

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

KATE DELFINI SANTOS

Atenção Básica à Saúde e o enfrentamento da violência:  
um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NPVs)  
na cidade de São Paulo

São Paulo

2020

KATE DELFINI SANTOS

Atenção Básica à Saúde e o enfrentamento da violência:  
um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NPVs)  
na cidade de São Paulo

Versão Corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social e  
do Trabalho.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Ianni Regia  
Scarcelli

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES  
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Kate Delfini

Atenção Básica à Saúde e o Enfrentamento da Violência: um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NPVs) na cidade de São Paulo / Kate Delfini Santos; orientador Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2020.

118 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Políticas de Saúde. 2. Violência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Psicologia Social. I. Scarcelli, Ianni Regia, orient. II. Título.

Nome: SANTOS, Kate Delfini

Título: Atenção Básica à Saúde e o enfrentamento da violência: um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NPVs) na cidade de São Paulo

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profº Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profº Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profº Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profº Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profº Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Ianni Regia Scarcelli, por ter me aceitado como sua orientanda e ter me proporcionado tantos aprendizados nesses anos. Obrigada pela atenção e orientação cuidadosas, por dividir seus conhecimentos, por me questionar e por me inspirar no trabalho diário de cuidado com o outro.

Aos participantes desta pesquisa, por terem me recebido em seus locais de trabalho, pela disponibilidade e confiança, pela perseverança e comprometimento que revelaram em seus depoimentos. Agradeço imensamente a oportunidade de tê-los conhecido.

Aos amigos do grupo de pesquisa, Tatiana Romão, Paula Cavalcante, Mariana Rivera, Fernanda Heinzemann, Ana Carolina, Davi Boruszewski, Josi Giaj-Lévra, Gustavo Sanches, Luís Felipe Ferro, Gregório Kazi, Raquel Amori, Aline Almeida Martins, Nayara Portilho; pessoas mais que especiais, que admiro imensamente, pela força, coragem, generosidade e autenticidade. Obrigada por tantas trocas de afeto, de conhecimento, pelo acolhimento, por dividirem as angústias e conquistas nesses últimos anos.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Inês Fernandes e aos colegas do LAPSO, pelos bons encontros e por trocas inspiradoras.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni e ao Prof<sup>o</sup> Dr. Luís Guilherme Galeão da Silva, pelas contribuições na banca de qualificação, que auxiliaram na construção desta tese.

À Patricia Leal Sousa e Claudia Preto, da área de vigilância da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), pelo apoio e disponibilidade em auxiliar esta pesquisa.

Aos meus amigos e colegas do CAPS II Infantojuvenil de Cidade Ademar, que dividem ou já dividiram comigo tantos momentos de aprendizado e luta; pelos abraços, choros e risadas compartilhadas durante esses oito anos.

À Nadir Delfini Santos e Jorge dos Santos, meus pais, por me oferecerem tanto cuidado e amor, por sempre estarem ao meu lado. Minhas conquistas são deles também, sempre.

À minha amiga Ana Carolina B. Filizzola, por ter me acolhido e oferecido seu carinho e cuidado, sem os quais esta conquista não seria possível.

À minha amiga, Denise Lopes, pela leitura e ajuda com o texto.

À Nalva e todos os funcionários do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), pelo suporte e orientação das questões institucionais do processo de doutorado.

*Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, ou por sua origem, ou sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se elas aprendem a odiar, podem ser ensinadas a amar, pois o amor chega mais naturalmente ao coração humano do que o seu oposto. [...] A bondade humana é uma chama que pode ser oculta, jamais extinta.*

*Nelson Mandela (1995)*

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1	
SOBRE O MÉTODO .....	23
1.1 Delimitação do Campo .....	26
1.1.1 <i>Caracterização do território de Capela do Socorro</i> .....	26
1.1.2 <i>Caracterização do território de M'Boi Mirim</i> .....	28
1.2 Procedimentos.....	30
1.2.1 Análise Documental.....	30
1.2.2 Entrevistas Abertas .....	31
1.3 Aspectos Éticos.....	34
CAPÍTULO 2	
SOBRE A VIOLÊNCIA E A SAÚDE.....	35
2.1 Violência na sociedade brasileira.....	39
2.2 Violência no setor Saúde .....	41
2.2.1 <i>Trajectoria e conceitos da Violência na Saúde</i> .....	44
CAPÍTULO 3	
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	51
3.1 Atenção Básica e o cuidado à saúde .....	57
CAPÍTULO 4	
OS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	61
4.1 A violência no dia a dia na Atenção Básica.....	61
4.2 A prevenção de violência no âmbito da assistência.....	70
4.3 Os desafios do dia a dia e a dificuldade para a implementação da política .....	74
4.3.1 <i>O trabalhador, suas referências e concepções</i> .....	74



4.3.2	<i>Educação permanente e a identificação dos casos</i> .....	77	
4.3.3	<i>As ameaças à equipe e o medo</i> .....	80	
4.3.4	<i>Violência institucional e o papel dos gerentes</i> .....	81	
4.3.5	<i>A fragilidade da Rede de Proteção</i> .....	84	
4.3.6	<i>Da vigilância ao cuidado: metas, rotatividade de profissionais e as contradições das políticas</i> .....	88	
4.3.7	<i>A composição de um Núcleo e a transdisciplinariedade</i> .....	94	
4.4	Conquistas da Área .....	98	
CAPÍTULO 5			
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....			102
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ...			108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....			110

## RESUMO

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde definiu a violência como um problema grave de saúde pública. No Brasil, desde o início da década de 1980, acidentes e violências constituem a segunda causa de óbitos, mas somente em 2001 foi instituída a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (portaria MS/GM nº 737), visando a ações de enfrentamento em todo o território. No município de São Paulo, em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP) instituiu os Núcleos de Prevenção de Violência (NPVs) nas Unidades de Saúde, como estratégia para lidar com esse problema. Considerando esse contexto, objetiva-se refletir sobre o enfrentamento da violência nas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de São Paulo, a partir de ações dos Núcleos de Prevenção de Violência. Foram realizadas: revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com gestores da SMS/SP e trabalhadores dos NPVs da região sul do município de São Paulo. A análise foi feita a partir de estudos que abordam a violência e do referencial teórico da psicologia social formulada por Enrique Pichon-Rivière. Conclui-se que muitos são os desafios para o enfrentamento da violência e efetivação dos NPVs, implantados com esse intuito, tendo em vista questões referentes às dimensões micro e macropolíticas. A desnaturalização da violência representa uma das frentes importantes para o enfrentamento do problema e um dos potenciais do NPV, que pode se apresentar como resistência em meio a tantas violências presentes no dia a dia.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Violência. Atenção Primária à Saúde. Psicologia Social.

## **ABSTRACT**

In 2002, the World Health Organization defined “violence” as a serious public health problem. In Brazil, since the beginning of 1980s, accidents and violence are the second-leading cause of death, but only in 2001 it is instituted a National Policy of Morbidity and Mortality Reduction due to Accidents and Violence (Ordinance MS/GM 737) aiming actions to confront violence throughout the territory. In 2015 in São Paulo, the Municipal Secretary of Health instituted, in the Public Health Units, Centers for Prevention of Violence (NPVs) as a strategy to deal with this problem. Considering this context, the objective of this work is to reflect about confrontation to violence in the Basic Units of Health, in the city of São Paulo, based on the actions taken by the Centers for Prevention of Violence. The research was carried out by doing literature review, document analysis and interviews with managers of the Municipal Secretary of Health and workers of the Centers for Prevention of Violence in the South region of São Paulo. The analysis was done based on studies about violence and on the theoretical reference of Social Psychology by Enrique Pichon-Rivière. The conclusion is that there are many challenges to successfully confront violence and to make the Centers for Reduction of Violence, which were built to this aim, effective. Besides, matters referred to micro and macro politics dimensions are considered. Denaturalization of violence represents one of the important ways to deal with the problem and one of the potential of the Centers for Reduction of Violence, which can represent a way of resistance among so much violence found in the daily basis.

**Key Words:** Politics of Health. Violence. Primary Health Care. Social Psychology.

## RÉSUMÉ

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la « violence » comme un grave problème de Santé Publique. Au Brésil, depuis le début des années 80, les accidents et les violences constituent la deuxième cause de décès, mais seulement en 2001 que la Politique Nationale de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité due aux Accidents et à la Violence fut établie (ordonnance MS / GM n ° 737), visant des actions dans tout le territoire. Dans la municipalité de São Paulo, en 2015, le Secrétariat Municipal de la Santé (SMS / SP) a institué les Centres de Prévention de la Violence (NPVs) dans les Unités de Santé comme une stratégie pour faire face au problème. Considérant ce contexte, l'objectif de cette recherche est de réfléchir sur comment on fait face à la violence dans les unités de santé de base, dans la ville de São Paulo, tenant en compte les actions des Centres de Prévention de la Violence. Les étapes de la recherche furent : révision de littérature, analyse des documents et réalisation des entretiens avec des gestionnaires de Secrétariat Municipal de la Santé et des travailleurs de Centres de Prévention de la Violence dans la région sud de la ville de São Paulo. L'analyse a été réalisée à partir des études qui abordent la violence et du cadre théorique de la psychologie sociale formulé par Enrique Pichon-Rivière. On a conclu qu'il existe de nombreux défis pour faire face à la violence et à l'effectuation des Centres de Prévention de la Violence, compte tenu des enjeux liés aux dimensions micro et macropolitiques. La dénaturalisation de la violence constitue un des fronts importants pour faire face au problème et un, parmi d'autres, potentiels des Centres de Prévention de la Violence, et qui peut aussi fonctionner comme une résistance aux violences de la vie quotidienne.

Mots-clés : Politiques de Santé. La violence. Soins de Santé Primaires. Psychologie Sociale.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Agente de Promoção Ambiental
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCA	Centro para Crianças e Adolescentes
CEPH	Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECRO	Esquema Conceitual Referencial e Operativo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IML	Instituto Médico Legal
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEV	Núcleo de Estudos da Violência
NPV	Núcleo de Prevenção de Violência
NPJ	Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PAVS	Programa Ambientes Verdes e Saudáveis
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PSE	Programa Saúde nas Escolas
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SASF	Serviço de Assistência Social à Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SPVV	Serviço de Proteção às Vítimas de Violência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UVIS	Unidade de Vigilância Sanitária
SUVIS	Supervisões de Vigilância em Saúde
WHO	World Health Organization

## APRESENTAÇÃO

Em outubro de 2018, como doutoranda e trabalhadora da área da Saúde, representava um serviço voltado ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento mental (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPS IJ) em mais uma audiência concentrada<sup>1</sup>. Estávamos discutindo a situação de dois irmãos, a mais velha com três anos de idade e o mais novo com um ano, que chegaram a um pronto-socorro da região sul da cidade de São Paulo com graves lesões provocadas por herpes genital, desnutridos e com atrasos significativos no desenvolvimento. Considerando a suspeita de abuso sexual, o hospital acionou o Conselho Tutelar que, após o restabelecimento mínimo das condições de saúde das crianças, autorizou a sua saída para ficarem com um familiar que morava no mesmo quintal dos genitores. Depois de algumas semanas, as crianças estavam de volta ao mesmo pronto-socorro, mas dessa vez seu estado de saúde era ainda mais grave, a ponto de uma das crianças ter que ser submetida a um processo cirúrgico para reconstituição anal devido à violência que havia sofrido.

Diferentemente do que costuma acontecer durante os relatos das histórias nessas audiências – quando há diversos comentários paralelos, muita gente opinando e tirando suas conclusões antecipadamente –, enquanto as médicas do pronto-socorro narravam a história, um silêncio absoluto tomou conta do lugar: apenas se ouvia o som das pessoas se revirando nas cadeiras. Uma mistura de sentimentos e pensamentos tomou conta da situação. O promotor estava visivelmente abalado e tomado pela raiva, e a juíza que conduzia a audiência tentava restabelecer uma linha de raciocínio que pudesse auxiliar na compreensão da situação. Profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) que atendiam a família estavam presentes e foram questionados sobre o acompanhamento das crianças.

Essa foi uma das experiências mais difíceis que já tive. Nesse dia não senti raiva, mas sim uma tristeza tão profunda que chega a ser difícil descrever. Estava eu, diante de uma situação que expõe todas as formas de miséria possíveis, desde as mais concretas até as mais subjetivas, todas extremamente perversas. Eu não queria ficar ali, mas não podia ir embora.

---

<sup>1</sup> As audiências concentradas envolvem profissionais da Vara da Infância e Juventude e da Rede Protetiva, constituída por serviços da Saúde, Educação, Assistência Social, Habitação e demais áreas, com o objetivo de definir a situação de crianças e adolescentes que passaram por situações de violência e estão acolhidos em instituições destinadas ao seu cuidado dessa população, os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICAs).

Foi muito difícil quando a família entrou. A mãe, uma jovem com limitações intelectuais evidentes, contou-nos todas as violências que sofreu durante sua vida e revelou que viu no pai das crianças – um dos principais suspeitos pelos abusos – um suporte para seu desamparo.

Não é fácil falar do pai, um homem que parecia distanciado afetivamente da situação. Entrou na sala com um sorriso no rosto, cumprimentando as pessoas, e afirmou que ele e a esposa eram os responsáveis pelos cuidados das crianças e não encontrava justificativas ou respostas para dizer como toda aquela violência pôde acontecer.

Ao ouvir as profissionais da UBS que acompanhavam a família e perceber o quanto aquela situação também lhes causava sofrimento e constrangimento, minha tristeza só aumentou. Fiquei constrangida também. Pensei no desamparo dos profissionais, da família, da mãe dessas crianças, uma pessoa em um grau de extrema vulnerabilidade. Mais uma vez tive a certeza de que não é possível lidar com situações de violência enquanto estivermos sozinhos. Sustentação e companhia são fundamentais para lidar com todas as demandas, desde as internas e subjetivas até as mais objetivas e práticas, que tais situações colocam.

Essa temática começou a ocupar um espaço importante em minha vida no ano de 1998, quando cursava o quarto ano de psicologia e fui trabalhar em um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes. Eram 60 crianças e adolescentes afastados de suas famílias pelas mais diversas razões. Conviver diariamente por sete anos com tantas situações de violência me fez compreender que, quando lidamos com esses casos, ficar no raso é inútil e buscar nomes para culpar é não querer, ou não conseguir, entrar em contato com todo o sofrimento que existe por trás de cada uma dessas histórias.

Toda essa vivência despertou em mim a necessidade de investir em conhecimento e práticas que pudessem prevenir as situações de violência intrafamiliar ou amenizar seus efeitos. Não é aceitável que pessoas passem por tais situações. Iniciei a busca por ferramentas que pudessem me auxiliar na compreensão da dinâmica da violência nas relações interpessoais e familiares por meio da equipe do Instituto Sedes Sapientiae, reconhecida pela produção de conhecimento nessa área. Percorri Organizações Não Governamentais (ONGs) e instituições em diversas regiões da cidade – Capão Redondo, Jardim Ângela, Paraisópolis, Sé –, cujo foco era trabalhar com a relação pais-filhos, em uma tentativa de auxiliar algumas famílias a reverem suas histórias de abandono e dor para que novos caminhos pudessem ser traçados e novas histórias pudessem ser contadas.

Em 2008, ingressei como pesquisadora no Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP) para atuar em uma pesquisa de prevenção de violência na primeira infância. O diálogo com outras áreas de conhecimento ampliou meu olhar para



compreender um problema tão complexo. Esse diálogo se faz presente na minha dissertação de mestrado, cujo propósito foi estudar a questão da transmissão de aspectos relacionados à violência na relação mãe-filho, considerando as formas de relacionamento interpessoal e as subjetividades produzidas na contemporaneidade e dentro de uma ideologia que visa ao consumo e constrói relações instáveis e superficiais.

No ano de 2012, fui para a área da Saúde atuar em um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes. Nesse mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) realizou uma sensibilização para a formação dos NPVs em suas unidades de serviços, utilizando o Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2012).

Apesar de todas as dificuldades que existem e que venho acompanhando nesses anos de atuação dentro do âmbito das políticas de saúde, ainda vejo nessa área um campo fértil e potente para lidar com o enfrentamento das situações de violência. O setor tem um lugar estratégico no enfrentamento da violência doméstica e interpessoal, tendo em vista o trabalho longitudinal que pode realizar e a proximidade que estabelece com as famílias. A participação da população e o controle social nos serviços públicos são também grandes ferramentas para que os usuários recuperem sua força e se tornem protagonistas.

## INTRODUÇÃO

*O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Em uma escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade, ele nos oprime com seu legado de destruição em massa, de violência imposta. Mas esse legado – resultado de novas tecnologias a serviço de ideologias de ódio – não é o único que carregamos nem que devemos enfrentar.*

*Menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados, jovens oprimidos por outros jovens e pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias. Este sofrimento – e há muitos outros exemplos que eu poderia citar – é um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela.*

*Na ausência de democracia, respeito pelos direitos humanos e um bom governo, a violência prospera. Frequentemente conversamos sobre como uma ‘cultura de violência’ pode criar raízes. Isso, de fato, é uma verdade. Como um sul-africano que vivenciou o apartheid e está vivendo suas consequências, tenho visto e experimentado isto. Também é verdade que os padrões de violência são mais difusos e difundidos nas sociedades em que as autoridades endossam o uso da violência por meio de suas próprias ações. Em muitas sociedades, a violência é tão dominante que frustra as esperanças de desenvolvimento econômico e social. Não podemos deixar que isto continue.*

*Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser modificadas. Em meu próprio país e em todo o mundo, temos exemplos notáveis de como a violência tem sido combatida. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença [...].*

*Nós devemos às nossas crianças – os cidadãos mais vulneráveis em qualquer sociedade – uma vida livre de violência e medo. A fim de assegurar isto, devemos manter-nos incansáveis em nossos esforços, não apenas para alcançar a paz, a justiça e a prosperidade para os países, mas também para as comunidades e membros da mesma família. Devemos dirigir nossa atenção para as raízes da violência. Somente assim, transformaremos o legado do século passado de um fardo opressor em um aviso de alerta.*

Nelson Mandela (2002, n.p.)

O texto acima foi publicado no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo este um importante material para a área, tanto por trazer conceitos e ampliar a discussão sobre o tema como por expor os dados e números grandiosos que o problema abrange.

Com o passar do tempo, a violência passou a ser significada não só pela ocorrência de agressões físicas, mas também pelos conflitos que envolvem a luta pelo poder e a vontade de domínio sobre o outro, de forma lícita ou ilícita, aprovada ou desaprovada de acordo com as normas e costumes das sociedades (MINAYO, 2005).

No Brasil, apesar de esses eventos constituírem a segunda causa de óbito no perfil da mortalidade geral desde a década de 1980 (MINAYO, 2004), somente em 16 de maio de 2001, por meio da portaria nº 737/GM, foi instituída a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Foram estabelecidas diretrizes e responsabilidades institucionais de cada ente da Federação, contemplando e valorizando medidas inerentes à promoção da saúde e prevenção de agravos externos, visando a minimizar o impacto dos acidentes e das violências na morbimortalidade.

Em 2003, a SMS/SP criou uma Área Técnica destinada a apoiar a implantação das políticas para a superação da violência, denominada Projeto Resgate Cidadão, conhecida também como Rede de Apoio à Vida em Situações de Violência, Urgência e Emergência (BATISTA; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2018). A partir de 2005, a Área passou a ser denominada Cultura de Paz, Saúde e Cidadania e, de 2013 até o momento, Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, responsável pelos Núcleos de Prevenção de Violência (NPVs).

Segundo a portaria nº 1300/2015/SMS.G, de 15 de julho de 2015, que instituiu os NPVs nas Unidades de Saúde de São Paulo, estes correspondem à equipe de referência da Unidade responsável pela organização do atendimento e pela articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz.

Como nos lembram Assis e Avanci (2013), apesar de sempre ter estado presente na história da humanidade, a violência não é inevitável. Os fatores que contribuem para respostas violentas podem ser modificados ou minimizados. Assim, a noção de prevenção está relacionada à diminuição de fatores de risco, à identificação de fatores de proteção e à promoção de saúde. São conceitos que envolvem os âmbitos sociais, políticos e individuais, portanto, de alta complexidade, que se relacionam à garantia de direitos, como o acesso à educação, alimentação, ambientes saudáveis, lazer, empoderamento dos cidadãos, entre outros. Ações de prevenção contra a violência são intersetoriais e podem ter como foco a família, a comunidade,

as escolas e outras instituições. Precisam ser pensadas dentro da especificidade de cada situação, inseridas dentro do contexto histórico, cultural e social, considerando as características dos diferentes ciclos de vida.

Dentro dos níveis de atenção estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>, entende-se que a Atenção Básica à Saúde é privilegiada por ter, em suas diretrizes, as ações de promoção à saúde, prevenção e preservação do bem-estar nas comunidades. Por ser a porta de entrada do sistema de saúde, também desenvolve ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e reabilitação. Segundo documento do Ministério da Saúde, a Atenção Básica

[...] deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

Pesquisas realizadas em diferentes localidades do país sobre a atuação da saúde pública no enfrentamento da violência, mais especificamente na Atenção Básica à Saúde, mostram que, mesmo com o aumento da demanda, ainda há a falta de investimento na preparação dos profissionais. Ramos et al. (2016) apontam que os profissionais de saúde ainda mantêm uma prática individualista, o que dificulta as ações de prevenção e promoção nas situações de violência, que exigem ações intersetoriais. Schwantes et al. (2011) falam sobre a importância do trabalho com os profissionais da atenção primária no que se refere à concepção sobre seu papel na atenção à saúde e suas concepções sobre violência, pontos que impactam diretamente nas intervenções realizadas. Aparecem também nas revisões de literatura (MAIA et al., 2016) as dificuldades em relação às notificações dos casos, devido ao medo de represálias, à falta de apoio das instituições e à falta de capacitação técnica na área para reconhecer as situações de violência e intervir.

Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017), ao se referirem às questões de violência urbana e saúde mental, ressaltam que a invisibilidade das situações de violência pode ser relacionada à banalização de seus efeitos pelos usuários, associada ao distanciamento dos profissionais em relação às histórias de vida, por vezes assustadoras, dessas pessoas que são atendidas. A pesquisa também aponta para a questão da exposição dos Agentes Comunitários de Saúde

---

<sup>2</sup> Os níveis de atenção correspondem a determinados conjuntos de serviços disponibilizados aos usuários e são divididos em três níveis de acordo com sua complexidade (PAIM, 2009).

(ACS) e para a necessidade do cuidado e da sensibilização da equipe. Outras pesquisas mostram a importância desse cuidado e da reformulação dos processos de trabalho, assim como do investimento em preparo e educação permanente, visando a diminuir a vulnerabilidade e exposição do trabalhador às agressões que sofrem no cotidiano, seja pelo usuário, seja pela instituição (KAISER; BIANCHI, 2008).

As pesquisas realizadas no município de São Paulo trazem resultados muito semelhantes aos apresentados anteriormente. São praticamente unânimes em afirmar que é necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde para que estes reconheçam os sinais de violência, intervenham nas situações adequadamente e propiciem a articulação do cuidado em rede, de modo a garantir os direitos dos usuários (EGRY et al., 2017; SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014; PEDROSA; SPINK, 2011).

As políticas públicas podem auxiliar no processo de transformação de uma sociedade pautada na promoção e garantia de direitos sociais (GONÇALVES, 2010). Estamos diante de uma política recém-criada, em fase de implementação, que possui como objeto a violência, em uma sociedade como a nossa, autoritária, na qual situações de exclusão e precarização da vida são naturalizadas. Isso demanda uma grande atenção em sua execução para que ela seja uma forma de cuidado e não se torne mais um objeto de controle. Olhar para suas diretrizes, para a dimensão subjetiva que existe nas políticas, constituídas no processo social e histórico, e reconhecer quais aspectos sustentaram sua elaboração, assim como a possibilidade de favorecer novas experiências subjetivas a partir de sua execução, é fundamental para que saibamos se a proposta está cumprindo seu papel e atendendo a necessidade para a qual foi criada. Como questiona Scarcelli (2017, p. 40): “Por quais caminhos são levados os projetos implementados? Eles têm como objetivo o aperfeiçoamento das formas de amenizar as desigualdades mais perversas ou o acúmulo de forças na perspectiva de transformações sociais?”.

Ampliar o olhar para além da vigilância é ainda um desafio para a saúde pública no Brasil, que iniciou sua ação para controlar epidemias e para tornar o país mais competitivo no mercado. A vida como um valor e a conquista da cidadania ainda estão sendo construídas neste país, e esta é uma luta diária, principalmente no que se refere à equidade e, por essa razão, invisto aqui os saberes teóricos e práticos que possam auxiliar na produção de conhecimento e no desenvolvimento dessa política, visando ao cuidado das pessoas.

A proposta de implantação de Núcleos de Prevenção de Violência nas Unidades de Saúde pode auxiliar nas abordagens realizadas pelos profissionais, no sentido de não priorizarem apenas o cumprimento de metas – um dos principais entraves no atendimento às pessoas em situação de violência –, mas sim o desenvolvimento de uma escuta e de uma

intervenção mais qualificada (FILHO et al., 2012). Identificar e compreender os desafios e as possibilidades dos NPVs pode contribuir para o desenvolvimento da política proposta.

O objetivo desta pesquisa, portanto, é refletir sobre o enfrentamento da violência nas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de São Paulo, a partir de ações dos Núcleos de Prevenção de Violência (NPVs).

No primeiro capítulo, *Sobre o Método*, apresento as concepções teóricas e a visão de mundo que amparam este trabalho e o caminho percorrido para alcançar o objetivo proposto. São definidos os procedimentos, o campo da pesquisa, assim como modos de análise e interpretação do material. A abordagem psicossocial será priorizada, considerando referenciais teóricos da psicologia social (PICHON-RIVIÈRE, 2000, 2005; BLEGER, 1984, 2003; SCARCELLI, 2017).

Os dois capítulos seguintes, *Sobre a Violência e a Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica à Saúde* trazem conceitos que dão suporte para a compreensão do tema deste estudo e, portanto, permeiam todo o debate que se faz.

Em *Sobre a Violência e a Saúde* são debatidas questões que envolvem os aspectos que constituem as subjetividades das violências, tanto do ponto de vista do sujeito, suas necessidades e constituição psíquica, como do ponto de vista social, econômico e político, nessa inter-relação entre mundo interno e externo. O tema também é discutido considerando as especificidades da sociedade brasileira, de seu processo histórico e do imaginário constituído e constituinte sobre o tema. Na última parte do capítulo é abordada a entrada dessa temática no setor da Saúde, conceitos elaborados pela área e, ainda, a organização desta última para o enfrentamento das questões de violência, seja pela regulamentação de políticas e programas, seja pelas ações que vêm sendo executadas.

O capítulo seguinte, *Prevenção da Violência na Atenção Básica à Saúde*, trata das concepções que se tem sobre prevenção e promoção de saúde, temas relevantes para a compreensão das ações realizadas no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde. Também trata das diretrizes e objetivos da Atenção Básica no Brasil e da constituição dessa política no município de São Paulo.

O capítulo quatro, intitulado *Os Núcleos de Prevenção de Violência e a Implementação da Política nas Unidades de Saúde*, traz a análise de como a violência se expressa nas Unidades Básicas de Saúde, de acordo com os participantes desta pesquisa, bem como a prevenção de violência e as ações de promoção de saúde são entendidas e executadas. O capítulo ainda busca compreender os desafios encontrados para o enfrentamento das situações de violência e para a

efetivação dos Núcleos nas Unidades Básicas de Saúde. Na última parte do capítulo, estão apresentados os avanços obtidos desde a implantação da política.

No quinto e último capítulo, estão colocadas mais algumas reflexões e considerações sobre a política proposta, suas potencialidades e fragilidades.

## CAPÍTULO 1

### SOBRE O MÉTODO

Como já anunciado, o objetivo desta pesquisa, de caráter exploratório, é refletir sobre o enfrentamento da violência nas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de São Paulo, a partir de ações dos Núcleos de Prevenção de Violência (NPVs).

A Atenção Básica à Saúde foi escolhida como campo da pesquisa por representar a porta de entrada e por estar no centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Contribuições da psicologia social concreta, formulada por Enrique Pichon-Rivière, agregam-se aos fundamentos orientadores e ao pressuposto segundo o qual o sujeito é compreendido como ser histórico, numa relação dialética entre mundo interno e externo, entre fantasias inconscientes e estrutura social, em uma relação de mútua determinação. Em suas palavras,

A psicologia social à qual nos referimos se inscreve numa crítica da vida cotidiana. Abordamos o sujeito imerso em suas relações cotidianas. Nossa consciência dessas relações perde sua trivialidade na medida em que o instrumento teórico e sua metodologia nos permitem investigar a gênese dos fatos sociais [...]. A psicologia social que postulamos tem como objeto de estudo o desenvolvimento e a transformação de uma relação dialética, que se dá entre estrutura social e fantasia inconsciente do sujeito, fundada sobre suas relações de necessidade. Em outras palavras: a relação entre estrutura social e configuração do mundo interno do sujeito, relação que é abordada através da noção de vínculo.

Para nós, o ser humano é um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam. O sujeito não é só um sujeito relacionado, é um *sujeito produzido* numa práxis. Nele não há nada que não seja resultante da interação entre indivíduo, grupos e classes. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 238).

Inspirada por Adamson (2000), Scarcelli (2017, p. 32) afirma que:

O homem é apresentado como sistema aberto e incompleto, cuja subjetividade é construída socialmente [...]. É um sujeito descentrado, intersubjetivo, que se produz no encontro e desencontro com o outro. É sujeito histórico situado e sitiado [...], considerando que sua subjetividade é configurada num espaço e momento histórico social específicos que lhe concedem um universo de possibilidades e, ao mesmo tempo, um certo estreitamento das possibilidades de representação simbólica.



Bleger (1984) nos ensina que o ser humano é em essência um ser social e que suas condutas precisam ser olhadas em situações concretas e contextualizadas, pois a conduta é um acontecer humano que emerge em determinado campo. O autor define campo “como o conjunto de elementos coexistentes e interagentes em um dado momento” (BLEGER, 1984, p. 37).

Para esse autor, há três dimensões de análise a serem consideradas no estudo do acontecer humano: a *psicossocial*, que diz respeito ao sujeito, por meio da qual são analisadas as relações interpessoais e vínculos que se estabelecem; a *sociodinâmica*, referida ao grupo como estrutura; a *institucional*, que diz respeito à relação dos grupos entre si e às instituições que os regem. Pichon-Rivière (2000) ressalta que a análise institucional abarca o estudo das ideologias, da política, da economia, da história, etc, que regem os grandes grupos. Os dois autores afirmam que não existe uma delimitação exata entre essas três dimensões, e elas devem ser analisadas em seu caráter interdependente, sendo a divisão apenas um recurso metodológico.

Segundo Scarcelli (2017), o método materialista dialético, utilizado por Pichon-Rivière, implica um tipo de análise que desvende os princípios opostos, as tendências contraditórias da dinâmica relacionada à vida cotidiana. Ainda, segundo a autora,

Se estamos no campo social, faz sentido nos determos numa reflexão que reconheça a mútua determinação que se dá entre sujeito e estrutura social, a partir de um olhar cuidadoso sobre o que ocorre nos grupos/instituições que intermediam essa articulação, considerando que todo e qualquer traço da vida psíquica somente poderá se constituir da experiência, de relações concretas (SCARCELLI, 2017, p. 37).

Assim, projetos e programas políticos, bem como os processos de trabalho – os aspectos da dimensão institucional – fazem parte da constituição psíquica dos sujeitos e suas subjetividades, histórias, experiências e referências pessoais. Em outros termos, considerando a mútua determinação entre mundo interno e mundo externo, projetos e programas podem ser entendidos como instituições que fazem parte da personalidade dos sujeitos. Sendo assim, devem ser considerados na análise de como se dá o cuidado na dimensão do sujeito e dos pequenos grupos e, vice-versa, como a dimensão intersubjetiva ressoa nesses projetos e programas políticos.

Falar em políticas públicas/sociais é falar sobre a relação que se estabelece entre o Estado, a sociedade e o sistema capitalista. Como nos lembra Scarcelli (2017), as políticas e programas são formulados, muitas vezes, para amenizar os efeitos perversos da estrutura atual, porém sem questioná-la. Sendo assim, estudar uma política ou programa envolve considerar

seus aspectos objetivos e subjetivos, o explícito e o implícito nessas propostas, buscando compreender quais seus fundamentos e aonde se quer chegar com elas.

Considerando o exposto, a análise do material, ou seja, entrevistas e documentos oficiais, foi realizada a partir da psicologia social concreta acrescida de um recorte metodológico sugerido por Scarcelli (2017), que aponta quatro âmbitos para análise das políticas públicas dentro dessa perspectiva:

- Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes dessas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros.
- Social-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas.
- Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.
- Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimento de práticas de programas, diretrizes políticas e leis. (SCARCELLI, 2017, p. 218).

A autora ressalta que não há uma delimitação clara entre um âmbito e outro, mas que tal divisão é um recurso didático que estabelece um caminho a ser percorrido para a análise e o estudo de políticas e práticas.

Buscou-se, dessa maneira, compreender de que forma as leis e portarias (âmbito político-jurídico) que estabelecem diretrizes para o enfrentamento da violência no município de São Paulo vêm sendo implementadas; se há ou não condições institucionais que possibilitem a concretização, nas práticas e na realidade das UBSs, dos objetivos estabelecidos (âmbito técnico-assistencial); quais são as concepções filosóficas e referenciais que guiam as leis e os materiais produzidos e quais são as concepções dos sujeitos e das instituições que executam essas leis (âmbito teórico-conceitual); por fim, de que forma as histórias e os contextos vivenciados pelos sujeitos e grupos que participam dessa política interferem na maneira como ela é realizada (âmbito social-cultural).

Ao desenvolver essa forma de análise das políticas e programas sociais, Scarcelli (2017) procura identificar quais lacunas e distanciamentos estão presentes entre o que é proposto no âmbito político-jurídico e sua execução no âmbito técnico-assistencial, considerando o que está explícito e implícito nos dois outros âmbitos. Em suas palavras,

[...] a compreensão ou a identificação das lacunas, dos ‘distanciamentos’ entre os âmbitos político-jurídico e técnico-assistencial pode ser buscada também

nas mediações que têm ficado ausentes (nos âmbitos social-cultural e teórico conceitual) das formulações, tendo a psicologia social de referência como modo de não perder de vista a dimensão do sujeito psíquico/social (SCARCELLI, 2017, p. 231).

## 1.1 Delimitação do Campo

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) possui seis Coordenadorias Regionais de Saúde: Norte, Centro, Oeste, Leste, Sudeste e Sul. Essas, por sua vez, são divididas em Supervisões Técnicas de Saúde, que costumam respeitar as divisões das Subprefeituras e Distritos Administrativos.

A pesquisa foi realizada na região sul da cidade de São Paulo, nas Supervisões de Saúde de Capela do Socorro e M'Boi Mirim. Tal escolha reflete as experiências anteriores ligadas ao meu percurso profissional. Ao longo dessa trajetória na área da Saúde, tenho acompanhado de perto as propostas e ações que vêm sendo realizadas pela Coordenadoria Sul e, desse modo, adquirido mais conhecimento de fatos históricos e dados que poderiam ser relevantes na compreensão do problema estudado. Além disso, a localização dos serviços nas Supervisões escolhidas foi um facilitador para a realização da pesquisa, considerando os aspectos de deslocamento.

A seguir, há uma breve caracterização dos territórios que fizeram parte da pesquisa, bem como dados dos registros de violência dessas regiões, fornecidos pelas Supervisões Técnicas de Saúde e pela área de vigilância da Coordenadoria Regional de Saúde Sul, registrados no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net<sup>3</sup>).

### 1.1.1 Caracterização do território de Capela do Socorro

Capela do Socorro é constituído por três distritos: Cidade Dutra, Grajaú e Socorro. Possui uma população estimada em 625.639 habitantes, com uma superfície de 134 km<sup>2</sup>, que corresponde a 8,8% do território do município. Cerca de 90% de seu território está inserido em área de proteção aos mananciais responsáveis pelo abastecimento de 30% da população da região metropolitana de São Paulo.

---

<sup>3</sup> Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/doencas\\_e\\_agravos/violencias\\_e\\_acidentes/index.php?p=12819](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/doencas_e_agravos/violencias_e_acidentes/index.php?p=12819). Acesso em: 06 fev. 2020.

Possui 39 equipamentos de saúde, sendo 18 destes Unidades Básicas de Saúde. Na região, os equipamentos de saúde são divididos entre Unidades administradas por uma Organização Social<sup>4</sup> (OS) e Unidades diretas, com profissionais concursados.

Quanto aos registros realizados:

Tabela 1 - Casos de violência notificados em Capela do Socorro

<b>Ano</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Masculino</b>	311	414	705	1070
<b>Feminino</b>	427	682	1161	1582
<b>TOTAL</b>	738	1096	1866	2652

Fonte: Área de Vigilância da Coordenadoria de Saúde Sul

Ressalta-se que 60% das vítimas são mulheres e que, nesse território, com exceção da negligência/abandono, em todas as outras formas de violência a mulher é a mais agredida. Além desses dados, vale ressaltar que, das 2.652 notificações realizadas, 57% das vítimas foram identificadas como pretas ou pardas.

O levantamento realizado na Unidade de Vigilância Sanitária (UVIS) quanto às notificações registradas de acordo com a natureza dos atos violentos, referentes a 2018, ano em que a pesquisa de campo foi realizada, traz os seguintes dados:

#### **Violência Física – 2.066 casos**

O maior índice de registros está compreendido entre os 20 e 24 anos, com 369 casos. As duas faixas etárias que seguem são: 30 a 34 anos e 25 a 29 anos, respectivamente, com 290 e 280 casos cada uma.

#### **Violência Psicológica/Moral – 58 casos**

A faixa etária com maior número de registros foi entre 20 e 24 anos, com 44 casos; entre 30 e 34 anos foram registrados 30 casos; entre 25 e 29 anos foram 28 casos.

---

<sup>4</sup> Segundo Melo e Tanaka (2001), as Organizações Sociais (OSs) começaram a surgir no Brasil a partir da proposta de Reforma de Estado, dirigida pelo ministro Bresser-Pereira (1995-1999), baseada em conceitos modernos de administração, centrada no controle dos resultados e originada das ações tipicamente de mercado. Segundo essa proposta, o setor privado não lucrativo passaria a compor a gestão de serviços ligados às áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, cultura, proteção e preservação do meio ambiente e saúde.

### **Violência Sexual – 131 casos**

O maior índice foi registrado entre 5 e 9 anos de idade, 38 casos; seguido pela faixa etária entre 0 e 4 anos, 34 casos; o terceiro maior índice ficou concentrado entre 10 e 14 anos, 28 casos.

### **Negligência/Abandono – 75 casos**

Nesse tipo de violência, a faixa etária que registrou o maior número de casos foi entre 0 e 4, com 28 casos; seguida pela faixa etária entre 10 e 14 anos, com 26 casos; na faixa etária entre 5 e 9 anos foram registrados 16 casos.

Outros registros que chamam a atenção na região são os casos de violência autoprovocada, com 442 casos, havendo maior incidência entre 15 e 19 anos (110 casos). Também foram registrados 23 casos de tortura, com maior número de casos entre 15 e 19 anos.

#### *1.1.2 Caracterização do território de M'Boi Mirim*

A Supervisão Técnica de Saúde de M'Boi Mirim compreende os distritos administrativos de Jardim Ângela e Jardim São Luiz, com 612.084 habitantes.

Em 1996, o distrito de Jardim Ângela foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o bairro mais violento do mundo. A região foi um dos locais onde se estabeleceu a mão de obra barata para as fábricas das imediações da marginal do rio Pinheiros e, com a saída desses empreendimentos da área, o desemprego tomou conta do local. No início da década de 80, surgiu uma onda inicial de violência, marcada pelos confrontos entre a polícia e a população. Desde então, o aumento de crimes, majoritariamente assassinatos, só piorou, especialmente após o fortalecimento do tráfico de drogas, sendo que a repercussão internacional chegou antes mesmo dos recordes de violência. De acordo com dados da Fundação Seade, em 1996, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes foi de quase 98. Esse número não chegou nem perto dos mais de 123, maior índice registrado, em 2001 (FILHO, 2006).

O Mapa da Desigualdade de 2018, realizado pela Rede Nossa São Paulo, mostra também que as moradoras do Jardim São Luiz sofrem 180 vezes mais agressões do que as moradoras dos Jardins, bairro nobre da capital paulista (GOMES, 2019).

A região de M'Boi Mirim possui 37 equipamentos de saúde, sendo 31 destas Unidades Básicas de Saúde. A região possui três OSs que administram os serviços de saúde, sendo que uma delas não administra UBSs, somente serviços de saúde mental.

Quanto aos registros dessa região:

Tabela 2 - Casos de violência notificados em M'Boi Mirim

Ano	2015	2016	2017	2018
<b>Masculino</b>	168	467	598	891
<b>Feminino</b>	292	829	1276	1628
<b>TOTAL</b>	460	1.296	1.874	2.519

Fonte: Área de Vigilância da Coordenadoria de Saúde Sul

A violência contra a mulher nessa região é ainda maior: 64,6% das vítimas são do sexo feminino e, em todas as formas de violência, a mulher é mais atingida do que o homem. Quanto à variável raça, também nessa região 57% das vítimas foram identificadas como pretas ou pardas.

Quanto às notificações realizadas no ano de 2018, de acordo com a natureza do ato, os dados obtidos foram:

#### **Violência Física – 1.269 casos**

A maior incidência está entre os 20 e 24 anos, com 295 casos; entre 25 e 29 anos foram registrados 254 casos; a faixa etária de 15 a 19 anos registrou 232 casos.

#### **Violência Psicológica/Moral – 101 casos**

O maior índice foi registrado entre 20 e 24 anos, 53 casos; seguido pela faixa etária de 30 a 34 anos, com 50 casos; entre 35 e 39 anos foram 45 casos.

#### **Violência Sexual – 109 casos**

Dos casos notificados, 35 estão compreendidos entre 10 e 14 anos; 33 entre 0 e 4 anos; 27 casos dos 5 aos 9 anos.

#### **Negligência/Abandono – 125 casos**

A faixa etária com maior número de casos registrados foi entre 0 e 4 anos, 53 casos; entre 15 e 19 anos foram 32 casos, e entre 10 e 14, 20 casos.

Outros dados da região que chamam a atenção: 6 casos de tráfico de seres humanos e 53 de tortura. Além desses, há casos de violência autoprovocada, 425 no total, sendo que a maior incidência está entre 15 e 19 anos, com 105 casos.

## 1.2 Procedimentos

### 1.2.1 Análise Documental

Busca a compreensão das diretrizes, valores e objetivos estabelecidos pelas políticas vigentes. A área temática Acidentes, Violências e Saúde, da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde<sup>5</sup>, possui uma série de publicações sobre o tema, com um amplo material técnico para auxiliar a compreensão e atuação de gestores e profissionais da área.

No que se refere às portarias e diretrizes, em âmbito nacional, a portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), que estabeleceu diretrizes e responsabilidades institucionais de cada ente da Federação; e, em âmbito municipal, destaca-se a portaria nº 1300/2015/SMS.G, que instituiu os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do município de São Paulo e a Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, documento que norteia a atuação dos Núcleos, publicado em setembro de 2015.

As Linhas de Cuidado têm sido construídas a partir de um dos princípios que compõe o SUS, a integralidade. Esse princípio envolve a promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma que as ações da assistência ambulatorial e hospitalar, voltadas para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, não sejam dissociadas. Assim, as Linhas de Cuidado servem para orientar o usuário sobre os caminhos a percorrer no sistema de saúde e as condutas a serem adotadas pelos profissionais (PAIM, 2012).

Conforme descrito na Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência,

A construção de uma linha de cuidado no campo da violência possibilita organizar os recursos de forma a facilitar o acesso, o cuidado e a proteção à pessoa em situação de violência, induzindo à integração das várias ações

---

<sup>5</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/violencia\\_acidentes/sobre\\_projeto.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/violencia_acidentes/sobre_projeto.php). Acesso em: 09 fev. 2020.

desenvolvidas na rede. Permite definir as competências em relação a cada serviço, estabelecer os fluxos e investir na educação permanente. Além disso, orienta os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social (SÃO PAULO, 2015, p. 18).

Além dessas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde também oferecem subsídios para a compreensão do fenômeno estudado.

### 1.2.2 Entrevistas Abertas

De acordo com Bleger (2003), entrevistador e entrevistado formam um grupo, no qual os integrantes estão inter-relacionados e a conduta de um interfere (conscientemente ou não) na conduta do outro. Assim, tanto a comunicação verbal como a pré-verbal – expressa por meio das atitudes, tonalidades afetivas da voz e timbre – intervém ativamente durante a entrevista. O par entrevistador e entrevistado diferencia-se de outros grupos pelo fato de seus integrantes possuírem papéis específicos, que tendem a cumprir determinados objetivos.

Bleger (2003) considera os processos de transferência e contratransferência como componentes fundamentais na situação da entrevista. O autor afirma que, na transferência o entrevistado atribui papéis ao entrevistador e comporta-se em função deles; na contratransferência incluem-se os fenômenos que aparecem como emergentes no campo psicológico do entrevistador, e as reações que o entrevistado provoca também devem ser interpretadas.

A entrevista aberta possui uma estrutura flexível, por meio da qual o entrevistado pode, na medida do possível, configurar o campo da entrevista de acordo com aspectos de sua personalidade (BLEGER, 2003). Apesar desse aspecto, o autor ressalta a importância de haver enquadramento e objetivos bem definidos norteando uma entrevista, que logicamente possui suas variáveis, uma vez que é um campo dinâmico e não fixo.

Segundo Bleger (2003), o estudo das entrevistas deve considerar então: a) os aspectos do entrevistador, que incluem sua atitude, aspectos de contratransferência e identificação; b) o entrevistado, com seus traços de caráter, defesas, ansiedades, transferência; c) a relação interpessoal, na qual se incluem a interação, o processo de comunicação, projeções, identificações, ansiedades.

Neste estudo, as entrevistas foram gravadas e, depois, transcritas. Primeiramente foi realizada uma leitura em atenção flutuante, a partir da qual foram assinaladas as falas que



pareciam significativas; uma segunda leitura foi feita, considerando-se o objetivo principal. Com as falas já assinaladas, foi feita uma terceira leitura, na qual foi possível identificar temas e questões que aproximavam ou distanciavam os entrevistados de acordo com sua percepção sobre as violências que se apresentam em seu cotidiano, os processos de trabalho, a existência ou não de ações intersetoriais e as dificuldades encontradas no dia a dia para a realização das ações de enfrentamento da violência nos territórios e para a implementação da política proposta.

O modo de compreender e compor as falas foram fundamentados em parte pela literatura específica e documentos pesquisados e orientados por concepções formuladas por Enrique Pichon-Rivière na psicologia social por ele postulada.

As entrevistas aconteceram nos próprios locais de trabalho dos participantes, em sala ou consultório reservado. Três entrevistas foram realizadas com gestores da área (E1, E2 e E12), sendo uma representante da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência na SMS/SP, uma representante da Coordenadoria Regional de Saúde da região sul e a terceira representando uma das Supervisões de Saúde. A questão disparadora para iniciar a entrevista foi: *Você poderia me falar sobre o trabalho realizado nos NPVs da Atenção Básica e como vê seus objetivos e condições institucionais para colocá-los em prática?*

Também foram realizadas oito entrevistas com trabalhadores da área da Saúde, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e que compõe os Núcleos de Prevenção de Violência. Foram quatro UBSs por Supervisão de Saúde, sendo que as UBSs 1, 2, 3 e 4 estão localizadas no território de Capela do Socorro; as UBSs 5, 6, 7 e 8 compõem o território de M'Boi Mirim. A escolha das Unidades foi realizada em função da localização e facilidade de acesso. A questão disparadora para os trabalhadores foi: *Você poderia me falar sobre o trabalho que você e a equipe desenvolvem no NPV? Quais as principais demandas e problemas que enfrentam? Quais formas de violência aparecem no dia a dia da Unidade e como você se sente e percebe o trabalho do NPV?*

Embora não tenha sido programada de início, após a seleção das UBSs, que respeitou o critério de localização, verificou-se a seguinte divisão: duas UBSs de cada OS no território de M'Boi Mirim; duas UBSs administradas por uma OS e duas UBSs de administração direta da SMS/SP no território de Capela do Socorro. Essa divisão trouxe informações que serão relevantes no contexto geral da análise quanto à implementação dos NPVs nos territórios.

Importante ressaltar que, no projeto original, haviam sido programadas também observações das reuniões das equipes dos NPVs; seriam duas reuniões, uma em cada território. Segundo a Linha de Cuidado de Atenção Integral às Situações de Violência (SÃO PAULO, 2015), a equipe das Unidades de Saúde deve discutir os casos com o objetivo de ter maior

clareza sobre a situação e então elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>6</sup>, considerando as peculiaridades envolvidas. No entanto, no momento em que a pesquisa de campo foi realizada (segundo semestre de 2018), nas unidades selecionadas para participar da pesquisa, nenhuma delas realizava essa reunião de maneira organizada e estruturada, o que inviabilizou essa proposta. Apenas uma delas tinha um cronograma de reuniões, a UBS 7, localizada no território de M'Boi Mirim; porém, a equipe do NPV passava por um processo de reestruturação, uma vez que teve que ser remanejada dentro do território, devido à ameaça de um usuário após uma denúncia de violência doméstica realizada pela equipe da Unidade. As reuniões estavam suspensas e duas representantes do NPV conversaram comigo.

Sendo assim, a pesquisa contou com 12 participantes: três que estão em cargos de gestão e nove representantes dos NPVs na Atenção Básica, em oito Unidades de Saúde.

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2018, com exceção da entrevista com a responsável pela Área Técnica na SMS/SP, devido à troca de gestão na Prefeitura de São Paulo, após as eleições de 2018, que culminou na troca do profissional que anteriormente ocupava essa função. Dessa forma, esta última entrevista foi realizada em julho de 2019. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para auxiliar em suas análises.

Após a autorização dos Comitês de Ética, as representantes das Supervisões Técnicas de Saúde dos territórios disponibilizaram os contatos dos gerentes de cada Unidade Básica selecionada para participar da pesquisa. Foi ofertado a todas uma conversa anterior à data da entrevista propriamente dita para que eu pudesse explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa; no entanto, apenas a UBS 2, localizada no território de Capela do Socorro, quis agendar essa conversa. Nas demais, os gerentes, quando contatados, já designavam o trabalhador que, na opinião deles, melhor representaria o NPV da Unidade. Desse modo, em um primeiro contato com os participantes, via telefone, pude me apresentar e falar sobre a pesquisa e seu objetivo. Desde o início, deixei claro que a participação seria de forma voluntária e que eles teriam sua identidade preservada.

---

<sup>6</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido pelo Ministério da Saúde como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, construídas a partir de discussões multidisciplinares, que visam a atender as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, considerando a singularidade de cada caso (BRASIL, 2008).

### 1.3 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), sob o parecer de nº 90905818.2.0000.5561, e pelo Comitê de Ética da SMS/SP, sob o parecer de nº 90905818.2.3001.0086, conforme determinado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 466/2012, com a finalidade de defender os direitos dos participantes das pesquisas e contribuir para o desenvolvimento de pesquisas dentro de padrões éticos.

Sendo assim, os participantes foram comunicados sobre a natureza, os objetivos e método da pesquisa, assim como dos potenciais benefícios e riscos e, estando de acordo em participar, deram sua anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>7</sup>. Além disso, estava prevista a assistência integral para atender possíveis danos que a pesquisa viesse a causar direta ou indiretamente.

A participação foi voluntária e os dados pessoais serão guardados em sigilo, inclusive na redação deste texto, para não expor a identidade dos participantes.

---

<sup>7</sup> O modelo do TCLE encontra-se no anexo.

## CAPÍTULO 2

### **SOBRE A VIOLÊNCIA E A SAÚDE**

O estudo sobre a violência continua nos mostrando as mudanças de sentidos e valores atribuídos aos fenômenos humanos ao longo da história, seja na relação do sujeito com ele mesmo, seja no âmbito de suas relações interpessoais, seja nas relações sociais e políticas. A importância do espírito democrático a partir do século XX para a formação do conceito sobre o que é violência na atualidade é apontada por autores como Domenach (1981) e Minayo (2006).

Por se tratar de uma pesquisa que discute a violência no setor da Saúde, como esfera política, os conceitos trazidos nos materiais oficiais norteiam toda a discussão aqui realizada. No entanto, por sua complexidade, a temática não pode excluir um debate mais aprofundado, que considere importantes reflexões e diferentes formas de compreensão a seu respeito.

Não pretendo fazer aqui uma ampla discussão sobre o tema no âmbito da psicologia e da psicanálise, mas me parece ser importante explicitar quais princípios guiam esta pesquisa. Aqui, agressividade e violência não são utilizados como sinônimos. A agressividade é compreendida como uma força vital que possui duas raízes: a motilidade é uma delas, ou seja, a tendência para movimentar-se, ainda durante a vida intrauterina, e obter prazer muscular com essa experiência; o amor voraz é a segunda, cujo objetivo é a satisfação das necessidades, o “que pode ser cruel, doloroso, perigoso, mas só o é por acaso” (WINNICOTT, 1995). Agressividade, portanto, é uma força vital que está a serviço da integração do ego, da satisfação das nossas necessidades e desejos essenciais, mas que também pode ser usada na proteção do Eu, quando este se encontra em um ambiente excessivamente invasivo.

A teoria winnicotiana ressalta a importância do ambiente – representado por um cuidador atento e afetivo, empático com as necessidades do sujeito – no processo de desenvolvimento emocional e na concretização da “capacidade de se preocupar” (WINNICOTT, 1983). Essa habilidade que, apesar de inata, necessita ser favorecida pelo ambiente para se consolidar, confere aos indivíduos a capacidade de se importarem com o outro e repararem suas ações, características fundamentais para pensarmos o ser humano em sociedade. Esse cuidado, que inicialmente é realizado pela família, vai gradualmente sendo ampliado à medida que nossas necessidades também aumentam e outros grupos sociais vão sendo inseridos, compondo o processo de desenvolvimento. Não encontrar no ambiente o suporte para lidar com as demandas do mundo interno gera sentimentos de desconfiança e

insegurança, prevalecendo o medo e a necessidade de proteção, e nos torna mais rígidos e menos tolerantes. Atitudes violentas e antissociais, segundo essa concepção teórica, podem ser compreendidas, então, como uma reação às falhas ambientais, à privação e à falta de continência para que o indivíduo possa integrar os diferentes aspectos de sua agressividade. Vale ressaltar que, em algum nível, todos vivenciamos falhas ou ausências e que, além das características próprias de cada organismo, a intensidade dessas experiências representa um importante aspecto para a formação da personalidade de cada um; cada sujeito tem sua maneira singular de significar suas vivências.

Isso quer dizer que, ao invés de ser vista como uma tendência inata do ser humano, uma inclinação humana para a destrutividade e a crueldade (FREUD, 2010), a violência, na perspectiva winnicotiana, reflete uma distorção dessa força agressiva constituída a partir das relações interpessoais e sociais.

Costa (2003, p. 39) afirma que a “violência é o emprego *desejado* da agressividade, com fins destrutivos”. Esse desejo pode ser consciente, deliberado ou pode ser inconsciente e irracional. É, portanto, a existência do desejo que diferencia a violência humana da agressividade animal; o sujeito violentado ou o observador percebem no sujeito violentador o desejo de destruição, de fazer sofrer, e a ação agressiva ganha o significado de ação violenta. Ainda, segundo esse autor,

A violência definida como agressividade e equiparada a um impulso instintivo termina por ser trivializada.

Esta banalização da violência é, talvez, um dos aliados mais fortes de sua perpetuação. Resignado à ideia, inculcada pela repetição do jargão de que somos ‘instintivamente violentos’, o homem curva-se ao destino e acaba por admitir a existência da violência, como admite a certeza da morte (COSTA, 2003, p. 44).

Sendo, portanto, um fenômeno humano, a violência é também um fenômeno social. As condições internas são fatores relevantes, mas não únicos, pela interdependência entre mundo externo e interno. É nessa interação entre indivíduo e sociedade, entre necessidades individuais e projetos coletivos de civilização, que a violência será olhada nesta pesquisa.

Como afirma Pichon-Rivière,

A sociedade está dentro e está fora, mas a sociedade que está dentro o está de uma forma particular para cada indivíduo. Podemos levar em conta a ação do meio sobre um indivíduo, bem como a ação do indivíduo sobre o meio, e isso em uma contínua espiral dialética (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 55-56).

Bleger (1984), em seus estudos sobre a conduta como um acontecer humano, ressalta que o ser humano não pode ser visto se não for em situações concretas; uma estrutura ou organização econômica em distintos momentos históricos da humanidade determinam um tipo particular de crenças, de relações interpessoais, normas jurídicas, etc.

Muitos autores têm discutido as mudanças produzidas na constituição da subjetividade dos sujeitos e nas relações sociais e interpessoais diante de um sistema que produz a necessidade do desapego, o sentimento de insegurança e vazio.

Deleuze e Guattari discutem em suas obras a ideia de uma subjetividade de natureza industrial, ou seja, essencialmente modelada, fabricada, massificada, consumida, produzida pelo capitalismo, em que as singularidades são capturadas como tentativa de controle social (GUATTARI; ROLNIK, 2017):

Tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística – tudo o que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam – não é apenas uma questão de ideia ou de significações por meio de enunciados significantes. Tampouco se reduz a modelos de identidade ou a identificações com polos maternos e paternos. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo (p. 35).

A ordem capitalística é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica. Ela incide nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de afeto etc. Ela incide nas montagens da percepção, da memorização e na modelização das instâncias intrassubjetivas – instâncias que a psicanálise reifica nas categorias de ego, superego, ideal de ego, enfim, naquela parafernália toda.

A ordem capitalística produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se transa, como se fala, e não para por aí. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro – em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo. Aceitamos tudo isso porque partimos do pressuposto de que esta é ‘a’ ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria ideia de vida social organizada (p. 51).

Uma das consequências do sistema capitalista na constituição da subjetividade do sujeito pós-moderno foi a individualização do desejo, segundo Guattari (2017). O processo de individualização é discutido também por autores como Beck (1997) e Bauman (2008). O sujeito pós-moderno é um sujeito de direitos individuais; ele constrói sozinho seu caminho, e seu sucesso ou fracasso, sua condição de saúde ou adoecimento são resultado de seus próprios

méritos, dos caminhos que ele decidiu seguir. Bauman (2008) aponta que a individualização provoca a desintegração da cidadania e do bem comum:

Qual é o sentido de interesses *comuns* a não ser que eles deixem que cada indivíduo satisfaça seu *próprio* interesse? Qualquer coisa que indivíduos possam fazer quando se juntam pressagia restrições à liberdade de perseguir o que consideram adequado para si e não ajudará em nada nessa busca. As duas únicas coisas úteis que se pode esperar e desejar do ‘poder público’ é que defenda os ‘direitos humanos’, ou seja, deixar que todos sigam seu próprio caminho e permitir que todos façam isso em paz – resguardando a segurança do corpo e dos bens de uma pessoa, trancafiando os criminosos em prisões e mantendo as ruas livres de ladrões, perversos, mendigos, intrusos maldosos e detestáveis (p. 67).

Outro aspecto que compõe a subjetividade na sociedade do consumo, fruto do sistema capitalista, segundo Costa (2003), é a crença num estado de prazer que só existe, obviamente, em nível ideal, pois essa perpétua insatisfação é o combustível do consumo. A consequência psicológica do sofrimento causado por essa moral do prazer é uma preocupação narcísica que tenta proteger o Eu desse estado de privação. Em função disso, o narciso de nossa época tornou-se tirânico e intransigente em relação a tudo e a todos que ameacem ou se oponham à satisfação imediata de seus desejos.

A maneira como percebemos o outro, o significado que conferimos às relações e às trocas afetivas, a possibilidade de lidar com as frustrações advindas da não satisfação de todos os nossos desejos em virtude do outro são alteradas e distorcidas pela ideologia do consumo. Como afirma Birman (2000, p. 24),

Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido de trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário para a implosão e a explosão da violência que marcam a atualidade.

Para além do esvaziamento do espaço público e coletivo e da dificuldade em lidar com a alteridade, a pós-modernidade e a individualização dos sujeitos trouxeram outras consequências, outras configurações de sofrimento e outras formas de expressão da violência. Byung-Chul Han (2019) afirma que na modernidade a violência assume uma forma psíquica, internalizada. A partir de autores como Bourdieu, Han traz o conceito de violência simbólica, que é exercida por meio das relações de poder e domínio. O sujeito da modernidade internaliza as instâncias de domínio exterior transformando-as em partes de si, tornando-se um sujeito obediente que mantém vigentes as relações de domínio de classes e de hierarquias. É uma

violência da negatividade, uma vez que é exercida pela classe dominante sobre a classe dominada, e produz indivíduos excluídos e dispensáveis. Já em relação à pós-modernidade, o autor defende que a característica central passa a ser o desempenho, e o que prevalece é a autoexploração; é a violência da positividade, que se faz passar por liberdade, mas a converte em coerção, cuja manifestação patológica é a depressão. Em suas palavras,

Contrariamente ao sujeito de obediência, o sujeito de desempenho é livre, pois não está submetido a ninguém. O que perfaz sua constituição psíquica não é o *dever*, mas o *poder*. Ele tem de ser senhor de si, não são ordens ou proibições, mas liberdade e iniciativa que determinam sua existência. O imperativo do desempenho converte a liberdade em coação; em lugar de exploração estranha entra a autoexploração, sendo que o sujeito de desempenho explora a si mesmo até ruir. Aqui, a violência e a liberdade coincidem. Com isso a violência torna-se autorreferente; aquele que explora é o explorado; o agressor é ao mesmo tempo a vítima (HAN, 2019, p. 182).

A violência autoprovocada mostra-se bastante expressiva, de acordo com os dados das notificações fornecidos pelas SUVIS, apresentados no capítulo anterior. Cada vez mais e cada vez mais cedo, crianças, adolescentes e adultos expressam sofrimento pela automutilação ou pelas tentativas de suicídio.

Embora Han (2019) coloque o *sujeito do desempenho* como um substituto do *sujeito da obediência*, essas duas formas de estar, perceber e agir parecem conviver lado a lado na atualidade. Ainda encontramos a sociedade do controle e da disciplina internalizada nos sujeitos e nas instituições. As prisões, as escolas e as instituições de saúde ainda ocupam esse lugar, conjugando controle e desempenho. A violência expressa enquanto relações de dominação, em que a vontade de uns está subordinada à de outros, revela que ainda há muita luta contra todas as formas de desigualdade em nossa sociedade.

## 2.1 Violência na sociedade brasileira

A sociedade brasileira é marcada por profundas desigualdades: econômicas, políticas, raciais, de gênero. Carrega em sua história a vergonha da escravidão e o aniquilamento da cultura indígena, por exemplo. No entanto, alimentamos um mito, denominado por Marilena Chaui (2017) como “o mito da não violência brasileira”. Segundo a autora, o autoritarismo de nossa sociedade naturalizou a violência, que se apresenta sobretudo de maneira velada, estruturada a partir de relações familiares de classes dominantes, com predomínio do espaço privado sobre o público, onde os benefícios concedidos a uma minoria também são percebidos



como naturais. A função do mito, segundo a autora, é a manutenção das desigualdades e das subjetividades produzidas; a criminalidade, as chacinas, o vandalismo e a desordem ficam como depositários da violência, enquanto as instituições políticas e sociais ocupam o lugar da impotência no seu combate. Assim, o conjunto dessas imagens cria dois grupos: os *portadores da violência*, de um lado, e os *grupos impotentes*, de outro.

Ressalto a importância de notar o aspecto perverso da violência, que coloca no lugar de vilão aquele que sempre teve seus direitos desrespeitados e violados, fazendo com que ele assuma a culpa por toda desordem causada. Quantos são os fatos em que essa distorção aparece no nosso dia a dia sem nos darmos conta? E, quando se toma consciência dessa situação, é difícil reverter as interpretações que são dadas justamente por conta da naturalização das desigualdades.

A negação dessa natureza violenta da nossa sociedade opera para manter o sistema exatamente do jeito como está. Para Chauí (2017), o Brasil está longe da concretização de direitos. A autora afirma que

Graças ao mito da não violência, deixamos na sombra o fato brutal de que vivemos numa sociedade oligárquica, verticalizada, hierarquizada, autoritária e por isso mesmo violenta, que bloqueia a concretização de um sujeito ético e de um sujeito político, isto é, de uma subjetividade e de uma intersubjetividade verdadeiramente éticas e da cidadania verdadeiramente democrática (CHAUI, 2017, p. 48).

Schwarcz (2019) também fala sobre a criação dessa história mítica que busca negar todo o histórico de exploração e violência sobre o qual o Brasil foi constituído, conferindo ao brasileiro a imagem de um cidadão avesso às hierarquias e democratizado. Em suas palavras,

Naturalizar a desigualdade, evadir-se do passado, é característico de governos autoritários que, não raro, lançam mão de narrativas edulcoradas como forma de promoção do Estado e de manutenção do poder (SCHWARCZ, 2019, p. 19).

O brasileiro geralmente associa a violência à criminalidade e à delinquência. Essas formas de violência, que assumiram papel predominante neste momento histórico, expressam características pós-modernas pela influência que possuem na movimentação econômica e seu valor lucrativo e sua organização em rede (MINAYO, 2005).

Para Minayo (2003), essas formas de violência enunciam uma ideologia dominante que mescla o consumismo como valor ao hedonismo, ao individualismo e ao imediatismo. A autora acrescenta que, diante de tais questões, a segurança pública terá pouco a fazer e não conseguirá

cumprir o papel que lhe foi dado no início do Estado Moderno, o de superar a tradição vigente de fazer justiça pelas próprias mãos.

Mas a questão da delinquência também traz à tona o que existe de mais autoritário e cruel do ponto de vista das relações de poder da sociedade brasileira, que inclui o jovem pobre pelo crime e o exclui do mercado de trabalho legal. “A violência que o jovem pobre e das periferias urbanas reproduz a partir de sua entrada no crime organizado tem relação com a violência do não reconhecimento que o acompanha desde o nascimento.” (MINAYO, 2005, p. 18).

Lima (2017), sociólogo e diretor do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), em entrevista ao site da Deutsche Welle, afirma que:

A população do Brasil, historicamente, é relegada ao salve-se quem puder e, em meio a isso, a perspectiva de ampliação de direitos assusta aqueles que, de algum modo, imaginam que conseguiram mobilidade por mérito ou herança. Somos uma sociedade que cultua a violência, o individualismo exacerbado e não valoriza a vida. Nosso futuro depende de reconhecermos na vida o nosso valor máximo a ser preservado e garantido.

## 2.2 Violência no setor Saúde

Para iniciar as discussões sobre a questão da violência no âmbito da Saúde, é necessário, antes de mais nada, a reflexão sobre a seguinte questão: a saúde é um direito fundamental ou um instrumento de poder?

O debate que se coloca aqui é sobre a percepção e o entendimento sobre o que é produzir saúde e a quem se destina. Encontraremos diversos interesses em jogo e diversas formas de conceituação.

Na modernidade, a medicina assumiu um papel de destaque, uma vez que a produção de uma população saudável e da qualidade de vida de seus trabalhadores seria um dos sinais mais expressivos da riqueza de um Estado. Birman (2009), com base no pensamento foucaultiano, afirma que

Se a promoção da saúde passou a ocupar essa posição axial, isso, no entanto, foi o correlato de uma nova configuração do campo social no qual o biopoder se constituiu pelo estabelecimento do campo da biopolítica. Com essa transformação fundamental, a *população* passou a ser o objeto por excelência do discurso da biopolítica. Isso porque a *qualidade de vida* da população tornou-se a fonte maior de *riqueza das nações* (BIRMAN, 2009, p. 25).

O corpo físico tornou-se um objeto político por meio do qual os interesses dominantes se expressam pela disciplina, pelo controle, pelo extermínio ou por meio da criação de subjetividades que moldam sua existência.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 2014, p. 144).

Em seus estudos sobre o nascimento da medicina social, Foucault (2014) ressalta que o corpo do trabalhador e a sua força de trabalho não foram o primeiro alvo da medicina; a medicina de Estado e a medicina urbana vieram antes. No começo do século XVIII, na Alemanha, a medicina social ocupava-se prioritariamente das taxas de natalidade e mortalidade, sem intervenções efetivas no nível de saúde, mantendo foco na força do Estado e em seus conflitos econômicos e políticos. A segunda direção da medicina social, a medicina urbana, que apareceu no final do século XVIII, na França, dirigiu sua atenção para a vigilância dos “amontoados”, para as aglomerações que a urbanização criou e para os aspectos ambientais (circulação do ar e da água) e de insalubridade que interferem nas condições de saúde. Foi no século XIX, sobretudo na Inglaterra, que a medicina se ocupou do corpo do operário, do controle da saúde das classes mais pobres para torná-las aptas ao trabalho. A Lei dos Pobres revela-se, ao mesmo tempo, uma maneira de ajudar e cuidar das necessidades de saúde dos pobres, assim como uma maneira de proteger os ricos de doenças trazidas pela pobreza, criando um cordão sanitário entre a burguesia e os proletários.

As práticas disciplinares e o domínio sobre os corpos colocaram-se a serviço das exigências do crescente e acelerado processo de industrialização e do capitalismo. O biopoder atua e se expressa no controle sobre a forma de desejar a vida e preservar a saúde, na normalização e padronização dos corpos, incluindo ou segregando indivíduos, distinguindo-os entre normais e anormais.

Todas as formas de existência que ameacem a manutenção do sistema, podem e devem ser isoladas ou até mesmo eliminadas. A medicina ocupa um lugar bastante estratégico na questão da normalização dos indivíduos, o que lhe confere um lugar de poder dentro da estruturação das sociedades, na manutenção das desigualdades ou, ao contrário, na luta contra as hegemonias.

Na sociedade brasileira, historicamente o cuidado em relação à saúde reflete os privilégios das classes sociais mais altas em detrimento dos mais pobres.

O Movimento da Reforma Sanitária, que se organizou a partir da década de 1970, trouxe à cena uma nova perspectiva para o trabalho em saúde em um país que até então não reconhecia direitos fundamentais para sua população. Segundo Arouca (1988 *apud* ESCOREL, 2012), a Reforma Sanitária continha valores para um novo projeto civilizatório da sociedade brasileira. Ela trazia um conceito ampliado de saúde, que está relacionado com as condições de educação, habitação, saneamento, trabalho, lazer, meio ambiente, ou seja, é parte integrante de um projeto de sociedade, que pressupõe o pleno exercício da cidadania. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986, reunindo mais de 4 mil pessoas, que discutiram e aprovaram a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, a elaboração de novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social (ESCOREL, 2012).

Paim (2008), que a define como uma *reforma social*, elege os seguintes elementos constituintes da Reforma Sanitária Brasileira:

a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p. 173).

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como *um direito de todos e dever do Estado* (art. 196). Em 1990 foi instituída a Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080, que estabelece princípios e diretrizes e regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. No entanto, a Constituição estabeleceu também que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, refletindo toda a ambiguidade em relação à disputa política e de projetos de civilização da sociedade brasileira.

Mas a verdade é que seguimos ainda na luta por esses direitos e na disputa com velhos conhecidos que desejam manter as desigualdades para a manutenção de um sistema. As mudanças de paradigmas e de conceitos estão vinculadas às mudanças subjetivas e de valores, que encontram suas resistências e precisam ser fortalecidas no dia a dia. De algum modo

estamos todos inseridos nesse contexto, partilhando em alguma medida desses valores; alguns se incomodam mais do que outros e alguns não se incomodam em nada.

Como nos lembra Guattari (2017, p. 157),

A democracia talvez se expresse em nível das grandes organizações políticas e sociais; mas ela só se consolida, só ganha consistência, se existir no nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos, em todos esses níveis moleculares, novas atitudes, novas sensibilidades, novas práxis, que impeçam a volta de velhas estruturas.

A falência ou a ausência de um Estado de Bem-Estar Social que enfrente as iniquidades geradas pelo sistema capitalista intensificam as demandas de saúde relacionadas à violência. O surgimento de políticas públicas de enfrentamento da violência reflete, ao mesmo tempo, o fracasso das políticas de garantia de direitos anteriores e a tentativa de modificar o entendimento acerca daquilo que denominamos violência, buscando desnaturalizar formas de relações hierarquizadas e que aprisionam singularidades, às quais nos submetemos sem nos darmos conta. Trata-se de um fenômeno histórico humano que, portanto, é produto e produtor de significantes e subjetividades.

Pensar em uma política que se ocupe do enfrentamento das situações de violência é sobretudo uma política de resistência dentro de uma sociedade em que os valores preponderantes são a competitividade e a individualidade.

### *2.2.1 Trajetória e conceitos da Violência na Saúde*

O aumento na incidência das taxas de morbidade e mortalidade ocasionadas pelas violências nas últimas duas décadas do século XX trouxe o assunto para o setor da Saúde, tanto pelo crescimento das intervenções realizadas nos serviços de emergência e internação quanto pelos efeitos a longo prazo relacionados a essas situações, ocasionando o comprometimento da qualidade de vida, da saúde física e emocional da população (MINAYO, 2003). Se anteriormente a violência circulava prioritariamente nos âmbitos da Justiça e da sociologia, ela passa a ser prioridade pelos números de vítimas que faz todos os dias no âmbito da Saúde.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizou, em 1994, em Washington, a Conferência sobre Violência e Saúde. Um dos importantes documentos desse evento declara que

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5 apud MINAYO, 2005, p. 10).

Também a Organização Mundial da Saúde (OMS), na 49ª Assembleia da Saúde, em 1996, declarou ser este um tema central de sua área e recomenda à região das Américas que a redução de violência esteja entre suas cinco prioridades (MINAYO, 2007). Com a divulgação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002) não há dúvidas de que o tema passou a fazer parte das preocupações das organizações internacionais de saúde, que indicam a necessidade de diagnóstico e estratégias de enfrentamento em cada país.

Além de conceituar o que a área compreende como violência, esse documento busca compreender as variáveis envolvidas no fenômeno e aprofundar o conhecimento sobre suas múltiplas formas de expressão. A violência, então, é definida como o

[...] uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

É caracterizada a partir de suas manifestações empíricas:

- Violência autoinfligida: são as agressões contra si próprio, como automutilação, tentativa de suicídio, ideação suicida.
- Violência interpessoal: são relações estabelecidas por meio de intimidação, discriminação, prepotência, agressões físicas. Causam danos físicos ou morais e emocionais, podendo ocorrer em dois âmbitos: 1. *Intrafamiliar* – ocorre entre os membros da família ou parceiros íntimos; 2. *Comunitária* – ocorre no ambiente social com pessoas conhecidas ou desconhecidas.
- Violência coletiva: são os atos violentos que ocorrem nas estruturas macrossociais, políticas e econômicas e que se caracterizam pela dominação de grupos e do Estado.

Outas formas de violência são definidas na literatura produzida nos últimos anos no Brasil:

- Violência Estrutural, definida por Minayo (2005, p. 24) como “os processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantém o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes”.
- Violência Institucional, definida por Souza et al. (2003) como toda ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte das organizações públicas ou privadas que prestam serviços aos cidadãos, reproduzindo as estruturas sociais injustas.
- Violência Cultural, que se expressa por meio de crenças e valores discriminatórios e preconceituosos, prejudicando e oprimindo os mais vulneráveis (crianças e adolescentes, idosos, mulheres nas relações de gênero, deficientes físicos e mentais, moradores de favelas, entre outros (MINAYO, 2013).

A violência também foi caracterizada pela maneira como se expressa, ou seja, pela natureza das ações (MINAYO, 2005):

- Abuso físico: uso da força física de forma intencional, com o objetivo de ferir, provocar dor, lesão ou sofrimento, podendo deixar marcas evidentes no corpo ou não.
- Abuso psicológico: agressões verbais ou gestuais com objetivo de depreciar, humilhar, aterrorizar, restringir a liberdade, causando danos à autoestima e à identidade, para atender às necessidades psíquicas de outrem.
- Abuso sexual: todo ato ou jogo sexual que visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual, contra sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência.
- Negligência ou abandono: omissão do cuidado em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa.

No Brasil, uma série de leis e portarias foram elaboradas, tanto em nível federal quanto estadual e municipal, como mostra o Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência no município de São Paulo, redigido em 2012, e a Linha de Cuidado à Saúde Integral da Pessoa em Situação de Violência (SÃO PAULO, 2015).

A portaria MS/GM Nº 737, de 16 de maio de 2001, criou a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que passou a ser referência em âmbito nacional para o enfrentamento do problema em nosso país. Diferentemente do relatório divulgado pela

OMS (KRUG et al., 2002), o Ministério da Saúde inclui os acidentes em seu texto, entendendo que tais eventos podem ser evitáveis e não intencionais, distinguindo-os, nesse sentido, do conceito de violência. Tradicionalmente os termos vêm juntos na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), no capítulo XX, que trata sobre as causas externas de morbidade e mortalidade. Dessa forma, a política afirma que o

[...] acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2002, p. 8).

Segundo Minayo (2005), existe certa dificuldade em interpretar determinados eventos de forma precisa, já que no ambiente de trabalho, no doméstico ou no trânsito, algumas ocorrências geram dúvidas quanto a sua intencionalidade, como as quedas, queimaduras e atropelamentos. No entanto, como elas poderiam ser prevenidas, justifica-se, para essa autora, sua inserção na Política Nacional.

No município de São Paulo, foi criado, em 2003, na gestão da prefeita Marta Suplicy, o Projeto Resgate Cidadão – Rede de Apoio à Vida em Situações de Violência, Urgência e Emergência. Em sua descrição, o projeto tinha como objetivo diminuir o índice de morbimortalidade provocado pelas situações de violência mais comuns, que segundo o documento eram as seguintes:

- Doméstica: o agressor faz parte das relações das vítimas no espaço doméstico;
- Sexual: muitas vezes associada a outras formas;
- Institucional: nos equipamentos sob a responsabilidade do SUS;
- Homicídio;
- Suicídio;
- Acidente de trânsito;
- No ambiente de trabalho: corresponde aos acidentes e às ações violentas geradas nas relações de trabalho (SÃO PAULO, 2003, p. 1).

Segundo o documento, foram realizadas 572 oficinas e capacitações para mais de 13.253 profissionais de diversas áreas, em parcerias com ONGs e universidades, com temas como:



construção do cuidado e do vínculo; violência e saúde; violência e acesso aos direitos humanos; anticoncepção de emergência; aborto legal; violência doméstica e sexual contra o idoso, a criança, o adolescente, a mulher e a pessoa com deficiência; violência associada ao uso de álcool e drogas; acidente de trabalho; suicídio.

Foi implantado no município, por meio da lei 13.671, de 26/11/2003, o Programa de Informações sobre Vítimas de Violência, para casos de violência suspeitos ou confirmados pelos serviços de saúde, atendendo, em especial, à necessidade de notificação e registro das situações de violência contra crianças, mulheres e idosos.

Nas gestões dos prefeitos José Serra (2005-2008) e Gilberto Kassab (2009-2012), a área passou a ser denominada Cultura de Paz, Saúde e Cidadania. Pelas informações existentes no site da prefeitura, um longo período se passou sem nenhuma ação mais incisiva dessas gestões. Apenas em 2012 foi elaborado o Documento Norteador de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência, com nova sensibilização dos profissionais. Nesse documento aparece a indicação para a formação de um núcleo de profissionais que seria responsável pela organização do atendimento e articulação de ações para a superação da violência dentro das Unidades de Saúde, o NPV. Ainda, segundo o documento:

O NPV deve desenvolver ações no sentido de minimizar o impacto da violência sobre os indivíduos, famílias e comunidade. Os profissionais do NPV precisam estar articulados com outras Unidades de Saúde em uma Rede Integral de Cuidados proposta pela SMS. É fundamental o esforço conjunto para desenvolver projetos de promoção da saúde que ajudem as pessoas em situação de violência a assumirem o papel de protagonistas em suas vidas. (SÃO PAULO, 2012, p. 17).

O Documento Norteador também sugere: a formação dos fluxos que os casos de violência devem seguir, tanto no cuidado à saúde, entre os serviços, quanto na garantia de direitos; as competências de cada nível administrativo, na própria SMS, nas Coordenadorias de Saúde ou Supervisões Técnicas de cada região; a importância do cuidado, considerando as singularidades dos sujeitos e os princípios de universalidade, integralidade e equidade dos SUS; o esforço por parte dos profissionais para reverem valores e crenças em busca de novos paradigmas que levem a novos modelos de cuidado; a importância de um olhar atento às questões raciais.

Entretanto, as questões específicas em relação à violência são tratadas de maneira genérica, sem menção às suas especificidades e tipos, sem considerar as diferentes etapas e

condições de desenvolvimento dos sujeitos, relações de gênero e as violências estruturais, deixando-se, assim, de realizar um debate mais aprofundado e técnico.

Em 2015, na gestão do prefeito Fernando Haddad, por meio da portaria nº 1.300 SMS.G, de 15 de julho de 2015, foi instituído o Núcleo de Prevenção de Violência nas Unidades de Saúde do município. Ainda em 2015, foi elaborada a Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, que adota os conceitos elaborados e divulgados pela OMS (KRUG et al., 2002) e estabelece alguns fluxos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e entre a rede intersetorial.

Após a divulgação desse material houve a formação de grupos mensais de discussão em todo o município, sendo que cada Supervisão Técnica de Saúde teve autonomia para definir o formato dos encontros. Estes ocorreram entre os anos de 2016 e 2017, aproximando a Área Técnica, as Coordenadorias e as Supervisões de Saúde dos profissionais. Dificuldades e necessidades puderam ser evidenciadas, dando subsídios para a construção das ações nos anos posteriores, que serão mais bem discutidas no capítulo 4.

A Linha de Cuidado define o NPV como a “equipe de referência do Serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz” (SÃO PAULO, 2015, p. 20). São atribuições da equipe:

- Articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência;
- Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços, utilizando o dispositivo de Projeto Terapêutico Singular e as tecnologias de cultura de paz;
- Promover e participar dos fóruns de discussões e das reuniões da rede local, que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde e cultura de paz;
- Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço de saúde, uma vez que o atendimento dos casos de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde;
- Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos nos atendimentos dos casos;
- Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento de saúde;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência que chegam aos serviços, caso o preenchimento da ficha ainda não tenha sido realizado;
- Ampliar a área de atuação dos serviços, por meio da criação de espaços de diálogo e de iniciativas educativas para a comunidade local. Essas

ações e projetos devem contribuir para a prevenção da violência e para a promoção de uma cultura de paz;

- Elaborar estratégias de trabalho junto às escolas, instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil, envolvidas com o tema localmente. (SÃO PAULO, 2015, p. 21).

O documento ainda ressalta que, em sua concepção, a integralidade do cuidado e a percepção ampliada da saúde são princípios organizadores da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, devendo envolver não apenas o tratamento do agravo, mas ações em que o respeito, a autonomia e empoderamento dos sujeitos estejam presentes.

## CAPÍTULO 3

### PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Apesar dos avanços nas discussões sobre a interdependência do social e das formas como as relações interpessoais são estabelecidas em determinados contextos históricos e políticos, e a influência desses fatores sobre a saúde dos sujeitos, trazidas pelo campo da saúde coletiva, ainda é um desafio romper com a hegemonia do pensamento organicista. Como discutir a prevenção de violência diante de um sistema econômico que gera tantas desigualdades? Quais estratégias podem ser pensadas dentro da área da Saúde? Este capítulo não tem a intenção de formatar respostas, mas de buscar subsídios para as ações de enfrentamento das violências.

A prevenção da violência no contexto da Saúde, segundo Minayo, Assis e Souza (2017) busca a efetivação de ações voltadas ao cuidado e proteção das pessoas, tanto no que se refere à superação das causas quanto a dos agravos ocasionados por tais eventos.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002, p. 3) afirma que

Os fatores que contribuem para respostas violentas – sejam eles de atitude e comportamento ou relacionados a condições mais abrangentes sociais, econômicas, políticas e culturais – podem ser mudados.  
A violência pode ser evitada. Não se trata de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências.

Segundo Assis e Avanci (2013), “prevenir a violência significa, por meio de uma providência precoce, antecipar, evitar ou tornar impossível que esse fenômeno aconteça” (p. 85). Baseado no relatório da OMS, citado anteriormente, esses autores chamam a atenção para a análise de fatores de risco e fatores de proteção, considerando aspectos individuais, relacionais, comunitários e sociais na prevenção da violência, e adotam os níveis de prevenção descritos e utilizados na saúde pública para intervenção:

- A prevenção primária se destina a evitar que a violência surja, atuando sobre os fatores que contribuem para sua ocorrência e sobre os agentes dela em tempo anterior à ação violenta.
- A prevenção secundária se realiza quando a violência já ocorreu. Significa respostas mais imediatas à violência, enfocando a capacidade de diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez.
- A prevenção terciária compõe-se de respostas mais a longo prazo, visando a intervir, controlar e tratar os casos reconhecidos, buscando reduzir os efeitos, as sequelas e os traumas; prevenir a instalação da violência crônica

e promover a reintegração dos indivíduos. (ASSIS; AVANCI, 2013, p. 87).

Entretanto, a prevenção de violência está intimamente ligada a outro conceito, o de promoção de saúde, que relaciona as condições de vida às condições de saúde, e está colocado como um dos princípios básicos da PNRMAV (BRASIL, 2002, p. 24), que são:

- A saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- O direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde;
- A promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

Segundo a Linha de Cuidado de Atenção Integral às Situações de Violência (2015, p. 13), a “prevenção da violência pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, uma vez que busca proteger e fortalecer indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades”.

A expressão “promoção de saúde” foi utilizado por Leavell e Clarck, em 1976, para caracterizar um dos níveis de atenção da medicina preventiva (atenção primária), mas vem mudando de significado ao longo do tempo (BUSS, 2000). O que caracteriza a promoção de saúde na modernidade é a intersectorialidade e a interferência dos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais para além das características e competências individuais e de escolhas de estilos de vida na produção de saúde.

A promoção de saúde, segundo Buss (2000, p. 167),

Sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment<sup>8</sup>) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

---

<sup>8</sup> Sem ter uma tradução específica, a expressão *empowerment* tem sido usada como empoderamento, que significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004).

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) foi um dos marcos no movimento da promoção de saúde, que se associa a um conjunto de valores, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Articula estratégias de ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção de Saúde entende que

[...] a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018, p.7)

Czeresnia (2009) destaca a complexidade e as ambiguidades presentes na discussão sobre o que é promover saúde, uma vez que esse entendimento reflete interesses e valores que se relacionam a poderes estabelecidos no contexto social e na própria medicina. Entre as dificuldades apontadas pela autora, encontra-se também a maneira pela qual o pensamento científico moderno busca alcançar o máximo de precisão e objetividade para dar conta de fenômenos relativos ao adoecer, tornando-se reducionista e desconsiderando os aspectos singulares e das subjetividades que envolvem essa experiência. “A saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer” (CZERESNIA, 2009, p. 46).

Assim também acontece quando nos referimos às pessoas em situação de violência. O estabelecimento e análise dos fatores de riscos podem fazer parte do processo, mas não conseguem atender as singularidades apresentadas em cada situação vivida e por cada indivíduo. Para reduzir a vulnerabilidade e fortalecer a capacidade de transformar contextos violentos é necessário que se invista em contextos intersubjetivos potentes, capazes de criar a experiência de diálogos simétricos e de estimular a autonomia e a solidariedade dos sujeitos (AYRES, 2010). Aqui se faz necessária a distinção entre os conceitos de risco e vulnerabilidade, que vêm sendo trabalhados no campo da saúde coletiva.

Ayres et al. (2009) destaca que o conceito de risco é fruto de um empenho técnico-metodológico da epidemiologia para isolar um fenômeno e tornar cada vez mais precisas as

variáveis independentes e dependentes, obtendo-se um controle cada vez mais rigoroso do grau de incerteza e do não acaso das associações estabelecidas.

O conceito de vulnerabilidade foi inserido no contexto da saúde para responder às demandas da epidemia da Aids nos Estados Unidos, em 1992, sendo originário do Movimento dos Direitos Humanos, e designava grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (AYRES et al., 2009). Na Saúde, o conceito de vulnerabilidade busca articular os saberes das ciências biomédicas e das ciências humanas, ressaltando dois aspectos fundamentais: a processualidade de todo agravo social e à saúde e a perspectiva necessariamente política de toda aproximação a esses processos. Ayres (2010) define vulnerabilidade como “uma síntese conceitual das dimensões individuais, sociais e político-institucionais, ou programáticas, relevantes para a prevenção ou redução de diferentes agravos ou carecimentos em saúde de indivíduos e coletivos humanos” (p. 63).

A experiência no caso da Aids mostrou que, ao substituir a identificação de *grupos de risco* por *comportamentos de risco*, a população não ficou mais dividida entre “indivíduos perigosos” e “indivíduos a se proteger”, e sim entre o perigo e a população exposta em geral. Ainda assim, para o enfrentamento da epidemia ficou evidente a necessidade de que as práticas de cuidado e as ações de prevenção deveriam sair do plano restrito à individualidade e passar para a organização comunitária, a construção de cidadania, o ativismo político, a ação jurídica, os direitos humanos (AYRES et al., 2009).

No campo da violência, assim como nos demais, as análises de risco podem trazer importantes indicadores para o estudo das vulnerabilidades. Além desse aspecto, Ayres (2010) aponta outros três fatores: *delimitação do agravo*, em que entram os índices de morbimortalidade por causas externas; *contextualização social*, que fala sobre a experiência individual e social do sujeito, a experiência humana trazida por aquele que vivencia a situação, seja população em geral, sejam profissionais; *o componente institucional*, que revela a maneira como as instituições definem e operam sobre o problema a partir das intervenções técnicas e políticas.

Prevenção e promoção, risco e vulnerabilidade são importantes conceitos que podem apresentar aspectos complementares entre si, mas também trazem à tona diferentes concepções sobre saúde, diferentes concepções ideológicas e políticas, diferentes maneiras de se posicionar em relação às necessidades humanas, ou seja, diferentes valores que norteiam condutas.

Essas contradições e ambiguidades são expressas nas políticas propostas, conforme apontam algumas análises encontradas sobre a Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que apresenta como objetivo principal ações de promoção à saúde, mas traz diretrizes que tangem iniciativas individuais dos trabalhadores, sem prever mudanças estruturais da organização do sistema de saúde (SAKATA; EGRY; NARCHI, 2014). Além desse aspecto, apontam a dificuldade da integração das várias instâncias de cuidado para a efetiva implementação da PNRMAV (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Da mesma maneira, a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2018), apresenta suas contradições e fragilidades, na medida em que pensa em ações individualizantes, apesar de ressaltar os determinantes sociais nas condições de saúde dos sujeitos, a intersetorialidade e as práticas coletivas. Segundo o texto expresso na política,

O processo saúde-adoecimento é decorrente de múltiplos e complexos aspectos, cabendo ao setor Saúde torná-los cada vez mais visíveis. Desta forma, na perspectiva da promoção da saúde, a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre a saúde e o adoecimento, com um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis (BRASIL, 2018, p.8)

No entanto, as ações específicas descritas pela política para a adoção de práticas alimentares saudáveis, redução do consumo de álcool e outras drogas, prevenção de violência e promoção da cultura de paz, entre outros, desconsideram o impacto da miséria e das desigualdades sobre as condutas dos sujeitos e colocam sob sua responsabilidade a adoção de um “estilo de vida mais saudável”. Como falar sobre promoção de saúde sem prever ações para a erradicação da fome e do desemprego? Como falar sobre empoderamento considerando práticas educativas que não estimulem os questionamentos e o autoconhecimento?

Campos, Barros e Castro (2004) ressaltam que a Política Nacional de Promoção à Saúde pretende colocar os sujeitos – usuários e profissionais de saúde – como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, o que não retira do Estado sua responsabilidade:

[...] uma Política Nacional de Promoção à Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de autorregulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das



responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 747).

A Organização Mundial da Saúde publicou em 2014 o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, destacando as ações da área sobre a violência interpessoal. O principal objetivo do estudo foi avaliar em que medida os países avançaram na implantação de programas, políticas e legislação para responder às demandas apresentadas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde de 2002.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência,

Todos os tipos de violência estão fortemente associados a determinantes sociais, como governança fraca; estado de direito fraco; normas culturais, sociais e de gênero; desemprego; desigualdade de renda e de gênero; rápidas mudanças sociais; e oportunidades limitadas de educação. Fatores transversais de risco, como facilidade de acesso a armas de fogo e a outros tipos de arma, e consumo excessivo de álcool também estão fortemente associados a múltiplos tipos de violência. Juntos, esses fatores criam um ambiente social propício para a violência e, na ausência de esforços para enfrentá-los, torna-se difícil alcançar os ganhos sustentáveis da prevenção. Portanto, qualquer estratégia abrangente de prevenção da violência deve identificar meios para atenuar esses riscos, ou fornecer proteção contra eles (OMS, 2014, p. ix).

Como forma de enfrentamento, o relatório sugere as seguintes estratégias: desenvolver relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças, seus pais e cuidadores; promover em crianças e adolescentes habilidades para a vida; restringir o acesso e o uso do álcool; reduzir o acesso a armas de fogo e armas brancas; promover a igualdade de gênero, a fim de prevenir a violência contra a mulher; investir em mudanças nas normas culturais e sociais que apoiam a violência; instituir programas de atendimento às vítimas, incluindo identificação e cuidados.

O relatório também aponta fatores de risco e reforça a inter-relação entre as diferentes formas de violência, trazendo como exemplo a experiência de crianças que sofrem rejeição, negligência, punição corporal severa e abuso sexual – ou que testemunham violência em casa ou na comunidade – e que estão em maior risco de se envolver em comportamento agressivo e antissocial em estágios mais avançados de seu desenvolvimento, inclusive comportamentos violentos na idade adulta.

Como visto em estudo anterior (SANTOS, 2011), a violência nas relações interpessoais e intrafamiliares possui aspectos inter e transgeracionais, é composta por experiências estéticas e corporais, de cuidado – por sua vez, atravessadas por questões sociais e políticas, que

compõem nossa subjetividade e a maneira como percebemos a nós mesmos, o outro e o mundo. Em muitas situações, a violência se associa ao afeto e se torna uma forma de comunicação distorcida e perversa, por meio da qual aquele sujeito se reconhece e se expressa. Sendo assim, quando pensamos em prevenção de violência interpessoal, trazer informações, comunicar e orientar pode ser um disparador para esse trabalho, mas talvez não consiga responder às demandas subjetivas; estas necessitam do experimentar, de novas vivências, novas formas de estar com o outro e no mundo, ressignificando a percepção que se tem de si e do outro.

Para que isso ocorra, o acesso aos afetos é fundamental, sem isso não há mudança na percepção e no comportamento. Isso pode ocorrer por meio do resgate da história pessoal e da história da comunidade, de valores e saberes instituídos e, ainda, por meio da relação que o profissional de saúde venha a estabelecer com aquele sujeito que está sob seus cuidados. Esse encontro pode ser potente e transformador para ambos, se houver abertura. É a partir de experiências concretas que novas subjetividades podem ser construídas. Segundo Bleger (1984), toda conduta é um acontecer humano que revela experiências e relações interpessoais inseridas num dado momento histórico e político, que podem ser retificadas por novos vínculos, novas formas de estar e se relacionar com o outro.

### 3.1 Atenção Básica e o cuidado à saúde

A expressão “Atenção Básica à Saúde” foi empregada pelo Movimento Sanitário Brasileiro, buscando uma diferenciação ideológica do modelo reducionista de atenção primária implementado no Brasil, que não seguiu a concepção integral presente na declaração de Alma-Ata<sup>9</sup> e ofertava um sistema de atendimento restrito e seletivo ao invés de um sistema público universal, embasado por uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018).

A Atenção Básica no Brasil é definida como (BRASIL, 2012, p. 19)

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na

---

<sup>9</sup> A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma-Ata (1978), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), foi um marco mundial para a atenção primária. A concepção de atenção primária à saúde na declaração de *Alma-Ata* contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade entre a saúde e o desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

### A Política Nacional ainda afirma que a Atenção Básica

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012, p. 19).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial adotado pelo Ministério da Saúde, desde 1994, tendo iniciado como Programa Saúde da Família (PSF). Fundamenta-se no trabalho de equipes multidisciplinares e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população.

O modelo da ESF busca favorecer a aproximação entre a Unidade de Saúde e as famílias, promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, pela via do cuidado longitudinal, e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, o potencial de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local.

A implantação da ESF no município de São Paulo teve como marco o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), iniciado em 1996, com uma experiência local, no extremo leste da cidade, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde (OSS). No entanto, a implementação do SUS no município foi bruscamente interrompida pelas gestões de Paulo Maluf e Celso Pitta, que mantiveram o modelo centrado no cuidado médico imediato e em consultas individuais, descaracterizando as ações da Atenção Básica, com o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), apresentando poucos resultados no que se refere à melhora nos índices de saúde.

Foi somente em 2001, com a municipalização do Sistema de Saúde, que as equipes do QUALIS passaram para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio de convênios firmados com instituições da sociedade civil<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Disponível em:

<http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>. Acesso em: 20 nov. de 2019.

O PACS foi criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, e a profissão foi regulamentada em 2002 (lei 10.501). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional escolhido no interior da própria comunidade para atuar com a população, fortalecendo os elos entre comunidade e serviço de saúde. Conforme a PNAB (2012), além de cadastrar as famílias da sua área de abrangência e orientar quanto aos serviços disponíveis na Unidade, os ACSs devem: programar, em conjunto com a equipe, visita domiciliar a todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Em São Paulo, cada equipe de ESF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS. Nessa composição, também estão previstas equipes de saúde bucal com dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal.

Com vistas a ampliar a abrangência e as ações oferecidas pela Atenção Básica, foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, buscando contribuir para a maior integralidade nos cuidados à saúde. Atualmente os Núcleos são regulamentados pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), são exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Segundo informações do site da Prefeitura de São Paulo<sup>11</sup>, até 2010, o município tinha cobertura de 43,3% de ESF, sendo este o último dado oficial encontrado nessa plataforma. No ano em que a pesquisa foi realizada, 2018, segundo dados fornecidos pelas Supervisões Técnicas de Saúde, o território de M'Boi Mirim já tinha implantado em 100% das Unidades

---

<sup>11</sup> Disponível em:

<http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>. Acesso em: 11 jan. de 2020.

Básicas esse modelo de Atenção Básica; em Capela do Socorro a ESF estava presente em 90% das Unidades.

Por ser definida como a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica possui um lugar estratégico no acesso aos usuários. A proximidade com a comunidade, bem como o caráter longitudinal de cuidado às famílias possibilita maior vínculo com os usuários e conhecimento sobre necessidades específicas de cada região. Por esse motivo apresenta-se com grande potencial para o enfrentamento da violência e para as ações de promoção de saúde.

## **CAPÍTULO 4**

### **OS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Neste capítulo, o olhar está centrado sobre o que emergiu nas entrevistas realizadas, aspectos que nos parecem relevantes na condução da implantação e implementação de políticas voltadas ao enfrentamento da violência na Atenção Básica à Saúde. O olhar está orientado pelos referenciais teóricos apresentados, considerando aspectos das subjetividades dos sujeitos e as estruturas institucionais, dialeticamente constituídos. A discussão articula as demandas que se apresentam no âmbito técnico-assistencial com o que está prescrito nas leis e normas, âmbito jurídico-político, considerando os referenciais, conceitos, valores e ideologias que atravessam as práticas e estão inseridas nos âmbitos teórico-conceitual e social-cultural.

As leituras das entrevistas revelaram alguns temas em comum – cenas de um cotidiano que se repete nas Unidades, desafios que os profissionais compartilham e que revelam fragilidades tanto na dimensão da micropolítica quanto da macropolítica. A percepção dos profissionais sobre as violências, as condições institucionais para lidar com essa problemática e as variáveis envolvidas para a efetivação da política são expostas e analisadas.

Dessa forma, inicio a discussão sobre a implementação dos NPVs trazendo a maneira como os profissionais percebem e nomeiam as violências com as quais precisam lidar em seu dia a dia. Em seguida, discuto a maneira como a prevenção de violência é vista pelos trabalhadores e gestores, considerando que essa é uma das ações a serem executadas pelo Núcleo e, em seguida, os desafios colocados para as ações de enfrentamento nos territórios e a consolidação dos Núcleos nas Unidades. Na última parte deste capítulo, apresento os avanços obtidos desde a publicação da portaria nº 1300/2015/SMS.G, de 15 de julho de 2015.

#### **4.1 A violência no dia a dia na Atenção Básica**

A violência se expressa de muitas formas no dia a dia do trabalhador da saúde que está na Atenção Básica: aquelas que são identificadas nos territórios, pela ação do tráfico ou pela precariedade de recursos básicos, as intrafamiliares, “trazidas” pelos usuários, e ainda a aquela vivenciada pelo trabalhador em sua função.

Atualmente, as UBSs que são de administração direta da prefeitura sofrem com a escassez de profissionais e com a precarização dos serviços. A violência institucional gera um sofrimento importante e se mostra em relatos como este:

*E5: [...] Diariamente nós somos violentados, os usuários, os servidores, todos nós, por todas as formas de violência. Nós sofremos desde agressão verbal à falta de condição de trabalho, à violência física mesmo, porque já ocorreram agressões aos médicos, fisicamente. O balcão é atacado o tempo todo porque eles não atendem o esperado pela população, que é o mínimo: a marcação da sua consulta, um horário, e isso não tem; então eles são desrespeitados e automaticamente nos desrespeitam. E isso é uma violência diária, é rotina. Talvez a gente se acostume com isso e vai só reproduzindo, a gente recebe, devolve da mesma forma e isso é crescente. Entendo que seria necessária a sensibilização das pessoas, mas a sensibilização também só é possível quando você é respeitado, porque você não está sensível quando você está sendo agredido, coagido, forçado. As condições de trabalho são ruins, nós somos uma Unidade direta, não temos um quadro de profissionais suficiente, então acaba trabalhando no limite, sobrecarregada, e toda essa questão de defender o outro não existe quando a gente não se percebe, o olhar para o outro também é muito difícil quando a gente não consegue se ver respeitado como uma pessoa importante, um servidor público. Nós deixamos de ser. As pessoas chegam e te tratam de qualquer forma, você só reage, então você não está servindo, você não está fazendo sua função. Acho que seria importante trabalhar a questão de cada um dentro do processo, porque todos fazem parte, desde o segurança até a pessoa que faz o agendamento externo, todos.[...]*

*K: Como você se sente nesse dia a dia?*

*E5: Ai... Cansada. Cansada, porque talvez eu pudesse falar 'impotente', mas eu não me vejo dessa forma porque eu acho que eu tento até o meu limite, até dentro do que eu posso, do que eu não posso... Então impotente não, mas cansada. Porque você vai ali sozinha numa batalha e que às vezes você fala: 'meu Deus! Não tem fim!'. E não tem sucesso, né, porque são muitos casos. E como eu te falei antes, a violência, ela não é percebida quando você não conhece e as pessoas não conhecem. Elas são violentadas diariamente por desconhecer, por ter uma postura diante disso. São os funcionários, os servidores que estão trabalhando em condições péssimas de trabalho, pondo em risco a saúde deles. Às vezes é o sustento de uma família inteira, porque é uma pessoa que está frente a uma família, vai ficar afastada por conta de um problema de saúde que adquiriu aqui dentro. Porque ela não sabe até onde pode ir, ela tem medo de dizer 'olha, eu não posso trabalhar nessa sala sem iluminação, com toda essa umidade! Então se eu não tiver onde trabalhar eu vou ficar sentada aqui, porque eu tenho meu horário para cumprir, então vou ficar sentada aqui'. Porque ela tem medo. Ela tem medo até de ser advertida, de levar uma bronca, sei lá, e não se posiciona porque talvez ela pense 'mas eu posso enfrentar isso, é*

*frescura!'. Então eu acho que também existe essa falta de entendimento da própria pessoa, o que dificulta lidar com o outro.*

Com base nos ensinamentos de Dejours, Scarcelli (2017) fala sobre o trabalho prescrito e o real e o sofrimento causado pelo distanciamento entre essas duas instâncias, devido a uma organização de trabalho que não condiz com projetos, desejos e expectativas do profissional. A impossibilidade de se ver criativo no processo de trabalho e o fato de ter que se adaptar a uma estrutura que não contempla suas demandas, muitas vezes, geram um sentimento de fracasso e incapacidade.

Diante de uma realidade em que as necessidades dos profissionais não são consideradas, como acontece o cuidado do outro? Trabalhador e usuário estão sendo violentados por não terem seus direitos garantidos. De um lado, não estão sendo considerados o direito a ter um local de trabalho que ofereça condições físicas adequadas e processos de trabalho organizados; de outro, o usuário vê-se ameaçado por não encontrar sua necessidade atendida no momento em que precisa desse cuidado. Toda essa precariedade torna a empatia quase uma utopia em alguns serviços. Ter suas necessidades básicas atendidas, sentir-se acolhido, é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança. No entanto, esse vínculo está continuamente sendo colocado à prova, sob ameaça, uma vez que o SUS também está sob constantes ataques.

O subfinanciamento do SUS tem sido apontado por Mendes e Carnut (2018) como um problema crônico, de todas as gestões, desde que foi implementado. Reflete a contradição entre os interesses do sistema capitalista e a proposta de um sistema universal, que considera a saúde um direito de todos. A proposta de um novo modelo de financiamento para a Atenção Básica, feita pelo atual governo, coloca ainda mais em risco a universalidade do SUS, pois restringe o repasse de verba ao número de pessoas cadastradas.

Nos territórios pesquisados só havia duas Unidades que ainda estavam sob administração direta da prefeitura no ano em que as entrevistas foram realizadas (2018). A partir deste ano (2020), ambas passarão para gestão da OS que está na região. A falta de profissionais era um problema com o qual essas Unidades tinham que lidar diariamente. A tensão entre os trabalhadores e a população, seja pela falta de profissionais, seja pela alta rotatividade, possui um impacto direto na qualidade do atendimento e na relação que se estabelece entre os serviços e os usuários. A insegurança permeia as relações e a violência entra em cena para expor toda essa fragilidade.



Como nos lembra Scarcelli (2017), áreas como a Saúde e a Educação mobilizam afetos, dúvidas, inseguranças, frustrações e expectativas de ambas as partes devido à estreita relação que se estabelece entre quem oferece o serviço e quem é o beneficiário. A miséria, a ausência de recursos básicos para a população e toda a violência estrutural a qual essas famílias estão submetidas trazem demandas que vão muito além da área da Saúde e geram muita angústia entre os trabalhadores:

*E10: Então assim, chegam as demandas, demandas sociais, porque não tem comida, não tem condições financeiras de ir no CAPS e, mesmo chegando, e você sabendo que não vai resolver, mas se tem alguém que consegue direcionar, né? Por exemplo, tem um caso de um senhor de 90 anos que veio da Bahia, com a irmã, a sobrinha e uma criança. Não tinha praticamente comida em casa, e ele estava com tuberculose. A outra senhora que era cuidadora tinha deficiência visual, e a mocinha tinha outra deficiência, uma deficiência intelectual, alguma coisa que ela não conseguia... Então era assim, muita prioridade numa família só, e ainda tinha uma criança. Então eu fiquei um pouco abalada. A gente tem que resolver.*

*E9: Depois a gente descobriu que essa irmã era alcoolista, não dava pra deixar dinheiro.*

*E10: E quando ela veio atrás de mim dizendo que estava sofrendo violência sexual, eu não pensei duas vezes, vou levar ela pra Casa Sofia<sup>12</sup> pra gente ver se consegue um abrigo. Só que a família não tinha condições, e ela não conhecia nada por aqui. Aí eu falei pra ela vir na hora do meu almoço e levei ela lá. Porque até acionar o CREAS<sup>13</sup>... Como é perto, eu falei: 'eu levo você lá'. E ela começou a frequentar, seguir as orientações, foi pra delegacia, fez B.O., eles arrumaram um abrigo pra ela. Então naquele momento era o que a gente tinha pra oferecer. A gente precisava ir na casa todo dia fazer a medicação para o senhor que estava com tuberculose, porque ele estava muito fraquinho, não conseguia vir para a Unidade, estava desnutrido. São casos que a gente consegue articular com a rede e quando consegue é um alívio para a equipe.*

*E6: Aqui a gente tem que se cuidar também, tem grupo de meditação, porque tem muita gente afastada da equipe também por problema psiquiátrico, stress. Tem auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário...*

---

<sup>12</sup> Equipamento vinculado à Secretaria de Assistência Social para atendimento de mulheres em situação de violência.

<sup>13</sup> A sigla se refere ao Centro Especializado de Assistência Social, política de Assistência Social, onde são atendidas pessoas ou famílias que tiveram seus direitos violados ou estão em situação risco social.

O profissional, muitas vezes, vai além do que está descrito em sua função na busca por uma resposta que possa auxiliar o outro. Essas ações são importantes porque encontram diferentes saídas e respostas, mostrando a potência de um trabalho vivo. No entanto, respostas institucionais, que deem amparo às ações dos trabalhadores precisam ser articuladas, uma vez que ações individuais isoladas acabam expondo o profissional, além gerarem todo o desgaste emocional que compromete sua saúde. Isolado, o profissional entra em sofrimento.

O modo como a violência urbana e estrutural atinge a população em geral e os profissionais de saúde é tema de um estudo realizado por Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017). Os autores concluem que tanto as situações de risco como a rotina de atendimento, na qual os profissionais têm contato cotidiano com o sofrimento dos usuários, em função do cenário de violência, acarretam traumas e possuem impactos em sua saúde mental, além de provocarem a alta rotatividade de trabalhadores nos serviços. Portanto, considerar o que mobiliza o profissional e de que modo isso o afeta ao lidar com situações em que várias violências se sobrepõem, como essas narradas acima, deve fazer parte do processo de implementação da política.

O contato com a violência urbana pela atuação do crime organizado e do tráfico no território foi expresso nas entrevistas. Faz parte do trabalho aprender a lidar com os limites impostos pela ação do “poder paralelo”, adaptar-se às regras impostas por eles, lidar com o medo, a angústia e o terror. A necessidade de um suporte institucional e de outras instâncias para essas questões precisa ser considerada:

*E4: A violência propriamente dita acontece ali por conta do domínio do tráfico e tudo mais. Eles não têm um líder, porque tem vários líderes, e isso dificulta bastante o trabalho na região, o trabalho com a violência propriamente dita, por conta disso, porque são violentos entre eles.*

*E7: [...] as pessoas tinham muito medo de mandar para uma Unidade e assumir que foi ela que pegou o caso, quando envolve alguém que é ‘dono de boca’, algum traficante. Então se instituiu um comunicado geral que não precisa ser assinado, é institucional. [...] A gente já teve caso, por exemplo, da enfermeira verificar que a criança estava com as vacinas atrasadas, com essa cultura agora de não vacinar. Às vezes, a gente vai até em casa e a pessoa recebe a gente já ‘armada’. A gente já teve enfermeira que quando chegou aqui já tinha recado do cara lá do movimento que era para ela não voltar lá, que ela não voltasse lá para cobrar e falar desse assunto. Então, assim, é raro de acontecer, essa enfermeira já saiu daqui. Isso é raro acontecer, mas quando acontece o profissional que está na área fica receoso, intimidado.*

*E11: Quando diz respeito a territórios onde envolve o tráfico, você tem que ter cautela, tem que ter respaldo.*

*E10: Por exemplo, a gente tinha um caso que começou pelo matriciamento do Núcleo, a S., ela tem três filhos, tem 38 anos, e a família veio, porque os pais são usuários de substância, dependentes químicos, então tinha uma queixa que o pai tinha abusado das três. O pai veio querendo um laudo, porque senão o pessoal ia catar ele na área...*

*E9: O poder paralelo. O poder paralelo aqui funciona que é uma beleza!*

Como nos lembra Birman (2009), diante de um cenário de tantas desigualdades e não podendo contar com a presença do Estado como mediação fundamental no campo social, a vida se reduz à cruel condição de vida nua, o brasileiro se volta para o imperativo de sua sobrevivência biológica. Em suas palavras,

A criminalidade e a violência no Brasil contemporâneo são emblemas desse processo, na medida em que o Estado perdeu não apenas a sua soberania diante das forças hegemônicas do capitalismo internacional, como também restringiu bastante o seu poder de governabilidade sobre o seu território. Possibilitou, assim, que parcela significativa da população fosse reduzida à condição de vida nua, que lança mão da violência como estratégia de sobrevivência (BIRMAN, 2009, p. 258).

A complexidade dos casos é enorme, as situações de violência são diversas. O profissional é exigido tanto tecnicamente como emocionalmente. A dificuldade em identificar e diferenciar situações de violência com questões de saúde mental ou, ainda, situações de negligência com questões de falta de recursos dos familiares é um dos grandes entraves desse trabalho, uma vez que o limiar entre essas questões é sempre muito tênue:

*E10: Na reunião eles falaram desse e de um caso da equipe 5 que era muito agressivo. A UBS, a gerência, demorou muito tempo para tomar uma atitude para resolver o caso. Teve que chamar a polícia para ele. Você lembra dele?*

*E9: Houve uma questão muito curiosa porque teve um dia que ele veio em surto, a funcionária da recepção estava atendendo uma moça com um bebê recém-nascido e aí ela agiu como qualquer mãe agiria, ela foi extremamente agressiva verbalmente com ele.*

*K: Ele é um paciente com questões de saúde mental, na verdade?*

*E9: É. E aí ele foi embora e nunca mais voltou. É esse?*

*E10: Não, acho que não. Eu sei que os ACSs tinham muito medo desse paciente, já tinha uns dois anos que os ACSs mudaram de caminho e foram informando aqui pra UBS, para os gestores... Esse paciente, ele*

*xingava muito os ACSs. Teve uma que falou: 'eu mudei o caminho para minha casa'. Por exemplo, tem uma base (policial) aqui, então os policiais já sabem...*

*E9: Então, mas foi ele mesmo. Porque a funcionária gritou com ele, utilizou termos que muita gente achou estranho, mas foi a forma que ela se defendeu porque ele já tinha agredido uma funcionária na recepção, jogou uma cadeira nela.*

*E10: Então esse caso já estava há muito tempo com agressão...*

*E9: Ele quebrou um monte de coisa e a gente falava 'vamos chamar a polícia'.*

*K: Ele não estava em tratamento?*

*E9: Não. Mas aí, depois desse dia, houve esse confronto e, por incrível que pareça, ele saiu daqui e foi direto para o hospital do Campo Limpo e pediu para ser internado porque ele estava fazendo mal para os outros.*

*E4: A gente começa a perceber coisas dentro da estrutura familiar que é inerente da violência, uma criança que tem um problema de aprendizado e ninguém consegue acolher de uma forma que entenda essa particularidade. Chega pra gente como uma dificuldade de aprendizagem e aí você vai 'cavucando' e você vê que ele vive num ambiente violento. A gente tem bastante negligência porque os pais precisam trabalhar... Chega em casa a criança está sozinha, e não enxerga isso como um ato violento também.*

É fundamental refletir e distinguir quais necessidades estão embutidas quando nos deparamos com situações de violência, porque elas requerem diferentes condutas, caminhos e respostas na atuação, embora haja algo em comum no que se refere ao dano causado, ou seja, alguém teve seu direito violado e isso tem uma consequência que pode ser física, emocional, etc. No entanto, o que acarretou esse último fato traz embutidas violações anteriores, seja pelo não acesso a um tratamento, como no primeiro caso, seja pela ausência de suporte social para os pais que não têm onde deixar os filhos enquanto trabalham, como no segundo. Nesse sentido, a discussão sobre negligência em um país como o Brasil deve ser feita de maneira cautelosa.

Essa complexidade é bastante presente em situações de violência, porque elas trazem histórias e subjetividades construídas sobre dores antigas e/ou atuais. Em algumas situações um ato violento pode representar um pedido de socorro que não está sendo ouvido; uma forma distorcida de pedir ajuda, como nos ensina Winnicott (1995).

As violências nas relações interpessoais – contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e mulheres – são citadas pelos participantes. Ressalta-se, no entanto, que apesar de ser mencionada, a violência contra o idoso quase não é notificada, conforme os registros apresentados pelas unidades de vigilância sanitária das Supervisões pesquisadas.

*E6: O caso que tem de abandono de idoso, o SASF<sup>14</sup> veio participar também desse acompanhamento, porque a família diz que não tem condições, mas aí se for ver ele não sai sozinho na rua, não tem horário para dormir, não tem horário para comer, não tem horário para nada. A família teve que ser notificada, 'olha, o que está acontecendo? É o pai de vocês'. Teve comportamento inadequado no passado, mas e daí? Alguém tem que tomar conta.*

*E5: Por exemplo, ontem eu recebi a solicitação de um hospital, de uma criança internada, um abscesso por conta de um problema odontológico. Então a assistente social entrou em contato comigo e falou: 'Olha, o médico vinculou a alta hospitalar ao atendimento odontológico'. Então eu fui conversar com a dentista para ver o que ela pode fazer. Eu fui até lá, conversei e ela falou: 'Não, tudo bem, pode trazer essa criança amanhã, das 7h30 às 8h, e eu faço avaliação'. Aí ela fez hoje, a criança saiu do hospital, veio, fez avaliação e voltou para o hospital. Aí eu fui até ela para perguntar: 'E aí, o que você avalia?' E aí pela nossa conversa, pelo histórico, essa criança, ela poderia ter morrido, porque ela tem um acúmulo de pus, de secreção, muito grande e poderia ter causado uma infecção muito maior, e isso foi visto quando? A pessoa que internou essa criança não era a mãe, não era alguém que poderia estar ali... A criança não tem o controle de falar 'Ai, está doendo, mas eu vou ficar quietinha'. Ela tem sete anos, então ela deveria estar sem comer, chorando de dor por muito tempo. E ninguém viu? Isso é um caso de desrespeito, negligência, violência...*

*E9: É um caso de uma família que reside aqui na área, aqui na rua. Tem um casal com dois filhos, acho que um de quatro anos e outro de três anos. A gente via que a esposa vinha com o marido nas consultas, ela raramente vinha sozinha. E foi sendo trabalhada a questão da violência doméstica. Depois chegaram alguns dados de que eles eram do Piauí. Ele a trouxe de lá, não sabemos até que ponto o que ele falava era mesmo. Ele falava que a encontrou na zona de baixo meretrício. Mas a gente teve uma capacitação na semana passada que fala o quanto é comum esse tipo de dado quando há violência patrimonial. Ela vinha pedindo ajuda, porém havia uma certa resistência porque ele sabia onde a mãe dela morava e, é claro, dois filhos. Ela veio com 17 anos para cá, não tem profissão, ela mora numa casa que é da família do companheiro...*

A violência autoinfligida (autoprovocada) é citada de maneira direta ou, ainda, indiretamente, quando os entrevistados mencionam as ações que são desenvolvidas nas Unidades, como as ações realizadas nas escolas no mês do combate ao suicídio, o que será mencionado mais adiante.

---

<sup>14</sup> A sigla se refere ao Serviço de Assistência Social à Família, política da Assistência Social, relacionada à proteção básica e à prevenção.

A violência contra a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) e a violência racial são citadas de maneira superficial em apenas duas Unidades:

*E6: Tem as questões de gênero também, sexualidade, tem alguns casos referidos. Muito discurso suicida. Já levei alguns casos para os CAPS, fizemos visitas compartilhadas.*

*E9: Eu tenho esse cuidado em relação aos colegas também, a gente teve uma violência com uma funcionária aqui, um paciente que foi extremamente violento com a questão racial, questão de gênero, enfim. E por isso eu falo da ausência da gerente, porque ela não quis fazer o B.O.*

Além dos desafios que tornam esses grupos mais vulneráveis, como a desigualdade, a fragilidade dos vínculos sociais e familiares e o desemprego, a população LGBT enfrenta inúmeros desafios relacionados a valores e padrões heteronormativos, que segregam e excluem quem não se enquadra nos modelos hegemônicos de sexualidade e identidade de gênero, conforme apontam Oliveira e Nascimento (2017). As autoras ainda afirmam que,

Embora haja avanços reconhecidos e fortalecidos tanto do ponto de vista social como do intelectual, o cenário político atual revela muitas dificuldades para população LGBT, como tentativas de criminalização dos padrões de gênero que fogem à heteronormatividade, dificuldades para tratar o tema no contexto escolar e empecilhos para implementação de campanhas a seu favor na mídia e pela área da Saúde, por conta da ação de forças conservadoras, inclusive no Congresso Nacional (OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2017, p. 425).

A ausência do tema nas entrevistas indica que há muito o que avançar no que se refere às discussões sobre sexualidade e questões de gênero dentro da área da Saúde, a fim de dar visibilidade ao sofrimento de uma população que é violentada pelo preconceito e a intolerância. De que maneira o acesso desses cidadãos acontece nos serviços de saúde? Como são garantidos seus direitos no interior de uma política que ressalta a universalidade, a integralidade e a equidade?

No que se refere à pessoa com deficiência, que também foi citada de maneira superficial, Cavalcante et al. (2017) falam sobre a invisibilidade desses sujeitos, que sofrem com a exclusão e ficam restritos a benefícios sociais e assistencialistas.

Da mesma forma, a questão racial quase não é mencionada. Os dados fornecidos pelas SUVIS indicam que mais da metade das situações de violência que foram notificadas

compreendem a população negra, mas essa questão não aparece nas entrevistas, demonstrando o quanto a violência contra esse grupo foi naturalizada em nossa sociedade.

Schwarcz (2019) nos lembra que a escravidão moldou condutas e definiu desigualdades sociais por meio de marcadores de diferenças fundamentais, como raça e cor. Ainda segundo a autora, o racismo continua atuante na poderosa “teoria do senso comum”, que age perversamente no silêncio e na convivência do dia a dia. Nas palavras da autora,

Com tal contencioso nas costas, criamos uma nação profundamente desigual e racista, cujos altos índices de violência não pararam no tempo da escravidão. Eles têm sido reescritos na ordem do tempo contemporâneo, que mostra como o racismo ainda se agarra a uma ideologia cujo propósito é garantir a manutenção de privilégios, aprofundando a distância social (SCHWARCZ, 2019, p. 35).

Essas questões expõe as fragilidades de uma sociedade que está acostumada com hierarquias, naturaliza violências e não legitima o sofrimento de quem ainda vive segregado e excluído, seja pela cor, seja por seu modo de expressar sua singularidade.

#### 4.2 A prevenção de violência no âmbito da assistência

Em meio a tantas demandas que se apresentam no dia a dia das Unidades, as ações de cuidado para promoção de saúde ainda aparecem de forma pontual. A Linha de Cuidado (SÃO PAULO, 2015) traz, no capítulo nove, a integração entre a Área de Violência e as outras Áreas Técnicas nas ações destinadas ao cuidado, considerando as especificidades da infância, da pessoa idosa, da saúde da mulher e do homem, da população negra e da população indígena, entre outras.

O Programa Saúde da Escola (PSE) foi citado por alguns participantes nas ações de prevenção e promoção. De acordo com PNAB (BRASIL, 2012), o PSE foi instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, realizada de forma integrada pelas equipes da Atenção Básica e Educação. Entre as ações a serem desenvolvidas pelo programa, destaca-se a

Promoção e prevenção que articulem práticas de formação educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e

reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2012, p. 76).

Outro programa citado pelos participantes foi o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), instituído pela portaria municipal nº 1.573, de 03 de agosto de 2011. O programa está inserido dentro da Atenção Básica em Unidades com ESF e também se caracteriza pela intersetorialidade, em uma articulação com a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente. Seus projetos e ações visam a incorporar as questões ambientais nas ações de promoção da saúde a partir das necessidades do território, com efetiva participação da comunidade. Para sua execução, o programa conta com o ACS e o Agente de Promoção Ambiental (APA).

*E7: E com relação ao NPV, o que a gente faz também é com as escolas. Por exemplo, a gente teve o mês de combate ao suicídio, então a gente tem a APA, que é a Agente de Promoção Ambiental, que junto com a nossa auxiliar de enfermagem, que é do Programa Saúde na Escola, a gente vai até a escola e conversa com os diretores, a gente tem um bom relacionamento com os diretores das escolas, os coordenadores aqui do território e sempre que tem alguma coisa assim, a gente propõe palestras. As meninas fizeram várias oficinas com eles esse mês falando do bullying, dos tipos de violência, dos casos de suicídio entre os jovens, como reconhecer em você mesmo ou no outro sinais de tristeza, depressão, para quem pedir ajuda...*

*E6: Agora a gente está tentando mudar um pouco esse pensamento de médico, remédio. E o corpo como fica? E o social? O ambiental? A gente tenta colocar a pessoa num outro mundo, não é aquela coisa 'Ah, preciso da farmácia!'. Não! A farmácia não é um local para você ir todos os dias, é só se precisar, mas não precisa. De repente a medicação vai tratar a dor na hora, mas e a causa? O efeito imediato é o hospital que resolve, a UBS vai através do acompanhamento para você não ter que usar essa medicação [...]. A enfermeira começou com a meditação tem quase dois anos, começou com uma, duas pessoas, hoje em dia... A gente fala: 'tira essa ideia de posto de saúde e fila gigantesca! Tem outras coisas no posto, tem grupo de artesanato, tem as Rodas de Conversa'. Cabe a nós mudar um pouco esse conceito [...] Eu tenho contato da creche, tenho contato pessoal da diretora da escola, são pré-adolescentes [...] No início do vínculo com a creche, fazia as reuniões do PSE. Quando tem algum caso estranho, tipo uma criança com comportamento inadequado para a idade, já levamos o caso e a enfermeira foi na residência ver o que estava acontecendo com aquela criança, que com quatro anos era sexualizada. Como não tem esse apoio dentro da creche, a professora veio e falou para o Agente Comunitário: 'fala pra diretora que a menininha estava namorando*



*dentro da sala, fazendo cena de novela' [...] Temos a escola (x), que é para adolescentes já. Lá acontece o trabalho contra o tabagismo na adolescência, sobre DSTs, tem bastante caso. 'Tamo' chegando com força total!*

*E11: Já aconteceu, como eu falei, em 2017, – porque esse ano a gente não fez – vários encontros nos CCAs<sup>15</sup>, entre eles, abordando a temática de prevenção de violência com os jovens, crianças e adolescentes.*

Ações e programas intersetoriais, como PSE e PAVS, e a interlocução com a Assistência Social são colocados em destaque na prevenção de violência e na promoção de saúde nos documentos oficiais. O PSE pode ser uma porta de entrada, se conseguir avançar para além das questões biomédicas, em um trabalho compartilhado com professores e alunos, estimulando vivências e discussões sobre temas como corpo, afeto, relações, etc. Do mesmo modo, o cuidado com o território e o meio ambiente pode ser estimulado em nível local, trazendo para os sujeitos a experiência de empoderamento. Mais uma vez, a questão que se coloca é: as ações desses programas são destinadas às práticas de controle ou de cuidado?

Há de se considerar também que, se já era um desafio pensar em ações de empoderamento em governos e propostas anteriores, que ao invés de controle caminhassem para o autoconhecimento e o cuidado, no momento político atual, sob forte influência de ideologias conservadoras, a execução dessas ações e a promoção da saúde tornam-se ainda mais difíceis, uma vez que a prevenção de violência pressupõe debates sobre as questões de dominação e de hierarquias em todos os níveis. Atualmente, as ações focadas na proteção individual têm sido privilegiadas, com sucessivos decretos assinados no último ano, que flexibilizam regras de aquisição, porte e venda de armas e munição (QUEIROZ, 2019), o que torna a prevenção da violência ainda mais difícil.

Refletir sobre direitos e sobre a naturalização da violência nas relações interpessoais, institucionais e coletivas é apontado como estratégia pelas participantes que ocupam os cargos de gestão:

---

<sup>15</sup> O Centro para Crianças e Adolescentes (CCA) é um serviço vinculado à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), que atende a população de 6 a 14 anos, com intervenções pautadas em experiências lúdicas, culturais e esportivas como formas de expressão, interação, aprendizagem, sociabilidade e proteção social. Deve atender crianças e adolescentes com deficiência, retiradas do trabalho infantil e/ou submetidas a outras violações de direitos, com atividades que contribuam para ressignificar vivências de isolamento, e propiciar experiências favorecedoras do desenvolvimento de sociabilidades e prevenção de situações de risco social (SÃO PAULO, 2013).

*E1: Eu acho que a promoção de cultura de paz e a prevenção de violência é levar informação, é principalmente trabalhar com as crianças que têm esse modelo dentro de casa, que através da educação, do trabalho com os professores principalmente, que estão com elas todos os dias, diferente dos profissionais da saúde que encontram com elas no dia da vacina, no dia que tá com febre, mas que esses profissionais possam levar a informação do que é violência sexual, alertar essa criança pra que ela possa pedir ajuda, ter um vínculo estabelecido com alguém, pra que ela possa falar. [...] O pessoal de Estratégia de Saúde da Família, os nossos profissionais das UBSs, vão estar focando em famílias com risco maior pra focar num trabalho de cultura de paz e não violência e, principalmente, criando um fluxo entre Educação, Saúde e Assistência para o cuidado dessas crianças. A gente aposta muito que é através do trabalho com o pessoal da Educação e da Assistência que a gente realmente vai conseguir acabar com esse ciclo que se repete.*

*E2: Eu acho que a informação é tudo. Então roda de conversa no grupo x, y, z... Explicitar o que é violência, porque muitas vezes quando você fala assim, xingar ou desqualificar alguém, isso é violência. E as pessoas falam 'nossa, isso é normal'. Não, isso acontece, mas não é normal. Por exemplo, ficar encostando em alguém é assédio sexual. Até no meio onde nós trabalhamos, por exemplo, gritar com alguém é um assédio moral, mas as pessoas não têm noção que isso é violência. Por exemplo, deixar um idoso sem comer um dia é negligência, mas isso é dado como comum porque não tem ninguém que cuide dele. Todo mundo tem muita explicação, mas não deixa de ser violência. Então uma das coisas é informar a comunidade em todos os momentos, na sala de espera, em rodas de conversa, nos grupos e nas escolas. Acho que as escolas são lugares privilegiados, tem muitos casos de bullying, de gravidez. Acho até que diminuiu um pouco, não que não tenha... ainda tem muito, mas diminuiu. É fazer com que a pessoa tenha consciência frente a isso e qual a responsabilidade.*

Em 2009, o Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Básica - lançou a cartilha Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência (BRASIL, 2009), utilizando a definição que a ONU conferiu à expressão “cultura de paz”, em 1999, como sendo um conjunto de valores, atitudes, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações fundamentados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não violência, por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo se apresentar como uma estratégia política para a transformação da realidade social. Esse material trata também das violências em diferentes fases do desenvolvimento, mas aborda de maneira bastante superficial os componentes culturais envolvidos nessas situações.

Como já falado, as formas de violência expressam ideologias construídas socialmente, que nos conduzem à maneira como nos relacionamos com o outro e com nós mesmos. Os valores expressos pelo movimento da cultura de paz não expressam os valores dominantes e, portanto, apresentam-se como resistência dentro do sistema atual. Mas como estimular esses valores na prática? A informação é importante, principalmente, quando pensamos na proteção dos sujeitos e nos recursos que estes dispõem para romper com ciclos de violência, mas também é por meio do ato e pela experiência que as mudanças podem alcançar níveis mais profundos.

O conteúdo das entrevistas revela que, na maioria das vezes, as ações são realizadas por meio de palestras ou encontros esporádicos, de acordo com as datas estabelecidas, por exemplo, para o combate ao suicídio ou à violência sexual contra crianças e adolescentes. Mas qual o efeito dessas ações se pensarmos a proposta de promoção de saúde ou, ainda, a importância da qualidade e da continuidade do vínculo que se estabelece entre os sujeitos para que novas formas de relacionar e se expressar possam ser constituídas?

#### 4.3 Os desafios do dia a dia e a dificuldade para a implementação da política

Na presente pesquisa, as dificuldades relatadas nos artigos consultados como parte da revisão bibliográfica sobre o tema também aparecem nos relatos dos participantes, que falam dos desafios para lidar com as situações de violência no dia a dia e para que o NPV se fortaleça dentro das Unidades. Interessante ressaltar que, apesar de estarem separados por temas, os assuntos estão interligados, sendo estreita a relação entre eles. Assim, o medo de denunciar e se expor reflete, em certas situações, a fragilidade e a desarticulação da rede, mas traz também a questão da proximidade da equipe com o território, em especial do ACS. A falta de tempo, a questão das metas e a falta de apoio institucional são questões que interferem na maneira como o cuidado às pessoas acontece nas UBSs, assim como os referenciais e valores que o profissional traz consigo.

##### 4.3.1 *O trabalhador, suas referências e concepções*

Estar em uma posição de cuidador exige do profissional, além do conhecimento técnico, abertura para estar com o outro. Assim como qualquer sujeito, ele construiu suas referências de cuidado por meio das vivências que teve, passou por situações de violência, mais ou menos intensas, formou valores e concepções de mundo ao longo de sua trajetória, que o conduzem a uma maneira singular de aplicar seu saber técnico.

Pichon-Rivière (2000) nomeia como Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) o conjunto de representações e conceitos universais que são significados pelo sujeito a partir das experiências vividas e que formam sua maneira singular de estar e perceber o mundo. A constituição da subjetividade é vista a partir da relação dialética existente entre o sujeito, suas necessidades e a estrutura social, na qual um e outro se modificam e são transformados mutuamente. Há, portanto, um aspecto operativo de reconstrução e ressignificação à medida que novas experiências são vivenciadas. A construção das subjetividades, nessa perspectiva, está totalmente comprometida com o vínculo que se estabelece entre o interno e o externo, entre o sujeito e a sociedade, entre as necessidades desse sujeito e a maneira como essas serão supridas dentro de determinado contexto histórico e político, que revela determinadas prioridades.

Assim, cada um de nós executa suas ações pautado em sua concepção de mundo e em suas referências. Isso se expressa na forma como o profissional lida com questões como o sofrimento e a dor, física ou psíquica, quais significados ele confere a essas experiências e de que maneira conduz seus atendimentos e intervenções.

*E3: Eu acho que foi bem bacana eu ter entrado no Núcleo. Acho que a gente desmistifica muito dessa questão dos atendimentos às pessoas vítimas de violência. [...] E com relação à violência, eu mesma, eu nasci e moro ainda no Jd. Ângela, o bairro que foi considerado o bairro mais perigoso do mundo em uma época, né? E aí a gente já sabe como lidar um pouco, né? Já conhece um pouco.*

*E5: Eu tenho um filho de sete anos que esses dias também teve um probleminha no dente e eu sofri com ele. Então talvez eu tenha tendenciado a culpar essa mãe, porque como que não viu? Se o meu chorou um dia e eu corri, imagina essa coitadinha no hospital com o pescoço inchado, tratando no hospital, numa internação, imagina que sofrimento! Como ela não viu?! Mas como todas as pessoas que estavam em volta também não viram? Será que ela não viu, não percebeu por alguma questão dela também? Uma incapacidade dela? Então são questões que acontecem diariamente e poderiam ser melhor encaminhadas, discutidas, compartilhadas.*

*E4: Digo que, para mim, a dificuldade é o abuso sexual com crianças, porque a criança é muito pura e se você souber lidar e trazer com suavidade ela traz, e vai trazer com detalhes. Isso me angustia.*

*E9: [...]porque assim, a violência, pra mim, em relação à criança eu consigo ser um pouco mais fria, em relação à mulher, mas talvez em relação ao idoso não. Então eu tomo muito cuidado com os meus limites pra também não prestar um apoio ruim, porque a pessoa vem ali tão*

*fragilizada. E eu falo pra você que hoje eu consigo fazer esse trabalho. Se algum dia eu chegar ao ponto de dizer 'eu não consigo', eu peço pra sair.*

*E6: No começo, o primeiro cadastro que eu fiz já mudou da minha área, mas era uma menina e a primeira coisa que ela falou foi: 'tentei abortar!'. Ela estava gestante e já ia nascer dali uns dois, três meses depois. Ela falou com uma naturalidade que eu falei: 'nossa, que estranho'. Ela já tinha quatro filhos na época, hoje ela tem seis, já foi laqueada por causa do planejamento familiar aqui da UBS. Mas ela falou como se fosse tomar um copo de água... mas nasceu. Hoje tem quatro anos. E as pessoas falam com uma naturalidade coisas que você fala 'nossa, que estranho!'*

As práticas são atravessadas pelas representações constituídas a partir das experiências de cuidado e das situações de violência vivenciadas por cada um. Como é para um profissional lidar com pessoas em situação de violência tendo ele mesmo crescido em um território violento? Alguns vão ter maior dificuldade para atender crianças, outros para realizar alguma intervenção com a pessoa idosa; para uns a violência está naturalizada, para outros sua anulação pode ser uma defesa. Questões religiosas, culturais, processos educacionais, tudo interfere na atuação do profissional. A implementação das políticas, portanto, deve considerar esses aspectos, uma vez que é atravessada por sujeitos, suas referências pessoais e necessidades. Seja o profissional que atua diretamente com o público, sejam as pessoas que ocupam os cargos de gestão, todos são atravessados por essas questões:

*E1: O que que eu percebi: mais do que eu imaginava, a grande maioria dos profissionais que estão na ponta sofrem violência, têm histórias de violência na sua vida pessoal. Então é muito mais difícil falar disso ou identificar violência na criança, porque identificar violência é falar da sua violência, vivenciar aquilo que ela viveu. [...] As nossas reuniões de NPV começam e terminam muitas vezes com choro, muita gente emocionada... eu falo e me emociono... Gente não conseguindo lidar com o sofrimento do outro e, ao mesmo tempo, a gente consegue terminar aliviado, porque é uma criança a menos que está sofrendo, a gente conseguiu encaminhar, por mais que um número imenso de pessoas que estejam em sofrimento ainda exista, cada dia a gente está galgando um degrau a mais no cuidado dessas pessoas. [...]*

*K: E a sua escolha foi baseada no que, quando você escolheu vir para cá?*

*E1: Eu estava na Saúde Mental e assisti uma audiência concentrada; naquele dia eu decidi que tinha que trabalhar com isso. Olhar para essas crianças, principalmente criança, o que mais me mobiliza são as crianças; ajudar de alguma forma a evitar que essas crianças cheguem*

*nos abrigos, porque o pior de estar lá é o caminho que elas trilharam até chegar lá, de grande sofrimento.*

*E2: [...] eu já percebi que tem muitos profissionais que trabalham no território, moram no território e são vítimas de violência. E aí, como a gente lida com isso? Algumas vezes aconteceu de pedir pra determinado funcionário ser afastado do caso, sendo que ele era referência, porque ele também era vítima de violência e era muito difícil pra ele lidar com isso. A mesma violência, se ainda fosse outra violência, sei lá... Esse profissional até agradeceu. Porque eu penso que é até desumano. Então a gente tem que ter esse cuidado. Se a gente é muito protocolo, não vai a lugar nenhum.*

É fundamental não estar sozinho para as demandas de casos tão complexos como os de violência e poder dividir essas situações e as responsabilidades, compartilhar sentimentos e afetos, nesse trabalho que mobiliza tantas emoções no dia a dia, seja de quem está nos cargos de gestão, seja de quem está nos NPVs das Unidades. Uma das potências do NPV é justamente essa troca de experiência e o suporte que pode ser ofertado pelo grupo.

#### *4.3.2 Educação permanente e a identificação dos casos*

Um dos desafios citados pelos participantes para que as intervenções sejam realizadas dentro das UBSs é a necessidade de ampliar o olhar dos profissionais, de sensibilizar a equipe para identificar sinais que indiquem que há outros sofrimentos presentes, sintomas que possam revelar a existência de situações de violência.

*E5: Os casos acolhidos, eles têm que ser muito visíveis para chegar a ser feito uma notificação de violência, senão ele é simplesmente tratado, é um curativo e encerra ali [...]O que acontece quando chega aqui, vem do pronto-socorro, alguém passa para o serviço social, 'olha, nós temos um idoso aqui que foi agredido'. Aí a gente levanta o prontuário e começa a resgatar: esse idoso já veio aqui na Unidade? No último ano, mensalmente, tantos dias da semana fazer curativo. O que ele traz nesse curativo? 'Cai'. Um machucadinho na pele, porque a pele é fina. Esse curativo é tratado e só. Aconteceu um caso esses dias, que só chegou para mim dessa forma. Quando chegou, o que eu fiz: 'vamos conversar? E aí?'. Fui procurar a enfermagem. 'Ah, o sr. Fulano de tal? Conheço. Ele vem muito aqui fazer curativo'. Daí com a conversa com o serviço social do hospital: 'Não, ele não cai muito. Ele apanha!'. 'Ah, mas a gente não sabe, porque ele diz que cai na rua e a gente faz o curativo'. E ponto. Uma criança que sofre abuso ou qualquer tipo de violência, ela só vai chegar aqui se for pelo Conselho, pelo SAICA, mas dificilmente um pai,*

*uma mãe vai procurar a Unidade para falar assim: ‘olha, eu perdi o controle, eu não estou conseguindo lidar’. Isso não acontece.*

*E6: Mas você leu relatório? Viu que ela está com uma dor estranha, uma ardência diferente ou, quando o marido chega, ela se cala na visita? Quando está sozinha fala bastante, mas quando está com o filho ou outra pessoa ela só fala que está tudo bem e me dispensa logo.*

*E4: A gente tem descoberto coisas que aconteceram há muitos anos e que vêm evidenciando agora essa questão. Acho que isso tem que ser trabalhado no NPV, porque não é só a violência que aconteceu ontem e a mulher que chega aqui com um hematoma. [...] Na maioria das vezes não é a procura do paciente à Unidade de Saúde para um acompanhamento ou suporte para alguma coisa, é o contrário, a gente identifica. Nesses quatro meses o que eu percebi é isso, a violência acontece, ela é velada, a gente notifica e a gente trabalha.*

*E6: Aí fomos lá, é uma mãe jovem que estava num relacionamento com uma outra menina e falou que estava tendo uma briga e a panela de pressão escapou e bateu na cabeça da criança. Essa foi a versão dela, a versão do hospital é de que alguém jogou a panela. Aí a equipe faz aquele olhar, mas nesse caso a equipe ficou sem a resposta porque na semana seguinte ela se mudou.*

*E11: Minha ânsia maior é me sentir mais qualificada pra atender, acho que poderia ter algum curso, alguma capacitação.*

Compreender as questões que envolvem as situações de violência, estar atento aos sinais de que algo não vai bem, ter o olhar e a escuta sensibilizados para o que muitas vezes não pode ser dito ou expresso de forma direta, pode garantir a proteção e o rompimento de um ciclo que perdura há anos e, em alguns casos, atravessa gerações.

Scarcelli (2017) aponta para a importância de investir em um processo de formação e aprendizagem que considere a intersubjetividade no processo de trabalho, a organização do trabalho e ainda busque o fortalecimento de grupos e sujeitos na construção de relações que privilegiem o respeito às diferenças. A partir da teoria pichoniana, a autora reforça que o processo de aprendizagem se dá por meio da dialética, com a qual se aprende a aprender, num movimento criativo e não apenas de adaptação passiva à realidade. A autora afirma que

*A saúde é um campo complexo, composto por muitos fatores inter-relacionados, complementares e em movimento. Demanda a busca de conhecimento de outros campos, assim como a capacidade de refletir sobre aspectos ligados à organização dos serviços de saúde, à constituição histórica dos saberes e práticas, às fundamentações teóricas, jurídicas e filosóficas acerca da construção desse saber, à contextualização da sociedade da qual estamos falando, às relações possíveis de serem feitas sobre saúde-sociedade,*

indivíduo-Estado e instituições, entre outras. Do mesmo modo, a formação em saúde carrega essa complexidade e diz respeito à organização de trabalho coletivo apoiado em diferentes abordagens, associa-se ao ato investigativo, sendo que parte do instrumento de trabalho é a própria subjetividade do trabalhador (SCARCELLI, 2017, p. 251-252).

A invisibilidade de algumas situações nos serviços nos direciona para algumas questões, dentre as quais destaco, em primeiro lugar, o fato de nossa sociedade naturalizar muitas formas de violência, como já foi visto; em segundo, o fato de que trazer à tona essas situações implica se responsabilizar por ações posteriores que demandam respostas concretas e mobilizam sentimentos de medo, insegurança e tristeza, o que pode levar o profissional a não se arriscar diante de um cenário em que não sabe o que fazer.

As notificações de violência física realizadas nos territórios pesquisados são muito superiores às outras formas de violência. Isso não quer dizer necessariamente que ela seja tão mais elevada em sua frequência do que as outras. A discrepância entre os números nos alerta para a dificuldade na identificação das outras manifestações da violência, principalmente a de natureza psicológica.

É importante ressaltar que todas as formas de violência causam sofrimento e possuem consequências na vida dos sujeitos. Vejo em minha prática que, muitas vezes, a violência sexual mobiliza os profissionais de maneira muito mais intensa, mas seja qual for a natureza do ato violento, a dor se faz presente e deixa seus registros. Não há nessa observação a desqualificação do sofrimento da pessoa que foi vítima de abusos de natureza sexual, de toda a complexidade que envolve o desvelar dessas situações e a superação desse trauma, mas sim um alerta para a gravidade que existe também nas outras formas de violência, que devem ser olhadas com a mesma intensidade.

Compreender as particularidades das situações de violência que envolvem a infância e adolescência, o idoso, a população LGBT, as questões de gênero e raça, bem como suas intersecções, é fundamental para identificar o sofrimento e para propor o cuidado.

As discussões sobre esses temas podem garantir maior qualidade nas intervenções realizadas, fortalecendo a equipe para que suas práticas não se fundamentem em conceitos do senso comum ou, ainda, que outras violências não sejam cometidas em função de julgamentos realizados pelos próprios profissionais. As questões de violência vêm muitas vezes carregadas de valores e julgamentos, mas novos olhares e novas maneiras podem ser constituídas a partir de trocas teóricas e afetivas.



### 4.3.3 As ameaças à equipe e o medo

O relato a seguir ilustra as situações de ameaça vivenciadas pelos profissionais em seu cotidiano. Segundo a interlocutora da área da Supervisão Técnica de Saúde, essa Unidade destacava-se pelas ações do Núcleo e pela organização. No entanto, quando cheguei para realizar a pesquisa, meses depois da conversa na Supervisão Técnica, o Núcleo estava se reorganizando porque grande parte dos integrantes, inclusive a gerente, haviam sido transferidos para outras Unidades ou até mesmo deixado o trabalho, por se verem ameaçados após uma ação realizada pela UBS, em um situação de violência contra a mulher. O caso foi encaminhado à Vara de Violência Doméstica, após algumas intervenções realizadas com a vítima e com a ciência desta. Segundo informações das entrevistadas (E9 e E10), o juiz leu partes do relatório da UBS para o agressor, que passou a intimidar os funcionários. De forma geral, todos os entrevistados falaram sobre a exposição do profissional e o medo de retaliação.

*E9: É muito fácil entrar na Unidade.*

*E10: Ele abria a porta atrás da enfermeira, ele sabia onde ela estava. Então a gente não tem segurança. [...] Ele falava: 'quero falar com você'. Começou a cercar ela, falar que sabia qual a placa do carro dela, que horário que ela saía, o horário que ela entrava....*

*E9: E, assim, depois das 17h, nós somos um bando de mulher aqui dentro.*

*E3: Teve até um caso de uma auxiliar que ela falou: 'não, eu não. Jamais! Eu que não vou falar pra mulher ir lá na delegacia abrir um B. O. contra o marido, e o marido dela vai vir aqui me bater, me pegar'. A gente até explicou para ela, mesmo assim ela foi resistente, não quis participar.*

*E7: A gente tem um pouco de dificuldade nisso e tem dificuldade com o medo do profissional também. Porque o Agente Comunitário de Saúde, ele mora na área de abrangência, ele é o vizinho, às vezes ele é o familiar, mesmo que distante ou próximo. Ele sabe, às vezes ele conhece a situação, mas por medo de retaliação, com medo de briga ou de ameaça, às vezes ele fica um pouco intimidado de trazer algumas situações. Isso é o que eu percebo. É um grande desafio fazer o profissional entender que tem uma outra maneira de fazer as coisas, que não necessariamente vão chegar até ele, mas como eles moram na área de abrangência isso é muito complicado.*

*E8: A principal dificuldade é a subnotificação [...] Os Agentes de Saúde, eles têm bastante medo, mesmo a gente explicando que a*

*notificação é para gerar dados, para constar os casos de violência que a gente tem aqui.*

*E4: A gente atravessa algumas questões de que é vizinho e o ACS traz o sofrimento junto porque 'é meu vizinho e eu nunca pude fazer nada', tem receio de falar. ACS que passa por violência, estão num território violento, então como lidar com isso?*

*E11: O pior é que tem gente que ainda faz esse tipo de observação: 'Ah, mas olha, o que que pode acontecer?'. Aí é o que a gente vê nos fóruns e eu reproduzo aqui, a ficha é do âmbito da Saúde, ela não sai do âmbito da Saúde, não vai pra delegacia, não vai pra lugar nenhum. A questão é o que a gente faz além do preencher, porque aí é outra coisa. Não adianta você preencher e engavetar, vamos discutir o caso, vamos fazer PTS. Então acho que é isso, de entender o depois do preencher, o que que isso vai acarretar é tirar esse medo, desmistificar isso que pode ter uma punição, que o usuário vai vir atrás de mim porque eu preenchi uma ficha. Vários tipos de medo que o profissional tem e a gente começou assim, a fazer esse tipo de orientação, de sensibilização.*

A proximidade do ACS com o território requer uma discussão cuidadosa quando o assunto é a notificação de uma violência. Apesar da ficha de notificação não sair do âmbito da Saúde, as situações de violência muitas vezes requerem ações de proteção, que podem ter desdobramentos judiciais, como o afastamento do agressor ou o acolhimento institucional de crianças e adolescentes. São situações extremas, mas que podem gerar bastante angústia e sofrimento no profissional, seja porque este presenciou situações de violência e não se sente seguro para falar sobre elas, seja por ter falando e ver que sua atitude teve consequências drásticas, seja por ter se exposto e perceber que não houve uma ação efetiva capaz de proteger quem, naquele momento, estava em risco.

D'Oliveira et al. (2009) ressaltam o valor do ACS enquanto promotor de valores de não violência na comunidade, mas também falam sobre a necessidade de preservar esses profissionais devido à proximidade com as pessoas do território, o que os torna mais vulneráveis.

#### *4.3.4 Violência institucional e o papel dos gerentes*

A participação dos gerentes nas discussões dos casos, seu envolvimento com as ações a serem executadas – que frequentemente envolvem outros serviços (intra e intersetoriais) – e o respaldo institucional contribuem para o andamento das situações atendidas. Assim como o distanciamento, o não comprometimento e a falta de capacidade técnica são colocados como

pontos que fragilizam e dificultam a atuação do NPV dentro das Unidades. Essa percepção é trazida por trabalhadores das UBSs e também por participantes que estão em cargo de gestão:

*E1: O desafio? Os profissionais serem reconhecidos e valorizados e apoiados pelos seus gestores de um jeito que eles possam ter condições de propor coisas para equipe e serem ouvidos, serem realmente respeitados. Eu escuto muito deles nos nossos encontros: 'Eu falei isso, mas não acreditaram em mim', 'Eu levei essa informação, mas não acharam importante'. São pessoas que estão se disponibilizando a trabalhar com um sofrimento que não é fácil e que precisam ser apoiados por toda equipe, não só por dois ou três, principalmente pelos seus gerentes.*

*E12: Hoje eu vejo que dá pra fazer muita coisa, mas precisa do apoio da gerente e de vontade pra mudar alguma coisa ali.*

*E9: Mas tem outro ponto positivo, porque a outra gerente não entrava nas reuniões, essa vai entrar. É uma coisa que a interlocutora do NPV da OS, ela vem batalhando há muito tempo, porque qualquer coisa que a gente vá validar ali a gente precisa do chefe pra assinar embaixo.*

*E11: Mas fez toda a diferença a presença da gerente, toda! [...]A anterior entrava e a gente teve essa troca, então a gente vai alinhar isso com ela, porque faz a diferença. Até no sentido de uma cobrança com as equipes, porque é diferente a gente falar do que o gerente falar: 'vocês têm que preencher a ficha de notificação. Por que não preencheu ainda?' Vamos ver como vai ser esse ano, mas a gente achou que fez muita diferença a presença dela.*

Como trabalhar a violência fora sem antes falar da violência institucional? Das violências que ocorrem dentro da Unidade?

*E10: Na última reunião os ACSs estavam bem resistentes, a maioria falou: 'não quero mais participar'. Então a gente vai dar uma segurada, conversar com a gerente, porque eles falavam assim: 'a gente vai denunciar as violências domiciliares que acontecem no território, sendo que aqui dentro a gente tem várias violências'.*

*E2: [...]em um ambiente trabalhista, a gente não pode esquecer isso, existe muito a questão de 'eu não posso falar, eu não posso explicitar, porque eu posso perder meu emprego'. [...] Para mim é difícil trabalhar essa questão, porque a gente acaba percebendo muitas coisas que são institucionais. Eu acho que tem muita violência institucional.*

*E5: São tantas questões que vão deixando a gente com essa ansiedade, essa vontade de criar um caminho, uma solução. Mas eu acho que é o*

*respeito, o respeito com o ser humano, principalmente no nosso caso que somos servidores. Nós somos desrespeitados o tempo todo. Existe aquela cultura que o servidor é aquele que tira dinheiro do Estado e é o preguiçoso, então isso passa para população que já vê isso na gente... [Interrompemos alguns instantes para que ela pudesse tomar um pouco de água]*

*Essa questão do respeito, a gente deveria ter uma cultura do respeito. A gente entrar aqui sendo respeitado e respeitar o próximo. Porque não são todas as pessoas que conseguem lidar com isso e nem todas as horas também. Porque tantas vezes a gente se vê tão violentado que você só reage. Acho que é isso.*

Nas palavras de D'Oliveira et al. (2009, p. 1041),

[...] o combate à violência institucional e o estímulo à integralidade da atenção são promotores da boa comunicação e relações interpessoais no serviço, denotando de modo exemplar a prática da não violência e, por contraste, apontando sua recusa e a não reprodução desta no interior dos serviços. Assim, o propósito de tornar visível a violência como questão, atuando contra sua banalização, é uma prática que começa 'em casa', no próprio serviço de saúde.

O envolvimento, a sensibilização e a participação ativa dos gerentes dos serviços são imprescindíveis para que o NPV e as ações voltadas ao enfrentamento das violências, tanto dentro como fora da Unidade, tenham êxito. Segundo a Linha de Cuidado (SÃO PAULO, 2015), o Núcleo deve ser composto por, no mínimo, quatro profissionais, sendo que todas as categorias podem fazer parte. Ressalta-se a importância do gerente na composição do NPV. Em nenhuma das Unidades onde a pesquisa foi realizada, o gerente se dispôs a participar, embora o primeiro contato tenha sido realizado com as pessoas que ocupavam esse cargo. Essa conduta nos leva a refletir sobre a maneira como os gestores das Unidades de Saúde se percebem em relação ao NPV. Será que eles realmente compõem o Núcleo e se veem pertencentes a ele?

Diante de tudo o que foi levantado pelos profissionais, entendo que, se esse profissional for capturado pelas funções administrativas e burocráticas de seu cargo, a distância que irá se estabelecer entre a equipe e o gerente da Unidade pode comprometer os processos de trabalho e as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. Sem a participação efetiva dessa figura e o entendimento a respeito das questões de violência, a consolidação dessa política será ainda mais difícil, considerando os aspectos da macro e micropolítica, que serão debatidos com maior profundidade um pouco mais adiante.

#### 4.3.5 A fragilidade da Rede de Proteção

Como já foi visto, as ações de enfrentamento e cuidado das pessoas em situação de violência, as ações de promoção da saúde, são intersetoriais; ações em rede, em que vários serviços devem atuar de acordo com seus princípios e diretrizes para garantir os direitos e a proteção das pessoas envolvidas. Tanto para os profissionais das UBSs quanto para os gestores, essa articulação é um dos principais desafios.

As causas são muitas, desde a precarização das políticas sociais e a falta de recursos humanos até questões estruturais de políticas de proteção que não conseguem oferecer o suporte técnico necessário para suas equipes, como no caso do Conselho Tutelar:

*E2: Outra coisa que dificulta muito nosso trabalho é a interface com o Conselho Tutelar, porque muitas vezes a gente não tem um respaldo, não tem a segurança que, a gente notificando, isso não vai chegar no território como se fosse a UBS o responsável por um abrigamento ou qualquer outra coisa. Em geral, isso gera mais violência. Isso dificulta muito porque, por lei, nós temos que notificar o Conselho. A gente fica numa situação muito delicada e difícil e, institucionalmente, eu classifico como violenta para o profissional. Por isso a gente tem tanto adoecimento também, por conta dessa desproteção.*

*E4: A gente tem que caminhar muito, porque o Conselho entrega o relatório do assistente social na mão do agressor na maioria das vezes.*

*E7: [...]a gente vai num determinado lugar, com todo tato, todo cuidado, pra tentar falar com familiar, ouvir a versão dele, perguntar pra pessoa o que aconteceu, tentar aumentar o vínculo, e aí a gente chega lá e é surpreendido com uma fala: ‘o pessoal do Conselho Tutelar veio aqui e disse que vocês denunciaram, vocês...’ Então isso é muito complicado, porque quebra o vínculo tão difícil de construir, quebra. A partir do momento que o outro profissional não mantém esse sigilo, não tem esse tato de conversar... Ele pode ir lá e fazer o trabalho dele de maneira a não expor os outros órgãos, os outros profissionais.*

*E9: Algo que foi apontado já há algum tempo é a falta de confiança no Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar, a gente faz a denúncia... ‘Olha, foi fulano que denunciou’. E ontem a gente até discutiu a necessidade, eu não diria de uma capacitação, mas de determinados profissionais compõem o Conselho Tutelar. Não ser eleição, porque são casos graves e, assim, eu nunca cheguei a entrar em contato, mas já ouvi: ‘Ah! Fulano é muito difícil de conversar!’. Isso desgasta, isso cansa, porque a gente tenta fazer da nossa parte um trabalho bem feito, mas empaca.*

*E10: Em relação ao Conselho, foi acionado, ‘tomou’ as crianças, só que no final a gente descobriu que não tinha nenhum processo contra a mãe. Ela ficou quase seis meses sem a guarda das crianças, chegou a ir no fórum, quando viu, o Conselho foi lá e tirou as crianças dela, falou que ela não tinha direito. Aí descobriu que o Conselho não deu entrada em processo nenhum, não deu sequência e ficou, tipo, ameaçando mesmo, ‘olha, se você não for em consulta você vai perder os filhos’. Então o trabalho do Conselho é muito duvidoso.*

*E11: É a mesma coisa com criança, você vê que tem uma suspeita de violência, você aciona o Conselho, muitas vezes o Conselho ‘chega chegando’, acaba com seu vínculo.*

A interface com a Assistência Social, a Educação e a Justiça também é citada. A complexidade dos casos exige diferentes atuações que, se não forem bem articuladas, colocam em risco os profissionais e expõem ainda mais a pessoa que está em situação de violência:

*E2: A gente tem um caso grave agora que a gente não conseguiu articular nem com a Casa Sofia, nem com SPVV<sup>16</sup>, nem com CREAS. Então isso desgasta muito o NPV, o profissional. A gente coloca ‘em xeque’ a questão da rede. E a questão que tem atrapalhado muito a gente é a judicialização. Porque muitas vezes é necessário, por exemplo, crianças correndo risco, mulheres em risco, a gente já esgotou todo trabalho em rede, pelo menos dentro da Saúde sim, e a gente vai para uma judicialização. Muitas vezes essa mulher não está preparada, e aí é como se todo trabalho da gente tivesse sido desqualificado. Por exemplo, chega lá uma medida protetiva e ela diz: ‘ah, mas agora eu não quero’. Entendeu? São tempos diferentes que eu acho que a gente precisa conversar melhor com o Judiciário, com as Varas, o pessoal da Assistência, da Educação.*

*E9: E aí o caso foi discutido em rede, e o Ministério [Público] pediu um relatório aqui da Unidade, do que estava acontecendo. Esse relatório foi assinado pela gerente, pela psicóloga e pela enfermeira da equipe, e quando ele foi convocado pelo juiz, o juiz disse as pessoas que estavam envolvidas. Então é um ponto que a gente vê da Saúde que não dialoga muito com a Lei. A Lei não enxerga os riscos. Porque a gente é extremamente vulnerável.*

*E6: Olha, lá nas reuniões de NPV eles só levaram pessoas para fazer depoimento. Teve uma gerente que falou que tem muita dificuldade com as delegacias, com a escuta. Eu não sei, mas parece que o delegado não dá muita importância, parece que a vítima acaba saindo se sentindo como culpada e não como vítima. Nunca presenciei um*

---

<sup>16</sup> A sigla se refere ao Serviço de Proteção às Vítimas de Violência, coordenado pela Secretaria de Assistência Social.

*atendimento numa delegacia, mas tem muita gente que fala que prefere trazer para cá, mas geralmente a gente notifica.*

Como organizar todas as ações de forma que elas componham uma ação de cuidado? Entendo que essa não é uma tarefa fácil, uma vez que sua operacionalidade exige organização de vários órgãos e parcerias intersetoriais, que por sua vez possuem diferentes linguagens, principalmente na esfera do Judiciário e no âmbito das delegacias. O desgaste em passar por vários serviços, contar várias vezes a mesma situação, reviver a história, revitimiza aquele sujeito ao invés de protegê-lo. Nesse sentido, a prática sem reflexão prévia e discussão em rede pode causar ainda mais sofrimento<sup>17</sup>.

As discussões entre os serviços acontecem ainda de maneira irregular. As entrevistas mostram que os profissionais têm buscado essa articulação, mas a demanda de trabalho é muito superior ao número de trabalhadores e serviços nos territórios.

*E11: Com o CREAS, o perfil aqui é mais idoso, tem bastante situação de negligência com a pessoa mais idosa, chega bastante, então eu trabalho muito próxima ao NPJ<sup>18</sup>. Eu tinha mais vínculo com o antigo assistente social, de chegar, sentar e discutir caso junto, sentar para atender junto, uma experiência muito bacana, mas muito rara. Poderia ser muito mais!*

*E4: O CREAS atende uma infinidade de situações, e aí entra na fila e você perde a prioridade. Mas coitado, eu tento muito me pôr na situação do técnico que está recebendo lá, porque para mim é uma prioridade, mas para ele é uma prioridade dentre todas as outras prioridades que estão lá. Na maioria das vezes, quando é muito urgente, a gente pula barreiras, porque você não vai deixar esperar e você pula barreiras. A gente vai lá no promotor da Vara da Infância e marca uma reunião e comunica o CREAS que está acontecendo isto, para que eles se apropriem quando forem chamados, mas a gente aciona todas as instâncias. Quando é muito grave a gente aciona todas as instâncias e vamos para frente. É assim que funciona.*

---

<sup>17</sup> A lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017, conhecida como Lei da Escuta Especializada, estabelece o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Há na lei a indicação da criação de equipes e lugares especializados para realizar a escuta qualificada, que não equivale ao depoimento especial, sendo este último realizado perante autoridade policial ou judiciária. Segundo a lei, a escuta especializada tem justamente a função de não revitimizar a criança ou o adolescente (BRASIL, 1990). No entanto, as ações para a concretização desse direito ainda não se apresentam efetivas e poucos profissionais conhecem a legislação.

<sup>18</sup> A sigla se refere ao Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/familia-e-assistencia-social/servicos-de-direitos-humanos/nucleo-de-protecao-juridico-social-e-apoio-psicologico>. Acesso em: 09 fev. 2020.

Em setembro de 2018, o Conselho Federal de Serviço Social publicou, em seu site, uma nota sobre os cortes de verba destinados ao Sistema Único de Assistência Social:

O recente corte de quase 50% no orçamento proposto pelo governo ilegítimo para o funcionamento do Sistema Único de Assistência Social (Suas), expresso no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA, 2019), aprofundará a precarização dos serviços, programas, projetos e benefícios ofertados a aproximadamente trinta milhões de famílias atendidas nos mais de oito mil Centros de Referência e Centros Especializados de Referência de Assistência Social (Cras e Creas), além de demais equipamentos.

A medida também intensificará a deterioração das condições de trabalho de mais de seiscentas mil pessoas que atuam no Suas, seja no setor público ou no privado sem fins lucrativos, incidindo no aumento de situações de sofrimento psíquico e de adoecimento agudo, ao lidarem com condições de vida cada vez mais aviltantes e desumanas vivenciadas pela população usuária dos serviços e benefícios socioassistenciais.

Tais cortes são não só uma continuidade aos ataques à política de Assistência Social desde 2018, mas seguem também a trilha da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 95) que congelou os investimentos por 20 anos em todas as políticas públicas.

No caso da Assistência Social, esses cortes configuram um desmonte que inviabiliza o funcionamento de serviços, programas, projetos e benefícios, e deixa absolutamente sem proteção milhões de pessoas que vivem sem qualquer acesso aos direitos sociais. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2018).

No município de São Paulo, a redução orçamentária anunciada no decreto municipal 58.636/2019, publicado em 21 de fevereiro de 2019, afetou inúmeros serviços de proteção às crianças, adolescentes e idosos, fechando 4.800 vagas nos serviços da capital (FIGUEIREDO, 2019).

Ainda no que diz respeito às relações entre os serviços de saúde e a rede de proteção intersetorial, outro aspecto que foi citado pelos participantes e causa preocupação quando se fala em situações de violência é a burocratização dos processos. Como propor um cuidado e a proteção das pessoas considerando o tempo de ação e de mobilização dos serviços e o tempo dos “relatórios”?

*E11: [...] mas e na hora do seu dia a dia, que você tem um idoso em situação de violência, a filha está com o cartão de benefício, ele está mal cuidado e tudo mais. Aí você vai lá e faz o quê? Vai encaminhar para o CREAS e vai continuar tentando, fazendo suas atuações, aí até chegar onde tem que chegar, já passou. [...] você fica sozinha procurando uma solução. Deveria ter mais instituições públicas e não tem; o idoso vai morrer na casa e não vai ter solução. Aí vai para o Ministério, para a promotoria, aí eles te devolvem. Você não tem esse tempo [...]. Que tempo hábil você tem pra isso, pra esse processo? Você*



*também não pode mandar direto para a Vara da Infância, tem que seguir o fluxo, é tudo muito burocrático. E o impacto na vida da pessoa? O que que a gente está fazendo?*

*E10: Eu não gosto muito dos e-mails, porque demora muito. A gente manda e-mail pro CREAS, pro CRAS. Até eles marcarem demora muito. Então tem casos que eu falo: ‘vai lá direto’. O caminho é muito mais rápido.*

#### *4.3.6 Da vigilância ao cuidado: metas, rotatividade de profissionais e as contradições das políticas*

A gestão do cuidado e as práticas de saúde refletem a disputa de poderes expressa no campo da macropolítica por diferentes projetos de sociedade, com interesses e valores distintos. A saúde pública e a medicina, como vimos, nasceram para a organização do Estado e o funcionamento do capitalismo. Os interesses expressos pela biopolítica produzem sobretudo ações de vigilância e controle sobre os corpos e sobre os indivíduos, operam na produção de subjetividades em série, no modo de desejar e produzir vida (MERHY, 2011).

As relações de poder também se expressam no campo da micropolítica, nas relações familiares, institucionais e, obviamente, no encontro entre o profissional de saúde e o usuário.

Para Cecílio (2011, p. 593), a micropolítica é definida pelo

*[...] conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada ‘realidade organizacional’ – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Os atores são portadores de valores, de projetos, de interesses, e disputam sentidos para o trabalho em saúde. É um campo, portanto, desde sempre, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder.*

O campo da micropolítica, então, pode reproduzir padrões dominantes, mas também é um campo fértil para a criação de novas formas de estar com o outro e produzir “encontros vivos” entre o profissional e o usuário (FEUERWERKER, 2014). O conceito de cuidado tem sido usado por diferentes autores para se contrapor à lógica biomédica dos processos de saúde/doença e da hegemonia das práticas medicalizantes como ferramentas da biopolítica (MOREIRA et al., 2014). A construção de práticas centradas no sujeito e em sua subjetividade, em aspectos culturais e sociais, propõe mudanças nos modelos de atenção.

É a partir dessa discussão que trago a inserção das equipes de Estratégia de Saúde da Família, caracterizadas principalmente pela aproximação entre o serviço de saúde e a comunidade, tendo como princípio norteador a integralidade do cuidado.

A inserção desse modelo de atenção é apontada pelos participantes desta pesquisa como um facilitador na identificação dos casos de violência, devido à proximidade entre os profissionais e os domicílios:

*E4: Acho que o ingresso do Agente de Saúde também mexe muito nas estruturas dessas famílias, porque antes ninguém entrava e hoje entra e percebe a violência.*

*E5: Porque você não sabe o que acontece lá e não vai até lá. Então eu acho que a questão da Saúde da Família, dos Agentes de Saúde que têm essa proximidade, ela é primordial para o sucesso do NPV, porque a pessoa está na casa, naquela família. Ela começa a perceber alguns indicativos de que ali tem alguma questão a ser trabalhada e ela pode trazer para uma discussão, nós não. Quando chegou aqui na UBS é quando escapou do controle de todas as pessoas.*

*E6: Tem casos que a pessoa fala: ‘tá acontecendo isso comigo, mas eu só vou falar pra você porque você vem todo mês’, ‘eu tenho liberdade pra falar com você porque você é meu Agente de Saúde, mas eu não quero que saia daqui’. Aí na reunião de equipe, quando sai todo mundo, eu falo: ‘M., tá acontecendo tal coisa, eu exponho na reunião de equipe ou fica só entre nós dois?’. Sífilis, HIV, violência doméstica, como todo mundo se conhece, tem coisas que eu sei que acontece na minha área, tem coisas que a enfermeira pega o caso para ela.*

*[...] A vizinha falou: ‘teve briga na casa do lado, você não quer dar uma olhadinha?’. A gente vai, a gente entra no ambiente interno. Você vai descobrindo coisas, e o que a gente tem que fazer? A gente traz para cá, não pode deixar.*

*E8: A gente que visita as casas sabe praticamente tudo o que ocorre com as famílias [...]*

As ações referentes a tais situações sempre inspiram atenção para que não se reduzam ou se transformem em “práticas policiais”. Proteção, responsabilização e punição podem se confundir na condução das situações. Algumas ações exigem certa agilidade, mas se forem tomadas de forma impulsiva seguem violentando aquele sujeito. Mais uma vez ressalto que a troca de experiência, a discussão e a multiplicidade de olhares fazem toda diferença nessas horas. Essa questão aparece nos discursos dos gestores:

*E12: A todo momento a gente tem que colocar qual o papel da Saúde e qual o papel da Justiça, inclusive com os profissionais, porque às vezes eles querem fazer justiça. ‘Calma! A gente tem de cuidar dessa pessoa’. Esse era um papel que eu fazia muito, tanto na gestão quanto no atendimento de UBS, trabalhar com os profissionais da Unidade. ‘Ah, mas ela não quer fazer o boletim de ocorrência!’. Mas nosso papel é o cuidado e trabalhar pra que isso não aconteça mais. Trabalhar com a responsabilidade de cada setor é outra coisa que a todo momento eu estou falando, porque fica com aquela angústia de querer fazer mais.*

No entanto, o caráter burocrático da ESF, com protocolos padronizados e a lógica de produção por procedimento/atendimento, é um fator que coloca em risco o “trabalho vivo” do profissional, que se vê capturado pelo rigor das metas estabelecidas, e dificulta a execução de práticas que sejam voltadas para os sujeitos e suas subjetividades (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). A falta de tempo aparece em todas as entrevistas como um dos principais desafios para a consolidação de um NPV que seja realmente efetivo dentro das Unidades. Outro grande desafio, trazido principalmente pelos gestores, é a rotatividade de profissionais, devido ao processo de privatização da Área.

Reconhecer esses diferentes interesses nos auxilia a compreender as contradições presentes nas políticas, assim como traz um olhar mais crítico para as práticas. Essas contradições resultam em angústia e práticas mais mecanicistas. Para elucidar essas contradições, destaco dois dos fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 21):

- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e

reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção [...].

Para que o vínculo entre o profissional e o usuário se estabeleça é necessário que, além da disponibilidade desse profissional, ele tenha amparo institucional, ou seja, que sua prática possa se efetivar dentro de condições de trabalho que estejam de acordo com os fundamentos e prerrogativas das políticas.

Os contratos de gestão entre as OSs e a prefeitura apoiam-se em indicadores de resultados que visam à produtividade, com altas metas para número de consultas e enrijecimento das agendas. O tempo destinado ao cumprimento dessas metas interrompe e aprisiona o processo criativo que visa à integralidade do cuidado. Seguir os fundamentos das políticas atualmente é um desafio enorme para os trabalhadores, que estão no centro de um campo de batalhas ideológicas e com interesses muito distintos. Assim sendo, as contradições que compõem as políticas revelam a divergência dos interesses, os diferentes projetos para a nação, as diferentes formas de compreender o papel do Estado, que se expressam em leis com diretrizes e fundamentos contraditórios.

*E8: Acho que o que pega mais é a questão do tempo pra fazer isso, me dedicar mais a isso. Porque não é fácil você dar conta de uma equipe, das demandas da Unidade mais o Núcleo. Não sou só eu, tem o outro enfermeiro que tem outra coisa, então a gente vai se adaptando, porque o Núcleo tem que acontecer dentro das Unidades. [...]. Tendo tempo, a gente arranja o material, porque a violência está aí e aqui é muito subnotificado.*

*E3: Eu acho que, assim, na Atenção Básica, na UBS, é muito dinâmico tudo. Então, assim, eu acho que devia ter um tempo mais reservado para esses diálogos, para esse empoderamento dos Núcleos. Merece um espacinho, uma importância, sei lá, dentro das metas. Acho que tem que ter essa cobrança lá de cima, que tenha meta desses atendimentos, não sei... para que haja esse resguardo desse tempo, porque a Unidade precisa parar para falar desse assunto. Ainda a gente força muito, a gente entra muito na questão daquela correria e sempre fica aquele assunto para depois, sempre para depois. Então eu acho que deveria ter uma importância também, como tem, sei lá, saúde da criança, saúde do adulto... e aí essa atenção à vítima de violência. Talvez seja isso, tentar criar uma importância maior dentro da Atenção para que possa se organizar melhor o Núcleo dentro da Unidade e fazer mais coisas.*

*E4: Toda a dinâmica do processo de trabalho, pensando em SUS, é um pouco sufocadora. Você incluir mais uma atividade até virar rotina, até virar um hábito e ser aceito, tem uma dificuldade.*

*E2: As reuniões, as saídas da UBS pra discutir caso com a rede demandam tempo, só que tempo é produção de meta, então é complicado. E o profissional, ele vai bater a meta, o salário dele depende disso, está lá no contrato. Tem que articular tudo isso para superar os obstáculos, as barreiras.*

*E11: As pessoas estão tão habituadas nas rotinas delas, estão tão presas a isso que não para pra fazer, e talvez por não estar dentro de uma meta pra seguir, ou uma coisa que seja assim mais cobrado, as pessoas não conseguem entender qual o objetivo.*

*E12: Eu acho que a questão dos profissionais, o quadro enxuto, a rotatividade é um desafio grande, e eu acho que isso, com o passar do tempo, é um problema a longo prazo, não vai ser resolvido. Então acho que a rotatividade de profissional e quadro enxuto... porque se você tem tempo pra cuidar do caso é diferente do que você estar atormentado com um monte de ficha que você tem que preencher, tempo de consulta, tempo disso, tempo daquilo... Tamanha cobrança...*

*E1: Agora você vê, pessoas que estão há muito tempo no território, muito tempo com o Parceiro, isso acontece, elas têm esse vínculo estabelecido. Agora, na maioria dos casos tem uma rotatividade enorme de profissionais, não tem como! E essas pessoas se capacitam e vão embora, daí você tem que começar do zero. Se você pensar hoje nas Unidades próprias, tem as pessoas que tem uma história de SUS, então isso é muito fácil. Por outro lado, elas estão muito sozinhas e assoberbadas, porque as pessoas estão se aposentando e não tem ninguém para ficar no lugar, porque não tem mais concurso público. É um problema seríssimo! A gente vai chegar num momento que não vai ter mais ninguém para cobrar o Parceiro, porque aqueles que são efetivos estão indo embora, se aposentando. Se a gente não retomar isso, a gente não vai ter mais gestão do SUS nesse sentido, cada um vai fazer o que quer mesmo. Se você tem um Parceiro consciente e uma pessoa que é comprometida, tudo bem, mas a gente sabe que isso não é regra, a gente não pode ter a certeza de que isso vai acontecer*

Qual seria então a saída para lidar com toda essa disputa de interesses e inserir os NPVs como uma prática de cuidado realmente efetiva, que colocasse o sujeito e sua singularidade como prioridade no dia a dia das UBSs? Como trabalhar o olhar dos gerentes dos serviços para a importância de ações voltadas a essas áreas? Quais indicadores podem ser usados para avaliar as ações e os resultados da inserção dos NPVs nas Unidades?

*E12: [...] eu acho que é sensibilizando o gestor da Unidade. A gente tem os indicadores epidemiológicos de violência em alguns territórios, em outros a gente sabe que tem subnotificação, mas quando eu estava em UBS tinha também número de consulta, agenda, e eu fui pegar no 'calo' da gerente: 'olha, a gente precisa desse tempo! Dê um jeito de justificar aí, porque não dá pra trabalhar nesse território sem esse tempo de discussão'.*

*E1: [...]. Nós estamos encontrando agora indicadores para entrar nos Contratos de Gestão, nós estamos propondo indicadores para os Contratos de Gestão para qualificar a atenção às vítimas de violência. Nós estamos discutindo se é o número de notificações, a qualidade da notificação, nós estamos vendo como obrigar os Parceiros a olhar para isso, porque isso vai entrar como indicador para avaliar um Contrato de Gestão e o trabalho dos Parceiros. Nós já conseguimos pelo menos um indicador para entrar nos Contratos, nos próximos, e trazer qualidade no atendimento, sair do modelo do tempo de atendimento para realmente fazer uma proposta que não seja por número de atendimento, e sim por qualidade; qualificar e não quantificar os atendimentos.*

A discussão sobre os indicadores para avaliação e protocolos é bastante complexa. O número de notificações realizadas pode ser um indicador, mostrando a invisibilidade ou não da violência em determinada Unidade de Saúde. No entanto, sendo a violência um fenômeno que envolve tantas singularidades e subjetividades, em que determinadas ações podem ser executadas em um caso, mas em outro, aparentemente semelhante, essas mesmas condutas são impróprias, como estabelecer protocolos e avaliar a efetividade da intervenção?

*K: E como avaliar essa qualidade?*

*E1: A gente está discutindo isso, muito! É uma coisa muito complexa. A gente pensa que a construção de um PTS é um indicador. Por exemplo, um indicador importante, nos casos de violência sexual com penetração, onde a profilaxia é necessária, se a profilaxia foi realizada, se a pílula do dia seguinte foi disponibilizada. Se é um caso de autoagressão, que também é notificação em 24h, se foi feita busca ativa, se ele está no CAPS, se está sendo cuidado pela Saúde Mental. Em termos de qualificação do atendimento, como é que a gente qualifica esse atendimento? A gente está discutindo quais são os indicadores que vão ser cruciais para avaliar isso, o que a gente já sabe, se existe uma notificação para uma suspeita, quais foram os encaminhamentos realizados? A rede foi acionada? Se é criança, o Conselho Tutelar foi acionado? Levantar o fluxo e ver se a gente está fazendo isso, mas isso ainda a gente não fechou.*

A criação de protocolos de atendimento para as situações de violência não pode engessar as ações, exceto nas situações em que algumas medidas profiláticas precisam ser adotadas em um curto período, como nos casos de estupro, sendo estas ações importantes, mas pontuais. Em todas as outras, se as ações forem realizadas de forma mecânica, sem considerar os riscos de cada situação, elas podem ter efeito contrário à proteção, mesmo aquelas que são impostas pela lei, como a notificação ao Conselho Tutelar nos casos de violação de direitos na infância e adolescência. Para cada caso essa ação terá que ser realizada dentro de sua singularidade, com a cautela necessária. O que isso quer dizer? Em algumas situações, a notificação para o Conselho pode ser um comunicado informando a violação de direito, mas, na grande maioria dos casos, o contato direto entre os profissionais dos serviços, para que se possa refletir sobre as melhores estratégias de intervenção, pode proporcionar ações mais seguras.

Não é raro que crianças e adolescentes sejam encaminhados ao exame pericial para constatação de abuso sexual, seguindo um protocolo antigo, sem que haja uma avaliação prévia da necessidade desse procedimento. O exame realizado pela equipe do Instituto Médico Legal (IML), dentro de um hospital de referência para o estado de São Paulo, pode atestar a existência de violações como o estupro, mas não identifica outras formas de abuso sexual. Assim, muitas vezes, crianças e adolescentes são expostos a situações extremamente invasivas devido a práticas impensadas. As consequências aparecem posteriormente nos relatos desses jovens, que chegam aos serviços de saúde mental e narram os sentimentos de humilhação e vergonha por terem seus corpos invadidos por esse tipo de procedimento.

Os protocolos podem guiar alguns passos, mas o que realmente pode garantir o cuidado é a maneira como a ação será realizada. É importante que o profissional se aproxime e compreenda a situação e suas singularidades para pensar em caminhos a seguir e em propostas que atendam a demanda daquele sujeito, em qualquer faixa etária. Ações que requerem tempo, o que justamente os profissionais afirmam não ter.

#### *4.3.7 A composição de um Núcleo e a transdisciplinariedade*

As entrevistas nas UBSs mostraram que a implementação dos Núcleos de Prevenção de Violência não se apresenta de forma homogênea. Há lugares que já apresentam uma estrutura mais elaborada, que se aproxima da ideia e do objetivo estabelecido em sua criação; há Unidades que estão se apropriando da proposta, e há Unidades que não apresentam qualquer estrutura relacionada ao NPV. O que mais se observa é a existência de pessoas de referência nas Unidades para as quais os casos são direcionados.

*E5: O NPV aqui foi criado, porém só funciona no papel, nós não temos nenhuma atuação, nós não temos um grupo de fato para discutir casos, para propor possíveis soluções, ações. Então de fato nós não temos esse grupo.*

*E6: Hoje em dia não funciona, porque não tem um formato ainda. Quando tem a convocação para os encontros, eu vou, desde 2016. A V. vai comigo, ela já veio de uma UBS que tinha NPV, já veio capacitada. A gente se conversa e, quando tem algum caso, eles perguntam para mim ou para ela qual o procedimento. Aí nós falamos: ‘preencher a ficha do SINAN, fazer a visita domiciliar...’.*

*E4: As demandas chegam e eles notificam como tem que fazer, mas ainda não acontecem os encontros na Unidade pra sentar e trabalhar em cima da violência propriamente dita, os encontros não acontecem...*

*E7: A nossa dificuldade maior dentro da Unidade é fazer um momento com todos os membros para discussão dos casos. O que que acontece, eu faço a vigilância também, faço parte da vigilância, então toda vez que existe algo a ser notificado, independente de ser NPV ou não, eu estou no meio do processo de notificação. Então, às vezes, para mim fica mais fácil enxergar algumas coisas, porque dentro dos fluxos de vigilância já tem muitas coisas que são ‘linkadas’. O que eu sinto dificuldade, às vezes, é reunir toda equipe para trabalhar no mesmo sentido, com as mesmas perspectivas, com mesmas ideias, com a mesma facilidade de sentir o que que manda para lá, o que que manda para cá. Essa é a dificuldade que eu sinto....*

*E9: Pensando na realidade sem assistente social, foram buscar uma profissional, psicóloga, que tivesse esse olhar social. Aí veio a N. trabalhar conosco e, desde a entrada dela, ela teve como um dos principais objetivos fortalecer o NPV, fazer funcionar o Núcleo de Prevenção à Violência, capacitando, estimulando o preenchimento do SINAN, porque nós éramos uma das UBSs que menos preenchiam.*

*K: Ela tinha alguma formação específica, ela se identificava mais com o tema?*

*E9: Ela tinha trabalhado no SPVV... Ela fomentou bastante isso: os relatórios, o estreitamento com a rede, o conhecimento da rede, enfim. Eu acho que se nós tínhamos um NPV bem atuante era por conta disso, de uma profissional capacitada buscando melhor a capacitação e multiplicando aqui dentro.*

A questão da violência dentro das Unidades ainda se vincula muito fortemente à figura do assistente social ou da enfermagem, sendo esta última por conta da área de Vigilância. Dos nove entrevistados, apenas dois não estavam nessas funções: um Agente Comunitário de Saúde e uma terapeuta ocupacional.



*E4: É isso que falta: os diversos olhares para a mesma situação, que ainda não acontecem. Sendo sincera, aqui não sei como será, mas a falta que a gente sente enquanto NPV é isso, é efetivamente as pessoas entenderem que faz parte de trabalhar a saúde. A violência faz parte da Saúde e trabalhar isso faz parte de todas as profissões. Enquanto colocar só enfermeira e assistente social... Eu acredito que quando não tem assistente social a enfermeira deve passar por isso, por essa angústia que a gente passa. É cobrada e tem que fazer, tem que acontecer, mas faz como? [...] É uma atribuição nossa estar junto, mas não é só uma atribuição nossa. Eu venho percebendo que tem essa dificuldade, só acontece se tem assistente social.*

*E3: É difícil um profissional que seja duro para fazer um atendimento de uma vítima de violência no serviço social. Ele já vem com o exercício da profissão, já é lidar com essas situações, então acho que já é inerente a nossa profissão. Acho que é por isso que nos Núcleos tem um assistente social.*

*E6: agora está tudo mais fácil pela presença da assistente social.*

*K: O que que muda quando tem essa pessoa?*

*E6: Ela ajuda porque ela sabe que caminho seguir.*

A ausência de um Núcleo de Prevenção mais atuante, que já esteja mais fortalecido e preparado, é suprida muitas vezes pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Conforme já foi visto, dentre as atribuições do NPV estão:

- Articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência;
- Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços, utilizando o dispositivo de Projeto Terapêutico Singular e as tecnologias de cultura de paz;
- Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço de saúde, uma vez que o atendimento dos casos de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde (SÃO PAULO, 2015, p. 21).

Frequentemente as ações aparecem vinculadas às atividades que o NASF executa, até mesmo porque está dentro das atribuições deste último a promoção de saúde, mas se percebe que há uma certa confusão entre as atribuições de um e de outro Núcleo, ou seja, as ações que os participantes apontaram como realizações do NPV estão realmente partindo dele e de ideias concebidas por seus profissionais ou o Núcleo está se apropriando de atividades que já são realizadas na UBS pela equipe NASF?

*E6: O NASF está tentando fazer grupos para empoderamento feminino, empoderamento familiar também, para mulher agredida se fortalecer e não ficar dependendo só do marido. [...]E o NASF também faz essa triagem, eles perguntam 'tem algum paciente assim na área?' A gente vai tentando triar os casos.*

*E8: Nós temos duas assistentes sociais, nós temos o NASF, que são aqueles profissionais, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nós temos essa equipe. [...]Eu valorizo muito o trabalho da assistente social, porque ela trabalha mais diretamente com isso do que eu, que sou enfermeira. Ela sabe mais os encaminhamentos, as diretrizes, ela trabalha o tempo todo com isso, então me ajuda. Eu sempre falo isso para elas, embora a demanda do NASF seja muito grande também, elas têm as coisas delas, mas eu falo 'vocês vão me ajudar bastante'.*

*E7: Para minha Unidade eu sinto falta da equipe NASF, não só para demanda do NPV como para outras demandas, muitas. Eu acho que já ajudaria bastante. Pegamos um caso e tendo assistente social, porque geralmente as equipes NASF elas compartilham Unidades pelo número de equipes para fazer o atendimento, mas nós sabíamos que duas vezes na semana nós tínhamos aquele profissional na Unidade, às vezes até na reunião de equipe que é responsável pela área de abrangência daquele usuário que sofreu o evento. Então a gente passava o caso e já começava ali, mais que um profissional, a equipe 'multi' a trabalhar em cima daquilo para ajudar a resolver. Acho que isso falta bastante.*

*E11: Onde eu já consegui trabalhar esse tema foi num grupo que é feito com pais e filhos, a questão do diálogo entre eles, nessas relações que são conflituosas muitas vezes e também de sensibilizar a temática de violência. A psicóloga tem grupo de mulheres, de empoderamento, então ela traz alguns assuntos, tem mulher que é vítima de violência.*

Se na concepção dos NPVs existe a prerrogativa de que estes sejam capazes de orientar e capacitar a equipe a respeito do tema, será que os profissionais que atualmente compõem o Núcleo conseguem, de fato, exercer essa função, auxiliando a equipe na busca de estratégias e ações voltadas para esse cuidado, a partir de questões específicas que envolvem os casos de violência? Mesmo as pessoas que estão em cargos de gestão admitem que ainda não, e que existe a necessidade de maior preparo:

*E2: Teria que ter NASF em todas. A gente vê a diferença. [...] O profissional que é preparado que eu vejo hoje, é o profissional do NASF. Os profissionais do NASF, eles são preparados sim. O pessoal do CAPS também, eles são preparados. Agora se você pega os profissionais da Estratégia de Saúde Família, eles precisam ser preparados. Porque todo profissional de saúde, ele precisa acolher a*

*vítima de violência, então ele precisa ser preparado. Eles têm no mínimo que aprender a acolher e perceber sinais.*

#### 4.4 Conquistas da Área

Nos últimos anos a Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência tem buscado ampliar suas ações e dar maior visibilidade a elas. Segundo a representante da Área Técnica na SMS/SP, houve avanços. No ano de 2019, todas as regiões conseguiram organizar fóruns mensais com representantes dos NPVs. Além disso, foi realizada em parceria com o Instituto Sedes Sapientiae uma capacitação sobre o atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes; e, em 2020, todas as regiões deverão ter supervisão institucional para discutir os casos de violência. Segundo a representante da área na Coordenadoria Regional de Saúde, essas estratégias partiram das discussões realizadas nos encontros que ocorreram nos anos de 2016-2017, envolvendo os profissionais dos NPVs, as Supervisões e Coordenadorias Técnicas de Saúde, a partir do levantamento das necessidades e dificuldades apontadas pelos trabalhadores.

Em meio a tantos desafios, alguns avanços já se mostram presentes também. Desde que a portaria entrou em vigor, em 2015, o número de notificações vem aumentando ano a ano, como pudemos constatar na descrição realizada anteriormente de cada território estudado. Ainda que seja um processo demorado, a violência vai se tornando menos invisível e, mesmo que ainda haja muita insegurança, tanto no momento de notificar quanto no momento de intervir, o tema vai conquistando seu lugar dentro das ações da saúde pública no município de São Paulo.

Nos dois territórios, o Fórum de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência acontecia mensalmente, tendo impacto positivo na mobilização dos profissionais. Esses fóruns foram apontados pelos participantes como um evento que auxilia na organização de fluxos e aproxima os profissionais. Aqueles que puderam participar e tiveram contato com esses eventos ressaltam sua importância, ao passo que os profissionais que não frequentavam mostraram-se fragilizados e sozinhos.

*E3: [...] já é um começo, né? Então está dando força porque está se organizando, está fazendo essa rede, a partir dela... E eu acho que só vem a acrescentar e organizar tudo. [...]*

*K: Você vê uma diferença nesses últimos anos?*

*E3: Eu vejo. Porque é uma forma de organizar mesmo, de fixar o fluxo. Por exemplo, é bom saber que eu tenho alguém específico naquela*

*Unidade que cuida desse assunto. Então direciona bem. Eu acho muito importante para a rede ficar mais fortalecida e fluir mais o andamento das coisas.*

*E4: Por virar uma questão de organização mesmo, de estar no diário oficial, de tudo isso, de tornar realmente oficial, porque se ficasse nos acordos não iria acontecer. A violência ia continuar subnotificada, continuar sendo vista por cada um de um jeito. Agora eu acho que a gente está caminhando para Linha de Cuidado, a gente está superando um pouco, ou pelo menos aqueles que participam e acreditam, a gente já superou um pouco essa fase da notificação, a gente já subiu um degrau de que a gente está na conquista da Linha de Cuidado.*

*E7: Eu acho super válido. Eu admito que aprendo bastante porque eu sou enfermeira de formação, então meu olhar é mais voltado para o cuidado, a saúde física. Então, quando a gente vai lá, a gente se depara com outros profissionais que representam outros serviços e também estão preocupados com a questão social, psicológica. Então a gente consegue enxergar as coisas de outra perspectiva, até se atentar pra coisas que você não tinha se atentado porque não é sua prática profissional, você não tem aquele exercício diário de prestar atenção naquilo. Ajuda bastante.*

*E8: A gente está vendo que está crescendo, algumas leis, e eu estou tentando me adaptar dentro das minhas demandas também.*

As participantes que estão em cargos de gestão, tanto na Supervisão de Saúde quanto na Coordenadoria e na Secretaria, mostraram-se próximas e envolvidas com o tema. As ações pensadas para a área estão de acordo com muitas das necessidades apontadas pelos entrevistados que estão “na ponta”. A questão da rede intersetorial e a fragilidade desta, a necessidade de intervenção no que diz respeito a órgãos de proteção, como o Conselho Tutelar e o Judiciário, são exemplos dessas ações:

*E12: Como eu já trabalhei em UBS, em NPV, em Supervisão Técnica com a Violência, eu falei: ‘eu tenho um papel muito forte aqui dentro de garantir esses espaços de discussão em rede, de fortalecimento de rede no território, porque não dá pra trabalhar sozinho’. [...]O problema da exposição do profissional que está no NPV é também um papel que a gente tem que trabalhar muito daqui da Secretaria. Eu estou num momento de conversa com os supervisores dos Conselhos Tutelares porque vai ter eleição agora, a posse em janeiro, e eu já quero entrar com uma sensibilização e eu estou tentando que isso esteja no calendário oficial das capacitações dos Conselhos. Como o NPV atua no território, os fóruns da rede que o Conselho Tutelar não participa, porque eles acham que eles têm uma autonomia, mas eles*

*precisam participar, precisam saber do cuidado em rede. Então eu estou nesse momento agora.*

A necessidade de maior capacitação técnica e de espaços de formação, apontados pelos profissionais como uma das principais necessidades, e a importância de espaços de supervisão institucional, nos quais não só a dimensão do conhecimento técnico seja considerada, mas também o que essas situações tão complexas e difíceis, de dor e de privação, mobilizam nos profissionais, refletindo em suas práticas, estão sendo consideradas:

*E1: A gente, então, tem duas metas com os profissionais: capacitá-los para o manejo dos casos, mas também cuidá-los, através de propostas de cuidando do cuidador, que existem algumas propostas. [...] Tem, por exemplo, terapia comunitária, Reiki, práticas integrativas, a gente está pensando em propostas de cuidado para esses profissionais. Várias Áreas Técnicas estão sentando, inclusive com o R.H., e discutindo de que forma nós podemos proporcionar espaços para esses profissionais serem cuidados; espaços terapêuticos com discussão de caso, com profissionais ouvindo esses profissionais. Dentro da nossa proposta a gente quer recursos para supervisão de casos, com a participação de toda a rede; seriam espaços em que a gente estaria discutindo caso, mas, num segundo momento, cuidando dos profissionais que cuidam desses casos. Existem muitas ideias e, por isso, que a gente está pleiteando recursos, para que a gente possa fazer um programa, uma política pública que tenha recursos, porque até hoje a gente não teve um tostão. Tudo o que a gente está conseguindo é por muito empenho.*

*E12: [...] quando eu fui falar da supervisão aqui, depois de um tempo, a minha coordenadora me chamou, com uma planilha... ‘Olha, tá tendo essa capacitação, essa, essa outra, vamos fazer mais uma?’. Eu falei: ‘supervisão não é capacitação, é discussão de caso; as pessoas precisam saber como manejar. Eu não abro mão! Nem da supervisão, nem da capacitação do Sedes, eu não abro mão’.*

Outro avanço da área, a partir do aumento das notificações das situações de violência, foi a contratação de profissionais para realizar o suporte aos NPVs e o atendimento de alguns casos que estavam sem receber um cuidado efetivo. Embora os recursos financeiros para esse projeto tenham ficado retidos ao longo do ano de 2019, sendo possível essa ampliação somente no final do ano, a região sul vem conseguindo implantar essa equipe nos territórios.

*E1: Hoje a gente tem, para cada território, conquistado junto ao gabinete, um número de seis profissionais por Supervisão Técnica, que vão estar cuidando do matriciamento e do atendimento dos casos mais graves de violência. A gente entende que o NPV na Atenção Básica, ou*

*mesmo nos CAPS e nos hospitais, eles vão ter essa equipe como referência para os casos que precisam de uma atenção especializada. [...]seriam 'braços' nossos nas diferentes Supervisões.*

A proposta ainda não conseguiu se efetivar da forma que foi idealizada. No território de M'Boi Mirim, uma das OSs realizou a contratação desses profissionais ainda no primeiro semestre, por meio de uma reorganização interna em seu R.H.; no entanto, as demais regiões conseguiram efetivar a proposta somente no final do ano de 2019, com metade do número de profissionais previsto no projeto original, ou seja, três profissionais: um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional.

Considerando todos os ataques que o SUS e as demais políticas sociais vêm sofrendo, a política de violência vem se mostrando resiliente. Avanços são reconhecidos pelos participantes, embora ainda haja um caminho a percorrer.

## CAPÍTULO 5

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de um Núcleo dentro das Unidades de Saúde, destinado a olhar especificamente para as questões de violência, vem se consolidando e se fortalecendo pouco a pouco, desde sua implantação, em 2015, embora haja uma grande variação quanto a sua efetividade nos territórios. Em alguma medida, busca dar visibilidade a situações que sempre estiveram presentes no dia a dia dos profissionais e que, pelas mais diversas razões, não podiam, ou ainda não podem, ser vistas.

Há muitos desafios para o enfrentamento das violências, sendo o primeiro deles a grandiosidade e a extensão que o tema abarca. Não há como eleger uma violência a ser vista ou enfrentada, porque todas estão interligadas e precisam ser consideradas quando se pensa nas intervenções.

Como nos lembra Schwarcz (2019), o Brasil tem uma história muito particular, porque para cá veio quase metade dos africanos e africanas escravizados, obrigados a deixar suas terras de origem na base da força e da violência. Além disso, somos os campeões nos quesitos desigualdade social, racial e de gênero.

Segundo Chauí (2017, p. 176), “no Brasil, não temos direitos: recebemos e fazemos favores, adquirimos obrigações e dívidas, somos submissos ou rebeldes, mas não somos cidadãos”. Estamos em um país hierarquizado, em relações de mando e obediência, que vão da família ao Estado, atravessam todos os níveis e instituições – políticas, sociais, culturais, públicas e privadas –, além das relações pessoais (CHAUI, 2017).

As ações que buscam minimizar o sofrimento, proteger e empoderar os sujeitos precisam considerar as raízes históricas da violência em nossa sociedade, bem como olhar para as demandas geradas pelas estruturas políticas, econômicas e sociais na atualidade. Como pensar em ações de combate à violência sexual sem considerar a cultura do estupro (SCHWARCZ, 2019)? Como compreender as violências autoprovocadas e as tentativas de suicídio sem considerar os mecanismos de autocoerção e autoexploração relacionados ao sistema capitalista e à sociedade do desempenho (HAN, 2019)?

Da mesma forma, as necessidades humanas, do campo do desejo, do cuidado, do afeto precisam ser consideradas. Qual suporte é oferecido ao sujeito para que ele possa lidar com suas demandas internas? De que forma são supridas suas necessidades na relação com o meio?

Quais questões, nessa relação dialética entre mundo externo e interno, permeiam uma ação violenta?

Essas são questões importantes no âmbito de políticas públicas que lidam com o enfrentamento da violência em sociedades tão desiguais como aquela em que vivemos.

Vimos que as políticas são constituídas e constituintes de subjetividades e que a sua implementação é atravessada por esse aspecto. O que mobiliza cada sujeito, as experiências, vivências e as ideologias constituídas se expressam em suas práticas. O processo de educação permanente pode contribuir para ampliar o olhar do profissional, aprofundando as discussões sobre as violências e buscando redimensionar e ressignificar os fundamentos pré-concebidos por meio de um olhar analítico sobre as práticas (SCARCELLI, 2017). Isso inclui o objetivo de transformar não só as práticas, mas os processos de trabalho e as relações de poder, tanto internas quanto entre os profissionais e usuários.

Bleger (2003) afirma que, muitas vezes, o que nomeamos como “pensar” é somente um círculo vicioso e estereotipado, marcado pela ideologia dominante, um pensar que não antecede a ação, sendo que para recuperar o movimento dialético o sujeito inevitavelmente é tomado por um período de ansiedade, que deve ser tolerado para que novas possibilidades possam surgir. Em suas palavras,

Todas essas formas distorcidas do pensar não são só condutas psicológicas com motivações individuais, mas são, fundamentalmente, *padrões culturais* e formam parte da superestrutura da organização socioeconômica vigente. Parte desse arsenal ideológico está constituído pela lógica formal, que fragmenta, ‘elementariza’ o processo do pensamento. Esse é sempre um processo dialético; a lógica formal não é um pensamento criador, e sim a estereotipia e o controle do pensamento. O espontâneo é o pensamento dialético, que está limitado e reprimido pelo pensamento formal, porque com ele, na realidade, não se pensa, mas se critica e se controla o pensamento dialético até um limite em que, inclusive, se chega a bloqueá-lo. [...]

Para poder pensar é preciso poder chegar a um nível no qual seja possível admitir e tolerar um certo volume de ansiedade, provocada pelo aparecimento da espiral com a conseqüente *abertura* de possibilidades e perda de estereotipias, ou seja, de controles seguros e fixos. Em outros termos, pensar equivale a abandonar um marco de segurança e ver-se lançado numa corrente de possibilidades (BLEGER, 2003, p. 73-74).

Entende-se, portanto, que fortalecer o trabalhador inclui momentos de discussão e suporte para que um movimento dialético, de ressignificações, possa acontecer internamente. Esse processo pode auxiliar também na constituição do NPV que, estando fortalecido, poderá conduzir essa mesma ação na Unidade de Saúde e, desse modo, esse movimento ressoe na comunidade. Esse processo, obviamente, ocorre de maneira singular e encontra diferentes



possibilidades em cada sujeito, contrapondo-se às práticas educativas e modeladoras que determinam condutas apenas para melhor servir à manutenção do sistema.

As práticas normalizadoras e os protocolos rigidamente construídos são bastante presentes no cotidiano das UBSs. A hegemonia do componente biológico, orgânico, sobre os determinantes sociais dificulta as ações de promoção da saúde e as propostas que tentam romper com essa supremacia. Os programas citados pelos entrevistados, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), propõem articulação intersetorial, buscando agregar outras linguagens e diferentes campos de conhecimento. No entanto, ao adentrar nesse campo, as práticas, muitas vezes, permanecem fragmentadas, o olhar continua cindido e, novamente, é direcionado para os sintomas e as necessidades expressas pelo corpo físico. O desafio é compor ações que promovam bem-estar, que levem em conta as necessidades de “ser” e a expressão das singularidades, bem como o fortalecimento do coletivo e de valores que estimulem a cooperação.

Como nos lembra Westphal e Mendes (2000), para que a intersetorialidade aconteça, aproximando o que está previsto nos documentos e leis das práticas realizadas, existe a necessidade de superar a fragmentação do conhecimento, herança do projeto iluminista/positivista, e as barreiras burocráticas e corporativas.

Dentro da Unidade de Saúde, essa cisão também precisa ser superada e qualquer ação pode tanto se guiar por procedimentos que respondam somente às questões orgânicas quanto pode ser pensada para a construção de uma proposta de cuidado integral, o que inclui as discussões sobre violência. É o “como”, a maneira como são conduzidos os grupos já existentes e o olhar sobre as questões trazidas nos atendimentos, que pode servir de disparador para que os sujeitos possam ressignificar o modo como se relacionam com o outro.

A promoção de saúde, apontada pela PNRMAV e pela Linha de Cuidado como a principal ação para a prevenção da violência, objetiva delimitar um novo paradigma, como nos lembra Sucupira e Mendes (2003), ao relacionar as condições de saúde às dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para obter um desenvolvimento social mais equitativo. Isso quer dizer que, para a promoção da saúde, a ausência de doenças não é suficiente. Conforme observam essas autoras, as práticas preventivas incorporadas pelo sistema capitalista passaram a responder ao lema “é melhor prevenir do que remediar”, sendo, nesse caso, “melhor” sinônimo de “mais barato”. As autoras também ressaltam que, como campo conceitual, a promoção da saúde busca avançar o olhar para as questões sociais e políticas na determinação das condições de saúde das populações, mas apontam para a dificuldade de modificar a ideia que culpabiliza o sujeito:

Entretanto, ainda hoje, permanece a ideia de que é importante e suficiente educar as pessoas para que elas possam adquirir comportamentos mais saudáveis. Muda-se o discurso. A Carta de Ottawa fala da importância da capacitação dos atores, para que identifiquem opções e tomem decisões por hábitos de vida mais saudáveis, mantendo a ideia de que os atores desconhecem os hábitos de vida que seriam saudáveis e por isso necessitam de capacitação. Nessa visão, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis depende apenas de decisões individuais, a partir de um leque de opções. Persiste a negação das condições materiais de vida que impedem a grande maioria da população de poder optar por hábitos de vida mais saudáveis. Culpabiliza-se assim a vítima por não ter observado melhor os preceitos e ensinamentos da saúde (SUCUPIRA; MENDES, 2003, p. 8).

Bauman (2008) nos lembra que a subjetividade constituída a partir do modelo capitalista transforma tudo em bens de consumo, em mercadorias, inclusive as relações interpessoais. A área da Saúde, como não poderia deixar de ser, sofre as consequências desse modelo. Sofre principalmente com as contradições e os distanciamentos de concepções e projetos de sociedade, considerando que a saúde foi declarada um direito fundamental e obrigação do Estado em nosso país desde a promulgação da Constituição. No entanto, estando sob a prevalência da ótica economicista, as práticas respondem à demanda do mercado e não dos sujeitos.

O desafio é grande. As políticas e programas que foram citados nesta pesquisa buscam criar de alguma maneira formas de resistência frente à lógica dominante. Mas a realidade dos serviços de saúde e a organização de trabalho são regidas por essa lógica, que avalia eficiência em números e estipula metas que aprisionam as práticas, dificultando o cuidado. Assim, a relação entre o profissional e o usuário torna-se cada vez mais tensa; o vínculo entre a Unidade de Saúde e a comunidade é abalado, na medida em que ela não consegue atender as expectativas e necessidades dos usuários.

Diretrizes e fundamentos trazidos pelas políticas, em especial a Política de Atenção Básica à Saúde (PNAB) e pela Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência – como a longitudinalidade e continuidade do cuidado para que se desenvolva uma relação de confiança e afetividade entre usuário e trabalhador –, tornam-se quase utopia dentro da realidade das Unidades. Isso ocorre tanto pela alta rotatividade de profissionais quanto pela impossibilidade de realizar um atendimento capaz de aprofundar as questões trazidas e provocar mudanças a partir de um processo de autoconhecimento. Essas questões aparecem nas entrevistas e se mostram como uma ameaça para a efetivação de um

Núcleo coeso e ativo dentro das Unidades, capaz de propor ações de enfrentamento das violências.

As entrevistas também mostraram que outros fatores estão envolvidos e podem dificultar as ações para o enfrentamento das violências, como o medo e as ameaças aos profissionais e à Unidade e a fragilidade da Rede de Proteção. A articulação com outras políticas e instâncias, como o Conselho Tutelar e o Sistema Judiciário, é bem delicada pela dificuldade de diálogo e entendimento quanto à função da área da Saúde nas intervenções dos casos de violência. É verdade que, em boa parte das situações, os profissionais da saúde podem contribuir com informações que auxiliem na tomada de decisão da Justiça, e não podemos nos eximir dessa responsabilidade. No entanto, a exposição do profissional impede que ele dê continuidade ao processo de cuidado iniciado. Essa condição foi colocada nas entrevistas, tanto por integrantes dos NPVs quanto pelas participantes que ocupam cargos de gestão, que diariamente vivenciam esse dilema, sendo um dos principais impeditivos para a atuação.

O sofrimento dos profissionais de saúde, pelas mais diversas causas, também foi expresso nas entrevistas. Desde a precariedade e deterioração dos espaços físicos de algumas UBSs até a falta de amparo institucional para lidar com as questões de violência que se apresentam em seu cotidiano, seja dentro, seja fora das Unidades.

A sensibilização e a inserção dos gerentes das Unidades nas discussões, implicando-os ativamente nas condutas realizadas, são trazidas pelos participantes da pesquisa como medidas a serem aprimoradas, podendo auxiliar no campo da micropolítica para a implementação dos Núcleos dentro das Unidades, que hoje se apresenta ainda de forma bastante irregular e desigual. A pesquisa mostrou que, na maioria das Unidades, há pessoas de referência que procuram orientar os demais profissionais, no entanto, a proposta de formação de um Núcleo ainda não se concretizou em grande parte delas. Para que isso ocorra, a organização dos processos de trabalho precisa ser pensada, tanto na micro como na macropolítica.

Oferecer espaços para troca de conhecimentos, de experiências e de afetos aos trabalhadores pode proporcionar ações de cuidado que realmente respondam às necessidades e à proteção dos sujeitos/usuários. Ampliar o olhar para além dos sintomas, buscar compreender a dinâmica das relações, considerando os processos singulares em que ocorrem, compreender quais questões tornam aqueles sujeitos vulneráveis, assim como olhar para si mesmo na relação com o usuário são elementos essenciais para uma atuação que possibilite o cuidado ao invés da produção de mais violência.

Como tenho repetido desde o início, não se trabalha no enfrentamento da violência sozinho, seja dentro da Unidade, seja no que se refere aos demais setores que compõem a Rede

de Proteção. São situações que mobilizam o profissional pelo sofrimento que expressam, causam raiva, tristeza e, muitas vezes, sentimento de fracasso e desesperança diante de realidades tão duras. Em minha prática percebo que uma das potências do Núcleo está justamente nesse apoio, no suporte que um pode oferecer ao outro, nas possibilidades que podem ser construídas, nas trocas que podem acontecer de forma a movimentar padrões enrijecidos e escutas dessensibilizadas.

Entendo que a política de enfrentamento de violência no município de São Paulo, que instituiu dentro das Unidades de Saúde os Núcleos de Prevenção, traz a possibilidade de dar maior visibilidade ao tema, garantindo nas agendas um espaço para essa discussão. Fica evidente na fala dos profissionais que atualmente não há “tempo” para que se possa refletir sobre as práticas e promover um cuidado efetivo para atender as demandas trazidas pelas pessoas em situação de violência.

Fortalecer o NPV para que este possa avançar e ultrapassar as ações burocráticas que vêm desempenhando, tornando-se dentro das Unidades de Saúde um núcleo de resistência que possa fazer frente à naturalização de tantas violências, é uma outra grande potência dessa proposta. São tantas violações vivenciadas no dia a dia, em graus tão extremos, que o profissional passa a relativizar algumas situações. Pois é justamente nesse ponto que o Núcleo pode intervir, problematizando e buscando retirar profissionais e usuários da paralização causada por tanta precariedade.

Minimizar o distanciamento entre os âmbitos político-jurídico e técnico-assistencial, como vimos, requer constantes questionamentos sobre qual projeto de sociedade queremos ou pretendemos construir. As contradições expressas nos documentos oficiais, leis e portarias que regulamentam os programas são indicativos dessa divergência de valores e maneiras de compreender o papel do Estado. Há mais de um caminho a seguir, uma vez que há diferentes interesses presentes. Por isso, proporcionar espaços para reflexão das práticas é tão importante no âmbito da assistência e na implementação das políticas.

Sozinha, a área da Saúde não conseguirá fazer frente ao problema, mas volto a dizer que, por exercer a função do cuidado, seu potencial para atingir, mobilizar e provocar mudanças é grande. A saúde pública no Brasil ocupa historicamente um papel central na luta pela redução das iniquidades e defesa dos direitos; busca construir ações de cooperação e integralidade no cuidado, embora seja atravessada por muitos interesses.

Como qualquer outra política, a política municipal para o enfrentamento da violência pode ser aprisionada e limitar-se a desenvolver uma função burocrática, permanecendo restrita ao campo da denúncia e da vigilância. É preciso estar atento a isso e resistir.

**ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Pesquisadora: Kate Delfini Santos  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Ianni Regia Scarcelli  
Contato: [katedelfini@yahoo.com.br](mailto:katedelfini@yahoo.com.br)  
Fone: (11) 98555 3442  
Endereço Institucional: Instituto de Psicologia  
Av. Prof. Mello Moraes 1721  
CEP 05508-030  
Cidade Universitária - São Paulo – SP

Eu, Kate Delfini Santos, pesquisadora do Instituto de Psicologia da USP, venho por meio deste convidá-la(o) a fazer parte da minha pesquisa de doutorado, intitulada *O Fenômeno da Violência na Atenção Básica à Saúde: entre o enfrentamento e a prevenção* (título provisório); que tem por objetivo identificar os modos como se expressa o fenômeno da violência na Atenção Básica em Saúde e refletir sobre as possibilidades e os desafios que os profissionais de saúde da região Sul do município de São Paulo têm para lidar com essa problemática em seu cotidiano.

Para tal serão realizadas entrevistas abertas com trabalhadores que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) em seus locais de trabalho, profissionais das Supervisões Técnicas de Saúde, Coordenadoria de Saúde Sul e Secretaria Municipal de Saúde. Também serão realizadas observações de reuniões das equipes do NPV em algumas Unidades. As entrevistas terão duração estimada de 45 minutos; estas serão gravadas e transcritas para posterior análise. Informo que a análise destes dados será usada apenas no âmbito da pesquisa, e os áudios das entrevistas ficarão armazenados sob a minha responsabilidade por um período de cinco (05) anos, em arquivo digital e será mantido o sigilo, com restrição de acesso por meio de senha, e não serão reproduzidos nem compartilhados por e-mail ou outra cópia de qualquer natureza para quem quer que seja; após esse período, o material será destruído.

Com o conhecimento produzido, espera-se poder contribuir no aperfeiçoamento das ações necessárias para a efetiva ação dos Núcleos de Prevenção à Violência (NPVs) e o aperfeiçoamento da política de enfrentamento da violência vigente no município de São Paulo. Os dados desta pesquisa poderão ser publicados, mantendo a garantia de sigilo sobre sua identidade.

Esclareço que sua participação é voluntária e que você tem plena liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Também ressalto a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa.

A presente pesquisa não possui riscos iminentes aos participantes, mas caso você se sinta constrangido em algum momento de sua realização poderá desistir de sua participação a qualquer hora, como já foi dito. Durante e após sua participação, você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas ou de qualquer informação adicional que deseje, para isso você pode entrar em contato comigo pelo telefone ou e-mail já informados. Caso seja verificada a necessidade de suporte psicológico, você poderá buscar auxílio no Centro de Atendimento Psicológico (CAP) do Instituto de Psicologia da USP ou será direcionada(o) a outra instituição que melhor responda às suas necessidades, ainda que opte por não participar mais da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo e terá acesso aos resultados da pesquisa quando finalizada. Caso sinta necessidade, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (CEPH-IPUSP) no endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. Telefone: (11) 3091-4182; ou, ainda, com o CEP/SMS para dúvidas e denúncias quanto a questões éticas pelo e-mail [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) ou pelo telefone (11) 33972464.

-----  
Eu, \_\_\_\_\_, após ter sido devidamente esclarecida(o), concordo em participar do estudo *O Fenômeno da Violência na Atenção Básica à Saúde: entre o enfrentamento e a prevenção* (título provisório), coordenada e realizada por Kate Delfini Santos, autorizada pelo Comitê de Ética do IPUSP, sob o número 90905818.2.0000.5561, e pelo Comitê de Ética da SMS/SP, sob o número 90905818.2.3001.0086.

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>19</sup>

- ADAMSON, G. O. **Ecro de Pichon-Rivière**. Tradução de Marco A. F. Velloso. Centro Interdisciplinar em Psicologia Social, Institucional e Comunitária. Biblioteca Virtual. 2000. Disponível em: <http://www.interpsic.com.br/saladeleitura/biblioteca.html>. Acesso em: 06 fev. 2020.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção de saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.) **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, EAD/ENSP, 2013. p. 79-104.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e violência: a resposta social como origem e solução do problema. In: WESTPHAL, M. F.; BYDLOWSKI, C. R. **Violência e juventude**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2010. p. 59-71.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 121-143.
- BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-11, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00140017.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.
- BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BECK, U. A reinvenção da política. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Ed. UNESP, 1997. p.11-71.
- BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupo**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BIRMAN, J. **Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2009.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF:

---

<sup>19</sup> Neste trabalho, foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Congresso Nacional, 1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 05 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Lei nº 13.431**, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm). Acesso em: 15 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto Presidencial nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: 15 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737/GM**, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html). Acesso em: 05 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica/Trauma e Violência. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18 de maio de 2001. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma Cultura de Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção de Violência**. 1. ed. 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura\\_paz\\_saude\\_prevencao\\_violencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf). Acesso em: 12 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf). Acesso em: 26 ago. 2020.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014). Acesso em: 03 nov. 2019.

CAVALCANTE, F. G. et al. Violência contra pessoas com deficiência. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI**: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017. p. 323-340.

CECÍLIO, L. C. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2020.

CHAUÍ, M. O mito da não violência brasileira. In: ITOKAZU, E.M.; CHAUÍ-BERLINK, L. (Org.) **Sobre a violência**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p. 29-50.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Assistentes sociais contra os novos cortes no orçamento Federal para 2019, 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1505>. Acesso em: 24 nov. 2019.

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2003.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção de Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 43-58.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, jul./ago. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011). Acesso em: 01 dez. 2019.

DOMENACH, J. et al. **La violencia y sus causas**. Paris: Editorial de la UNESCO. Organización das Nações Unidas, 1981. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000043086\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000043086_spa). Acesso em: 03 set. 2015.

EGRY, E.Y. et al. Enfrentar a violência infantil na atenção básica: como os profissionais percebem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 119-125, jan./fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0119.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 323-363.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, P. Após decreto da Prefeitura, ONGs de assistência social cortam atendimentos a idosos e crianças em SP. **Portal G1**, 18 jun. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/06/18/apos-decreto-da-prefeitura-ongs-de-assistencia-social-cortam-atendimentos-a-idosos-e-criancas-em-sp.ghtml>. Acesso em: 24 nov. 2019.

FILHO, H. C. N. C. et al. Violência doméstica e a experiência dos serviços de saúde. In: NETO, M. L. R. et al. (Org.). **Saúde Mental Coletiva**: clínicas e vulnerabilidades. São Paulo: Schoba, 2012. p. 249-263.

FILHO, M. M. Jardim Ângela: das manchetes policiais para revolução social. **Portal Carta maior**. 24 jan. 2006. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Jardim-angela-das-manchetes-policiais-para-a-revolucao-social/5/9097>. Acesso em: 11 ago.2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rev. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREUD, S. Por que a guerra?. In: \_\_\_\_\_. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos** (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 417-435.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. Espaço Temático: Política Nacional De Atenção Básica, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, ago. 2018. Disponível em: [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public\\_site/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: \_\_\_\_\_. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

GOMES, P. Zona sul de São Paulo lidera o número de notificações de agressão a mulheres. **Carta Capital. Blog 32xSP**, jan. 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/32xsp/zona-sul-de-sp-lidera-o-numero-de-notificacoes-de-agressao-a-mulheres/>. Acesso em: 09 fev. 2020.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência Urbana e Saúde Mental. **Fractal**: Revista de Psicologia, Niterói, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v29n1/1984-0292-fractal-29-01-00017.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

GUATTARI, F. Políticas. In: GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. 12. ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2017. p. 149-238.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. 12. ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2017.

HAN, BYUNG-CHUL. **Topologia da violência**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2019.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 362-366, set. 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6755/4057>. Acesso em: 04 dez. 2017.

KRUG, E.G. et al (Ed.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Organização Mundial da Saúde, Genebra: 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 01 de set. 2015.

LIMA, R.S. Sociedade brasileira cultua a violência. Entrevista concedida a Fernando Caulyt. **Deutsche Welle**, out. 2017. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/sociedade-brasileira-cultua-a-viol%C3%Aancia/a-40872325>. Acesso em: 31 jan. de 2018.

MAIA, J. N. et al. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. **Revista Rene**, v. 17, n. 5, p. 593-601, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6179/4417>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MANDELA, N. R. **A Long Walk to Freedom**: The Autobiography of Nelson Mandela. London: Little Brown, 1995.

\_\_\_\_\_. Preâmbulo. In: KRUG, E.G. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. Não paginado. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 01 de set. 2015.

MELO, C.; TANAKA, O. As Organizações Sociais no Setor Saúde: Inovando as formas de gestão? **Organizações e Sociedade**, v. 8, n. 22, Salvador, p. 1-12, set-dez. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302001000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302001000300007). Acesso em: 18 jan. 2020.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, out. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12902018000401105&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902018000401105&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 mai. 2019.

MERHY, E. E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum**, n. 27, p. 281-306, jan. 2011. Disponível em: [http://uninomade.net/wp-content/files\\_mf/112203120910A%20clinica%20do%20corpo%20sem%20orgaos.pdf](http://uninomade.net/wp-content/files_mf/112203120910A%20clinica%20do%20corpo%20sem%20orgaos.pdf). Acesso em: 10 fev. 2020.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, mai.-jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/01.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M.C. et al. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, EAD/ENSP, 2013.

\_\_\_\_\_. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>. Acesso em: 15 de set. 2016.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017.

MINAYO, M.C.S et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M.C. et al. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, jul./set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300814](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300814). Acesso em: 10 ago. 2019.

OLIVEIRA, Q. B. M.; NASCIMENTO, M. Violências contra pessoas LGBT: novos desafios para a saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência**. 2014. Disponível em: <http://nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência y salud: resolución no XIX**. Washington, 1994.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

PEDROSA, C.M; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para formação médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000100015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 ago. 2017.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Vínculo**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

QUEIROZ, C. Desarmando a violência. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, ed. 281, jul. 2019. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2019/07/10/desarmando-a-violencia/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

RAMOS, R. C. S. et al. A abordagem da violência na atenção primária. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 26, suplemento 8, p. 15-19, dez. 2016. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiCyLLH7InZAhUGl5AKHQ15BU4QFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.rmmg.org%2Fexportar-pdf%2F2115%2Fv26s8a04.pdf&usg=AOvVaw135KoTNKX\\_dA1JomjTnNph](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiCyLLH7InZAhUGl5AKHQ15BU4QFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.rmmg.org%2Fexportar-pdf%2F2115%2Fv26s8a04.pdf&usg=AOvVaw135KoTNKX_dA1JomjTnNph). Acesso em: 25 jan. 2018

SAKATA, K. N.; EGRY, E. Y.; NARCHI, N. Z. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas nacionais? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 208-215, Dec. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00197.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00197.pdf). Acesso em: 15 de set. 2016.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. et al. Como os profissionais na atenção básica enfrentam a violência na gravidez? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 448-453, mai./jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00448.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00448.pdf). Acesso em: 18 set. 2017.

SANTOS, K. D. **Um estudo psicanalítico sobre a maternidade na adolescência: histórias de abandono, violência e esperança na trajetória de três jovens mães**. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232018000300861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000300861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 6 jun. 2019.

SÃO PAULO. **Lei nº 13.671**, de 26 de novembro de 2003. Dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13671-de-26-de-novembro-de-2003>. Acesso em: 12 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. **Centro para crianças e adolescentes**, out. 2013. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia\\_social/protecao\\_social\\_basica/](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protecao_social_basica/). Acesso em: 21/11/2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania. **Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo**. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência**. 2015. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia().pdf). Acesso em: 28 jun. de 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento Gestão Descentralizada. **Projeto Resgate Cidadão – Rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência**, n. 1, nov. 2003. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/ResgateCidadao0103.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 1300/2015/SMS.G**, de 15 de julho de 2015. Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo. Diário Oficial. São Paulo: nº128-DOM, de 15 de julho de 2015, p. 20.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria nº 1573**, de 03 de agosto de 2011. Institui o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) na Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de São Paulo. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1573-de-3-de-agosto-de-2011>. Acesso em: 11 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes. **Notificação das Violências e Acidentes**. 2018. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/doencas\\_e\\_agrivos/violencia\\_s\\_e\\_acidentes/index.php?p=12819](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/doencas_e_agrivos/violencia_s_e_acidentes/index.php?p=12819). Acesso em 06 fev. 2020.

SCARCELLI, I. R. **Psicologia Social e Políticas Públicas: pontes e interfaces no campo da saúde**. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

SCHWANTES, L. C. et al. Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 449-456, out./nov., 2011.

Disponível em:

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjImM7c7YnZAhXDx5AKHaGgAu4QFggtMAE&url=https%3A%2F%2Fhurevista.ufjf.emnuvens.com.br%2Fhurevista%2Farticle%2Fdownload%2F1727%2F617&usg=AOvVaw0XYyqw4tzu33f6vCJzPsxc>. Acesso em: 04 dez. 2017.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SOUZA, E. R. et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: MINAYO, M.C. et al. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da Saúde: Conceitos e definições. **Revista de Políticas Públicas – SANARE**, Sobral, v. 4, n. 1, jan./fev./mar. 2003. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/107/99>. Acesso em: 15 out. 2019.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, jan. 2000. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6347/4932>. Acesso em: 01 dez. 2019.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. **Privação e Delinquência**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: Acesso em: 01 nov. 2019.