analista institucional em tempo integral. São Paulo.Hucitec p.199-211. 2004.

MACHADO, C.B.; DAHER, D. V. Violence in the area and its repercussions upon health care actions: descriptive-exploratory study. Online braz j nurs [Internet]. 2013. Oct; 12 Suppl: 674-

76. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4540>. Acesso em 27 de março de 2016.

MACHADO, C.B.; DAHER, D. V. Violênciaurbana: Repercussões e consequênciasnaassistência à saúdeemumaunidade de saúde da família. CiencCuidSaude. Rio de Janeiro. v.14,n4, Out/Dez.2015.

MACHADO, C.B. *et al*. Violênciaurbana e repercussãonaspráticas de cuidado no território da saúde da família. Revenferm UERJ, Rio de Janeiro.v.24, n.5, 2016.

MARINO, Leila M. M. Rangel; NOGUEIRA, Maria Angélica; FERREIRA, Caroline Dias. Investimento em Atenção Primária: uma revolução da saúde na Área Programática 5.3. Revista Saúde em Foco, SMSRIO, v. 1, n. 2, jul./dez. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, p. 621-626. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Violência e saúde. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MONCEAU G. Como as instituições permeiam as práticas profissionais: socioclinica institucional e formação de professores. In:PIMENTA, S.G.; FRANCO, M.A.S. (Orgs). Pesquisa em Educação: Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa ação. Editora Loyola: São Paulo, 2008.

MONCEAU, Gilles. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. In.: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. Análise Institucional & Saúde Coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONCEAU, Gilles.Técnicassocioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 197-217, abr. 2015. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/8752/8861. Acesso em:nov.2016.

MORENO, Luciana Contrera; MORENO, Maria Inês Contrera. Violência no trabalho em Enfermagem: um novo risco ocupacional. RevBrasEnferm, Brasília (DF). nov/dez;v .v.57.n.6, p.746-749. 2004.

MOURÃO, Lúcia Cardoso; MARTINS, Rita de Cássia Bertolo;VIEIRA, Carla Maria; ROSSIN, Elizabeth;L'ABBATE, Solange. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. Educ. Soc., Campinas, jan./abr, vol. 28, n. 98, p. 181-210, 2007.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina Pereira. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. RevBrasEnferm. v. 66(esp), p. 158-64, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em 25 de março de 2016.

PERES, Maria Fernanda Tourinho ; RUOTTI, Caren .Violência urbana e saúde. Revista USP. São Paulo, n. 107. p. 65-78. 2015.

PEZZATO, Luciane M.; L'ABBATE Solange. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde Bucal Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v, 21. n, 4 . 2011.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lucia HisakoTakase; ALVAREZ, AngelaMaria.Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia saúde da família .Texto Contexto Enferm, Out-Dez; Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 935-42. 2013.

RIO DE JANEIRO. Caderno de acesso: guia de informações da área programática 5.3. 2015. Disponível em: <http://oticssantacruz.blogspot.com.br/p/saude-da-familia-em-numeros-por-ap.html>. Acesso em 12 de maio de 2015.

RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2013a. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. Para construir um acesso mais seguro. Rio de Janeiro: CICV, 2013b.

RODRIGUES, W. O; MOURÃO, L. C; ALMEIDA, A. C. V. Os limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação do profissional de saúde. 2015. 118f. Produto de dissertação (Mestrado Profissionalem Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 1, p. 44-52. 2014.

ROSA, R. *et al*. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.81-90, jan./mar. 2010.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Revista EPOS, Rio de Janeiro, v. , n 1, p. 156-181, jan-jun, 2014.

RUOTTI, Caren; MASSA, Viviane Coutinho; PERES, Maria Fernanda Tourinho. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.377-89, abr./jun. 2011.

SANTOS, Milena da Silva; SILVA, Juliana Guimarães e; BRANCO, July Grassiely de Oliveira. O enfrentamento à violência no âmbito O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde.RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza, 30(2): 229-238, abr./jun., 2017.

SAVOYE, A. Análise Institucional e pesquisas históricas: estado atual e novas perspectivas. Mnemosine Vol.3, nº2, p. 181-193 (2007) – Artigos Parte Especial Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia.

SILVA, Luiz Antonio Machado da. Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano.Sociedade e Estado. Brasília. v. 19, n. 1, p. 53-84. 2004.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA Maria Luiza Carvalho. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.11, suppl., p.1211-1222. 2006.

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Painel de Acompanhamento de Indicadores da SUBPAV - 2008 a 2017. Disponível em: <https://subpav.org/painel/indicadores/2008_2017/Painel_SUBPAV_2008_2017.php>. Acesso em 01 de junho de2018.

SZWARCWALD, Célia Landmann. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15. n. 1.p.15-28. 1999.

TREVISAN, Donizete Danilo *et al*. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional.CiencCuidSaude. Abr/Jun; v.12, n. 2, p. 331-337; 2013.

VELLOSO, Isabela SilvaCâncio; ARAÚJO, Meiriele Tavares; ROCHA, Adelaide de Mattia; ALVES, Marília. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. REME – Rev. Min. Enf. Out/Dez. v.9, n. 4, p. 302-308, 2005.

WAISELFISZ, JulioJacobo. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria de Polítcas de Promoção da Igualdade Racial . Mapa da Violência 2015: Mortes matadas por armas de Fogo. Brasília, 2015. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>. Acesso em 29 de março de 2016.

APÊNDICE I

Instrumento de coleta de dados

- **Dados de organização**

1. Data
2. Local da entrevista

- **Dados de identificação**

1. Nome fictício
2. Data de nascimento
3. Idade

- **Formação**

1. Profissão
2. Ano de formação
3. Pós-graduação

Roteiro da entrevista

1 Gostaria que me contasse como a situação da violência (armada, tráfico de drogas ilícitas) foi abordada na sua formação profissional.

2 A partir do que me relatou, poderiam me contar como organizam o trabalho diário na unidade?

3 Como é trabalhar em um local com episódios de violência armada?

4 Qual o modo de pensar de vocês a respeito do Acesso Mais Seguro em locais em que predomina o conflito armado?

5 Como pensa exercer as ações de formação em saúde preconizadas pelo SUS nesta unidade?

APÊNDICE II: NOTA PRÉVIA

A formação de profissionais de saúde e a violência no âmbito do território da unidade de saúde da família: uma análise das práticas profissionais

The training of health professionals and violence within the territory of the family health unit: an analysis of professional practices

La formación de profesionales de lasalud y laviolenciaenel marco delterritorio de launidad de salud familiar: análisis de lasprácticasprofesionales

Raphael Sampaio dos Santos[1*], Lucia Cardoso Mourão[2], Ana Clementina Vieira de Almeida[3], Lutianni Dias Brazolino[1], Isabel Cristina de Moura Leite[1]

Como citar esse artigo. dos Santos, RS; Mourão, LC; de Almeida, ACV; Brazolino, LD; Leite, ICM. A formação de profissionais de saúde e a violência no âmbito do território da unidade de saúde da família: uma análise das práticas profissionais. Revista Pró-UniverSUS. 2017 Jul./ Dez.; 08 (2): 145-147.

Resumo

Observa-se um processo de transformação nas políticas de saúde no Brasil, que busca novas formas de produzir o cuidado, destacando-se a reorientação das ações na atenção básica com a implementação e o crescimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com esta ampliação, algumas unidades de atenção básica foram constituídas em territórios com alto grau de vulnerabilidade social e expostas à violência urbana (conflito armado), interferindo na prática dos profissionais de saúde. Tem como objetivos descrever o processo de trabalho dos profissionais de saúde em uma unidade da ESF localizada em área de violência urbana; relacionar coletivamente a capacitação profissional adquirida e a competência atribuída para a prática dos profissionais de saúde alocados em área de risco social; elencar as lacunas existentes no processo formativo considerando a atual situação vivenciada pelos profissionais de saúde que desenvolvem suas práticas em áreas de violência social, visando analisar coletivamente as nuances do processo de formação em saúde em áreas de violência urbana. O estudo é qualitativo e utiliza como metodologia a Análise institucional em sua vertente da socioclínica institucional. Espera-se com o estudo contribuir para ampliação da percepção destes profissionais sobre sua atuação em territórios de conflitos armados, já que existem poucos estudos atuais que abordem tal temática.

Palavras-chave: Análise Institucional; Violência; Formação em Saúde;Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

It is observed a process of transformation in the health policies in Brazil, which seeks new ways of producing care, highlighting the reorientation of actions in basic care with the implementation and growth of the Family Health Strategy (FHS). With this expansion, some basic care units were set up in territories with a high degree of social vulnerability and exposed to urban violence (armed conflict), interfering with the practice of health professionals. The objectives are describing the work process of health professionals in a FHS unit located in the area of urban violence; collectively relate the professional qualification acquired and the competence attributed to the practice of health professionals allocated in the area of social risk; to specify the existing gaps in the training process considering the current situation experienced by health professionals who develop their practices in areas of social violence, aiming to analyze collectively the nuances of the process of health training in urban violence areas. The study is qualitative and uses as methodology the institutional analysis in its institutional socioclinic aspect. It is hoped that the study will contribute to an increase in the perception of these professionals about their work in territories of armed conflicts, since there are few current studies that address such issue.

Keywords: Institutional Analysis; Violence; Family health strategy; Health training.

Resumen

Se observa un proceso de transformación en las políticas de salud en Brasil, que busca nuevas formas de producir el cuidado, se destacando la reorientación de las acciones en la atención básica con la implementación y el crecimiento de la Estrategia de Salud de Familia (ESF). Con esta ampliación, algunas unidades de atención básica fueron situadas en territorios de alto grado de vulnerabilidad social y expuestas a violencia urbana (conflicto armado) interfiriendo en la práctica de los profesionales de la salud. Tiene como objetivo describir el proceso de trabajo de los profesionales de la salud en una unidad de la ESF localizada en una área de violencia urbana; relacionar colectivamente la capacitación profesional adquirida y la competencia atribuida para la práctica de los profesionales de la salud designados en áreas de riesgo social; enumerar las lagunas existentes en el proceso de formación considerando la actual situación vivida por los profesionales de la salud que desenvuelven sus prácticas en áreas de violencia social, en busca de analizar colectivamente los diferentes matices del proceso de formación en salud en áreas de violencia urbana. El estudio es cualitativo y utiliza como metodología el análisis institucional en su vertiente de la socio-clínica institucional. Se espera que con el estudio se contribuya para ampliar la percepción de esos profesionales sobre su actuación en territorios de conflictos armados ya que actualmente existen pocos estudios que abordan dicha temática.

Palabras clave: Análisis Institucional; violencia;formación en salud; Estrategia de Salud de Familia.

Afiliação dos autores: 1. Mestrando EEAC, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
2. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
3. Professora Convidada do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, EEAC, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

* enfe.raphael@gmail.com

Recebido em: 23/07/17; Aceito em:25/11/17.

Introdução

Observa-se um processo de transformação nas políticas de saúde no Brasil, que busca novas formas de produzir o cuidado, destacando-se a reorientação das ações na atenção básica com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta tem como objetivo a mudança de um modelo assistencial biologicista e hospitalocêntrico, para um modelo centrado no cuidado à família e no contexto em que ela está inserida[1]. Tal estratégia vem crescendo no município do Rio de Janeiro, com uma cobertura que passou de 3,5% de janeiro de 2009 para 47,9% até março de 2015, por meio da ampliação do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e implantação de Clínicas da Família. Com esta ampliação, algumas unidades de atenção básica foram constituídas em territórios com alto grau de vulnerabilidade social e expostas à violência urbana.

Em tempos atuais, a violência é considerada por alguns estudiosos um fenômeno complexo, dinâmico e biopsicossocial que manifesta-se na dinâmica da sociedade, atingindo as periferias das grandes cidades e limitando o trabalho nas unidades com estratégia de saúde da família ESF[2].

No cenário deste estudo, os frequentes conflitos entre o tráfico e a polícia vem gerando a descontinuidade no tratamento das famílias, a dificuldade de efetuar a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde, sentimentos de medo e insegurança dos profissionais de saúde dentre outros. Isto é assinalado por Machado e Daher[3], quando referem que a continuidade do cuidado às famílias, tornam-se um desafio em territórios que são acometidos frequentemente pela violência.

De acordo com as premissas do Sistema Único de Saúde, nessas unidades de saúde são realizadas processos educativos formativos destinados tantos aos profissionais que nela exercem suas atividades quanto para os novos profissionais. Neste sentido, torna-se importante refletir sobre a formação dos profissionais de saúde para atender as novas demandas da sociedade, com o propósito de que a produção do cuidado em saúde se aproxime do contexto em que profissionais de saúde e usuários estejam inseridos, facilitando uma tomada de decisão articulada com as necessidades do cotidiano.

Os objetivos desseestudo são: descrever o processo de trabalho dos profissionais de saúde em umaunidade da ESF localizada em área de violência urbana; relacionar coletivamente acapacitação profissional adquirida e a competência atribuída para a prática dosprofissionais de saúde alocados em área de risco social; elencar as lacunas existentes noprocesso formativo considerando a atual situação vivenciada pelos profissionais de saúdeque desenvolvem suas práticas em áreas de violência social, visando analisarcoletivamente as nuances do processo de formação em saúde em áreas de violênciaurbana.

Como referencial teórico metodológico escolheu-se a Análise Institucional em suavertente socioclínica institucional, pela possibilidade deste referencial promover umprocesso reflexivo no conjunto de trabalhadores da ESF, estimulando a construçãocoletiva de uma nova maneira de abordar a formação profissional em saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizadoem uma clínica da família localizada na periferia da cidade do Rio de Janeiro. Osparticipantes serão profissionais de saúde desta unidade que se disponibilizarem aparticipar. Os dados serão coletados em encontros com os referidos sujeitos através deintervenção com abordagem socioclínica institucional. Segundo Monceau[4], estemétodo propõe atividades de análise de grupo, acompanhamentodaspráticasprofissionaiseatividades de pesquisa, levando em consideração a dinâmica institucionalem análises localizadas. Também será utilizada a entrevista semiestruturada e a escritade um diário de campo para análise das implicações do pesquisador e anotações relativasa fatos relacionados a formação dos profissionais de saúde e a violência urbana. Paraauxiliar na coleta de dados será utilizado nas entrevistas e nos encontros socioclínicosum roteiro de questões. As entrevistas e encontros serão gravados. Ressalta-se que serãoobedecidas as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo sereshumanos, conforme Resolução CNS nº466/2012. Espera-se com o estudo contribuir paraampliação da percepção destes profissionais sobre sua atuação em território violento econstruir coletivamente estratégias profissionais que superem as lacunas existentes noprocesso formativo em saúde.

Resultados esperados

Espera-se com o estudo contribuir para ampliação da percepção destes profissionais sobre sua atuação em territórios de conflitos armados, já que existem poucos estudos atuais que abordem tal temática.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica.

Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série Legislação em Saúde)

2. Polaro SHI, Gonçalves LT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm, 2013;4(22):2013.

3. Machado CB, Daher DV. Violence in the area and its repercussions upon health care actions: descriptive-exploratory study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Oct; 12:674-76. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4540>. Acesso em 27 de março de 2016.

4. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. In.:L'Abbate S, Mourão LM, Pezzato LM. Análise Institucional & Saúde Coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Revista Pró-universSUS. 2017 Jul../Dez.; 08 (1): 145-147.

APÊNDICE III: PROPOSTA DE ROTEIRO

PROJETO INTEGRADO ENSINO, SERVIÇOS E COMUNIDADE NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA EM SUA MANIFESTAÇÃO DO CONFLITO ARMADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O impacto social que os mestrados profissionais preconizam se institui desde a construção até a implementação de um produto que possa servir de ferramenta para transformar a situação problema trazida dos serviços. Para tanto, como resultado da pesquisa aqui relatada, apresentamos a seguir o produto construído coletivamente com os profissionais da Clínica da Família selecionada como cenário. Trata-se de um produto apresentado como requisito parcial para o mestrado profissional de ensino na saúde na linha de pesquisa da formação em saúde.

Quando iniciei o mestrado profissional, tinha certeza da problemática que eu queria abordar. Estava implicado com a violência urbana. A implicação é um dos conceitos utilizados na análise institucional, metodologia deste estudo, e diz respeito às relações que estabelecemos com nosso objeto de estudo ou de intervenção, considerando os acontecimentos que atravessam o indivíduo (L'ABBATE, 2013).

A violência em sua manifestação de conflito armado é um grande analisador, outro relevante conceito utilizado na metodologia desta pesquisa. O analisador é um revelador de situações, o que "dispara" uma situação, que pode ser bastante útil na construção de ferramentas no cotidiano da gestão e da assistência (ABRAHÃO, 2013).

A violência urbana é um fenômeno social que ocorre na dinâmica de uma sociedade manifestando-se de diversas formas (FIÚZA *et al*., 2011). Nesta pesquisa, o conflito armado deflagra em mim algumas inquietações ligadas às práticas profissionais e à formação em saúde e por este motivo torna-se objeto de estudo.

A violência urbana atravessava a minha prática profissional, e por conta dela, pude refletir sobre alguns sentimentos que foram despertados em mim e estavam relacionados à instituição de trabalho. Os conflitos armados provocam angústia, ansiedade e medo nos trabalhadores, e se refletem ainda, de forma intensa, no processo de trabalho das equipes de saúde sob a perspectiva da Estratégia Saúde da Família, de forma que todos os trabalhadores presentes no cenário da pesquisa são afetados de alguma maneira.

A Estratégia Saúde da Família inserida em território com maior vulnerabilidade está mais exposta à violência (LANCMAN, 2009).

A problemática mencionada deflagrou em mim a vontade de fazer algo que pudesse minimizar de alguma forma o impacto que o conflito armado causava nas equipes de saúde e na população, mesmo ciente das minhas limitações frente à complexidade do fenômeno.

O mestrado profissional possibilitou ampliar minhas reflexões acerca da violência urbana em sua manifestação do conflito armado, bem como pensar em um produto que se traduzisse em uma tecnologia aplicável, que, ao ser instituída no serviço, pudesse ser utilizada ao longo do tempo, podendo ser reavaliada no decorrer do trabalho e transformada por novas práticas e saberes. Eu pensava em algo que instrumentalizasse não só os trabalhadores, mas também a população, e que ajudasse esses atores no enfrentamento da violência urbana, minimizando as tensões entre a população e as equipes de saúde, como mostram as falas nos resultados desta pesquisa.

Para isto, utilizo uma potente metodologia, a análise institucional em sua vertente socioclínica institucional, que se mostrou eficiente para atingir os objetivos propostos pela pesquisa realizada, além de permitir a reflexão coletiva sobre o Acesso Mais Seguro no enfrentamento da violência urbana. A socioclínica institucional envolve atividades de análise de grupo, acompanhamento das práticas profissionais e atividades de pesquisa, levando em consideração, portanto, a dinâmica institucional (MONCEAU, 2013).

Pesquisar sobre violência urbana em sua manifestação do conflito armado torna-se relevante pela possibilidade de revelar seus impactos nas práticas dos profissionais de saúde em unidade básica, como também de fortalecer as discussões acerca do processo de formação e da prática dos trabalhadores em saúde em relação à temática. Passado o momento da pesquisa e de posse dos resultados, percebeu-se que a gravidade da situação exposta nos diferentes depoimentos não poderia ficar sem respostas.

Pensamos em desenvolver um projeto educativo que tivesse continuidade no tempo, e que teria como temas para debates as questões trazidas pelos trabalhadores da saúde decorrentes da sua formação, e principalmente, aqueles que afetavam sua prática na ESF. Temas estes que devem também emergir dos anseios dos usuários e da comunidade, no sentido de garantir um acesso seguro à unidade de saúde para o tratamento de seus problemas de saúde, ou mesmo na prevenção destes para os indivíduos e as famílias.

2 CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO

O projeto será realizado em uma Clínica da Família localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

A Clínica da Família que se pretende utilizar como cenário inicial deste projeto funciona de segunda à sexta, das sete às dezoito horas. Constitui-se de sete equipes de Saúde da Família, sendo todas compostas À época do estudo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco agentes de saúde. Cada equipe de saúde acompanha em média de 3.000 a 4.000 usuários. O número total de usuários cadastrados na Clínica da Família é de aproximadamente 19.987 (dezenove mil novecentos e oitenta e sete). A oferta de serviços ocorre por meio de agendamentos e livre demanda, e a clínica possui atividades externas que compreendem ações educativas para promoção da saúde, atendimento em escolas e domicílios e de vacinação. As atividades internas incluem imunização, curativos, administração e liberação de medicamentos, orientações em grupo e ações médicas, de enfermagem e odontológicas voltadas para os diferentes ciclos de vida e diferentes vulnerabilidades que os usuários venham apresentar.

Destaca-se que a área escolhida para implantação do projeto é menos desenvolvida econômica e socialmente e possui altos índices de violência urbana (MARINO; NOGUEIRA; FERREIRA, 2016). Tais características podem ser justificadas pelo fato de que, nos anos 1970, houve um processo de remoção de moradores de favelas da Zona Sul para os chamados conjuntos habitacionais ou abrigos provisórios nessa área. O descaso político e social, agravado pela ocupação desordenada, favoreceu nesse território peculiaridades como desemprego, baixa qualidade de políticas de educação e saúde e a presença do crime organizado, colocando, assim, alguns grupos populacionais em risco social (DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005). Pode-se inferir com isso que é nesse contexto permeado por essas condições sociais desfavoráveis que a violência se fortalece como marcante neste território.

3 DIAGNÓSTICO SOBRE A NECESSIDADE DA IMPLANTAÇÃO DESTE PROJETO

O território em que o cenário do estudo está inserido é permeado por constantes guerras entre traficantes e policiais. Torna-se, assim, a violência urbana uma grande

obstaculizadora das práticas das equipes de Saúde da Família que exercem suas atividades nesse território.

Em relação às atividades desenvolvidas nos territórios, as atividades externas, como as visitas ao domicílio, são claramente as mais prejudicadas pelos conflitos armados, descaracterizando, assim, o processo do cuidado na ESF ao fazer as equipes de saúde concentrarem suas atividades dentro da clínica. Além disso, gera um grande transtorno no reagendamento dessas visitas, que muitas vezes demoram a acontecer em consequência da grande quantidade de atividades exercidas por esses profissionais de saúde, o que afeta todo processo de cuidado as famílias como preconizado na ESF.

O fechamento da clínica com a interrupção dos atendimentos mostrou-se uma importante causa de tensões entre trabalhadores de saúde e usuários, tendo em vista que estes entendem que, ao fechar a clínica, seus direitos à saúde são restringidos. Essa realidade gera a descontinuidade da assistência a saúde prestada pelos profissionais, atravessando os princípios do SUS, além de desgastar a relação entre esses trabalhadores, usuários da saúde e gestão.

Tal situação gera estresse nas relações de trabalho, mas também tem consequências para a saúde destes profissionais, que às vezes solicitam sua saída da clínica, o que afeta alguns norteadores da Estratégia Saúde da Família, como o vínculo e a continuidade da assistência.

O estudo realizado com os profissionais de saúde que atuam na ESF também evidenciou as dificuldades para uma efetiva correlação entre teoria e prática. Essas dificuldades vêm sendo motivo de diferentes estudos, sempre que o assunto formação é colocado em foco. Em todas elas percebem-se as lacunas existentes entre o que se aprende nos centros formadores e o que se encontra nos serviços de saúde, revelando as dificuldades de aproximações entre as instituições saúde e os serviços. A diferença dos resultados obtidos neste estudo é que, se tratando de territórios nos quais existe o conflito armado, não é viável que eles se constituam como campo de prática.

Neste caso, não se pode dizer que há falta de integração entre teoria e prática, mas uma dificuldade de realizar essa integração, considerando-se os riscos físicos e psicológicos a que estariam submetidos os profissionais de saúde em sua formação. Então cabe questionar: como preparar os futuros profissionais de saúde para atuar em territórios perigosos nos quais estão inseridas as unidades da Estratégia Saúde da Família?

Consideramos dois momentos em que a temática violência na sua manifestação de conflito armado pode ser pensada: durante a graduação, como tema transversal ou a partir de seminários e outros espaços para reflexões e debates sobre a temática, e após os profissionais

iniciarem suas atividades na ESF, colocando em debates o problema do conflito armado para trabalhadores da saúde, usuários, gestores locais e regionais, em busca de estratégias de intervenção. Dessa maneira, haveria mais oportunidades de debate sobre questão da violência em situação de conflito armado, tanto ao longo da formação quanto no exercício das práticas, possibilitando que os profissionais estejam mais preparados, tanto técnica quanto psicologicamente, para o enfrentamento dessa realidade.

Esse posicionamento vem da constatação obtida nos resultados da pesquisa realizada de que a formação dos trabalhadores de saúde não pode ficar limitada aos espaços dos estabelecimentos de ensino. Ela deverá ser ampliada para os serviços de saúde, nos quais os trabalhadores que ali atuam, os usuários e a comunidade, os gestores e os docentes possam discutir a problemática da violência nas unidades de saúde localizadas em territórios perigosos, de maneira que o conflito armado seja entendido como uma questão social e política que deve envolver toda sociedade. Dessa maneira também se pretende compartilhar as responsabilidades referentes a formação profissional destes trabalhadores com os serviços, já que esses profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Um dos temas que deverão fazer parte dos debates diz respeito ao Acesso Mais Seguro, ferramenta de grande utilidade na proteção dos trabalhadores de saúde e que é vista como um aspecto positivo pelos participantes, aos lhes conferir também um respaldo técnico para o fechamento da clínica.

Os profissionais que fizeram parte do estudo reconhecem que o fato de muitos usuários na comunidade não conhecerem a ferramenta acentua os desgastes entre trabalhadores e usuários de saúde, o que nos leva a acreditar na importância desse tema ser um dos mais relevantes para iniciar os debates.

Destaca o estudo que a violência em sua manifestação de conflito armado é um potente analisador, que, por sua vez, desnuda questões na formação e nas práticas dos trabalhadores da saúde, o que revela a importância de se ter um espaço permanente para discussão dessa temática.

4 OBJETIVO GERAL

Implementar um projeto educativo para trabalhadores de saúde, usuários e representantes das instituições formadoras e de serviços, tendo como proposta colocar em debates coletivos temas relacionados à violência em sua manifestação de conflito armado, de

maneira a buscar estratégias de enfrentamento dessa problemática nos campos da formação e das práticas profissionais.

5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer o resgate da cidadania dos participantes por meio de seu envolvimento com as questões locais ligadas à violência na sua manifestação do conflito armado, agregando as forças da comunidade, dos serviços e dos centros formadores;
- fomentar a discussão com os participantes sobre a temática, de maneira a descobrir os caminhos no enfrentamento da situação na busca de uma melhor qualidade de vida e de trabalho;
- buscar a integração interinstitucional (universidade e serviços e comunitária), de maneira a desenvolver nos trabalhadores e usuários uma nova postura que deixe de ser centrada no "eu" para ser ampliada para o "nós", de modo que se percebam como agentes transformadores da realidade;
- desenvolver dispositivos capazes de ampliar os debates coletivos sobre a violência em sua manifestação de conflito armado, de maneira a favorecer o diálogo, o levantamento de problemas e a busca de estratégias;
- favorecer que o instrumento Acesso Mais Seguro seja de conhecimento de todos os participantes e, além deles, do maior número de pessoas, de maneira a ampliar a proteção pessoal e familiar dos trabalhadores, usuários dos serviços e da própria comunidade;
- utilizar os pressupostos e diretrizes da educação permanente em saúde para o desenvolvimento deste projeto.

6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Este projeto se justifica ao se apoiar nos resultados da pesquisa realizada neste cenário, nos quais foram destacados os seguintes aspectos pelos participantes:

- **Necessidade de ampliar reflexões na formação sobre a violência em territórios perigosos em que se inserem algumas unidades da ESF.**

A respeito disso, um estudo realizado por Valença *et al*. (2014) com egressos do curso de graduação da UFRN destaca que, durante a formação, o professor deve propiciar situações de

ensino aprendizado que venham estimular a reflexão sobre problemas da realidade. Referem ser particularmente importante que essas reflexões aconteçam no aprendizado da saúde coletiva, para que, ao serem inseridos no mercado de trabalho, os profissionais não se sintam impotentes perante situações nunca vivenciadas durante a graduação.

- **A necessidade de apoio psicológico para o desenvolvimento da prática profissional em territórios perigosos.**

Bordignon, Monteiro (2016) referem que a violência no trabalho da enfermagem e dos demais profissionais de saúde tem repercussões em diferentes áreas da saúde, mas principalmente na saúde mental. Esta diminui à medida que os profissionais se sentem ameaçados em um ambiente de trabalho violento, elevando os níveis de sofrimento psicológico. Essas repercussões vão além do local de trabalho, já que os eventos danosos à saúde repercutem também na vida social e familiar do trabalhador, trazendo sentimentos de irritabilidade, crises de choro, angústia e tristeza, todos com implicações profundas para a saúde desses trabalhadores.

Acrescentam Machado, Daher (2015), em pesquisa realizada sobre o trabalho de profissionais de saúde que atuam em territórios perigosos, ser um fenômeno complexo o enfrentamento dessa realidade, trazendo problemas psicológicos pelo estresse constante, gerando exaustão emocional, prejuízo em diferentes áreas da vida pessoal e profissional, com acentuada diminuição da satisfação profissional no ambiente de trabalho.

- **A constatação de que a formação dos profissionais de saúde deverá ser uma ação conjunta entre o saber teórico e prático dos trabalhadores da saúde e o saber empírico dos usuários dos serviços e da comunidade.**

Moraes *et al.* (2017) enfatizam que os profissionais que trabalham em territórios perigosos necessitam desenvolver uma ampla compreensão do local em que desenvolvem suas práticas a partir de experiências individuais e sociais, o que exige dos mesmos uma constante visão e revisão da realidade.

Complementa Trevisan *et al*. (2013) que, quando o profissional se insere no mercado de trabalho, este deverá ter uma nova formação, ou uma nova construção e estruturação de conhecimentos, adquiridas a partir de conceitos criados por sua experiência isolada vivida

durante o curso e a cultura e a filosofia dos novos cenários onde desenvolve seu trabalho como profissional de saúde.

- **A necessidade de implementar propostas pedagógicas inovadoras, na busca por uma construção coletiva de saberes, agregando aqueles adquiridos nas instituições formais de ensino com outros favorecidos pelos cenários de prática e pela própria a comunidade.**

Ceccim (2005) refere que é a educação permanente em saúde que transforma grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde. A partir do conceito de quadrilátero da formação, pode-se associar a educação com o ensino e suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. Nessa linha, é o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem.

Diante o exposto, justifica-se e considera-se relevante a implantação de um projeto que venha favorecer a abertura de espaços de reflexão e debates sobre a violência na sua manifestação de conflito armado por trabalhadores da saúde, gestores dos serviços de saúde, representantes das instituições de ensino e da comunidade e de usuários, de maneira a somar as responsabilidades e a busca de estratégias para o enfrentamento dos problemas levantados pelos participantes.

7 PROPOSTAS DE TEMÁTICAS PARA OS DEBATES

Os conteúdos colocados abaixo são apenas sugestões, por terem sido estes os eixos temáticos que tiveram maior evidência no estudo realizado. No início da implantação do projeto, a temática deverá passar pela avaliação dos participantes, entendendo ser o projeto uma construção coletiva, que está aberto a modificações de acordo com o interesse dos participantes. Considerando a importância do Acesso Mais Seguro, essa temática deverá, se possível, ser abordada no primeiro encontro e em quantos se fizerem necessários, para que se possam pensar em estratégias coletivas que favoreçam a proteção, naquele cenário, de trabalhadores, usuários e comunidade.

Temas que emergiram do estudo realizado:

- O Acesso Mais Seguro e sua importância no contexto da violência urbana;
- a violência urbana: uma obstaculizadora das práticas dos profissionais de saúde;

- a violência urbana e a subtração do acesso à saúde dos usuários;
- a violência urbana como um grande tensionador entre trabalhadores, usuários e gestão;
- a violência urbana x a saúde dos trabalhadores de saúde;
- a violência urbana e as lacunas que se apresentam na formação acadêmica dos profissionais de saúde;
- as relações de grupo no enfrentamento da violência urbana.

Cada tema será ofertado aos participantes em momento oportuno, ou, caso os debates coletivos apontem para outras necessidades de reflexões sobre a temática que estejam mais de acordo com os problemas levantados pelos participantes, não serão ofertados em nenhum momento.

8 POPULAÇÃO ALVO

Inicialmente, pensou-se na população a seguir para a participação deste projeto, mas mudanças poderão ser realizadas no decorrer do projeto:

- Trabalhadores da saúde que exercem suas atividades na Estratégia da Saúde da Família deste território;
- usuários dos serviços de saúde;
- representantes da comunidade;
- representantes da Secretaria Municipal da Saúde.

9 METODOLOGIA

A implantação de um espaço para o desenvolvimento de ações de promoção e de prevenção necessita de um planejamento preliminar envolvendo as instituições interessadas e, principalmente, a comunidade parceira e objeto das ações de cuidado.

Quanto à concepção pedagógica, este projeto busca dar especial atenção às contribuições dos participantes que vivenciam no seu cotidiano a violência na sua manifestação de conflito armado. Nesta concepção, o conhecimento é compreendido como a participação do sujeito na construção desse saber. Para atingir esse objetivo, em todos os momentos buscar-se-á uma formação reflexiva aplicada à resolução de problemas do cotidiano vivenciados pelos participantes.

Os eixos norteadores da proposta pedagógica vem de Freire (1996) e são:

- Articulação entre saúde, educação e comunidade;
- conceito de saúde como qualidade de vida;
- humanização do cuidado e das relações;
- valorização da participação, do diálogo e problematização da realidade vivenciada;
- articulação constante da teoria com a prática cotidiana;
- valorização do conhecimento prévio dos participantes;
- busca de autonomia dos participantes, com ênfase no indivíduo cidadão.

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, e a relação entre esses dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, mas deverá ser uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional. O diálogo deve ser entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada. Nossos pressupostos se apoiam em Paulo Freire (1987, p. 34), no Documento Educação Popular em Saúde, em que o autor fala de alguns princípios que considerava fundamentais aos educadores e educadoras:

- Ninguém está só no mundo; todos os seres compartilham o mundo com outros seres.
- Estar com os outros significa necessariamente respeitar nos outros o direito de dizer a palavra.
- Só escuto na medida em que respeito inclusive aquele que fala me contradizendo.
- Desmontar a visão mágica de que todos devem perceber os problemas como eu percebo.
- Assumir a ingenuidade do educando respeitando e valorizando seu saber.
- A educação é um ato educativo e político, no qual o educador e educando colocam suas visões de mundo.
- O educador deve ser criativo e o ato de educar deve ser sempre uma aventura para educador e educando.
- Comece a reaprender de novo, iniciando um longo aprendizado com nossos interlocutores.
- Viver pacientemente, impacientemente. Para Freire, viver a relação paciência-impaciência é não perder a crítica, assumir a ingenuidade em si e no outro, recriar, reaprender de novo e, afinal, *fazer*. Assim é que se teria o poder de fazer com criticidade aquilo que se quer e que precisa ser feito.

Consideramos que as instituições de saúde e de ensino são fundamentais para o desenvolvimento de uma prática reflexiva e crítica, na qual docentes e trabalhadores da saúde

têm oportunidade de repensar suas atividades junto à população, reconhecendo que a mesma tem experiências próprias e um saber que deve ser levado em conta.

Para Vasconcelos, Grillo, Soares (2009, p. 7), a educação é entendida como a atualização histórica do homem e a condição imprescindível para que ele, pela apropriação do saber produzido historicamente, construa sua própria humanidade histórico-social. Entende-se, portanto, a educação como uma apropriação do conhecimento que possibilita escolhas conscientes e livres, em um dado momento e cenário histórico, implicando responsabilidade social, ecológica e política. Acrescentam que atualmente "tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender", conspirando para o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS.

Machado e Wanderley (2009), trazendo a questão da educação e da saúde para o SUS, referem que este apresenta como um de seus compromissos e como um grande desafio a necessidade de fomento às Políticas de Desenvolvimento para os trabalhadores que integram o cenário do SUS, propondo um processo permanente de aprendizado pelo trabalho, projetando possibilidades de desconstrução/construção de novos valores, novos ideais e de novas lutas, para produzir mudanças de práticas, de participação social e de gestão.

Essa discussão nos leva a Educação Permanente em Saúde (EPS) e nos apoiamos em Vasconcelos, Grillo, Soares (2009, p. 22) ao colocarem que, no Brasil, EPS *foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas.* Essa estratégia considera o processo de trabalho como o lócus gerador de um aprendizado significativo, no qual a busca do conhecimento por parte dos profissionais e trabalhadores de saúde ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Considera que é no cotidiano que esses trabalhadores buscam temas para os quais necessitam de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer.

Assim sendo, de acordo com a Politica Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007),

> "[…] A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde."

Do exposto podemos afirmar que a lógica da Educação Permanente em Saúde é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, e que visa promover a democratização institucional, incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde.

O conceito do quadrilátero da formação para a área de saúde nasce em 2003, e em sua imagem há a interseção entre o ensino, a gestão setorial, as práticas de atenção e o controle social. Propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento técnico-profissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Torna-se importante essa noção quadrilátera para a política de formação, pois cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores singulares e configura espaços-tempos com diferentes motivações. Cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato e a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho (MERHY, 1998; CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A noção de quadrilátero prevê ações de análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, na qual alunos, trabalhadores e usuários possam construir um sistema produtor de saúde e não um sistema prestador de assistência, com diferentes atores ocupando lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. (CECCIM, 2005).

10 AVALIAÇÃO DO PROJETO

OBJETIVOS	INDICADORES	RESULTADOS/METAS
Buscar a integração interinstitucional (universidade, serviços e comunitária), de maneira a desenvolver nos trabalhadores e usuários uma nova postura que deixe de ser centrada no "eu" para ser ampliada para o "nós", de modo que se percebam como agentes transformadores da realidade.	Número de instituições e de parcerias conseguidas para participar do projeto.	Ter pelo menos um representante da gestão da SMS e um representante de centros formadores de instituições públicas e particulares. Ter adesão de pelo menos três representantes das lideranças comunitárias e a participação de pelo menos 70% de trabalhadores.
Favorecer o resgate da cidadania dos participantes por meio de seu envolvimento com as questões locais ligadas à violência em sua manifestação de conflito armado, agregando as forças da comunidade, sejam elas religiosas, políticas ou voluntárias.	Número de reuniões realizadas; Número de participantes por reunião (de trabalhadores, de usuários, de lideranças da comunidade, de representantes da SMS e das instituições de ensino).	Idem ao anterior.
Fomentar a discussão com os participantes sobre a temática, de maneira que descubram caminhos no enfrentamento da situação, na busca de uma melhor qualidade de vida e de trabalho.	Número de propostas sugeridas em cada encontro.	Idem ao anterior.
Desenvolver dispositivos capazes de ampliar os debates coletivos sobre a violência em sua manifestação de conflito armado, de maneira a favorecer o diálogo, o levantamento de problemas e a busca de estratégias.	Número de dispositivos utilizados para favorecer os debates em cada encontro (dramatização, questão provocativa, questionários, relato de um caso, etc.); Dispositivos que mais favoreceram os debates.	Idem ao anterior.

OBJETIVOS	INDICADORES	RESULTADOS/METAS
Favorecer que o instrumento Acesso Mais Seguro seja de conhecimento de todos os participantes e, além deles, do maior número de pessoas, de maneira a ampliar a proteção pessoal e familiar dos trabalhadores, usuários dos serviços e da própria comunidade.	Número de pessoas que, no início, conheciam o Acesso Mais Seguro; Número de pessoas que, depois de 6 meses da implantação do projeto, conhecem o Acesso Mais Seguro.	Idem ao anterior.
Utilizar os pressupostos e diretrizes da educação permanente em saúde para o desenvolvimento deste projeto.	Número de pessoas que conhecem os pressupostos da educação permanente em saúde. Número de pessoas que, depois de 6 meses da implantação do projeto, conseguem perceber a relevância da educação permanente em saúde.	Idem a anterior.

11 RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

11.1 HUMANOS

A critério da instituição proponente.

11.2 MATERIAIS

A critério da instituição proponente.

11.3 FINANCEIROS

- Serão da responsabilidade das instituições parceiras no que se refere aos materiais permanentes e material de consumo.
- O auxílio financeiro para o deslocamento dos profissionais para participarem dos encontros deverão ser buscados nas respectivas instituições.
- O espaço físico para os encontros deverão ser acordados entre as instituições participantes.

12 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Deve apresentar o tempo suposto para execução das etapas necessárias à realização do projeto. A ser elaborado no primeiro encontro pelos participantes presentes, definindo:

- a periodicidade dos encontros;
- a duração de cada encontro;
- o local que serão realizados os encontros.

Exemplifica-se abaixo algumas ações que deverão ser realizadas antes de iniciar os debates:

Ano/meses **Ações:**							
Reuniões com os representantes da SMS para apresentação do projeto e autorização para sua implantação.							
Reuniões com os líderes comunitários para discussão do projeto e definição de estratégias de implantação.							
Preparo de espaço físico.							
Aquisição de material permanente.							
Aquisição de material de consumo.							
Outros.							

13 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. In. : L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZATTO, Luciane Maria (Org). Análise Institucional e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 set-out [citado em 2017 dez 05]; 69(5):996-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2007.

CECCIM B. R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro,v. 10, n.4, p. 975-986, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf. Acesso em: mar. 2016.

CECCIM, B. R; FEUERWERKER, M. C. L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.Revista Saúde Coletiva.Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http//www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf. Acesso em: mar. 2016.

DIAS, M. A. E; CUNHA, F. T. S; AMORIM, W. M. Estratégias gerenciais na implantação do Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm, set-out, v. 58, n. 5, p. 513-8; 2005.

FIÚZA, Tatiana Monteiro, et al. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia saúde da família : conflitos de um grande centro urbano brasileiro. Revista Brasileira de medicina família comunidade. Florianópolis, v.6, n.18, p. 32-39, 2011.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Freire, FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZATTO, Luciane Maria (Org). Análise Institucional e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

LANCMAN, Selma et al.Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família .Rev Saúde Pública v.43. n.4. p. 682-688. 2009.

Machado CB, Daher DV. Violence in the area and its repercussions upon health care actions: descriptive-exploratory study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 [citado em 2016 mar 27]; 12 Suppl: 674-76. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4540

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY Luciana Coutinho Simões . Especialização da Saúde da Família. Educação em Saúde. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br. Acesso em fev. 2014.

MARINO, Leila M. M. Rangel; NOGUEIRA, Maria Angélica; FERREIRA, Caroline Dias. Investimento em Atenção Primária: uma revolução da saúde na Área Programática 5.3. Revista Saúde em Foco, SMSRIO, v. 1, n. 2, jul./dez. 2016.

MERHY, E. E. "A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência". In: Campos et al. (Orgs.).Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo, Xamã, p. 103-120, 1998.

MONCEAU, Gilles. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. In.: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria. Análise Institucional & Saúde Coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Moraes RCP, Anhas DM, Mendes R, Frutuoso MFP, Rosa KRM, Silva CRC. Pesquisa participante na estratégia saúde da família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro [Internet]. 2017 jan./abr [citado em 2017 dez 05]; 15(1): 205-222. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00035

Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. Cienc Cuid Saude[Internet]. 2013 Abr/Jun [citado em 2017 nov 28]; 12(2):331-337. Disponível em: 10.4025/cienccuidsaude.v12i2.19643.

Valença CN, Germano RM, Malveiram LMNA, Oliveira AG. Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014 nov/dez [citado em 2017 nov 28]; 22(6):830-5. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a17.pdf.

VASCONCELOS, Mara:GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. Série. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.Mód. 4. Práticas pedagógicas em saúde e tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade. Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA - EEAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA O SUS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada "A violência no território de unidade da Saúde da Família e a formação dos profissionais de saúde – uma abordagem socioclínico institucional" por ser um profissional de saúde – enfermeiro ou médico ou dentista – e atuar na Clínica de Saúde da Família, cenário deste estudo. A pesquisa tem por objetivo geral analisar como as práticas dos profissionais de saúde da ESF são afetadas pela violência urbana, considerando o seu processo formativo e as suas responsabilidades com a formação e a saúde, e objetivos específicos descrever o processo de trabalho dos profissionais de saúde em uma unidade de ESF localizada em área de violência urbana; identificar a capacitação profissional recebida em relação a violência urbana, considerando a atual situação vivenciada pelos profissionais de saúde; e relacionar coletivamente o impacto do Acesso Mais Seguro no enfrentamento da violência urbana.

Este é um estudo com abordagem qualitativa, utilizando-se do referencial teórico-metodológico da análise institucional.

Você será convidado a participar dos encontros socioclínicos institucionais para realizar uma reflexão coletiva a respeito da problemática deste estudo. No primeiro encontro será utilizado um roteiro de questões a fim de nortear a reflexão e debates do grupo. Nos próximos encontros, além da restituição dos dados obtidos no encontro anterior para validação dos mesmos, abrir-se-á espaço para continuidade dos debates. Nesses encontros, além do pesquisador e dos sujeitos, participarão também o orientador e co-orientador da pesquisa, tendo estes experiência na condução de grupos nos moldes da socioclínica institucional.

Os áudios serão gravados e armazenados em meio digital. Serão utilizados apenas para melhor compreensão das falas auxiliando na análise dos dados, sendo arquivados por cinco (05) anos e descartados após esse período.

Rubrica:

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído por um pseudônimo de sua escolha. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador(a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

O Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Esta pesquisa oferece riscos aos participantes que estariam relacionados à quebra da confidencialidade e ao constrangimento. Contudo, o pesquisador se compromete em manter sigilo, conforme já mencionado acima.

O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área do ensino na saúde, além de gerar informações que permitirão refletir sobre os impactos da violência nas práticas dos profissionais de saúde, do Acesso Mais Seguro no enfrentamento à violência, além de discutir a formação profissional nesse contexto.

Sua identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Investigador responsável:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Sr(a) receberá uma cópia deste termo na qual consta o celular do pesquisador responsável e o e-mail do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Rubrica:

Raphael S. dos Santos enfe.raphael@gmail.com (21) 979870531

Lucia Cardoso Mourão luciamourao@hotmai.com

Ana Clementina V. de Almeida ana.vieiradealmeida@gmail.com

Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro Telefone: (21) 2215-1485 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

"O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado."

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____de 2017.

Participante da Pesquisa:

_____

(Assinatura)

ANEXO II

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

RIO
SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

A Clínica da Família Edson Abdalla Saad da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado **A Violência no Território da Unidade de Saúde da Família e a Formação dos Profissionais de Saúde – Um Estudo Socioclínico Institucional**sobresponsabilidade do pesquisador Raphael Sampaio dos Santos.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da ResoluçãoCNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciarnesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresenteo relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s)onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 16 de fevereiro de 2017

Rafael Gamboa Longui
Gerente / Matr.:6203881-62
CSF Edson Abdella Saad

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade