

Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família

Urban violence and effect on care practices in family health strategy territories

La violencia urbana y la repercusión en las prácticas de atención en el territorio de la salud de la familia

Cynthia Braz Machado^I, Donizete Vago Daher^{II}, Enéas Rangel Teixeira^{III}, Sonia Acioli^{IV}

RESUMO

Objetivo: identificar a repercussão da violência urbana nas práticas de cuidado de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam em territórios de abrangência da saúde da família, em Niterói, município do Estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** pesquisa descritiva do tipo estudo de caso. Dados coletados em duas unidades de saúde da família. Foram entrevistados 11 profissionais de saúde no terceiro trimestre de 2014. Optou-se pela entrevista semiestruturada e procedeu-se à análise de conteúdo para o tratamento dos depoimentos. **Resultados:** os profissionais percebem a violência urbana como algo negativo e que compromete as suas ações de cuidado, principalmente, quando as atividades são realizadas fora das unidades. **Conclusão:** são necessárias discussões sobre a problemática de forma intersectorial para que as estratégias elaboradas sejam resolutivas. **Palavras-Chaves:** Violência; saúde da família; atenção primária à saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the effect of urban violence on nursing care practices, nursing technicians and community health workers in areas covered by the family health strategy in Niterói, a municipality of Janeiro State of Rio. **Methodology:** in this descriptive case study, data were collected in the third quarter of 2014 by semi-structured interviews of eleven professionals at two family health facilities. Transcripts were analyzed by content analysis. **Results:** personnel perceived urban violence as adverse and compromising their care actions, especially when activities are carried out outside the facilities. **Conclusion:** there is a need for inter-sector discussion of the problem, so that the strategies developed address the problem effectively. **Keywords:** Violence; family health; primary health care; nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar el impacto de la violencia urbana en las prácticas de atención de enfermería, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud que trabajan en las áreas de alcance de salud de la familia en la ciudad de Niterói, del Estado de Río de Janeiro. **Metodología:** estudio descriptivo de tipo estudio de caso. La recolección de datos se realizó en dos unidades de salud familiar. 11 profesionales de salud fueron entrevistados en el tercer trimestre de 2014. Se optó por la entrevista semiestructurada y se procedió al análisis de contenido para el tratamiento de las declaraciones. **Resultados:** los profesionales perciben la violencia urbana como algo negativo y que compromete sus acciones de cuidado, sobre todo cuando se llevan a cabo actividades fuera de las unidades. **Conclusión:** hace falta discusiones sobre el tema de manera intersectorial para que las estrategias elaboradas sean resolutivas. **Palabras clave:** Violencia; salud de la familia; atención primaria de salud; enfermería.

INTRODUÇÃO

Na atualidade as sociedades modernas convivem, diariamente, com o fenômeno da violência urbana. Esta tem se apresentado como um dos grandes desafios sociais e retratada de diferentes formas nas mídias televisivas e impressas. Parecem compor o viver dos grandes centros urbanos: homicídios, conflitos armados, roubos, sequestros, estupro, cerceamento do ir e vir dos indivíduos, entre outros. Todos estes eventos passaram, gradativamente, a compor o tecido social e têm sido culturalmente naturalizados como mais um evento do cotidiano de grupos sociais.

O crescimento dos índices de violência e a preocupação com este fenômeno atingem diversos segmentos de diferentes sociedades, não sendo, portanto, um evento restrito ao Brasil. Sua diversidade, magnitude, incidência e prevalência têm refletido na saúde pública, tanto como uma das principais causas de comprometimento à saúde e ameaça à vida, como também na oferta de serviços em territórios mais vulneráveis¹.

Os profissionais de saúde e os serviços de atenção básica de saúde (ABS), que se localizam nos cinturões

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cynthiabraz@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: donizete@predialnet.com.br

^{III}Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: eneaspsi@hotmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: soacioli@gmail.com

das grandes cidades, deparam-se, cotidianamente, com eventos de violência urbana e social, na medida em que atuam em comunidades, onde o tráfico de drogas, os altos níveis de desemprego, a baixa escolaridade, a miséria e o isolamento social fazem parte do cotidiano e elevam a probabilidade de situações de violência². Assim, os espaços de saúde, os profissionais e a comunidade vivem constantes situações de vulnerabilidade que alimentam a violência.

O enfrentamento do fenômeno da violência pelos profissionais e serviços de saúde é recente e os novos modos de lidar com este evento ainda não estão incorporados às práticas cotidianas dos serviços. Em muitos momentos, ao se depararem com a violência, esses profissionais apontam dificuldades no modo enfrentá-la. A habilidade necessária para trabalhar com estes complexos cenários e seus eventos inesperados não é ofertada na formação profissional e nem prevista pelos gestores. Estes vivem, desse modo, situações geradoras de indignação, frustrações e frequente rotatividade na composição das equipes.

Diante do exposto, o estudo objetivou identificar a repercussão da violência urbana nas práticas de cuidado de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam em territórios de abrangência da saúde da família, em um município da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

REVISÃO DE LITERATURA

Devido a sua origem eminentemente social, a violência sempre fez parte da sociedade e, conforme o contexto histórico, social e cultural de um determinado local, suas formas de expressão e compreensão são distintas³. Portanto, ações que em determinada sociedade são caracterizadas como violentas, em outras são vistas como naturais.

A violência consiste em atos humanos individuais, de grupos, de classes e até mesmo de nações que levam à morte outros seres humanos ou comprometem sua integridade física, mental, espiritual e moral⁴. Pela definição, pode-se constatar que a violência, além de comprometer a estrutura física do indivíduo, afeta também a mente, o estado espiritual e emocional, e este comprometimento muitas vezes não é identificado ou percebido pelos outros.

Conforme análise sobre o fenômeno da violência realizada pela filósofa alemã Hanna Arendt, a violência sempre desempenhou um papel importante nos negócios humanos, fato este que a levou a ser banalizada e até desconsiderada pela sociedade.

Ninguém que se tenha dedicado a pensar a história e a política pode permanecer alheio ao enorme papel que a violência sempre desempenhou nos negócios humanos, e, à primeira vista, é surpreendente que a violência tenha sido raramente escolhida como objeto

de consideração especial. [...] Isto indica o quanto a violência e sua arbitrariedade foram consideradas corriqueiras e, portanto, desconsideradas^{5,16}.

Na atualidade, prevalecem no País as seguintes características de violência: o objetivo pelo lucro, a relação entre o legal e o ilegal e as organizações associadas, os quais estão relacionados com o crescente número de assassinatos e as altas taxas de criminalidade³.

A violência urbana, assim, articula um complexo de práticas que compõem grande parte dos conflitos sociais nas grandes cidades. Para isto, ela utiliza meios agressivos para ameaçar a integridade física e patrimonial das pessoas. Desta maneira, ela é uma forma de expressão que produz compreensão prática-moral no dia a dia, nas cidades do país⁶.

METODOLOGIA

A pesquisa adotou o método descritivo do tipo estudo de caso. Integraram o cenário duas unidades de saúde da família, de um município da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Estas unidades desenvolvem suas práticas de cuidados com duas equipes de saúde. Os participantes foram três enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro ACS, totalizando 11 profissionais, cuja eleição se baseou nos seguintes critérios de inclusão: ser integrante da equipe de profissionais da saúde da família, e aceitar participar livremente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E como critério de exclusão: profissionais com menos de seis meses de atuação na unidade e que por algum motivo estivessem afastados do serviço, no período do trabalho de campo, de agosto a outubro de 2014.

Para a coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, mediante questões abertas, favorecendo o entrevistado a discorrer livremente sobre o tema proposto, sem se prender unicamente à indagação formulada. As entrevistas foram realizadas em sala apropriada da unidade, e foram gravadas com o auxílio de um gravador digital. Para preservar a identidade dos entrevistados, eles foram identificados com a letra E para enfermeiro, TE para técnico de enfermagem e ACS para agente comunitário de saúde, estas acompanhadas do número correspondente à sequência da entrevista e de acordo com a categoria profissional.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin, atendendo às três etapas preconizadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁷.

Os preceitos éticos, contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foram atendidos, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, sob o número 893.308/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Todos os participantes da pesquisa são do sexo feminino, segundo a Tabela 1. Este fato pode ser compreendido pela expansão e aumento nos níveis de escolaridade e instrução, além da redução das taxas de fecundidade fatos que impulsionaram as mulheres para o mercado de trabalho remunerado⁸.

TABELA 1: Caracterização dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2014.

Variáveis	f	%	Média
Sexo			
Feminino	11	100,0	-
Profissão			
Enfermeiro	3	27,4	-
Técnico de enfermagem	4	36,3	-
Agente comunitário de saúde	4	36,3	-
Faixa etária (anos)			38,5
25 a 35	4	36,3	-
36 a 46	5	45,5	-
47 a 55	2	18,2	-
Estado civil			
Solteiro	4	36,5	-
Casado	6	54,5	-
Separado	1	9,0	-
Tempo de atuação (anos)			5,4
6 meses a 5	8	72,8	-
6 a 10	1	9,0	-
11 a 15	-	-	-
16 a 20	2	18,2	-

Foram encontradas apenas mulheres, no cenário investigado, resultado aproximado ao da literatura, que revela ser o processo de feminização das profissões da área da saúde uma tendência brasileira e, por conseguinte, dos trabalhadores das equipes de saúde da família, sujeitos deste estudo⁹.

A média de idade é de 38,5 anos, variando de 27 a 51 anos, o que corresponde à faixa de idade produtiva destes sujeitos. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado no Estado de Rio Grande do Sul, ao traçar o perfil de profissionais que atuam na saúde da família, cuja média de idade alcançou 37,3 anos¹⁰.

Em relação ao estado civil, mais da metade das participantes se declararam casadas. Este dado pode estar associado à idade dos profissionais respondentes, que estão, na fase adulta, considerando-se o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe à constituição de núcleos familiares. Dado convergente ao encontrado em pesquisa realizada em municípios do interior de São Paulo, onde se constatou que mais da metade (66%) dos participantes que atuam na ESF eram casados¹¹.

O tempo de atuação na unidade variou de 6 meses a 19,9 anos, sendo a média 5,4 anos. Em relação a

esse achado, espera-se que quanto maior o tempo de atuação na unidade, maior deverá ser o conhecimento referente ao território, à população adscrita, às necessidades de saúde da população e às potencialidades dos moradores da comunidade, possibilitando, assim, a formação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado¹².

Categorias do estudo

A análise de conteúdo dos depoimentos gerou duas categorias interpretadas a seguir.

Percepções dos profissionais em relação à violência urbana no território

Foi marcante a relação observada pelos participantes entre a violência urbana e a criminalidade nos territórios pesquisados.

Entre os eventos violentos relatados, foram destacados tiros de armas e intervenções policiais como os predominantes, os quais há muito tempo tem interferido na vida dos cidadãos e na oferta de cuidados dos profissionais que atuam na ABS. Os participantes relatam que muitas vezes o acesso aos serviços de saúde como vacinações, busca de medicamentos e consultas são adiadas dada a violência no território.

Vale reforçar que a violência é utilizada para a conquista e manutenção do poder. Porém, está extremamente enganado quem pensa que a violência é uma forma de poder, ao contrário, ela demonstra a incapacidade de argumentação, de mudanças e de convencimento dos indivíduos⁵.

A violência vivenciada pelos profissionais de saúde está relacionada ao fato de os serviços de saúde da família, no momento de sua implantação pelas Secretarias de Saúde, terem privilegiado áreas de maior risco social, com formulação de estratégias que possibilitaria o contato estreito entre profissionais de saúde, famílias e comunidade, seja em atendimentos em ambientes abertos, seja na própria residência dos usuários. Estes fatores determinaram o aumento da vulnerabilidade do trabalhador¹³, como se confirmam os depoimentos:

Teve algumas situações de a gente estar no campo e começar o tiroteio, ou voltar correndo para o posto ou entrar na casa de algum paciente. (ACS1)

Um fato marcante foi o tiro que pegou na sala de curativos, aqui do lado. Acho que foi algo que mais assustou a equipe, que deixou todo mundo temeroso... No mais, a gente tem a presença do tráfico aqui, na unidade. Algo que querendo ou não a gente fica receosa de atender, de lidar, como falar, como receber. Ninguém da gestão vê isto... Então [...] são fatores que preocupam. (E2)

Os profissionais de saúde estão expostos, nos cenários de trabalho, à violência indireta que pode decorrer do convívio, da interação e do testemunho de situações de violência externa, o que significa ter contato presencial ou indireto, com vítimas da violência ou com os agressores¹³.

As equipes de policiais também são repetidamente mencionadas pela insegurança que geram com suas presenças e modos de agir nos territórios. Os profissionais analisam de forma bastante crítica as incursões policiais que geram muito mais insegurança, como ficou evidenciado nas falas:

Teve um período, no início do ano, que precisávamos fechar totalmente a unidade. Porque era tiro toda hora, era entrada do caveirão, etc. Eles não se preocupam com nada, é só tiro [...]. Ontem, por exemplo, teve um tiro de fuzil ali em baixo. Já teve caso de eu estar na casa do paciente, colhendo sangue, e ter que voltar correndo, porque estava todo mundo armado na rua. Então esta situação é bem rotineira aqui, nesse local. (E3)

Conflitos de policiais com pessoas da comunidade é o que mais a gente tem aqui. caveirão entrando, dando tiro [...], policiais, aqui, na porta. (TE4)

Pode-se perceber que a presença da polícia na comunidade, com o chamado *caveirão*, gera muito medo e desespero nos profissionais, que se sentem sozinhos nos momentos de maior tensão. E esta violência é também relatada como disputa de poder local. Assim, os profissionais vivenciam e sofrem a violência direta e indireta, pois também são testemunhas dos relatos de sofrimento dos moradores da comunidade em que atuam.

Para se compreender o fenômeno da violência, é necessário não somente o conhecimento dos fatos, mas das representações que se tem da mesma. Desse modo, deve-se considerar como os indivíduos a percebem em suas realidades e contextos. A violência pode ser vivenciada de maneira diferente nas diferentes classes sociais, idades, gêneros e raças¹⁴.

A repercussão da violência nas práticas de cuidado em saúde ficou evidenciada nos depoimentos:

[...] é muito ruim, porque eu sei que em algumas situações impede que a gente faça as práticas de cuidado. Já até perdemos vacinas, porque cortaram a eletricidade... muitas consultas remarcadas, etc. (E1)

A violência é desanimadora. Porque a gente tem que ir à casa do paciente, aí tem tiro, tem polícia e não se pode ir. Não conseguimos desenvolver o trabalho como gostaríamos. (ACS1)

Os diferentes grupos sociais de grandes cidades têm vivido sob pressão e medo. O aumento das taxas de violência urbana, em suas mais diversas modalidades, tem contribuído para uma perspectiva social pautada no individualismo, na desconfiança e no distanciamento entre as pessoas. Desse modo, as situações de violência urbana nas comunidades podem impactar o trabalho das equipes da ESF, por estarem inseridas no ambiente onde atuam, com ampla participação comunitária, e conhecerem as famílias e os grupos de risco¹⁵.

Pelo conjunto de depoimentos constata-se que todos os participantes veem a violência como evento negativo, desanimador, limitante de práticas de cuidado e

produtora de fragilidades de usuários e de profissionais de saúde. Trata-se, assim, de evento que compromete a demanda e a adesão de usuários aos serviços.

As percepções dos profissionais vão ao encontro do pensamento defendido por Hannah Arendt de que não se tem positividade na violência⁵. A filósofa se contrapõe a outros pensadores que têm uma visão de que a violência pode ser justificada, desde que esteja a serviço de uma transformação social ou individual³.

É uma parte ruim, bem negativa a violência, porque atrapalha tudo. Às vezes, o nosso trabalho fica parado. Para os pacientes também, porque muitos convivem com essa violência na porta de casa. Nós [ACS e técnicos de enfermagem] que também somos moradores, passamos isso na parte profissional e pessoal. Assim, tem dias que são muito negativos e influenciam a saúde do paciente, também. Uma pessoa que é hipertensa pode passar mal por causa disso. (ACS2)

Eu acho que isso é falta de organização das autoridades. Na verdade, você tem a polícia e você tem o poder paralelo, que parece que vivem em simbiose [...]. Porque entra, faz barulho, dá tiro, mas nada se resolve, continua lá, do mesmo jeito [...], a violência está continuando. Então precisa ter um olhar diferente das autoridades para essa questão de violência. (E3)

Dada a complexidade e multicausalidade da violência, existe uma diversidade de representações sobre a mesma, dificultando caracterizá-la sob um único ponto de vista. Para compreender a violência, nas suas mais diversas expressões de sociedade contemporânea, antes, é necessário, analisar as relações interpessoais que são permeadas pelo poder, e que vão além das classes sociais, gêneros, etnias e culturas, que são eixos estruturantes dos processos sociais¹⁶.

Ao relatar que a violência presente nos territórios é motivada pelo descompromisso com o social reinante nestes cenários, a instituição *polícia* surge como a possibilidade de ordenamento ou reordenamento social, entretanto o *modus operandi* da mesma fortalece a violência cotidianamente.

Práticas de cuidado dos profissionais e as limitações impostas pela violência urbana

Os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família, desenvolvendo ações intra e extramuros, acabam vivenciando a violência urbana em seus territórios. Ao serem indagados sobre as dificuldades encontradas em suas práticas de cuidado, informaram que a violência urbana tem sido responsável por limitar suas ações, pois além de dificultar as visitas domiciliares, muitas vezes inviabiliza atividades como grupos educativos, consultas agendadas e outras ações que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Nesse sentido, a violência é geradora de lacunas no processo de cuidar, tendo como consequência sentimentos de frustração.

A gente programa uma ação, às vezes durante meses, de montar tenda para práticas educativas na comunidade e não podemos realizar devido à violência. Impacta

sim, porque dificulta nosso trabalho e tudo aquilo que a gente programou, frustra a equipe e interfere até no emocional delas, porque elas têm família aqui dentro. Então impacta em vários campos do nosso dia a dia. (E2)

Impacta quando há operação da polícia, porque impossibilita a gente ir a campo, fazer as visitas, por estarmos expostos à violência e correndo risco de vida. (TE3)

A proposta central da saúde da família é ter o indivíduo como participante do processo saúde-doença, com ações individuais e coletivas, em seu ambiente físico e social. Entretanto, tal foco se torna complexo quando o principal desafio da equipe é redirecionar as práticas em um contexto de violência urbana, em seu território, sério problema social que vem limitando o desenvolvimento das mesmas¹⁷.

Através das falas pode-se constatar a magnitude dos eventos, a interferência na dinâmica de funcionamento das unidades, ocasionando, por exemplo, vários cancelamentos de atividades previamente programadas até que a situação esteja controlada na comunidade e o medo e a tensão dos profissionais voltem ao seu limite tolerável no dia a dia.

Dificuldades a gente encontra, são várias. Você está organizando grupo e sabe que ninguém vai descer, porque chegou gente estranha na comunidade, é consulta que se falta. Várias vezes já atrapalhou, mas não impede. Se for por isso a gente não vai fazer nada. Se a polícia entra não vamos subir? Tem que mediar isso. Subir eles sempre sobem. A pergunta é se já limitou... já sim. (E3)

A violência não deixa a gente fazer muita coisa não. Se ficar uma semana ruim, com polícia dando tiro aí dentro, complica. Com isso ficamos uma semana trabalhando só internamente. (ACS3)

Ao sair da unidade para realizar as visitas domiciliares, os profissionais ficam mais expostos às rotinas da comunidade. Essas visitas têm sido consideradas pelos profissionais como fator de risco no trabalho, pois o sentimento de segurança da estrutura física da unidade é rompido¹⁵. Também nas unidades cenários da pesquisa, as visitas são suspensas quando ocorre tiroteio e conflitos entre policiais e possíveis traficantes de drogas, pois os profissionais estão ainda mais expostos à violência quando estão em campo.

[...] a violência é um entrave para o profissional da saúde que atua na atenção básica, principalmente na ESF, dada a característica de ser prestada na comunidade, no domicílio, expondo profissionais a ambientes violentos. Essa vulnerabilidade à violência gera sentimentos de medo, ansiedade, impotência e frustração, comprometendo sua saúde física e mental. A violência faz com que o trabalho na ESF se descaracterize, pois ao se limitar a atender mais no interior das unidades de saúde, o atendimento da comunidade fica prejudicado^{18:938}.

É nítida, com base nos achados, a vulnerabilidade a que estão expostos esses profissionais no cotidiano

de trabalho, principalmente nas práticas extramuros. Diante destas situações, o processo de trabalho dessas unidades, em parte, é decidido pelas condições do ambiente no território. No caso de situações extremas de manifestação de violência, como tiroteios, as visitas domiciliares são suspensas, deixando em segundo plano a assistência aos usuários, em favor da proteção, segurança e sobrevivência do profissional.

Já aconteceu de ter visitas domiciliares agendadas, com previsão de curativos, medicações injetáveis e não dá para ir. Graças a Deus o paciente acaba entendendo que não dá para a gente subir. (TE2)

Porque desde o momento do primeiro tiro, nós não temos mais como andar pela comunidade. [...] então fica inviável transitar nos locais em busca dos pacientes, se alguém passar mal tem que aguardar o movimento melhorar e os policiais irem embora para poder depois, agir alguma coisa. (ACS3)

Os depoimentos deixam claro que as atividades no território muitas vezes ficam comprometidas devido à violência urbana e, como esta envolve diferentes questões sociais, se torna complexo o seu enfrentamento. Desse modo, a mesma vem contribuindo para a crescente descaracterização das práticas de cuidado na saúde da família, concentrando o processo de trabalho no interior das unidades.

CONCLUSÃO

A violência urbana é uma realidade concreta no território das comunidades onde estão inseridas as unidades de saúde da família, cenários da pesquisa. Ficou evidenciado que a mesma repercute nas práticas de cuidado, e esta realidade é similar aos demais grandes centros urbanos, como visto na literatura acessada para esta pesquisa.

A violência urbana se concretiza nestes espaços principalmente através de intensos tiroteios e conflitos entre policiais e traficantes. O conjunto de depoimentos aponta que esta violência repercute de diferentes formas nas práticas de cuidado, de modo que as unidades de saúde ofertam ações de acordo com as condições diárias de cada território. Em relação aos usuários, as participantes informaram que estes vivenciam limitações de acesso ao serviço de saúde, com comprometimento da adesão e continuidade do cuidado.

As diferentes atividades externas, como visitas domiciliares e práticas educativas, são as diretamente comprometidas com o fenômeno da violência urbana no território estudado, descaracterizando a proposta preconizada pela saúde da família. Já as atividades internas, como consultas, vacinação, entre outras, ficam também comprometidas tanto pela violência que limita o acesso, quanto pela sobreposição de atividades dentro das unidades. Assim, o acesso fica condicionado a fatores externos como a violência na comunidade.

Evidencia-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento dos eventos de violência nesses cenários, bem como a criação de espaços de discussão sobre esses eventos em parceria com os gestores, associação de moradores, sociedade civil e outros setores como educação e justiça, para que, coletivamente, e de maneira intersetorial e interdisciplinar, se construam estratégias eficazes para o enfrentamento da violência urbana nestes territórios.

REFERÊNCIAS

1. Teles LAL. Significados da violência: reflexões sobre as práticas escolares [dissertação de mestrado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2013.
2. Rückert TR, Lima MADS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(2): 180-6.
3. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
4. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist cienc saúde -Manguinhos*. 1997; 4(3): 513-31.
5. Arendt H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
6. Silva LAM. Violência urbana, segurança pública e favelas: o caso do Rio de Janeiro atual. *Cad CRH*. 2010; 23(59): 283-300.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44(3): 657-64.
9. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013; 8 (27): 90-6.
10. Zanetti TG, Sand ICPV, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Cienc Cuid Saúde*. 2011; 9(3): 448-55.
11. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*. 2008; 7(1): 45-52.
12. Ministério da Saúde(Br). Política Nacional de Atenção Básica a Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4): 682-8.
14. Almeida ANN, Campos CCA, Santos LIC, Paiva IL. Juventude e violência: o que pensam os jovens de um projovem urbano em Natal/RN. *Temas psicol*. 2014; 22(4): 853-69.
15. Velloso ISC, Araujo MT, Rocha AM, Alves M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *Rev Min Enf*. 2005; 9(4): 302-8.
16. Lopes RE, Adorno RCF, Malfitano APS, Takeiti BA, Silva CR, Borba PLO. Juventude pobre, violência e cidadania. *Saude soc*. 2008; 17(3): 63-76.
17. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. *Texto contexto - enferm*. 2013; 22(4): 95-42.
18. Ayres RCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.121-44.