



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Helena Fernandes Ferraz**

**Enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro: relato de experiência de profissionais envolvidos em um trabalho em rede**

**Rio de Janeiro**

**2019**

Helena Fernandes Ferraz

**Enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro: relato de experiência de profissionais envolvidos em um trabalho em rede**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inez Padula Anderson

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

F381 Ferraz, Helena Fernandes.

Enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro: relato de experiência de profissionais envolvidos em um trabalho em rede / Helena Fernandes Ferraz. – 2019.  
61f.

Orientadora: Maria Inez Padula Anderson.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Saúde da Família – Estratégia – Teses. 2. Violência – Teses. 3. Violência familiar – Teses. 4. Saúde pública. 5. Política de saúde. I. Anderson, Maria Inez Padula. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614:316

Bibliotecária: Angela da Silva Velho CRB7/4780

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Helena Fernandes Ferraz

**Enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro: relato de experiência de profissionais envolvidos em um trabalho em rede**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 28 de junho de 2019

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inez Padula Anderson

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Gonçalves de Assis

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

Sobre a Violência

A corrente impetuosa é chamada de violenta.  
Mas o leito do rio que a contém  
Ninguém chama de violento.  
A tempestade que faz dobrar as bétulas  
É tida como violenta;  
E a tempestade que faz dobrar  
Os dorsos dos operários na rua?

*Bertold Brecht*

## RESUMO

FERRAZ, Helena Fernandes. *Enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro: relato de experiência de profissionais envolvidos em um trabalho em rede*. 2019. 61 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A Violência Estrutural é aquela praticada pelo sistema em que se vive, pelo poder econômico, político e cultural, representando a opressão a grupos e indivíduos, principalmente aqueles de classes sociais mais baixas. Esse trabalho tem como objetivo trazer à tona o conceito de violência estrutural, suas consequências na saúde e ferramentas possíveis de serem utilizadas para seu enfrentamento. Explora o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF), da Abordagem Comunitária e do Trabalho Intersetorial para o desenvolvimento de ações que estimulem o reconhecimento da violência estrutural, a luta por direitos sociais e, também, a promoção da resiliência. Foi utilizada metodologia qualitativa e os resultados são apresentados na forma de dois artigos. O primeiro artigo relata a experiência de um trabalho em rede intersetorial, promovido por uma equipe da ESF na abordagem da violência estrutural de uma comunidade de alta vulnerabilidade do Rio de Janeiro; o segundo artigo explora a percepção de profissionais envolvidos em um trabalho intersetorial na abordagem de situações de violência estrutural.

Palavras-chave: Violência Estrutural. Intersetorialidade. Estratégia Saúde da Família. Abordagem Comunitária. Resiliência.

## ABSTRACT

FERRAZ, Helena Fernandes. *Facing structural violence in a vulnerable community in the city of Rio de Janeiro: experience report of professionals involved in networking*. 2019. 61 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Structural violence is that perpetrated by the system in which one lives, by economic, political and cultural power, exerting oppression onto groups and individuals, especially those of lower social classes. This work aims to bring to light the concept of structural violence, its consequences on health and possible working tools to confront it. It traces the role of the Family Health Strategy (ESF), the community approach and intersectoral work for the development of actions that encourage the recognition of structural violence, the struggle for social rights and also the promotion of resilience. Qualitative methodology was used and the results are presented in the form of two articles. The first article reports the experience of intersectoral networking, enabled by an ESF team approaching structural violence in a highly vulnerable community in Rio de Janeiro; the second article investigates the perception of professionals involved in intersectoral work in addressing situations of structural violence.

Keywords: Structural violence. Intersectoral collaboration. Family Health Strategy; Community approach. Resilience.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Taxa de homicídio no Brasil.....	10
Gráfico 2 –	Coeficiente GINI Brasil e Rio de Janeiro, 2016 e 2017.....	15
Gráfico 3 –	Comparativo.....	16
Gráfico 4 –	Equipe Área Salgueiro.....	31
Gráfico 5 –	Equipes de Asfalto .....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
APOMT	Aviso Por Maus-Tratos Contra a Criança e o Adolescente
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial Álcool
CDDH	Comissão em Defesa dos Direitos Humanos
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMBGD	Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias
IPEA	Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada
ISP	Instituto de Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAIF	Proteção e Atendimento Integral a Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PROINAPE	Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
1.1	<b>Gerais</b> .....	23
1.2	<b>Específicos</b> .....	23
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	24
3	<b>RESULTADOS</b> .....	26
3.1	<b>Artigo 1 - Enfrentando a Lei dos Cuidados Inversos através da Estratégia Saúde da Família, da Abordagem Comunitária e do Trabalho Intersetorial</b>	26
3.1.1	<u>Introdução</u> .....	27
3.1.2	<u>Cidadania, abordagem comunitária, trabalho intersetorial, Lei dos Cuidados Inversos e suas inter-relações</u> .....	28
3.1.3	<u>Metodologia: Relato de Experiência</u> .....	29
3.1.3.1	A comunidade do Salgueiro e o diagnóstico comunitário.....	30
3.1.3.2	Reconhecendo as redes de apoio da comunidade .....	32
3.1.3.3	Trabalho intersetorial .....	34
3.1.3.4	Iniciando os grupos de apoio comunitário .....	35
3.1.3.5	Combatendo a iniquidade e revertendo a Lei dos Cuidados Inverso .....	37
3.1.3.6	Posto avançado na própria comunidade .....	37
3.1.3.7	Outras ações extramuros pensando no empoderamento social, na promoção da resiliência e na conquista de direitos sociais .....	38
3.1.4	<u>Resultados do trabalho inter-setorial</u> .....	39
3.1.5	<u>Considerações finais</u> .....	39
	<b>Referências</b> .....	47
3.2	<b>Artigo 2 - Percepção de profissionais envolvidos em um trabalho em rede ...</b>	42
3.2.1	<u>Introdução</u> .....	42
3.2.2	<u>Método</u> .....	45
3.2.3	<u>Resultados e Discussão</u> .....	45
3.2.3.1	Dimensão 1: Percepção geral violência no Brasil e Rio de Janeiro .....	46
3.2.3.2	Dimensão 2: Percepção da violência estrutural .....	46
3.2.3.3	Dimensão 3: Percepção da violência e suas inter-relações com desigualdade	

social .....	47
3.2.3.4 Dimensão 4: Estado do Rio de Janeiro e políticas de Direitos Humanos .....	48
3.2.3.5 Dimensão 5: Violência estrutural afetando a saúde .....	49
3.2.3.6 Dimensão 6: Reação da população contra a violência estrutural e outras formas de violência .....	50
3.2.3.7 Dimensão 7: Reconhecimento dos profissionais sobre as ações desenvolvidas no trabalho em rede .....	51
3.2.3.8 Dimensão 08: Percepção sobre os resultados e os impactos do trabalho realizado pela equipe do Salgueiro.....	53
3.2.4 <u>Considerações finais</u> .....	54
<b>Referências</b> .....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58

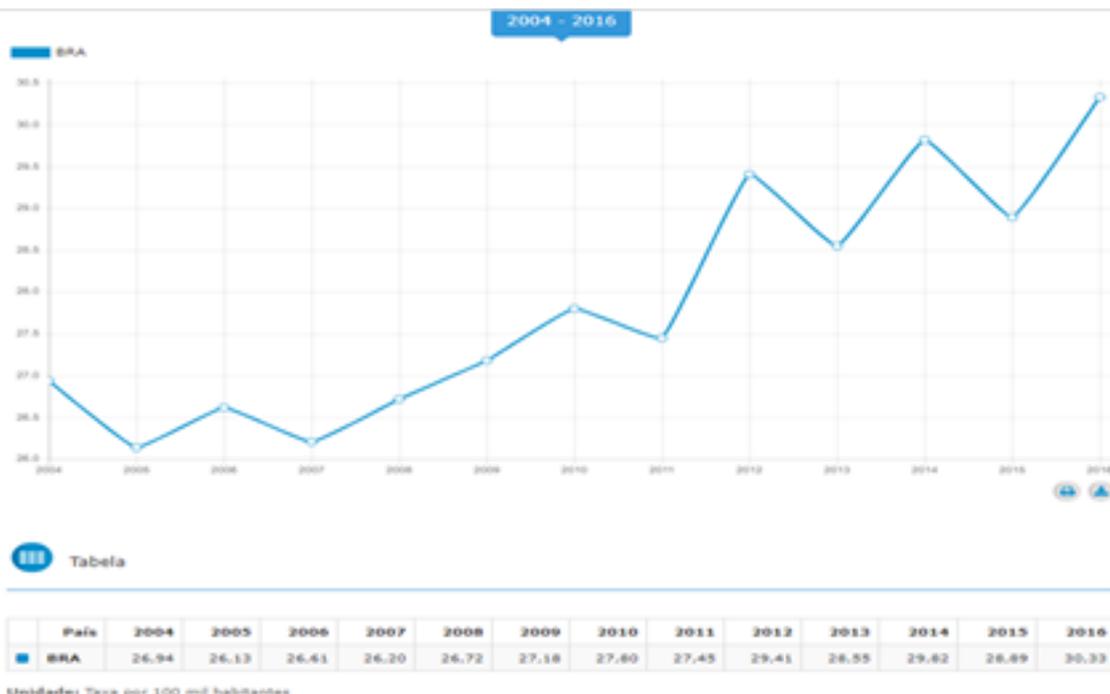
## INTRODUÇÃO

A violência está em toda a parte e estudar violência nos leva, obrigatoriamente, a aproximar de um campo amplo, multifatorial e complexo. A violência deve ser objeto de atenção de todos os que se dispõem a desenvolver uma compreensão mais profunda da realidade que vivemos. Ela afeta e traz consequências a todo ser humano em diferentes aspectos da sua vida em sociedade, inclusive no perfil de adoecimento das pessoas, famílias e comunidades. Por isso, abordar a violência e viabilizar estratégias para seu enfrentamento e superação deve ser, também, um dos focos centrais para quem trabalha hoje na área da saúde:

### a) Violência no Brasil

No Brasil a violência é um grave problema de saúde pública. Endêmico. Sistêmico. O mais recente Atlas da Violência 2018, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (BRASIL, 2018a), apresenta dados alarmantes do aumento anual de mortes violentas no país. Em 2007 a taxa de homicídio que já era muito elevada - de 25,5/100 mil habitantes - em 2016 passa para taxa recorde de 30,3/100mil, em uma evolução crescente, que está demonstrada pelo Gráfico 1:

Gráfico 1 – Taxa de homicídio no Brasil



Fonte: IPEA (BRASIL, 2018a)

Esses números são ainda mais alarmantes quando se faz um recorte e se considera a violência letal contra os jovens: metade (33 mil) das cerca de 66 mil pessoas assassinadas em 2016, eram jovens de 15 a 19 anos. Homicídios são a principal causa de morte nessa faixa etária, correspondendo a 56,5% da causa de óbito de homens entre 15 a 19 anos. Avaliando as taxas de homicídio em relação à faixa etária e sexo ela salta aos olhos: 30,3/100mil habitantes brasileiros; 142,7/100mil habitantes jovens de 15 a 29 anos; 280,6/100mil habitantes homens jovens de 15 a 29 anos.

Neste contexto, e ainda segundo o Atlas (BRASIL, 2018a), a população negra, jovem e de baixa escolaridade é a mais vulnerável: a cada 100 pessoas assassinadas 71 são negras e enquanto a mortalidade de não-negras (brancas, amarelas e indígenas) caiu 7,4% entre 2005 e 2015, entre as mulheres negras o índice subiu 22%; sendo a taxa de homicídios entre mulheres negras 71% maior que de mulheres não negras:

o caso de Alagoas é especialmente interessante, pois o estado teve a terceira maior taxa de homicídios de negros (69,7%) e a menor taxa de homicídios de não negros do Brasil (4,1%). Em uma aproximação possível, é como se os não negros alagoanos vivessem nos Estados Unidos, que em 2016 registrou uma taxa de 5,3 homicídios para cada 100 mil habitantes, e os negros alagoanos vivessem em El Salvador, cuja taxa de homicídios alcançou 60,1 por 100 mil habitantes em 2017 (BRASIL, 2018a, p. 40).

Ou seja, o jovem, homem e negro, é o alvo clássico da letalidade violenta na sociedade brasileira hoje, e não se pode pensar em debater a violência sem trazer à tona a realidade desigual do país, suas origens e suas consequências.

No Brasil, a desigualdade social é ostensiva. Em recente diagnóstico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP, 2016), o Brasil é o 10º país mais desigual do mundo e o 4º mais desigual da América Latina, perdendo apenas para Haiti, Colômbia e Paraguai.

Um Relatório divulgado em novembro de 2018 pela Organização Não Governamental OXFAM Brasil (GEORGES, 2018) mostra que, após 15 anos de redução do índice de GINI<sup>1</sup> houve, a partir de 2017, uma estagnação da distribuição de renda, tendo como resultado o aumento da pobreza com mais de 15 milhões de pessoas em 2017 sobrevivendo com US\$1,9 pessoa/dia um crescimento de 11% do número de pessoas na linha da pobreza em um ano; houve também, pela primeira vez em 23 anos, queda da renda média das mulheres em relação

---

<sup>1</sup>O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza.

à dos homens (72% para 70%); aumento da diferença salarial entre negros e brancos - em 2017 a população negra ganhava em média 53% dos rendimentos médios das pessoas brancas, em 2016 era 57%.

Aqui entram em cena os jovens das favelas e periferias. Como situam Aquino e Silva (2004) a desigualdade social está entre as maiores causas da violência entre jovens no Brasil. Ela é o grande contexto, o pano de fundo, onde vive a população mais atingida por esse problema, os jovens entre 15 e 24 anos. A escassez de oportunidades e a falta de perspectiva, principalmente dos jovens de classe baixa, leva a um incremento dessa desigualdade e consequentemente das diversas formas de violência. A desigualdade social faz com que os pobres sejam colocados à frente, por exemplo, de um dos maiores processos de violência hoje: o tráfico de armas e drogas.

Em um momento de crescente desemprego, preconceitos culturais e exclusão social essas pessoas são seduzidas por *status* e acesso a bens de consumo. O sistema que vivemos coloca como aspiração e uma possibilidade que todos podem ter acesso a bens materiais, somente a depender do mérito, e que todos podem conquistar seus sonhos:

quando o tráfico oferece ao menino uma arma, dá a ele não apenas um instrumento de operação econômica, mas um instrumento de constituição subjetiva de afirmação de si mesmo, de recuperação de sua visibilidade, de imposição de sua presença social.

Esse menino pobre das metrópoles brasileiras, que não encontrou acolhimento na estrutura familiar, também não foi acolhido pela escola ou pela comunidade, a sociedade passa por ele como se ele fosse transparente, como se ele não tivesse nenhuma densidade ontológica, antropológica ou sequer, humana. Quando porta uma arma adquire presença, torna-se capaz de paralisar o interlocutor pelo medo, de fazer que o transeunte pare na frente dele, reconhecendo-o afinal, como um sujeito (SOARES, 2002, p. 43 ).

A população mais vulnerável acaba por se tornar vítima da exclusão social e da perpetuação dessa exclusão pelo próprio Estado. Como Minayo e Assis em recente publicação “Novas e velhas faces da violência no século XXI” argumentam que:

a violência Brasileira é estrutural e histórica e se fundamenta no contexto de extremas desigualdades sociais, de exclusão de parte considerável da população aos direitos mais elementares, de uma formação urbana (onde se concentram mais de 80% das mortes violentas) não acompanhada de políticas sociais de proteção, de uma casta política patrimonialista e em boa parte corrupta e desatenta aos anseios da população, de uma sociedade machista e preconceituosa para com os pobres e os diferentes, terreno fértil para a desvalorização da vida e banalização da morte e da impunidade (2018, p.41).

Maria Cecilia de Souza Minayo pode ser considerada uma das pesquisadoras centrais para a construção do marco conceitual para o estudo da violência estrutural no Brasil.

Descreve a autora, a violência estrutural como aquela praticada pelo sistema em que se vive, pelo cenário econômico, político e cultural, que oprime grupos e indivíduos, principalmente aqueles de classes sociais mais baixas (MINAYO, 2006). Ela é praticada através da restrição ou impedimento de acesso à estrutura social que garanta o bom desenvolvimento humano, como acesso à saúde, educação, saneamento, trabalho e segurança pública.

Pode-se dizer que é a mais cruel das violências pois é resultado de políticas de estado, que deveriam promover políticas de combate à iniquidade mas que, justamente ao contrário, contribuem para a perpetuação da desigualdade, da miséria e da fome. Um dos aspectos mais graves acerca desta forma de violência é o fato dela não ser repreendida pela sociedade, sendo vista de forma naturalizada e banalizada.

Outros autores chamam a atenção sobre as raízes da violência estrutural no Brasil. Marilena Chauí em entrevista durante a conferência de abertura do Congresso Interamericano de Educação em Direitos Humanos em 2006 constata que:

a sociedade brasileira é violenta, autoritária, vertical, hierárquica e oligárquica, polarizada entre a carência absoluta e o privilégio absoluto. No Brasil há bloqueios e resistências à instituição dos direitos econômicos, sociais e culturais. Os meios de comunicação de massa e os setores oligárquicos nos fazem crer que a sociedade brasileira é ordeira acolhedora, pacífica, e que a violência é um momento acidental, um surto, uma epidemia, um acidente, algo temporário que, se bem tratado, desaparece. E que pode ser combatido por meio da repressão policial. Mas, na verdade, a violência é o modo de ser da sociedade brasileira (*on-line*).

E ainda, “[...] as classes populares carregam o estigma da suspeita, da culpa e da incriminação permanente. A sociedade brasileira é uma sociedade em que a classe dominante exorciza o horror às contradições, promovendo a ideologia da união nacional a qualquer preço”, acrescenta Chauí (2006, *on-line*).

Avalia-se que, como resposta a essa violência as pessoas pertencentes às classes mais populares passam a se utilizar da violência de resistência e, essa sim, é repreendida pelo Estado e pela sociedade, e punida pelos detentores do poder. Essa violência da resistência é aquele tida no senso popular como provocada por delinquentes e criminosos (MINAYO, 1994);

#### b) Violência e saúde:

Apesar do grande impacto da violência sobre a saúde, ela só passou a ter destaque neste âmbito há cerca de 25 anos, na década de 1990. Em 1994, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) realiza a conferência de Violência e Saúde e situa a violência como assunto emergencial e endêmico em muitos países. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) determina como uma das cinco prioridades da saúde a redução da violência nas Américas.

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, além do caráter endêmico, se converteu num grave problema de saúde pública em muitos países. O setor Saúde constitui, neste contexto, a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de saúde, de urgência, de atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (BRASIL, 2005a).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência se constitui no:

uso 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. 4).

Quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado, oficialmente um documento denominado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”. Nesse documento se vale do conceito algo semelhante ao da OMS oferecido pelas autoras Minayo e Souza (1998) que afirmam “assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (BRASIL, 2002, p. 7).

Conceituam como violência aqueles atos intencionados, mas não citam negligência e omissão. Entretanto, mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violência, deve ser considerado um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que, na realidade, representam ausência de proteção e cuidados. Dentre outras situações, estas atitudes são responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver (BRASIL, 2005a).

Em resposta a nova pauta, e levando em conta os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que compreende a saúde como um direito fundamental e sua promoção como essencial para redução da violência e acidentes, o Brasil, em 2005, através do Ministério da Saúde, integra junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) um comitê com o compromisso de realizar o diagnóstico situacional da violência no país e firmar um plano de ação para seu combate.

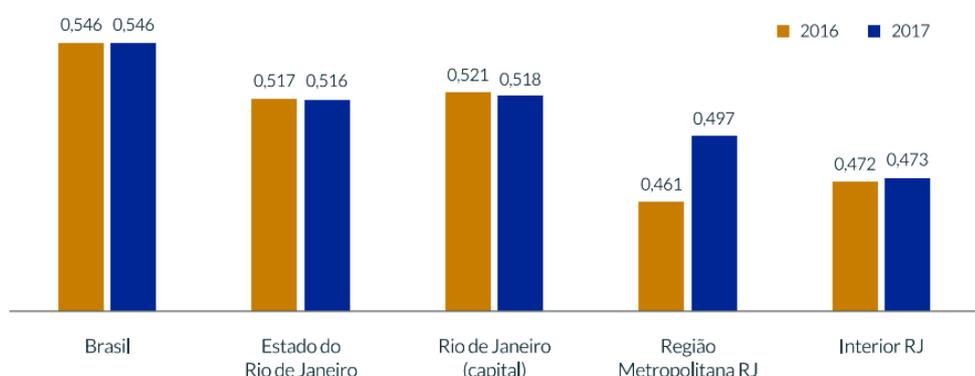
Na realidade brasileira, de elevada concentração de renda e desigualdade social inaceitável a que está submetida a maioria da população, a violência, em todas as suas formas, se torna causa e consequência de adoecimentos de toda ordem, além de representar um fator de exclusão de grande parte da sociedade a direitos básicos como saúde, educação, emprego, saneamento e assistência social. A violência tem várias caras e formas e como mencionado anteriormente, essa violência que é reforçada pelo Estado, por manter e mesmo estimular, mesmo que indiretamente, a iniquidade é chamada de Violência Estrutural;

c) Rio de Janeiro e a violência - criminalização da pobreza:

O Estado do Rio de Janeiro é a segunda economia do país, mas também é assolado pela desigualdade social. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (BRASIL, 2018b), os pobres representam mais de 12% da população, com agravante que 2,5% estão na extrema pobreza. No Estado, 83% da população vive com menos de dois salários mínimos. Assim, como em todo Brasil, a pobreza fluminense é feminina e preta ou parda. Em 2017, dos domicílios fluminenses chefiados por mulheres, 15,5% eram pobres, e 5,2%, extremamente pobres. Mais alarmante, quando considerada cor ou raça: 56% dos domicílios fluminenses chefiados por pretas ou pardas estavam abaixo da linha de pobreza em 2017 (BRASIL, 2018b).

A recessão nacional, a mudança do curso político em 2016, a falência dos projetos das Olimpíadas e Paraolimpíadas fez com que o Rio de Janeiro (RJ) experimentasse um declínio social grande (FECOMERCIO-RJ, 2019). E com isso o aumento da desigualdade social que hoje é menor na metrópole do RJ que a média do país (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Coeficiente GINI Brasil e Rio de Janeiro, 2016 e 2017



Fonte: Adaptado de FECOMERCIO-RJ (2019, p. 12).

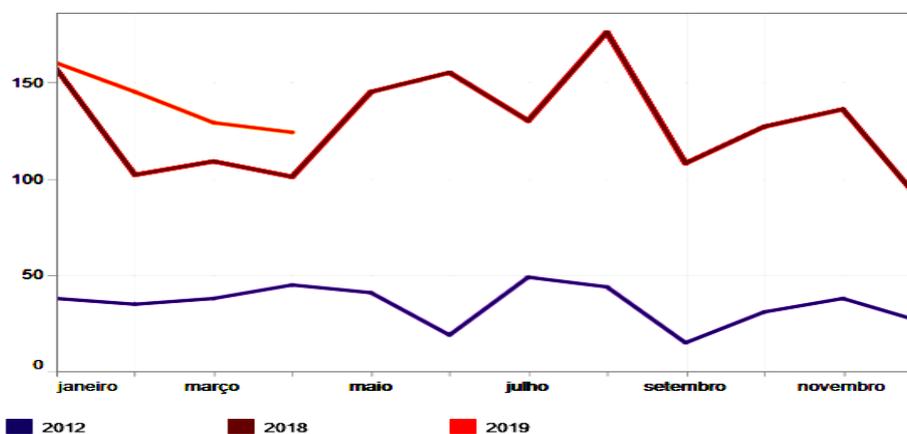
Quase um quarto da população do Rio vive em favelas, aglomerados urbanos que sofrem a carência da presença do Estado. Em 2008, surge uma proposta de ocupar esses territórios – até então dominados por facções criminosas – pela polícia, com um policiamento mais próximo ao cidadão, mas também com acesso aos serviços do Estado, como educação, saneamento básico e saúde. Eram as Unidades de Polícia Pacificadora, com um braço muito importante denominado UPP social, iniciado em 2011. Em reportagem de Felipe Betim (2018), algumas questões muito importantes, porém, levaram a sua falência, percebida então em 2018. Em primeiro lugar, as UPPs foram instaladas nas favelas centrais da cidade, enquanto as favelas mais pobres da Zona Oeste que já eram as mais vulneráveis, não puderam se ver contempladas com os serviços públicos ou com as forças de segurança que o estado propunha, incrementando a iniquidade. Em segundo lugar, o braço social do projeto não chegou para a maioria das favelas que tiveram a UPP instalada. Os abusos policiais vieram à tona novamente, sendo o assassinato do pedreiro Amarildo, na Rocinha, o mote para uma crítica mais sensível a essas unidades.

Como consequência da falência das UPPs, houve um incremento de pessoas mortas em confrontos policiais. Segundo o Instituto de Segurança Pública foram 1.534 mortes por agentes de Estado registradas em 2018, ou 4,2 mortes por dia (RIO DE JANEIRO, 2019, *on-line*).

O Gráfico 3 mostra o comparativo entre o número de mortos por agentes do Estado nos anos de 2012 e 2018/2019, sendo que o ano de 2012 representa aquele do auge das ações das UPPs (RIO DE JANEIRO, 2019, *on-line*):

Gráfico 3 - Comparativo

Comparativo entre anos - Morte por intervenção de agente do Estado



Fonte: Rio de Janeiro (2019, *on-line*).

Como explicar tamanha disparidade nos dados de 2012 e 2018? Na mesma reportagem do El País são colocadas algumas questões:

Cano afirma que as UPPs de fato reduziram a letalidade em alguns territórios, mas garante que há outros fatores que explicam esta queda da violência. Uma delas é que policiais militares do Rio passaram a ser premiados ao poupar vidas. Já a antropóloga e cientista política Jaqueline Muniz, da Universidade Federal Fluminense (UFF), explica que durante as UPPs "houve um deslocamento dessa mancha criminal". "As taxas de homicídio caíram porque a polícia parou de trocar tiro. Quem é o administrador da morte? O Estado. A polícia entrava para impedir disputas entre gangues rivais, e ela própria deixou de produzir o confronto e passou a ocupar o território (BETIM, 2018, *on-line*).

Então, diante de tamanha violência de Estado, seja na forma da negligência, indiretamente, seja na forma direta, representada pelas ações da polícia, qual seria o papel dos Sistemas e profissionais de saúde em relação à abordagem da violência estrutural? Qual seria o papel da Atenção Primária à Saúde?

d) Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família e trabalho intersetorial  
como *locus* de enfrentamento da violência

Segundo Bárbara Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por quatro atributos essenciais e três derivados, que a diferenciam de todos os outros níveis de atenção. Como atributos essenciais estão citados: o primeiro contato na atenção à saúde (acesso), a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado; como atributos derivados: a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2004).

Integralidade, um dos atributos essenciais da APS identificado por Starfield, também é um dos pilares da construção do SUS, consagrado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). A integralidade possui “quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias” (GIOVANELLA *et al.*, 2002, p. 37).

Em relação à promoção de saúde, esta pressupõe uma concepção que não restrinja saúde à ausência de doença. Espera-se que seja capaz de atuar sobre os fatores diretos e indiretos que afetam o processo saúde-adoecimento, como são as condições sociais e culturais em que as pessoas vivem e trabalham.

Esta concepção implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo enfrentar o desafio de construir ações intersetoriais uma vez que, sendo o processo saúde-adoecimento decorrência de múltiplos aspectos e de diferentes dimensões, é pertinente

a todos os setores da sociedade, embora cada um com sua especificidade e responsabilidades, especialmente o próprio setor saúde. Isto implica que, particularmente por parte do Estado, a formulação das políticas sociais e econômicas devem extrapolar o enfoque do controle de risco, devendo atuar, necessariamente, na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

É sabido que uma APS bem estruturada é um dos elementos fundamentais para o combate as iniquidades em saúde, e tem papel fundamental na organização dos sistemas nacionais de saúde. No Brasil ainda que de forma tardia, a organização dos serviços da APS tem sido efetivada por meio do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde 1994. A ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, que devem ser disponibilizadas de forma integral e continuada, a uma população adscrita geograficamente, de até 4000 pessoas. Cada um destes grupos populacionais é coberto por uma equipe básica de saúde – conformada por um médico/a, um/a enfermeiro/a e quatro a seis agentes comunitários de saúde. As ações e serviços prestados por esta equipe vão além da assistência médica, devendo estruturar-se com base no reconhecimento das necessidades da população (BRASIL, 2017). Para tanto, devem ser apreendidas a partir de um diagnóstico situacional e do estabelecimento de vínculos entre as pessoas, famílias e comunidade e os profissionais de saúde, e em contato permanente com o território (BRASIL, 2017).

Dentre os aspectos estruturantes de uma ESF qualificada, está seu potencial de promover a intersetorialidade, considerando que os problemas de saúde envolvem uma gama diferenciada de dimensões e setores que se interconectam e inter-relacionam. Promover a intersetorialidade, tem sido apontado como um dos elementos-chave no enfrentamento de problemas complexos de saúde. Em revisão sobre Estratégia de Saúde da Família, Ana Maria Ribeiro de Almeida (2008), da Universidade Federal de Minas Gerais, sugere os seguintes passos e aspectos a serem seguidos para fomentar a intersetorialidade: conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adscrita; entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade; estimular a participação da comunidade no planejamento e execução e avaliação das ações das Unidades de Saúde; articular com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados.

Quando se amplia o olhar para além da visão cartesiana, que enxerga a doença como algo que afeta o corpo, e se passa á noção de processo saúde-adoecimento e do próprio conceito de saúde que se aproxima daquele de qualidade de vida faz-se necessário, então, incrementar e fortalecer a articulação de saberes técnicos e populares, incluindo a mobilização de recursos institucionais e comunitários (ANDERSON; DONATO, 2012). Faz-se necessário, ainda, o aporte oportuno, necessário e suficiente de recursos públicos, garantindo que o financiamento da saúde seja realmente direito de todos e obrigação do Estado, como preconizado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Além disso, é necessário ser propositivo. Novas ações e práticas são necessárias para desenvolver uma cultura de trabalho intersetorial: é preciso romper as barreiras que dificultam ou impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método. Para tanto, os profissionais podem se utilizar de conhecimentos e orientações já sugeridas previamente;

- e) Promoção da resiliência e do empoderamento: combate à violência estrutural

“Ou, como metamorfosear as adversidades da vida [...]”

(ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p.17)

A palavra resiliência origina-se do latim, *resílio*, re + salio, que significa "ser elástico". Esse conceito passou a ser usado então no campo da física e química no século XVIII. Passou a ser incorporado no campo da saúde pública apenas nos anos 2000 em discussão internacional sobre a saúde do adolescente com a OPAS (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Para a Física a resiliência é capacidade de um material voltar ao seu estado normal depois de ter sofrido tensão.

Para o campo da Psicologia e saúde o conceito é mais complexo e bem explicitado por Rutter (1993). O autor que é referência em muitos estudos relacionados à violência, coloca a resiliência como conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam a o desenvolvimento de uma vida sadia em ambiente não sadio. Resulta de características pessoais e todo seu ambiente em volta.

A diferença essencial entre o significado da palavra resiliência na Física e do seu sentido na Psicologia é que nesta ciência, relaciona-se a uma dinâmica de (re)construção, a uma capacidade de ir adiante (LABRONICI, 2012).

Importante colocação de Assis, Pesce e Avanci (2006) é que o sujeito não nasce com a resiliência e nem é uma aquisição isolada e aprendida de fora para dentro, e sim um processo

interativo entre indivíduo e meio, que é capaz de capacitá-lo e fortalecê-lo para lidar positivamente com as adversidades.

Um dos importantes fatores para superar as adversidades é o convívio da pessoa nas suas redes sociais, aquelas que constrói durante a vida. A construção dessa rede favorece o *empowerment*, ou empoderamento, que seria a capacidade de os indivíduos, famílias e comunidade ganharem o maior controle sobre suas vidas e destino, conceito destacado na citação:

*o empowerment*, como processo e resultado, é visto como emergindo em um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida (ANDRADE; VAITSMAN, 2002, p. 928).

Essa ideia é reforçada por Ralha-Simões e Barros em seu artigo sobre Freire e a resiliência do oprimido:

com efeito, a libertação do estado de opressão é uma ação social, não podendo assim acontecer isoladamente, uma vez que o homem é um ser social, inserido nas múltiplas dimensões conflituais da sociedade, palco onde a conscientização e a transformação social se operam (2016, p.15).

Neste contexto, avalia-se que a ESF, tem potencial para promover o fortalecimento da resiliência, a partir da abordagem individual, familiar e comunitária com o objetivo de promover o empoderamento e autonomia comunitária;

#### f) Experiências de trabalho intersetorial no enfrentamento da violência

Diversos estudos mostram a importância do trabalho em rede como estratégico para a prevenção da violência.

Em Curitiba no ano de 2000 foi criada a “Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência” com objetivos específicos, que são:

tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes, estimulando a notificação dos casos. Capacitar os profissionais para a percepção da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial. Oferecer às vítimas, aos autores da violência e às famílias o atendimento necessário para ajudar na superação das condições geradoras de violência, bem como das sequelas dela resultantes. Diminuir a reincidência da violência pelo acompanhamento e monitoramento dos casos. Desenvolver ações voltadas para a prevenção da violência, com o envolvimento da comunidade (CURITIBA, 2008, p.17).

Os resultados alcançados por este trabalho são considerados relevantes, como mostra o relatório de 2003: 3 anos após sua criação, com a capacitação de mais de mais de 2500 profissionais, houve aumento das notificações em mais de 60%; crescimento de 1,7 notificações/mês para 19,8 notificações/mês de violência sexual, atendimento diário 24h por dia e encaminhamento em até 72h das crianças e adolescentes envolvidos em situações de violência para os hospitais de referência da rede (MINAYO, ASSIS; SCHENKER, 2010).

Outra rede importante foi estabelecida em Santa Catarina em 2004, o “Aviso Por Maus-Tratos Contra a Criança e o Adolescente” (APOMT). O objetivo do APOMT, por meio da colaboração de profissionais da educação, saúde, segurança pública, de serviços sociais e outros, é a formação de uma rede de comunicação de maus-tratos, tornando compulsório o registro de violência física ou mental praticada contra o público infanto-juvenil. A rede em 5 anos contou com a capacitação de milhares de profissionais e envolveu mais de 295 municípios do Estado (SANCHES, 2005).

Outra rede nacional importante associada também à política pública de saúde foi a criação da Lei Seca (Lei 1.705) em 19 de junho de 2008 (BRASIL, 2008). Essa resulta da necessidade da criação de uma rede entre Ministério da Saúde, Polícias Rodoviárias, Militar e Federal e órgãos de trânsito estaduais com redução de 11% dos óbitos por acidente de trânsito desde sua criação (BRASIL, 2005b).

A importância da articulação intersetorial parece fundamental no enfrentamento à violência da violência infanto-juvenil: por meio da interação entre profissionais dos diversos setores (saúde, educação, justiça, entre outros) possibilita a implementação da “Rede de Proteção” e assegura encaminhamentos às instâncias de atendimento e garantias de direitos – Conselhos Tutelares, Centros de Referência Sentinela, Juizado e Ministério Público, Sistema de Saúde e Educação (LIMA *et al.*, 2011).

A articulação intersetorial torna possível a atenção integral à pessoa no enfrentamento da violência, sendo reforçada por Menezes e colaboradores (2014), que apontam a necessidade de articulação entre os serviços (que integram a rede ou não) e revelam a dificuldade de articular-se, além de propor estratégias que viabilizariam tais espaços de interação de saberes e ações. Sinalizam ainda para a necessidade dos encontros intersetoriais para a socialização de problemas, conhecimentos e ideias que auxiliem conjuntamente para o progresso e conquistas do enfrentamento da violência.

Em estudo que demonstra a subnotificação da violência contra as mulheres, se colocam desafios como a organização da APS, a sobrecarga de trabalho, a desarticulação entre equipamentos de saúde e serviços de outros setores, e a importância de ações para além

da saúde, convocando pactuações intersetoriais (KIND *et al.*, 2013). Apesar do reconhecimento de sua importância as redes de atenção no Brasil ainda são muito incipientes, sendo mais raras ainda as redes coordenadas pela APS.

Sendo, pois, a violência é um importante fator de adoecimento individual, familiar e comunitário. A violência estrutural, situada como a negligência de acesso aos direitos humanos pela população mais vulnerável traz consequências complexas. A APS como porta de entrada e responsável pelo acolhimento de sua população adscrita lida todos os dias com a violência. Porém, como problema complexo que é, faz-se necessário o investimento no trabalho intersetorial de forma a incrementar a eficácia das ações que visam seu enfrentamento e, conseqüentemente sua redução. A Saúde faz parte dessa rede, tendo também um papel articulador da mesma.

Neste contexto, um dos maiores objetivos do cuidado comunitário deve ser o de promover o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento social, para além do cuidado individual. Pode-se dizer que seria praticamente impossível alcançar a integralidade e romper com as barreiras da lei dos cuidados inversos se não acessarmos os mais vulneráveis e garantir a eles o acesso à saúde, entendendo a saúde em sua complexidade de cuidado.

Entretanto, apesar de todo impacto e relevância da violência na saúde, inclusive como base de diversos processos de saúde-adoecimento, a sua abordagem, bem como a de seus fatores desencadeantes, ainda são negligenciados pelos profissionais e gestores de saúde, inclusive no âmbito da APS.

Desta forma evidenciar a ESF como um dos eixos centrais para o desencadeamento e construção de trabalho em rede é essencial para o enfrentamento da violência estrutural.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivos Gerais**

- a) Contribuir para o entendimento do conceito e das consequências da violência estrutural no acesso à saúde;
- b) Explorar o papel da ESF, da Abordagem Comunitária e do Trabalho Intersetorial para o desenvolvimento de ações para enfrentamento da Violência Estrutural.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- a) Relatar a experiência de um trabalho em rede intersetorial, promovido por uma equipe da ESF, na abordagem da violência estrutural de uma comunidade de alta vulnerabilidade;
- b) Explorar a percepção das pessoas e profissionais envolvidos em um trabalho intersetorial na abordagem de situações de violência estrutural.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo, de caráter exploratório, descritivo e qualitativo aborda as percepções de um grupo de profissionais que, a partir de uma equipe da ESF, participou de um conjunto de ações intersetoriais desenvolvidas para o enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade de elevada vulnerabilidade social na cidade do Rio de Janeiro. Incluiu oito pessoas, a saber: representantes da Equipe de Saúde da Família da área adscrita da comunidade em tela; do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais do Rio de Janeiro (PROINAPE), da Escola Municipal local, da Comissão em Defesa do Direito da Mulher da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) e da Comissão em Defesa dos Direitos Humanos (CDDH). As ações desenvolvidas incluíram: Atendimento no território; Trabalho em rede intersetorial; Atividades de Grupos e Ações de reconhecimento de direitos.

Optou-se pela abordagem qualitativa pelo interesse estar voltado para o relato dos sentimentos e percepções dos fenômenos e fatos relacionados ao objeto de estudo, no caso a violência estrutural no cotidiano do trabalho, a fim de compartilhá-los como uma forma de organizar as ideias e ações dos grupos sociais que realizam trabalho intersetorial na APS sobre o tema. Segundo Turato (2005), nos *settings* da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos que interferem no processo saúde-doença é essencial, entre outros para: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população a medidas implementadas coletivamente. Um outro aspecto que valoriza o método qualitativo neste estudo é o potencial de levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, na qual quatro perguntas abertas exploraram as percepções dos profissionais e membros da comunidade envolvidos no planejamento e execução de um conjunto de ações intersetoriais para o enfrentamento da violência em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro. Explorou-se, inicialmente, quais as percepções destes sobre a violência no Brasil, no estado e município do Rio de Janeiro, e sua relação com a desigualdade social e seus impactos na saúde. A seguir, buscou-se explorar suas percepções sobre as ações realizadas no período de março de 2016 a dezembro de 2018, bem como de seus resultados. As perguntas do questionário foram: 1) Qual sua percepção da Violência, para o município do Rio de Janeiro e a comunidade do Sagueiro? 2) Como você percebe o impacto da violência na saúde? 3)

Desde 2016 algumas ações foram realizadas na comunidade do Salgueiro. Você reconhece algumas dessas ações? 4) Como você avalia o impacto dessas ações na comunidade? Após a transcrição, pela própria pesquisadora, seguiu-se a análise de conteúdo para a qual as perguntas foram consideradas as categorias preliminares de análise.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro pelo número: 00381118.0.0000.5259. Todos os entrevistados aceitaram participar da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro capítulo traz a apresentação de um relato de experiência do trabalho intersetorial desenvolvido na comunidade, com o objetivo de evidenciar o processo da sua construção, do desenvolvimento do trabalho em rede, além da formação dos grupos comunitários que, hoje, são as principais ferramentas para abordagem da violência social.

E o segundo capítulo apresenta a análise da percepção dos trabalhadores que hoje formam a rede de apoio comunitária, bem como da percepção das pessoas envolvidas sobre o trabalho intersetorial realizado, através de entrevistas, com perguntas de um roteiro semi-estruturado com quatro perguntas abertas.

### 3 RESULTADOS

Os resultados foram configurados e seguem apresentados na sequência em formato de artigos. O primeiro traz é uma “Enfrentando a Lei dos Cuidados Inversos através da Estratégia Saúde da Família, da Abordagem Comunitária e do Trabalho Intersetorial” e o segundo com o título “Percepção de profissionais envolvidos em um trabalho em rede”.

#### 3.1 Artigo 1 - Enfrentando a Lei dos Cuidados Inversos através da Estratégia Saúde da Família, da Abordagem Comunitária e do Trabalho Intersetorial

##### **Resumo**

Em 1971, Tudor Hart, um médico de família inglês, caracterizou a Lei dos Cuidados Inversos como sendo aquela na qual a oferta de cuidados médicos de qualidade tende a variar em sentido inverso ao das necessidades em saúde da população e que os efeitos desta lei se acentuam onde os cuidados médicos estão mais expostos às forças de mercado. Esse trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência, destacando a importância da Estratégia Saúde da Família, da Abordagem Comunitária e do Trabalho Intersetorial no enfrentamento da Lei dos Cuidados Inversos, em uma comunidade vulnerável da cidade do Rio de Janeiro. Para tanto situa a Abordagem Comunitária de base territorial, a Intersetorialidade e a Lei dos Cuidados Inversos no contexto da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde. Demonstra que através da ação conjunta da Atenção Primária à Saúde e da construção de um trabalho em rede é possível desenvolver ações de potencial impacto para o enfrentamento da Lei dos Cuidados Inversos.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Abordagem Comunitária; Intersetorialidade; Resiliência.

##### **Abstract**

In 1971, Tudor Hart, an English general practitioner, characterized the Inverse Care Law as one in which the supply of quality medical care tends to vary in the opposite direction to the health needs of the population, and the effects of this law are accentuated where medical care is more exposed to market forces. This work aims to present an experience report, highlighting the importance of Family Health Strategy, Community Approach and Intersectoral Work in confronting the Inverse Care Law in a vulnerable community in the city of Rio de Janeiro. To this end, it places the Territorial Based Community Approach, Intersectoriality and the Inverse Care Law in the context of Primary Health Care and the Unified Health System (SUS). It demonstrates that through the joint action of Primary Health

Care and the arrangement of a labor network it is possible to develop actions of potential impact to face the Inverse Care Law.

**Keywords:** Family Health Strategy; Community Approach; Intersectoral Collaboration; Resilience, Psychological.

### 3.1.1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde, definida por atributos essenciais e derivados, difere de todos os outros níveis de atenção. Tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato (acesso), a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e como atributos derivativos, de caráter estruturante, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2004).

Para alcançar a implementação destes atributos, a Atenção Primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), deve desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada, a partir de um conjunto de atividades e serviços para além da assistência médica, propriamente dita. Estes serviços devem ser estruturados tendo por base a identificação das necessidades da população, apreendidas em contato permanente com o território, a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Para tanto é fundamental o conhecimento do território e o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural.

A integralidade também é um dos atributos essenciais e um dos pilares na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). A integralidade pressupõe uma abordagem que seja capaz de atuar sobre fatores e influenciadores do processo saúde-adoecimento, incluindo necessariamente as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Uma vez que o processo saúde-adoecimento é decorrência de múltiplos aspectos, atinente a diversos setores da sociedade, esta concepção de integralidade, implica na necessidade de implementar modos mais abrangentes de intervir em saúde, exigindo e desafiando, também, para a construção de ações intersetoriais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para alcançar o cumprimento das atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental que as ações de saúde da ESF sejam planejadas a partir do território e das

necessidades da população adscrita, considerando o contexto geográfico, econômico e cultural em que vivem. Isto se torna possível a partir de um diagnóstico comunitário onde se objetiva, neste contexto, identificar as necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade, considerando uma concepção que não restrinja saúde à ausência de doença, e que seja baseada no conceito de qualidade de vida e de busca por uma existência a ser vivida em sua plenitude. Para tanto, é necessário que as ações de saúde possam incluir a análise sobre os fatores que mais impactam e influenciam negativamente e positivamente a saúde e a qualidade de vida.

Neste contexto, deve-se utilizar de instrumentos e técnicas adequadas a este processo de trabalho de Diagnóstico Comunitário, como por exemplo: a Estimativa Rápida Participativa (KLEBA *et al.*, 2015) e o Ecomapa Comunitário (KAIPPERT, 2017) visando a participação social e o reconhecimento da rede de apoio formal e informal existente na comunidade.

### 3.1.2 Cidadania, abordagem comunitária, trabalho intersetorial, Lei dos Cuidados Inversos e suas inter-relações

Dentre as ações de promoção e educação em saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da ESF, devem estar aquelas voltadas a promover a cidadania e a autonomia social como por exemplo: criar/fomentar o conselho gestor da unidade e realizar reuniões de rede e trabalho intersetorial de forma sistemática e regular, visando o empoderamento da população e o incremento da resolutividade no enfrentamento de problemas de saúde de natureza multidimensional, como são a maioria dos que ocorrem na APS.

Mas, quais seriam as estratégias para a promoção das ações interssetoriais na ESF? Em revisão sobre Estratégia de Saúde da Família e Intersetorialidade, Ana Maria Ribeiro de Almeida (2008), da Universidade Federal de Minas Gerais, aponta alguns caminhos, dentre os quais destaca-se:

- a) Conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita;
- b) Entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;
- c) Estimular a participação da comunidade no planejamento e execução e avaliação das ações das Unidades de Saúde;

- d) Articular com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população;
- e) Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados.

Desta forma, destaca-se a importância de estar no território, buscando reconhecer as necessidades de saúde da comunidade de modo a conseguir impactar positivamente a redução da Lei dos Cuidados Inversos - um dos maiores desafios da ESF e do setor saúde de um modo geral, na atualidade. Tudor Hart, em 1971, alertou para o conceito da Lei dos Cuidados Inversos em saúde que demonstra que:

a oferta de cuidados médicos de qualidade tende a variar em sentido inverso ao das necessidades em saúde da população servida e que os efeitos desta lei se acentuam onde os cuidados médicos estão mais expostos às forças de mercado, atenuando-se onde esta exposição é mais reduzida (p. 405).

Afirmava ainda que “deixar a distribuição de cuidados médicos fazer-se em função do mercado é socialmente primitivo, está historicamente ultrapassado e qualquer retorno a este cenário irá acentuar a má distribuição dos recursos médico” (HART, 1971, p. 405).

Uma outra forma de cuidar para não cair na Lei dos Cuidados Inversos nas atividades e ações cotidianas é estar atento para o fato de que aqueles que mais necessitam dos cuidados em saúde são os que menos os demandam. Ou seja, a saúde precisa estar dentro do território, alcançando essa população mais vulnerável e mais fragilizada, por meio de busca ativa, e assim buscar garantir de fato a equidade, um dos princípios da APS.

### 3.1.3 Metodologia: Relato de Experiência

Esse trabalho tem como objetivo relatar a abordagem comunitária realizada na Comunidade do Salgueiro, Tijuca - Rio de Janeiro, do início de 2016 até o fim do ano de 2018 para garantir o cuidado integral da população adscrita. Destacará os aspectos do diagnóstico comunitário, as estratégias e as ações locais e inter-setoriais levadas a cabo para lidar com problemas graves de saúde identificados, seja junto às pessoas, famílias e à própria comunidade. Destacará ainda depoimentos de profissionais que participaram das ações. Este

trabalho foi aprovado pelo Comitê de  tica e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro pelo número: 00381118.0.0000.5259.

### 3.1.3.1 A comunidade do Salgueiro e o diagnóstico comunitário

A comunidade do Salgueiro situa-se no bairro da Tijuca, zona Norte do Rio de Janeiro.

Em março de 2016 a Equipe do Salgueiro do Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão era formada por 2 médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde e uma Preceptora do PRMFC. Naquele momento a equipe tinha dois anos e meio de funcionamento, sempre do PRMFC e com dois a três residentes desta especialidade como Médicos/as atuando sob supervisão. A agenda da equipe já tinha caráter de acesso avançado, ou seja uma pessoa que chegasse à unidade demandando o serviço de saúde, por qualquer motivo, teria sua demanda atendida, no próprio dia ou em até 48 horas, sendo a equipe do Salgueiro a mais demandante da unidade com cerca de mil atendimentos mensais.

Neste contexto de atendimentos, a equipe pode observar que no dia seguinte, após um confronto entre polícia e tráfico, ou um dia de tiroteio, ou de busca e apreensão pela polícia na comunidade, o número de demandas espontâneas aumentava muito na forma, principalmente, de agudiza o de doenças cr nicas – como picos hipertensivos em pacientes hipertensos - além de ansiedade ou “demandas ocultas” (aquelas que se escondem por tr s de sintomas inespecíficos).

Desde então, a equipe passou a discutir a influência que a violência teria na saúde das pessoas e na própria comunidade e como se poderia realizar a o de saúde visando atuar nesse contexto de violência e assim tentar influenciar positivamente no processo de adoecimento.

O primeiro passo foi resgatar o diagnóstico comunitário que havia sido realizado pela Equipe em 2015. Para tanto, havia sido realizada a Estimativa Rápida Participativa (ERP) - que   tamb , uma ferramenta para conhecimento do território - que inclui em uma de suas etapas, entrevistas realizadas com pessoas-chave da comunidade visando captar, através do seu conhecimento, o reconhecimento da história da comunidade, das estruturas existentes, dos

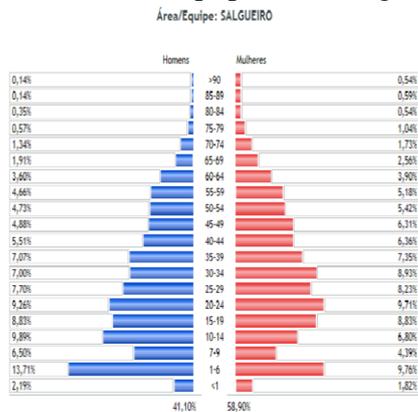
principais problemas de saúde identificados, além das fortalezas da comunidade e suas ferramentas de resiliência.

Através da realização da ERP, foi possível à equipe de saúde conhecer melhor a comunidade na qual atuava. Alguns dados e informações obtidas através deste diagnóstico:

A comunidade do Salgueiro abrigava à época mais de 4.000 moradores, de acordo com a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) da região. Esta comunidade teve origem em 1920, constituída por escravos vindos principalmente das fazendas do Alto da Boa Vista, no Rio de Janeiro. As culturas do Caxambu, Folia de Reis, blocos carnavalescos, que vieram junto com o povo africano, passaram a ser importante característica do Morro do Salgueiro.

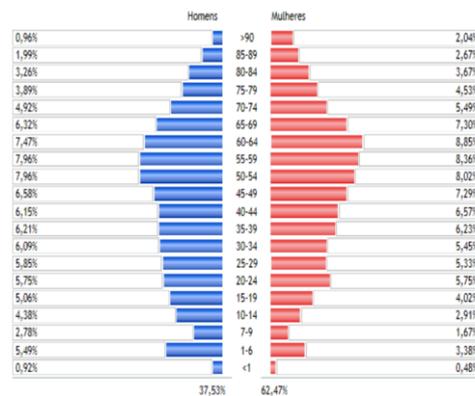
Como outras comunidades vulneráveis da cidade, o Salgueiro é o retrato da desigualdade social no Estado. Abaixo as pirâmides etárias do Salgueiro em comparação com as outras equipes do centro de saúde (equipes majoritariamente de asfalto). A base da pirâmide da Comunidade alargada, demonstrando uma população majoritariamente jovem com taxa de natalidade alta e com menor condição de envelhecimento, enquanto na população do asfalto da Tijuca a pirâmide começa a inverter, com população jovem já igualando ao envelhecimento (GRÁFICOS 4 e 5).

Gráfico 4 - Equipe Área Salgueiro



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 5 – Equipes de Asfalto



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Porém, este retrato ainda não identificaria toda a desigualdade existente uma vez que havia, no interior da própria comunidade, dentre as cinco micro-áreas que a população adscrita estava subdividida, uma discrepância social que somente o diagnóstico comunitário foi capaz de identificar. Avaliando os dados trazidos pelo preenchimento da ficha A (ficha do SIAB, de acompanhamento dos pacientes pelos Agentes Comunitários de Saúde) e comparando essas micro-áreas, foi constatado que na área 5 mais de 90% da população tinha

renda maior de 1 salário mínimo, sendo 40% de 2-3 salários mínimos, enquanto na área 1, praticamente metade da população (49%) recebia menos de meio salário mínimo. Nessa área mais pobre do morro, onde moram cerca de 120 famílias, totalizando por volta de 500 pessoas, aproximadamente 30% das casas não tem serviços básicos como luz, água encanada ou rede de esgoto. (Dados ficha A)

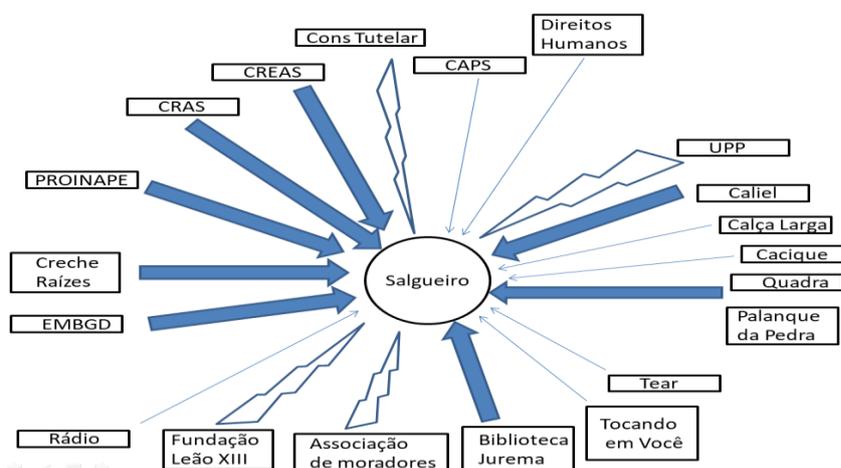
A UPP iniciou suas atividades na comunidade em setembro de 2010, promovendo importante mudança no contexto de violência, com diminuição da vivência de situações de violência, porém no início de 2016 com o início do declínio econômico do Estado do Rio de Janeiro houve a retomada dos espaços pelo tráfico de drogas com armamento ostensivo e com aumento do número de confrontos com policiais e traficantes de comunidades vizinhas.

### 3.1.3.2 Reconhecendo as redes de apoio da comunidade

Durante o diagnóstico comunitário e, com o objetivo de planejar ações de saúde adequadas à realidade evidenciada iniciou-se o processo de identificação da rede setorial e inter-setorial. Neste aspecto, se tornou imprescindível a construção do Ecomapa Comunitário com o reconhecimento da rede de apoio sócio-educacional e cultural da comunidade, não só das instituições já reconhecidas anteriormente, mas também daquelas passíveis de criação de vínculo e apoio.

Neste âmbito foram identificadas as seguintes redes de apoio desenhadas no Ecomapa comunitário (KAIPPERT, 2017) conforme a Figura:

Figura – Redes de apoio



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias desde 2016 conta com o Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas (PROINAPE), por ter sido uma das 2 piores escolas na classificação do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica da grande Tijuca. Esse programa defende a ideia de que a escola do século XXI precisa desenvolver-se enquanto uma organização que pensa sobre si mesma, compreendida como uma equipe interdisciplinar que busca refletir sobre o processo pedagógico da escola, com a escola, a partir da contribuição dos diferentes áreas e saberes: Serviço Social, Pedagogia e Psicologia (RIO DE JANEIRO, 2009).

Como serviços sociais presentes no bairro, o Salgueiro conta também com: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e o Conselho Tutelar. Além disso, conta com o apoio de algumas organizações não governamentais que realizam trabalhos esporádicos na comunidade.

O CRAS é uma importante rede de apoio da comunidade. Representa a principal estrutura física local para a proteção social básica, desempenhando papel central no território onde se localiza, tendo função exclusiva a oferta pública de trabalho social com famílias por meio do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF). Além disso é responsável pela gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica. Apesar de ser conhecido como regulador principalmente do Bolsa Família é a porta de entrada para a oferta dos serviços, programas e projetos socioassistenciais (a partir do Cadastro Único pode ter direito a um dos 20 programas sociais) e como protetor social das famílias mais vulneráveis.

A partir do momento em que há qualquer tipo de violação de direito há a intervenção do CREAS, uma unidade pública, que oferece serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres) em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc.

Junto ao CREAS trabalha o Conselho Tutelar que, apesar de sempre presente na rotina da comunidade, sempre foi visto como órgão punitivo e como motivo de preocupação pela comunidade quando solicitado. Mas, é importante entender seu papel como fiscalizador e zelador dos direitos da criança e do adolescente e o potencial de contribuir para mudanças profundas no atendimento à infância e adolescência. Como acesso à rede de Saúde a população conta com o CMS-Heitor Beltrão (nossa unidade de atuação), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Tijuca e alguns hospitais de urgência que eram referência de

atendimento e são cada vez menos demandados, como Hospital do Andaraí e Hospital Municipal Souza Aguiar.

### 3.1.3.3 Trabalho intersetorial

Após mapear a rede de apoio, a equipe do Salgueiro inicia as ações para construção do trabalho intersetorial, inicialmente com a direção da Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias, o PROINAPE da referida escola e o CRAS. Para tanto foi organizada uma reunião da rede intersetorial. Nesse encontro da rede foram apresentadas as intenções de trabalho e a proposta de que cada setor ali presente para identificar os 10 casos mais complexos/vulneráveis da comunidade. A partir daí, identificou-se os casos mais vulneráveis, e devido muitos casos em comum, resultou em 16 casos que passaram a ser estudados e trabalhados em rede.

No início de 2017 expandimos nossos encontros da rede, com reuniões bimestrais da rede ampliada para estudo e proposta de ações para toda a comunidade. Neste momento, além dos setores acima relacionados, contou-se com a adesão do CREAS, do Conselho Tutelar e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da Comissão em Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania, da Comissão em Defesa dos Direitos da Mulher da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), Rádio Comunitária, Padaria Caliel, Caxambu do Salgueiro e Escola de futebol Lelello, totalizando uma rede de mais de 10 entidades/instituições. A seguir, o relato de um dos profissionais participantes que espelha um pouco do alcance e do cotidiano deste trabalho em rede:

*"Então chegava o encaminhamento, vamos ver como essa criança tá na escola, como está na saúde, e isso a gente conseguia sem problemas, porque a gente também conseguiu imprimir um olhar diferente nesses outros espaços, o trabalho intersetorial foi importante porque cada um estava no seu gueto, educação, saúde, assistência, na medida que você olha, senta e fala de um olhar e tem uma troca de conhecimento e tem o acolhimento de outros profissionais acho que isso ampliou, a gente conseguiu muita coisa com essa forma de escuta e esclarecimento." (E8)*

### 3.1.3.4 Iniciando os grupos de apoio comunitário

O contexto de violência vivenciado pela comunidade exigia uma atuação integral. Como lidar em cenário tão complexo de desigualdade e violência? Então, a equipe inicia a estudar e refletir sobre as próprias demandas da população e aquelas advindas da própria rede:

#### a) Grupo “PAZ E FILHOS”

Como demanda vinda de uma dos componentes da rede estava os muitos encaminhamentos para a equipe de saúde que chegavam da escola da comunidade, a Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias. Pelo menos três vezes por semana, era solicitado acompanhamento psicológico e terapêutico para crianças com suposto quadro de hiperatividade, agressividade e depressão. Foi realizada, então, uma aproximação com a direção, nas reuniões intersetoriais citadas acima, para entender a dinâmica da escola, percebendo em conjunto, saúde, educação e Assistência social, a necessidade de ouvir as famílias, que muitas vezes se colocavam afastadas da escola.

Foi criado então o Grupo de Pais “Paz e Filhos”, em outubro de 2016. Um grupo de promoção à saúde dirigido aos cuidadores, responsáveis pelas crianças, e pelas próprias crianças da escola, de periodicidade quinzenal (exceto em época de férias). Participaram familiares de todos os alunos da escola, incluindo crianças dos quatro aos 10 anos. Nesse grupo, ao serem ouvidos os pais e responsáveis, foi percebido que essas famílias sofriam violências diariamente. Eram vítimas de racismo, de falta de saneamento, de ausência paterna ou materna, de agressão física e emocional pela polícia, em suma, uma série de violências praticadas cotidianamente e absorvidas por aquelas crianças que ali estudavam. Abaixo um depoimento sobre as atividades e o potencial de ação deste grupo no relato de um dos profissionais participantes:

*"Temos os grupos na escola como o Paz e Filhos, que vieram mediante demandas, de queixas dos alunos, e com esse trabalho de rede que a gente tem, com Conselho Tutelar, a escola, o CRAS, o CREAS, a gente tem conseguido fechar bastante, ficar bem fechadinho e trazer bons resultados. Tem o mulecagem também, que é um grupo na escola." (E3)*

#### b) GRUPO “ENTRE MUROS”

Através de um outro depoimento, durante as atividades do grupo Paz e Filhos, uma mãe, relatou que depois que seu marido foi preso e ninguém mais a ajudou, teve que assumir

sozinha a criação de seus quatro filhos, para os quais a escola solicitava “diagnósticos” por causa da agitação das mesmas. Identificou-se então que muitas daquelas crianças agitadas, agressivas ou apáticas, estavam passando ou já tinham passado por afastamento parental após cárcere de seus pais. Com essa mesma mãe foi iniciado o grupo “Entre Muros”, dirigido para mães e esposas de homens em cárcere, um grupo também quinzenal, onde ficou evidenciada a violência contra essas mulheres. Violência traduzida em preconceito, solidão no cuidado com seus filhos, pela polícia nas visitas e na insegurança de um julgamento justo contra homens negros e da favela. Abaixo, um depoimento sobre esta violência na voz de um profissional, no caso um gestor de saúde:

*"O Entremuros que trabalha com mães e mulheres de pessoas privadas de liberdade. Que são pessoas que sofrem essa violência... Primeiro, que sofrem essa violência não que justifique a violência que eles cometeram, mas que vivendo nesse contexto, sofrendo essa violência a vida inteira, que atravessa a vida dele, transbordou na violência dele, que transformou em delinquência e eles foram presos. E são pessoas que provavelmente demandam muito dessas pessoas que estão aqui, as mães, as mulheres que vão lá fazer a visita aos companheiros. São pessoas muito violentadas lá dentro. Não é só a privação de liberdade, eles tem privação de tudo, de todos os direitos. É um local em que o direito some. Eu nunca participei do grupo, mas vejo as pessoas falando do grupo. Não do que foi falado lá, mas de como o grupo é importante pra elas. E discute, justamente, a questão da violência, mesmo indiretamente e isso, de alguma maneira, traz mais uma ferramenta pra elas lidarem com o dia a dia." (E4)*

### c) GRUPO “MULECAGEM”

Verificou-se que as crianças, elas mesmas, também precisavam ser ouvidas diretamente, ser sentidas e realizarem trocas com outras crianças. Surge em fevereiro de 2017 o grupo “Mulecagem” para as 20 crianças da Escola em situação de maior risco e vulnerabilidade. Grupo realizado na própria escola, de caráter quinzenal. Para realizar este desafiante grupo, houve necessidade de estudo e aprendizado por parte dos profissionais da equipe. Um pouco do espírito do grupo pode ser sentido no relato abaixo, de uma professora da escola:

*"E com as crianças havia o grupo da molecagem, né? que foi assim que denominaram, né? Porque as crianças são moleques, né? E adoram uma brincadeira. Então eles tentaram fazer, assim, dinâmicas que as crianças pudessem ficar à vontade e eles observassem. [...] e nesse grupo vinham sempre, vinha uma equipe boa, né? Médico, psicólogo, enfermeiro, né? assistente e que ajudavam a fazer esse trabalho e acho que era o momento também de a criança se expor ali de ficar bem à vontade e nessa observação por parte da saúde com a nossa, também, com as nossas dicas, eles podiam ver mais de perto, né? Como aquela criança estava sendo, se comportando, né?" (E6)*

### 3.1.3.5 Combatendo a iniquidade e revertendo a Lei dos Cuidados Inverso

Como descrito anteriormente, no diagnóstico situacional foi observada uma área dentro da comunidade extremamente vulnerável (conhecida como Horta ou área 01) que estava afastada dos serviços de saúde devido a uma baixa demanda da mesma e a não busca ativa pela equipe. Apesar de não demandar, a necessidade dessa população era evidente, o que ficou claro quando casos graves de doenças crônicas agudizadas começaram a chegar na unidade; casos estes que poderiam ser prevenidos se acompanhados regularmente pela Equipe de Saúde.

Foram, então, propostas ações de enfrentamento para a Lei dos Cuidados Inversos, refletidas em conjunto, com toda a equipe.

### 3.1.3.6 Posto avançado na própria comunidade

A partir da realização de mutirões de reconhecimento, recontagem e cadastramento de todos os moradores da área mais vulnerável, a equipe passou a trabalhar os conceitos de Lei dos Cuidados Inversos, Equidade em Saúde e Vulnerabilidade. Foram criados dois postos de atendimento avançado dentro da própria comunidade, sendo um entre a parte alta e a parte baixa, na Padaria do Caliel, e o outro dentro da Área 01/horta. Foram estabelecidos dois turnos de atendimento semanais, fixos (segunda-feira e sexta-feira manhã) com uma média de 30 atendimentos por turno em cada local. Abaixo, o relato de dois membros da equipe de saúde sobre esta ação:

*"Na área 01, uma área mais vulnerável do nosso território e que são as pessoas que menos procuram a clínica, então a gente decidiu montar um atendimento nessa área e o atendimento na padaria Caliel, que está dando muito certo" (E3)*

*"A equipe tem consultório avançado na comunidade que, em pouco tempo, teve um reconhecimento popular muito grande. Ter um turno de atendimento dentro da comunidade, isso faz toda a diferença. Tem gente que não viria aqui e vai lá." (E4)*

### 3.1.3.7 Outras ações extramuros pensando no empoderamento social, na promoção da resiliência e na conquista de direitos sociais

A falta de informação adequada pode ser um dos fatores que alimentam a Lei dos Cuidados Inversos. Visando o empoderamento social com base na informação e participação social, iniciou-se um projeto que fomentasse o reconhecimento de direitos por parte da população e garantia desses. Foram realizadas então algumas ações nesta perspectiva.

A primeira ação foi na Praça Saens Pena em comemoração ao aniversário da Tijuca, em 2016, quando foi solicitada uma ação da unidade e foi realizada um grande ato com o Caxambu do Salgueiro e as mulheres do “Entre Muros”. O objetivo central foi mostrar que a favela Salgueiro faz parte da Tijuca e tem os mesmos direitos de ocupar o território.

Em setembro de 2017 foi realizado um grande dia de atividades e rodas de conversas: o “Ocupa Direitos Humanos – Salgueiro”. O objetivo foi o reconhecimento de direitos, contando com a participação de toda a rede apoio da Comunidade, tendo sido coletadas denúncias de violência em todas as esferas, e iniciado o conselho gestor da comunidade, que hoje tem como principal objetivo o diagnóstico da água e a luta por esse direito básico e diário, o qual a comunidade não tem acesso.

Em maio de 2018, novamente o Salgueiro Ocupa a Praça Saens Pena para dizer “Nossas Vidas Importam”, após uma série de homicídios praticados por agentes do Estado.

Estes depoimentos trazem um pouco sobre o sentimento sobre estas ações comunitárias:

*"Nosso trabalho é lindo na comunidade. Teve o ocupa Salgueiro, que vieram pessoas de muita importância pra sociedade e que junto com a gente nesse trabalho de rede, conseguimos fazer um dia maravilhoso." (E3)*

*"... O ocupa direitos humanos lá com vocês, que foi importantíssimo, levar o trabalho junto com a comissão da mulher, da câmara municipal, pra apresentar ao território que existem serviços que podem auxiliar nesse sentido, que tem lugares que as pessoas podem reivindicar os seus direitos, fazer denúncias e a partir daí ter amenizado seu sofrimento.[...] A gente fez um trabalho na praça Saens Pena, Nossas Vidas Importam, com as crianças, que foi lindo também, foi importante ocupar a Praça Saens Pena, é isso, a favela faz parte da cidade, ela precisa ocupar a cidade." (E9)*

### 3.1.4 Resultados do trabalho inter-setorial

Pela riqueza do reconhecimento dos entrevistados os resultados serão explicitados apenas pelas falas desses:

*"Acho que o impacto de transformação que essas equipes de vocês de SF causaram foi muito grande. Quando eu fazia visita com vocês ao longo do trabalho eu vi as crianças reconhecendo vocês, é alguém que olha, e algumas famílias a gente sabia que não tinha o menor afeto, e esse olhar e esse tocar faz toda a diferença. Então o cuidado, o cuidado verdadeiro, eu acho que veio com a estratégia, na medida em que se olha o todo, que é uma coisa bem diferente do tratamento mais ambulatorial, do especialismo, que olha a pessoa por parte, eu acho que esse olhar que a estratégia traz, que essa medicina traz é muito importante." (E8)*

*"A comunidade reconhece muito a equipe do Salgueiro porque a equipe do Salgueiro está no Salgueiro e isso faz muita diferença. Não é uma equipe do posto. Não é o Heitor Beltrão, é a equipe Salgueiro. A equipe tá lá. [...] Eu acho que a Saúde da família tem que realmente começar a fazer o que fazia antes. Sair de onde está e chegar onde precisa. Acho que a equipe Salgueiro tem dado uma aula de Saúde da família, de apropriação do território. Conhece o território epidemiologicamente, tem uma competência cultural fantástica." (E4)*

*"Primeiro vocês viram referência, as pessoas não se sentem mais a sós. E a saúde, eu costumo dizer a saúde e assistência social, mas a saúde principalmente, ela consegue chegar a pontos do território que nenhum outro serviço chega, então as pessoas tem vocês de referência de auxílio para reivindicação de direitos, ou para vocês dizerem que aquilo é um direito." (E9)*

Durante esses encontros com a população e com a rede de apoio evidenciava-se que essas pessoas mais vulneráveis eram violentadas das mais diversas formas todos os dias, pelo Estado, pela polícia e pela falta de acesso aos seus direitos sociais.

Essa violência é a violência estrutural, descrita por Minayo no livro "Violência e Saúde" (2006) como aquela praticada pelo sistema em que vivemos, pelo cenário econômico, político e cultural, que oprime grupos e indivíduos, principalmente aqueles de classes sociais mais baixas, praticada através da redução de acesso a estrutura social que garanta o bom desenvolvimento humano.

### 3.1.5 Considerações finais

A Abordagem Comunitária – que exige o contato direto e a presença dos profissionais de saúde com as pessoas que vivem e convivem no território – pode potencializar e facilitar o

acesso aos serviços de saúde, constituindo uma ferramenta de grande relevância e que deve ser entendida como uma conquista, especialmente para as populações mais vulneráveis. O diagnóstico comunitário, parte intrínseca da Abordagem Comunitária, deve ser realizado para identificar e individualizar, em uma comunidade específica, fatores de risco, mas também de promoção e proteção à saúde, bem como os problemas prioritários enfrentados por aquela população, considerando suas magnitude, transcendência e abrangência. Este diagnóstico, em última e principal instância, deve servir de base para as ações de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, seja no plano individual, familiar e comunitário, bem como no nível da promoção, educação, assistência e recuperação da saúde.

Entretanto para o enfrentamento de desafios de toda ordem colocados para a saúde pública, especialmente para o enfrentamento da violência, das doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecto-contagiosas, envelhecimento da população, enfim, as questões de saúde próprias das sociedades modernas, o trabalho inter-setorial constitui uma importante e fundamental ferramenta. Para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.

Neste contexto, novas ações e práticas são necessárias para desenvolver uma cultura de trabalho intersetorial, rompendo barreiras que dificultam ou impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.

Este trabalho demonstra que, através da APS, com base na Abordagem , no Diagnóstico Comunitário e da construção de um trabalho em rede, é possível desenvolver ações de potencial impacto para o enfrentamento da Lei dos Cuidados Inversos e alcançar mais equidade em Saúde.

## Referências

ALMEIDA, A. M. R. **A intersetorialidade e a Estratégia Saúde da Família: desafios da relação entre o discurso e a prática.** [Manuscrito]. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 06 set. 2018.

KAIPPERT, I. **Ecomapa Comunitário: proposta de ferramenta na organização do trabalho das equipes na identificação dos recursos territorializados para ações de promoção da saúde e**

intersetorialidade. 2017. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária a Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Riode Janeiro, 2017.

KLEBA, M. E. *et al.* Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista Grifos**, v. 24, n. 38/39, p. 159-177, 2015.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 1, n.7696, p. 405-12, 27 feb.1971.

MINAYO, M. C. S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, set. 2013.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Educação**. Portaria E/SUBE/CED nº 4, de 10 de dezembro de 2009. Estabelece as orientações para a estruturação do Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 2004. 726p.

## 3.2 Artigo 2 - Percepção de profissionais envolvidos em um trabalho em rede

### Resumo

A Violência Estrutural é aquela praticada pelo sistema em que se vive, pelo poder econômico, político e cultural, representando a opressão a grupos e indivíduos, principalmente aqueles mais vulneráveis, de classes econômicas e sociais mais baixas. O objetivo deste artigo foi evidenciar as percepções de um grupo de profissionais, envolvidos com a Estratégia Saúde da Família, sobre a realização de um trabalho em rede intersetorial, na forma de um projeto de intervenção comunitária, para enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade de alta vulnerabilidade social, na cidade do Rio de Janeiro. É um estudo descritivo de caráter qualitativo que privilegia a narrativa dos participantes, explorando suas vivências e sentimentos em relação à violência e a desigualdade social no Brasil, bem como estas impactam a saúde e o trabalho em saúde e, também, o setor da educação. Evidencia também que é possível desenvolver ações que podem contribuir para a conscientização sobre a violência e as formas de enfrentamento da violência estrutural, através do trabalho intersetorial, envolvendo principalmente profissionais da Atenção Primária à Saúde, bem como as Escolas e os Conselhos de Apoio Social de nível local.

**Palavras-chave:** Violência estrutural; Atenção Primária à Saúde; Intersetorialidade; Resiliência.

### Abstract

Structural Violence is that exerted by the system in which one lives, by economic, political and cultural power, oppressing groups and individuals, especially those of lower social classes. The objective of this article is to highlight the perceptions of a group of professionals working with the Family Health Strategy about intersectoral network labor, elaborated from a community intervention project to deal with structural violence in a highly socially vulnerable community in the city of Rio de Janeiro. It is a qualitative study that privileges the narrative of the participants, working with their experiences and feelings regarding violence and social inequality in Brazil and how they impact health and health work as well as education. It also shows that it is possible to develop actions that can contribute to the awareness of means to cope with structural violence, through intersectoral work, involving mainly Primary Health Care professionals, as well as Schools and Social Support Councils at the local level.

**Keywords:** Structural violence; Primary Health Care; Intersectorality; Resilience

### 3.2.1 Introdução

Maria Cecília Minayo em importante publicação do ano de 2006, denominada Violência e Saúde, analisa os impactos da violência na saúde do indivíduo, da família e da sociedade. De acordo com a pesquisadora, a violência é um complexo fenômeno

biopsicossocial presente em toda vida em sociedade, e manifesta-se em conflitos com a autoridade instituída, em sua luta pelo poder e na vontade de domínio, de posse do outro ou de seus bens.

No Brasil a violência é um grave problema de saúde pública. Endêmico. Sistêmico. Esse dado é ainda mais alarmante quando se faz um recorte por classe social e cor da pele, quando a desigualdade social é ostensiva e, por si só, violenta. Em recente diagnóstico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP, 2016), o Brasil é o 10º país mais desigual do mundo e o 4º mais desigual da América Latina, perdendo apenas para Haiti, Colômbia e Paraguai.

Homicídios são a principal causa de morte de jovens de 15 a 19 anos, no país, correspondendo a 56,5% da causa de óbito de homens entre 15 a 19 anos. E, a população negra, jovem e de baixa escolaridade é a mais vulnerável. A cada cem (100) pessoas assassinadas setenta e uma (71) são negras; enquanto a mortalidade de mulheres não-negras (brancas, amarelas e indígenas) caiu 7,4% entre 2005 e 2015, entre as negras o índice subiu 22%, sendo a taxa de homicídios entre mulheres negras 71% maior que de mulheres não negras (BRASIL, 2017).

A desigualdade social, de fato, está entre as maiores causas da violência entre jovens no Brasil. Ela é o grande contexto, o pano de fundo, onde vive a população mais atingida por esse problema, os jovens entre 15 e 24 anos. A escassez de oportunidades e a falta de perspectiva - principalmente dos jovens de classe econômica baixa - leva a um incremento dessa desigualdade e, conseqüentemente, das diversas formas de violência. Essa situação de injustiça social acaba por contribuir diretamente para que muitos pobres sejam levados a fazer parte de um dos processos sociais mais violentos nos dias atuais, em todo o mundo: o tráfico de armas e drogas.

Neste cenário, importa trazer à tona o conceito de violência estrutural, que segundo Minayo e Assis (2018), é aquela praticada pelo sistema em que se vive, pela realidade econômica, político e cultural, que oprime grupos e indivíduos, principalmente aqueles de classes sociais mais baixas. Ela é praticada através da redução de acesso à uma estrutura social que garanta o bom desenvolvimento humano, como é o acesso à serviços de saúde, educação, saneamento, trabalho e segurança pública. Pode-se dizer que é a mais cruel das violências pois é resultado de políticas de estado que, deviam proteger e promover a equidade mas, ao contrário, contribuem para a perpetuação da desigualdade, da miséria e da fome. Um dos aspectos mais graves acerca desta forma de violência é o fato de não ser repreendida pela sociedade, sendo vista de forma banalizada e naturalizada.

O Estado do Rio de Janeiro é a segunda economia do país, mas também é assolado pela desigualdade social. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (BRASIL, 2018), os pobres representam mais de 12% da população, com agravante que 2,5% estão na extrema pobreza. No estado, 83% da população vive com menos de dois salários mínimos (FECOMERCIO-RJ, 2019). Quase um quarto da população do Rio vive em favelas, aglomerados urbanos que sofrem a carência da presença do Estado.

Diante de tamanha violência de Estado, seja na forma da negligência, indiretamente, seja na forma direta, representada pelas ações da polícia, qual seria o papel dos Sistemas e profissionais de saúde em relação à abordagem da violência estrutural? Qual seria o papel da Atenção Primária à Saúde (APS)?

É sabido que uma APS bem estruturada combate as iniquidades em saúde, e tem papel fundamental na organização dos sistemas nacionais de saúde (STARFIELD, 2004). No Brasil ainda que de forma tardia, a organização dos serviços da Atenção Primária tem sido efetivada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde 1998. A ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, que devem ser disponibilizadas de forma integral e continuada, a uma população adscrita geograficamente, de até 4.000 pessoas.

Dentre os aspectos estruturantes de uma ESF qualificada, está seu potencial de promover a intersetorialidade, considerando que os problemas de saúde envolvem uma gama diferenciada de dimensões e setores que se interconectam e inter-relacionam. Promover a intersetorialidade tem sido apontado como um dos elementos-chave no enfrentamento de problemas complexos de saúde.

Neste sentido, e a partir de uma ação intersetorial para o enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade de elevada vulnerabilidade social, foi elaborado um projeto de intervenção multidimensional para enfrentamento da violência estrutural em uma comunidade de alta vulnerabilidade social. Este estudo apresenta as percepções de um grupo de profissionais que, a partir de uma equipe da ESF, participaram deste projeto, relatando suas experiências e reflexões sobre a violência e seus impactos na saúde e no cotidiano da vida, bem como sobre o trabalho realizado.

### 3.2.2 Método

Estudo de caráter qualitativo que privilegiou as narrativas e os relatos de um grupo de profissionais que, a partir de uma equipe da ESF, participaram de um projeto de intervenção comunitária para enfrentamento da violência estrutural, em uma área de alta vulnerabilidade do Rio de Janeiro. Os profissionais foram os atores principais de um trabalho em rede intersetorial desenvolvido na comunidade, constituído por representantes da Equipe de Saúde da Família Sagueiro, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais do Rio de Janeiro (PROINAPE), da Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias (EMBGD), da Comissão em Defesa do Direito da Mulher da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) e da Comissão em Defesa dos Direitos Humanos (CDDH), totalizando oito pessoas, das quais, três moradores da comunidade.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, na qual perguntas abertas exploraram as percepções dos profissionais sobre Violência no Brasil, no estado e município do Rio de Janeiro, bem como sua relação com a desigualdade social e a saúde. Explorou-se ainda a percepção sobre as atividades realizadas no projeto de intervenção e seus resultados.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro pelo número: 00381118.0.0000.5259

### 3.2.3 Resultados e Discussão

A seguir, apresentamos os resultados e a discussão, em dimensões que, de um modo geral, representaram o agrupamento das respostas, de acordo com o roteiro da entrevista proposto.

### 3.2.3.1 Dimensão 1: Percepção geral violência no Brasil e Rio de Janeiro

A violência como parte da vida em sociedade é percebida pelos entrevistados em diversos âmbitos. Todos identificaram o elevado grau da violência em nosso país e apontaram os diversos tipos de violência existentes no Brasil. O relato de dois dos entrevistados explicita de maneira clara estas percepções:

*"No Brasil somos violentados de várias formas, né? Começa da questão política, econômica, social, a questão do tráfico, violência doméstica, contra a criança e contra o idoso, a violência do dia a dia da impaciência das pessoas, com tudo o que a gente tá vivendo, a questão de perder a humanidade, a caridade um pelo o outro, da pessoa tá olhando só pra si." (E1)*

*"A gente percebe que tá presente em todos os âmbitos da nossa vida, em todos os momentos, em todos os cenários, em todas as classes sociais também, em todos os ambientes, trabalho, casas, hospitais, nas famílias tanto na favela como na praia do Leblon. Tá entranhada no nosso dia a dia". (E2)*

A violência contra o trabalhador, em um sistema voltado para o mercado, apontando para a desvalorização do ser humano, também foi registrado:

*"A gente vive uma violência contra o trabalhador, também, que está sendo desvalorizado, massacrado e as vezes também que é reflexo e reflete a violência com o usuário do sistema de saúde, contra qualquer outro publico que dependa do serviço público ou qualquer outro serviço;" (E4)*

*"... O capital, o Capitalismo também modifica sua forma de trabalho, cada vez menos você precisa de pessoas pra trabalhar, se a gente pegar os motoristas de ônibus, que hoje são motoristas e cobradores, então quando você diminui de forma significativa o emprego você tem aumento da violência. ..." (E9)*

### 3.2.3.2 Dimensão 2: Percepção da violência estrutural

Interessante notar que, mesmo quando questionados de forma geral sobre a violência, cinco dos oito entrevistados reconheceram o Estado como um importante ou o principal ator da propagação da violência, seja por negligência e negação de acesso aos direitos humanos básicos, ou por violência direta, muitas vezes representada pela polícia. Os três entrevistados que não colocaram espontaneamente esse papel do Estado ao serem questionados, também reconheceram sua responsabilidade. Ou seja, todos reconhecem o papel do Estado na violência direta ou indireta à população, principalmente àquela dirigida aos mais pobres. Alguns relatos que representam esta situação:

*"Eu percebo a violência de uma forma muito representativa, muito fortemente nas favelas cariocas, que é de onde eu posso especificamente falar, que é onde estou, de onde eu venho, onde eu moro, onde eu trabalho. É uma violência, por mais estranho que pareça, que não vem dos chamados narcotraficantes, que atuam nesses territórios, nessas favelas. A violência que eu sinto vem justamente da parte do Estado, que é quem deveria nos proteger, quem deveria nos assegurar nossos direitos fundamentais, como cidadãos moradores não do asfalto, mas de comunidades carentes.(E7)*

*"... meu TCC foi sobre a violação dos direitos das crianças e adolescentes: Quem mais viola? E eu conclui que é o Estado. A gente viu ausência de creches, de escolas, políticas públicas de saúde, de habitação, que se a gente observa ao longo do tempo você vê que a ausência dessas políticas elas fomentam essa onda que a gente está vivendo. " (E8)*

*"Não dá pra falar de violência afastando a responsabilidade do Estado, no sentido que o Estado ... retira os direitos sociais, quando a assistência social ela não está auxiliando a população, você tem um aumento da violência, quando você não tem emprego, quando o Estado tira os direitos das pessoas. ... Então o que a gente mais recebe aqui na CDH é a própria violência do Estado, com as remoções, a própria polícia, a retirada das pessoas de seus locais de moradia. ..."(E9)*

### 3.2.3.3 Dimensão 3: Percepção da violência e suas inter-relações com desigualdade social

Pode ser percebido pelos relatos que a violência em suas formas mais atrozes é mais cruel ainda nas favelas e periferias, onde se encontram as pessoas mais vulneráveis, conforme os exemplos a seguir:

*"Eles são violentados diariamente com a falta de acesso a coisas que pra a gente, é tão natural que a gente não consegue nem pensar que isso é um direito. [...]Eu acho que uma das violências que eu percebi em contato com a população é que a maioria não tem acesso a tudo e muitos não tem acesso a nenhuma dessas coisas. [...] Eles não tem um lado. Você vai ver, com toda a justiça, com toda a razão o pessoal falando mal da polícia, outro pessoal falando mal do tráfico e no fundo eles estão sendo esmagados de um lado e de outro e sem a menor proteção, não tem quem os proteja." (E4)*

*Me parece, me parece não, com certeza a violência tá muito mais presente nas comunidades que na nossa vida. De uma forma muito mais intensa e muito mais negligenciada, né? A gente vê o pessoal do Salgueiro todo dia sofrendo um monte de tipo de violência, levantando e aquela resiliência até normalizar aquilo pra conseguir seguir a vida. "(E2)*

A violência estrutural situa o próprio Estado fazendo parte da perpetuação da Desigualdade Social, não protegendo quem mais necessita de seus cuidados e não rompendo com o ciclo de empobrecimento. Como no relato abaixo, para quem nasce nas favelas, a corrida pela dignidade da vida começa com muito mais dificuldade, que são inclusive aumentadas ao longo da vida:

*"A gente começa a falar dessas crianças dentro de sua própria casa, a gente vê que são crianças que os avós são analfabetos ou semi analfabetos, que geraram filhos da mesma forma, analfabetos ou semi analfabetos, e que estão gerando crianças que são analfabetas ou semi analfabetas. A gente infelizmente vê crianças que já tem uma idade avançada e ainda não sabem ler por exemplo, não demonstram nem interesse por aprender, por saber ler, é uma coisa que deixa a gente muito entristecido, porque criança num mesmo nível, mesma faixa etária de outros lugares, aqui pra baixo, pro asfalto, já com uma idade bem tenra já leem, já escrevem, já tem o domínio de números, de situações bem básicas as quais só uma criança devidamente escolarizada consegue ter. Elas já entram na escola com um deficit muito profundo, e já faz uma divisão, um afastamento, desde esse início, bem antes de entrar na escola, e na escola na verdade vai se perpetuando." (E7)*

*"Quando a gente vê o programa do Bolsa Família, as famílias que não conseguem superar sua situação de vulnerabilidade, pelo menos a maior parte dentro desse universo que eu observei, são pessoas que tem por base situações muito complicadas, porque a maior parte você vê que elas conseguem fazer seus bicos, mas as mais vulneráveis elas não conseguem devido essa questão estrutural mesmo."(E8)*

Pelo relato dos profissionais envolvidos, percebe-se que as pessoas vítimas da negligência do Estado respondem a esta violência e a violência estrutural representa então uma importante ponte para uma violência de resistência, não como justificativa, mas como forma de lidar com a realidade cotidiana:

*"Se eles não nos proporcionam o que temos direito daí vem a iniciativa de tudo. As pessoas se revoltam, as pessoas fazem coisas que não são pra fazer, então as pessoas acabam saindo da margem pra fazer aquilo que traz o sustento."(E3)*

*"E essa desigualdade social também. Porque a gente fala muito dos meninos que cometem determinados atos, mas os pais tem que sair pra trabalhar, não tem creche, não tem escola, não tem como estar cuidando dos seus filhos. " (E8)*

*"Tive muitos amigos que por conta dessa violência social, dos pais não conseguirem colocar comida digna dentro de casa, muitos amigos foram entregues, se entregaram e se deixaram seduzir pelo tráfico, alguns viraram bandidos, acabaram morrendo por policiais [...]. Perdi muitos amigos dessa forma, muitos amigos que fizeram também essa covardia, que eu não concordava, mas que saíam pra roubar, pra ajudar a mãe porque o pai também não ajudava dentro de casa e ainda batia." (E1)*

#### 3.2.3.4 Dimensão 4: Estado do Rio de Janeiro e políticas de Direitos Humanos

Em 2011, houve uma proposta de melhoria da presença do Estado nas comunidade do Rio de Janeiro, com a implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs). A perspectiva é de que fossem mais do que a simples presença da polícia na comunidade. Estava incluído, como um objetivo central, garantir acesso da população local a serviços públicos

como educação, lazer, esporte, saneamento básico e trouxe esperança para os moradores da comunidade. Assim também como os grandes eventos, em 2014 a Copa do Mundo e 2016 as Olimpíadas e as Paraolimpíadas, que também trouxeram a sensação de presença do Estado com geração de empregos e investimentos estruturais. Além disso, os programas de distribuição de renda foram uma chance para população miserável. Porém mais uma vez, o projeto foi desvirtuado e descontinuado em relação aos seus objetivos iniciais, coincidindo também com as novas políticas federais e municipais, que contribuíram para o aumento do desemprego, da redução dos programas sociais de distribuição de renda, comprometendo o acesso a saúde, educação e assistência social:

*"... no primeiro momento a UPP foi maravilhosa pro Salgueiro em relação ao tráfico, criança hoje, se a UPP tem 6 anos, então criança que tem 11 anos hoje não teria necessidade de estar vivendo o tráfico novamente, porque as crianças ficavam tranquilas, ficavam a vontade, mas não entrou serviço social, não entrou nada, só entrou a UPP" (E1)*

*"... Esse projeto foi apresentado para sociedade e lembro que na época o secretário de Assistência Social e Direitos Humanos e o Secretário de Segurança pública na época, o Beltrame, firmaram um acordo de mútua cooperação, para que esse projeto fosse mais amplo, e não entrasse apenas a polícia como agente fiscalizador e de vigia e punição dos territórios, mas que as comunidades tivessem mais acesso a educação, a cultura, a lazer, a esporte, e outros projetos que viriam num grande projeto guarda-chuva. E ao longo de todos esses anos e agora quando o projeto está fadado a acabar, nada ou muito pouco nos foi apresentado, apenas o vigiar e o punir, como sempre, como todas as formas que eram feitas antes." (E7)*

*"O Rio de Janeiro especificamente, na época da Copa, das Olimpíadas teve muito emprego por conta dos mega eventos e há muita locomoção de pessoas pra cidade pra conseguir trabalho e depois essas pessoas não tem o que fazer, e ficam as pessoas jogadas nas ruas. ...Quando acabam os mega eventos você acaba com os empregos e você não tem como realocar. E o Brasil assim, o golpe é em junho/julho de 2016, o Brasil volta pro mapa da fome do mundo em 2018. Quanto mais fome mais miséria, maior a violência." (E9)*

### 3.2.3.5 Dimensão 5: Violência estrutural afetando a saúde

A violência afeta a saúde, direta e indiretamente. O corpo sente, o corpo fala, o corpo padece. Aqui, os relatos e as vivências dos profissionais trazem a percepção da relação entre a violência vivida - nas suas mais diversas formas - e as consequências na saúde de cada pessoa, da família e da comunidade:

*"Inclusive no trabalho intersetorial que a gente vem fazendo eu tive essa percepção, e eu fico imaginando como é que é você tá dentro da sua casa e não ter a segurança, que de repente alguém vai bater, vai entrar, o medo que eles tem das*

*crianças se envolverem com o tráfico, esse adoecimento. Hoje a gente, se você parar e pensar nos processos de somatização que a gente vive quando se assusta, quando vive uma situação mais crítica, o impacto é direto, eu acho que a violência hoje é um dos fatores mais fortes que impacta na saúde das pessoas." (E8)*

*"A gente bem sabe que saúde é uma coisa muito mais ampla do que apenas não ter febre, não ter dor, não estar num momento de virose ou nenhum ataque de qualquer questão de doença orgânica. As questões mentais acabam corroborando pra uma saúde adequada. E você realmente viver em um ambiente onde você acorda pra tomar um banho e não tem água pra tomar banho, e não tem água pra escovar o dente, não tem água pra lavar a roupa, e você ouve e vê sua mãe reclamando, sua mãe carregando lata d'água na cabeça como a gente ainda vê muito na comunidade. Esse básico é muito agressivo na cabeça dessa criança, tudo isso já leva pra um desconforto mental, vai do físico pro mental, do mental pro físico. A gente não vê a curto prazo um horizonte que possa demonstrar melhoras, mudanças.." (E7)*

*"Eu não consigo imaginar como é que está um corpo que espera o tiro parar, cessar um pouco, pra sair do território, pra ir trabalhar, eu não posso perder o emprego. É quase uma escolha, ou você vai morrer de fome ou você vai morrer de uma bala porque se você perder seu trabalho você não tem o que comer. Como estão esse corpos?" (E9)*

*"A gente pode pensar na mãe de um dos jovens de Costa Barros que ficou adoecida psicologicamente depois do assassinato do filho dela, depois ela chega a tentar suicídio e depois a mulher simplesmente morre de uma causa que ninguém consegue dizer qual é, e essa mulher morre de tristeza. Depois teve a Janaína, mãe de um menino de 11, 12 anos que foi morto em Manguinhos, num campo de futebol, e essa mulher com trinta e poucos anos morre, e se você for conversar com a família a família fala: morreu de tristeza. Tem a morte direta que é a bala e tem a morte indireta, eu tenho dito que a bala não cai, a bala mata um, um familiar e ela continua girando e nesse processo as pessoas vão morrendo, afetando outras pessoas, as pessoas estão morrendo, estão adoecendo, sofrimentos psíquicos graves. (E9)*

### 3.2.3.6 Dimensão 6: Reação da população contra a violência estrutural e outras formas de violência

A seguir, os profissionais trazem suas percepções de como a população e os serviços oferecidos se comportam diante do quadro de violência descrito acima. Existe reconhecimento da população sobre a violência estrutural sofrida? Existe resposta a essa violência? Destaca-se os relatos:

*"Nossa população é muito negligente, né? A gente quer cobrar mas não saímos do lugar. É muito fácil chegar num posto de saúde, numa escola e reclamar daquele profissional que está trabalhando ali, mas não sabe as condições que ele tá trabalhando, a gente não reclama de quem a gente votou, a gente não vai em cima dele pra dizer aonde está o erro, a gente vai lá vota e pronto e acabou, por causa de um churrasco, por causa de uma dentadura, por causa de benefícios pessoais, é isso que a política do Brasil virou, questões pessoais, eu vou conseguir emprego, eu vou conseguir colocar fulano ali, eu vou conseguir subir um pouquinho de cargo, e a gente não olha no coletivo" (E1)*

*"Quando a violência é quando não tem remédio no posto de saúde, os hospitais não atendem, não tem médico, não tem enfermeiro, não tem subsídios, pensar que mais de 1200 profissionais de saúde foram mandados embora de uma só vez no município do Rio, ou seja, várias áreas das APs do Rio são esvaziadas ou os postos quase fechados ou fechados as pessoas não conseguem perceber isso como uma violência de Estado." (E9)*

*"A maioria tem uma sensação de que a coisa não tá certa, não tá legal. Eu tenho percebido que quanto mais eu uso a palavra violência e falo de uma forma mais clara o tipo de violência que ela tá sofrendo, até dando nome e categorizando, isso trás até uma certa culpa pra mulher, como se ela tivesse reconhecendo que é violência, mas que dar o rótulo é pior pra ela, mais difícil de carregar aquilo, aquela situação. Eu percebo que muitas vezes o normalizar uma violência pra elas é uma forma de conseguirem viver o dia a dia de uma forma mais fácil, que aquilo ali não é um problema tão grande." (E2)*

*"A gente vê as pessoas muito violadas, com todos seus direitos violados. E isso causa uma naturalização." A violência é tão cultural, tão diária que isso se torna natural, eles não conseguem ver, e se você não tiver um olhar muito atento você acaba naturalizando, porque as pessoas nascem assim, os filhos, os pais, as mães as esposas..." (E8)*

Mas, apesar da sensação de impotência, alguns relatos apontam para uma maior conscientização sobre os efeitos da violência estrutural e formas de se organizar contra elas:

*"Vou dar um exemplo, meu filho, quando ele tinha uns 8 meses, 9 meses, eu tentei ingressar ele na creche e não consegui, não tinha vaga. Eu falei: mas como não tem vaga? Eu preciso trabalhar. - Mas não tem vaga, você vai ter que esperar até o ano que vem. E me botaram numa escola muito longe da minha casa. Eu falei não não, não... fiquei com aquilo na cabeça, não aceito, não aceito. Meu filho tem direito. Não é só para mães que trabalham, e sim direito da criança."(E3)*

*"A gente tenta também dentro aqui da escola fazer o máximo que a gente pode para amenizar um pouquinho que seja essa questão. [...]a gente não desiste. Nós somos a gotinha d'água nesse oceano, mas nunca deixamos de acreditar nisso. Se não a gente não estaria aqui também, né? E a escola pode ajudar muito, mas a escola não pode fazer sozinha, né? Eu sempre digo que a gente teria um bom trio, que seria a escola a saúde e assistência social. Pra mim esse triângulo é perfeito. Eu acho que deveria haver um sistema integrado dos três órgãos, estarem sempre se comunicando, tendo retorno das ações e a gente, infelizmente, não tenho programa desse, que o Governo deveria de organizar e lançar, né? Esse é o meu sonho dourado." (E6)*

### 3.2.3.7 Dimensão 7: Reconhecimento dos profissionais sobre as ações desenvolvidas no trabalho em rede

Aqui, são apresentados os relatos dos profissionais envolvidos no trabalho intersetorial e comunitário sobre as ações desenvolvidas no trabalho em rede. A primeira questão proposta, como pergunta disparadora, era sobre se conseguiriam identificar o trabalho realizado, se

conseguiram identificar os tipos de grupos comunitários, os atendimentos realizados no território e as ações de reconhecimento de direitos.

Todos, sem exceção, reconheceram. Todas as ações foram citadas e aqui serão colocados relatos que exemplificam cada uma destas ações:

a) Atendimento no território:

*"Outra ação é dos atendimentos, que a gente conseguiu levar lá pra cima, deles verem que a gente se preocupa, que eles tem voz, não é pra falar só questão de saúde, é pra falar deles, de ver que eles não são esquecidos. Isso é muito importante, essa questão do atendimento, do Estado, do Estado estar dentro da comunidade." (E1)*

b) Trabalho em rede:

*"Com a gente ali a gente consegue fazer o link com a assistência social, com o conselho tutelar, proximidade da escola, a diretora da escola se abriu a gente, então a gente conseguiu fazer trabalho dentro da escola, de botar os pais dentro da escola, dos professores conversarem mais com os pais, a saúde ali dentro, então três instituições juntas, a família, a escola e a saúde juntas pra resolver uma questão, eu achei isso primordial" (E1)*

c) Grupos:

*"O Muletagem que as crianças são sensacionais, são muito espertas, tem muita força e que nesse momento da pra perceber um pouco sobre a perspectiva. No dia que foi falado sobre a profissão... acho que foi o dia que eles começaram a pensar: 'Cara, eu posso ser isso. Eu posso ser isso mesmo'. E podem, podem ser. Não é uma coisa inatingível, mas que talvez, em algum momento, isso chegasse pra eles como inatingível. E que eles teriam que, de alguma maneira, seguir um caminho que tinha um teto, um teto muito baixo. O grupo num primeiro momento é: fazer a criança viver essa coisa de: 'Poxa, olha só como vai ser legal quando eu crescer', independente de tudo que ela viva no seu dia a dia ou no que ela enxergue como a vida de um adulto que esteja próximo a ela e depois, de não perder isso de vista. Que aquilo que ela tava pensando, pode ser construído." (E4)*

*"Encontros quinzenais com os pais em que vocês debatiam os temas, inclusive, escolhidos muitas vezes por eles mesmo: essa questão da violência, de como lidar com certas situações com os filhos, do diálogo, da importância do diálogo. Isso tudo era muito falado com eles. Eles mesmos faziam daquele momento, um momento de terapia." (E6)*

*"A gente acabou aproveitando o espaço do planejamento familiar que era feito só aqui na unidade, pra gente começar a fazer no território, muitas mulheres estavam tendo dificuldades de acessar por conta do horário e da distância mesmo, e aí um grupo que era só pra abordar mais mesmo os métodos contraceptivos e o funcionamento fisiológico do ciclo menstrual e da gravidez, a gente acabou aproveitando o espaço para falar de sexualidade feminina, e não como falar sobre sexualidade sem falar sobre violência, então acabou abrindo um canal importante da estratégia com essas mulheres" (E2)*

*"Grupo de mulheres, Entre Muros, eu participei com vocês, inclusive quando a gente recebe vítimas de violência do Estado que é do Sanguinho vocês são a referência pra gente, a gente entra em contato direto. Foi muito importante poder levar o trabalho da comissão, pro Entre Muros, ouvir, poder tirar dúvidas, poder encaminhar, porque as vezes é isso que falta, é a informação, tem uma rede que tá furada, mas que quando você sabe o caminho você consegue fazer alguma coisa, eu*

*costumo dizer aqui que a gente ameniza o sofrimento. Se trabalha e tenta-se trabalhar na prevenção, mas as vezes temos as mãos atadas." (E9)*

d) Ações de reconhecimento de direitos:

*"Nosso trabalho é lindo na comunidade. Teve o Ocupa Salgueiro, que vieram pessoas de muita importância pra sociedade e que junto com a gente nesse trabalho de rede, conseguimos fazer um dia maravilhoso." (E3)*

*"As ações que a gente fez com a Comissão de Direitos Humanos que foi super legal, que a gente fez lá no campo com o Centro de Direitos Humanos da Marielle, e foi bem legal, a gente teve rodas de conversa com as mulheres sobre violência conta a mulher, também falamos sobre alguns direitos humanos básicos, foi bem interessante, a gente também nesse dia conseguiu articular com outras instituições que também participaram da ação." (E2)*

*"... A gente fez um trabalho na praça Saens Pena, Nossas Vidas Importam, com as crianças, que foi lindo também, foi importante ocupar a Praça Saens Pena, é isso, a favela faz parte da cidade, ela precisa ocupar a cidade." (E9)*

### 3.2.3.8 Dimensão 08: Percepção sobre os resultados e os impactos do trabalho realizado pela equipe do Salgueiro

Os impactos estão presentes nas falas:

*"Eu fico até emocionado com a evolução, com a mudança né? Não vou dizer que nós conseguimos acabar com a violência né? O desenvolvimento do trabalho, do que a gente ia vendo, que ia vendo do que a comunidade estava precisando, de saúde, então conseguimos fazer muita coisa boa. Primeiro com reconhecimento do território, de estar no território, conquistar a confiança das pessoas. Hoje em dia pessoa me chamam até de doutor, e eu nunca estudei pra isso. [...]É muito bom quando a gente sabe que alguém tá se importando com a gente, que não está sozinho, e quando a gente não tá sozinho eu vou pensar duas vezes" (E1)*

*"A gente leva promoção e prevenção de saúde. A gente aborda vários aspectos além do atendimento, quando um paciente chega a mesa do médico, é assim que eu vejo, primeiro ele faz um relato da sua vida, da sua família, então você vai orientar antes mesmo de começar aquela possível consulta." "A gente leva educação continuada praquela população que tá ali [...] Como vocês tem o papel de tá ali orientando, indicando qual medicação é pra isso, qual medicação é praquilo, tem o papel também de orientar a população sobre os direitos e deveres."(E3)*

*"Acho que o impacto de transformação que essas equipes de vocês, da Saúde da Família, causaram foi muito grande. Quando eu fazia visita com vocês ao longo do trabalho eu vi as crianças reconhecendo vocês, é alguém que olha, e algumas famílias a gente sabia que não tinha o menor afeto, e esse olhar e esse tocar faz toda a diferença. Então o cuidado, o cuidado verdadeiro, eu acho que veio com a estratégia, na medida em que se olha o todo, que é uma coisa bem diferente do tratamento mais ambulatorial, do especialismo, que olha a pessoa por parte, eu acho que esse olhar que a estratégia traz, que essa medicina traz é muito importante." (E8)*

*"A comunidade reconhece muito a equipe do Salgueiro porque a equipe do Salgueiro está no Salgueiro e isso faz muita diferença. Não é uma equipe do posto.*

*Não é o Heitor Beltrão, é a equipe Salgueiro. A equipe tá lá. [...] Eu acho que a Saúde da família tem que realmente começar a fazer o que fazia antes. Sair de onde está e chegar onde precisa. Acho que a equipe Salgueiro tem dado uma aula de Saúde da família, de apropriação do território. Conhece o território epidemiologicamente, tem uma competência cultural fantástica." (E4)*

*"Primeiro vocês viram referência, as pessoas não se sentem mais a sós. E a saúde, eu costumo dizer a saúde e assistência social, mas a saúde principalmente, ela consegue chegar a pontos do território que nenhum outro serviço chega, então as pessoas tem vocês de referência de auxílio para reivindicação de direitos, ou para vocês dizerem que aquilo é um direito." (E9)*

### 3.2.4 Considerações finais

O Brasil é um dos países mais desiguais e violentos do mundo. A violência estrutural, aquela praticada pelo Estado é uma das formas mais perversas de violência, pois perpetua a desigualdade e a própria violência. Entretanto, esta forma de violência ainda é de baixo reconhecimento pela sociedade em seu conjunto, tendendo a ser banalizada e normalizada. A desigualdade social e violência estrutural impactam fortemente e negativamente na saúde das pessoas, das famílias e comunidades. Impactam também, negativamente, no trabalho dos profissionais de saúde e de outros setores que lidam direta ou indiretamente com suas consequências.

Enfrentar estas situações de violência e desigualdade social representa um grande desafio, pela sua gravidade e complexidade. Uma das etapas iniciais deste enfrentamento, sem a qual não será possível a mudança, é buscar a desnaturalização e o aumento da conscientização sobre estas iniquidades. Assim mesmo, diagnosticar estas situações e desenvolver ações que possam contribuir para a mudança. Para tanto é necessário priorizar o cuidado direto, próximo e oportuno, a quem mais precisa, além da busca pelo empoderamento social, através ações de cunho educativo. Por isso, é mister que estas ações se desenvolvam perto das pessoas, famílias e comunidades onde a desigualdade e a violência estrutural se fazem mais sentir. É sabido que uma APS bem estruturada combate as iniquidades em saúde, e tem papel fundamental na organização dos sistemas nacionais de saúde (STARFIELD, 2004). No Brasil ainda que de forma tardia, a organização dos serviços da Atenção Primária tem sido efetivada por meio da ESF, desde 1998. A ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, que devem ser disponibilizadas de forma integral e continuada a uma população adscrita geograficamente, de até 4.000 pessoas.

Dentre os aspectos estruturantes de uma ESF qualificada, está seu potencial de promover a intersetorialidade, considerando que os problemas de saúde envolvem uma gama diferenciada de dimensões e setores que se interconectam e inter-relacionam. Promover a intersetorialidade, tem sido apontado como um dos elementos-chave no enfrentamento de problemas complexos de saúde, como é o caso da abordagem de pessoas, famílias e comunidades que sofrem violência e estão em situação de grave desigualdade social.

Neste contexto, a Estratégia e as equipes de Saúde da Família, a Abordagem Comunitária de base territorial desenvolvendo um trabalho intersetorial junto com os equipamentos locais de Educação e a Ação Social são elementos de fundamental relevância. Este trabalho é um exemplo de que é possível caminhar neste sentido.

## Referências

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência, 2018 IPEA e FBSP. Rio de Janeiro: IPEA, 2017. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2017.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Quarto Trimestre de 2017. Brasília, 2018.

FEDERAÇÃO do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Estado do Rio de Janeiro. FECOMERCIO- RJ. **Rio em Números**, a. 1, n. 1, jan. 2019. Disponível em: <[http://www.fecomercio-rj.org.br/sites/default/files/fecomercio\\_rio/files/pagina\\_arquivo/fecomercio\\_riomnumeros\\_final.pdf](http://www.fecomercio-rj.org.br/sites/default/files/fecomercio_rio/files/pagina_arquivo/fecomercio_riomnumeros_final.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2019.

MINAYO, M. C. S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. **Novas e velhas faces da violência no século XXI**: visão da literatura brasileira no campo da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

STARFIELD, B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 2004. 726p.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. UNDP. **Human development report 2016**: human development for everyone. New York: UNDP, 2016. Disponível em: <[http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, sendo o Rio de Janeiro um retrato dessa desigualdade social com quase 25% da população vivendo em favelas com condições não ideais de moradia. Esse trabalho trouxe o conceito de violência estrutural, aquela praticada pelo Estado, que pode ser considerada uma das formas mais perversas de violência, pois perpetua essa desigualdade e a própria violência. Esta forma de violência ainda é de baixo reconhecimento pela sociedade, tendendo a ser banalizada e normalizada. A desigualdade social e violência estrutural impactam fortemente e negativamente na saúde das pessoas, das famílias e comunidades. Impactam também, negativamente, no trabalho de profissionais de saúde e de outros setores que lidam direta ou indiretamente com suas consequências.

Enfrentar estas situações de violência e desigualdade social representa um grande desafio, pela sua gravidade e complexidade. Uma das etapas iniciais deste enfrentamento, sem a qual não será possível a mudança, é buscar a desnaturalização e o aumento da conscientização sobre estas iniquidades. Para tanto é necessário priorizar o cuidado direto, próximo e oportuno a quem mais precisa, além da busca pelo empoderamento social, através ações de cunho educativo. Assim, as equipes de Saúde da Família, através da Abordagem Comunitária, de base territorial, devem desenvolver um trabalho intersetorial junto com os equipamentos locais de Educação e da Ação Social para enfrentamento da violência.

A Abordagem Comunitária pode potencializar e facilitar o acesso aos serviços de saúde, constituindo uma ferramenta de grande relevância e que deve ser entendida como uma conquista, especialmente para as populações mais vulneráveis. O diagnóstico comunitário deve ser realizado para identificar e individualizar, em uma comunidade específica, fatores de risco, mas também de promoção e proteção à saúde, bem como os problemas prioritários enfrentados por aquela população, considerando suas magnitude, transcendência e abrangência. Este diagnóstico, em última e principal instância, deve servir de base para as ações de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, seja no plano individual, familiar e comunitário, bem como no nível da promoção, educação, assistência e recuperação da saúde.

Ainda para o enfrentamento de desafios de toda ordem colocados para a saúde pública, especialmente para o enfrentamento da violência, das doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecto-contagiosas, envelhecimento da população, enfim, as questões de saúde próprias das sociedades modernas, o trabalho intersetorial constitui uma importante e

fundamental ferramenta. Para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.

Este trabalho demonstra que, através da Atenção Primária à Saúde, com base na Abordagem , no Diagnóstico Comunitário e da construção de um trabalho em rede, é possível desenvolver ações de potencial impacto para o enfrentamento da Lei dos Cuidados Inversos e alcançar mais equidade em Saúde.

Espera-se que estimule outras pesquisas para ampliar cada vez mais o conhecimento que quiçá possam servir de base às futuras políticas públicas que visem de fato contribuir para *cuidar* das pessoas de modo que alcancem saúde integral.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. R. **A intersetorialidade e a Estratégia Saúde Da Família**: desafios da relação entre o discurso e a prática. [Manuscrito]. Belo Horizonte, 2008.
- ANDERSON, M. P. I.; DONATO, R. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 07.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7.n. 4, p. 925-934, 2002.
- ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. A capacidade de metamorfosear a própria vida: tecendo os fios da resiliência. *In*: ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 1, p. 17-28.
- AQUINO, L. M. C.; SILVA, E. R. A. **Desigualdade social, violência e jovens no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- BETIM, F. UPPs, mais uma história de esperança e fracasso na segurança pública do Rio. **EL PAÍS BRASIL**, 11 mar. 2018. Disponível em: <[https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/11/politica/1520769227\\_645322.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/11/politica/1520769227_645322.html)>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 06 set. 2018.
- BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência, 2018 IPEA e FBSP. Rio de Janeiro: IPEA, 2017. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2017.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência, 2018 IPEA e FBSP. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Quarto Trimestre de 2017. Brasília, 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: PortariaMS/GM n. 737 de 16/5/01, publicada no **D. O. U.** n. 96 seção 1e, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde; n. 8)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 822 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. **D. O. U.** de 20.6.2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111705.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111705.htm)>. Acesso em: 07 mai. 2018.

CHAUÍ, M. Marilena Chauí diz que Brasil convive com violência estrutural e ataca a 'oligarquia'. **Carta Maior**, 31 ago. 2006.. Entrevista concedida Bia Barbosa. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Marilena-Chaui-diz-que-Brasil-convive-com-violencia-estrutural-e-ataca-a-oligarquia-/5/11446>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. Organização Hedi Martha Soeder Muraro; equipe técnica Bruna Trovão *et al.*; co-autores Andrea da Silva Sant'Ana *et al.* 3. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.160 p.

FEDERAÇÃO do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Estado do Rio de Janeiro. FECOMERCIO- RJ. **Rio em Números**, a. 1, n. 1, jan. 2019. Disponível em: <[http://www.fecomercio-rj.org.br/sites/default/files/fecomercio\\_rio/files/pagina\\_arquivo/fecomercio\\_riemnumeros\\_final.pdf](http://www.fecomercio-rj.org.br/sites/default/files/fecomercio_rio/files/pagina_arquivo/fecomercio_riemnumeros_final.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2019.

GEORGES, R. **País estagnado**: um retrato das desigualdades brasileiras 2018. Coord. Katia Maia. São Paulo: OXFAM Brasil, 2018. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

GIOVANELLA, L. L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <<http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>> Aceso em: 13 fev. 2018.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013.  
KRUG, E. G. *et al.* (eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 347p. Disponível em: <

[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf?ua](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua)>. Acesso em: 17 jan. 2018.

LABRONICI, L. M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 625-632, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072012000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jun. 2018

LIMA, M. C. C. S. *et al.* Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, supl.1, p.118-137, jan./jun. 2011.

MENEZES, P. R. M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1994000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SCHENKER, M. **Êxitos na prevenção da violência**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. **Novas e velhas faces da violência no século XXI**: visão da literatura brasileira no campo da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, set. 2013.

RALHA-SIMÕES, H.; BARROS, R. A resiliência do oprimido e a emergência do movimento da economia solidária: uma questão de esperança. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, v. 8, n. 16, p. 12-24, jul./dez. 2016. Disponível em: <[https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento\\_diversidade/article/view/3265](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/3265)>. Acesso em: 08 jun. 2018.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Educação**. Portaria E/SUBE/CED nº 4, de 10 de dezembro de 2009. Estabelece as orientações para a estruturação do Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais do Rio de Janeiro. (PROINAPE). Rio de Janeiro, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Instituto de Segurança Pública** .ISP. ISPDados. Estatísticas de Segurança. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://www.ispdados.rj.gov.br/estatistica.html>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**, n. 14, p. 626-631, 1993.

SANCHES, H. C. C. **Programa APOMT aviso por maus-tratos contra a criança e o adolescente.** Prêmio Innovare II 2005. Disponível em: <<https://www.premioinnovare.com.br/proposta/programa-apomt-aviso-por-maus-tratos-contra-crianca-ou-adolescente-160/print>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

SOARES, L. E. **Perspectiva de implantação de uma política nacional de segurança pública e de combate à violência.** *In:* Câmara dos Deputados (Coordenação de Publicações). *Violência Urbana e Segurança Pública.* Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção primária, equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004. 726p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. UNDP. **Human development report 2016:** human development for everyone. New York: UNDP, 2016. Disponível em: <[http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.