

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E VIOLÊNCIA URBANA: ABORDAGENS E PRÁTICAS SOCIAIS EM QUESTÃO

STRATEGY FAMILY HEALTH AND URBAN VIOLENCE: SOCIAL APPROACHES AND PRACTICES IN QUESTION

ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA Y VIOLENCIA URBANA: ENFOQUES Y PRÁCTICAS SOCIALES EN CUESTIÓN

Luís Fernando de Souza Benício ¹

João Paulo Pereira Barros ²

RESUMO

.....

A violência urbana é um dos principais desafios ético-políticos em âmbito nacional e local, demandando, por sua vez, investigações acadêmicas e também políticas públicas orientadas por perspectivas multi e transdisciplinares. Trata-se de uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil. A saúde coletiva, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal perspectiva de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, apresenta-se como um cenário promissor de práticas de enfrentamento a essa problemática, pois, cotidianamente, os profissionais acessam as dinâmicas de territórios com altas taxas de homicídios e devem, com efeito, desenvolver intervenções orientadas por uma concepção ampliada de saúde que contemple os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Pensando nas implicações da violência urbana no cotidiano dos serviços de APS, este artigo pretende apresentar uma discussão sobre abordagens e práticas sociais da saúde coletiva e, em específico, da ESF em torno da questão da violência. Além de diálogos com textos que permitem abordar tais assuntos, serão apresentados alguns aspectos provenientes de uma inserção preliminar em uma Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, decorrente de uma pesquisa financiada pelo CNPq – intitulada “Juventude e Violência urbana: cartografia de modos de subjetivação na cidade de Fortaleza”. Discutir, portanto, o fenômeno da violência urbana nos territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, é reconhecer muitos desafios no cotidiano da Atenção Primária à Saúde brasileira, demandando colocar em análise abordagens e práticas sociais que atravessam o cotidiano de profissionais.

.....

Palavras-Chave: Violência Urbana. Estratégia Saúde da Família. Juventudes.

1. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza/Brasil.

2. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

ABSTRACT

Urban violence is one of the main ethical-political challenges at the national and local levels, demanding, in turn, academic investigations as well as public policies guided by multi and transdisciplinary perspectives. It is an indispensable agenda in the governmental intervention agenda and civil society. Collective health, through the Family Health Strategy (ESF), the main perspective of Primary Health Care (PHC) in Brazil, presents itself as a promising scenario for coping with this problem, since, every day, professionals access the dynamics of territories with high homicide rates and should, in effect, develop interventions guided by an expanded conception of health that contemplates the social determinants of the health-disease-care process. Thinking about the implications of urban violence in the daily life of PHC services, this article intends to present a discussion about social practices and practices of collective health and, in particular, the FHS around the issue of violence. In addition to dialogues with texts that allow addressing such issues, some aspects will be presented from a preliminary insertion in a Basic Health Unit in the City of Fortaleza, resulting from a research funded by CNPq - entitled "Youth and Urban Violence: Subjectivation in the city of Fortaleza ". To discuss, therefore, the phenomenon of urban violence in the areas of action of the Family Health Strategy teams, is to recognize many challenges in the daily life of Primary Health Care in Brazil, demanding to analyze social practices and practices that cross the daily life of professionals.

Keywords: Urban Violence. Family Health Strategy. Youth.



RESUMEN

La violencia urbana es uno de los principales desafíos ético-políticos a nivel nacional y local, demandando, a su vez, investigaciones académicas y también políticas públicas orientadas por perspectivas multi y transdisciplinarias. Se trata de una pauta indispensable en la agenda de intervención gubernamental y de la sociedad civil. La salud colectiva, por medio de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), principal perspectiva de Atención Primaria a la Salud (APS) en Brasil, se presenta como un escenario prometedor de prácticas de enfrentamiento a esa problemática, pues, cotidianamente, los profesionales acceden a las dinámicas de territorios con altas tasas de homicidios y deben, en efecto, desarrollar intervenciones orientadas por una concepción ampliada de salud que contemple los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-cuidado. Pensando en las implicaciones de la violencia urbana en el cotidiano de los servicios de APS, este artículo pretende presentar una discusión sobre abordajes y prácticas sociales de la salud colectiva y, en específico, de la ESF en torno a la cuestión de la violencia. Además de diálogos con textos que permiten abordar tales asuntos, se presentarán algunos aspectos provenientes de una inserción preliminar en una Unidad Básica de Salud en la Ciudad de Fortaleza, derivada de una investigación financiada por el CNPq - titulada "Juventud y Violencia urbana: cartografía de modos de vida Subjetivación en la ciudad de Fortaleza ". Discutir, por lo tanto, el fenómeno de la violencia urbana en los territorios de actuación de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, es reconocer muchos desafíos en el cotidiano de la Atención Primaria a la Salud brasileña, demandando plantear en análisis enfoques y prácticas sociales que atraviesan el cotidiano de profesionales.

Palabras clave: Violencia urbana. Estrategia Salud de la Familia. Juventudes.



INTRODUÇÃO

A violência urbana, especificamente aquela que se apresenta pelos homicídios de jovens, na condição de um dos principais desafios ético-políticos em âmbito nacional e local, demanda investigações acadêmicas e também políticas públicas orientadas por perspectivas multi e transdisciplinares. Trata-se, portanto, de uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil. A saúde coletiva, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal perspectiva de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, apresenta-se como um cenário promissor de práticas

de enfrentamento a essa problemática, pois, cotidianamente, os profissionais acessam as dinâmicas de territórios com altas taxas de homicídios e devem, com efeito, desenvolver intervenções orientadas por uma concepção ampliada de saúde que contemple os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado.

Pensando nas implicações da violência urbana no cotidiano dos serviços de APS, este artigo pretende apresentar uma discussão sobre abordagens e práticas sociais da saúde coletiva e, em específico, da ESF em torno da questão da violência. Inicialmente, pensaremos como se organiza a ESF como perspectiva de APS no contexto do Sistema Único de

Saúde (SUS), e, posteriormente, problematizaremos como a temática violência tem aparecido na saúde coletiva, sobretudo nas práticas da ESF. Assim, além de diálogos com textos que permitem abordar tais assuntos, serão apresentados alguns aspectos provenientes de uma inserção preliminar em uma Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, decorrente da pesquisa “Juventude e Violência urbana: cartografia de modos de subjetivação na cidade de Fortaleza”. Trata-se de uma pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), vinculada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

Discutir possibilidades e limites da ESF no enfrentamento da violência é tentar colocar em análise quais perspectivas de APS têm sido operadas no cotidiano, pensando suas implicações na maior ou menor abertura a questões crônicas presentes nos territórios, como, a violência e outros determinantes. Partimos, então, de dois pontos para essa discussão. O primeiro é o de que a APS é um campo de disputas, movimentando-se entre perspectivas seletivas e outras mais abrangentes. Já o segundo é de que as tensões desse campo que envolve diferentes perspectivas de APS produzem implicações na efetivação da ESF e nas configurações e alcances das práticas cotidianas dos profissionais nos seus territórios de atuação.

Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: modos de cuidar no Sistema Único de Saúde

Para entender como se configura a ESF, será preciso realçar as disputas no campo da APS acima referidas e salientar a própria construção da saúde coletiva e do SUS no Brasil. A APS, que é um tipo de modelo assistencial de sistemas de saúde, caracteriza-se por uma tendência relativamente nova que, em princípio, propõe-se, dentre outras características, a oferecer entrada no sistema por meio da atenção à pessoa e não à doença, pela coordenação e integração da atenção¹.

Ao referenciar a APS como um campo de disputas, reconhecemos que há interpretações multiformes a seu respeito que ganham influências geográficas, políticas e econômicas. Para ilustrar isso, Giovanella e Mendonça² apontam que, em alguns países europeus, a APS faz referência aos serviços ambulatoriais de primeiro contato articulados com outras redes. Já em países periféricos, trata-se de programas mais focalizados e seletivos para responder às necessidades de alguns segmentos sociais que, na sua grande maioria, encontram-se em situação de pobreza e exclusão social.

Em 1978, na conferência de Alma-Ata, pensou-se em algumas bases para uma APS mais abrangente, buscando

...APS mais abrangente seria um modelo que orienta e organiza um sistema de saúde...

um tipo de atenção à saúde baseada em métodos práticos e de menor custo, em que os cuidados em saúde deveriam ser levados o mais próximo possível aos espaços em que as pessoas vivem³. É nessa conferência que duas frentes ganham força no questionamento de modelos hegemônicos de fazer saúde, trazendo críticas aos modelos verticalizados de intervenção em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, ainda, a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde distante de regimes de saberes biomédicos².

Após a conferência de Alma-Ata, ocorreram adaptações frente à proposta de uma APS mais abrangente, pautando-se, principalmente, nas necessidades de países em desenvolvimento e mais conservadores. Nesse sentido, uma APS mais abrangente seria um modelo que orienta e organiza um sistema de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, incluindo prevenção, cura, reabilitação e, dentro de um processo mais geral do desenvolvimento social e econômico, cooperação com outros setores, a fim de enfrentar os problemas em saúde². Logo depois, surgia uma APS mais seletiva, trazendo consigo a oferta de um pacote de intervenções de baixo custo, objetivando combater, especialmente, as doenças⁴.

Ao mesmo tempo, Giovanella e Mendonça² situam na década de 80 outras concepções difundidas, como a do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), voltada para ações que não consideravam os determinantes sociais e políticos das comunidades. Constituíam-se em intervenções que desconsideravam direitos básicos. Assim, a APS seletiva tornava-se uma concepção hegemônica (re)produzida e legitimada por agências internacionais. Por ser um espaço de disputas de modelos, em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, destacando a emergência do alcance de uma abordagem em saúde mais integral e horizontal. Nesse sentido, percebe-se a retomada da proposta de uma APS mais abrangente.

Starfield⁵, por meio do debate do que seria uma APS mais abrangente, descreve alguns atributos que nos possibilitam pensar como deve ser a configuração da ESF, permitindo problematizar seus impasses na atualidade em distintos

contextos, como o de Fortaleza: 1) **primeiro contato** – porta de entrada do sistema de saúde e ponto de início de atenção; 2) **longitudinalidade** – responsabilidade longitudinal com continuidade da relação clínico-paciente, independente da ausência ou da presença das doenças; 3) **abrangência da integralidade** – reconhecimento da complexidade de necessidades das populações em todos os níveis de atenção; 4) **coordenação** – sendo estratégico para gerir ações resolutivas para necessidades de níveis mais básicos aos níveis mais complexos; 5) **orientação para a comunidade** – conhecimento das necessidades de saúde das populações contextualizadas e das possíveis causas dos problemas em saúde e, principalmente, a participação das comunidades nas decisões sobre sua saúde; 6) **centralidade na família** – consideração dos membros da família para pensar as intervenções em saúde; e, por fim, 7) **competência cultural** – reconhecimento de diferentes necessidades de distintos segmentos sociais e, conseqüentemente, seus hábitos de vida, considerando sua importância no processo de saúde-doença.

Essa perspectiva mais abrangente, apontada por esta última autora, permite considerar determinantes sociais de saúde e, conseqüentemente, questões ligadas ao campo da violência urbana envolvendo jovens, em especial, os homicídios, como um problema de saúde. Isso porque faz pensar saúde em uma perspectiva ampliada, ligada às condições de vida de indivíduos e grupos, rompendo com o entendimento que saúde se restringiria à ausência de doenças. Logo, uma APS abrangente estaria voltada para os processos de saúde dos sujeitos nos seus territórios de convivência, ficando mais atenta aos desafios e possibilidades ligados aos seus modos de vida. Atributos como longitudinalidade, abrangência da integralidade, orientação para comunidade e competência cultural, quando efetivados, podem contribuir para um cotidiano do trabalho que tome a violência como um preocupante determinante social de saúde nos dias atuais, demandando, por sua vez, intervenções planejadas, de cunho intersetorial e articuladas com as comunidades.

No Brasil, tanto os referenciais propostos em Alma-Ata, como o movimento sanitário, exerceram grande influência na concepção de uma APS que se distanciava de uma abordagem mais seletiva, descontextualizada muitas vezes das necessidades das comunidades. Coelho⁶ aponta que o surgimento de ações no âmbito da APS, no Brasil, deu-se a partir das décadas de 70 e 80 por meio de dois campos de práticas em saúde, sendo um mais voltado para o sistema previdenciário e outro direcionado para a articulação do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde e demais instituições.

Esse último chamava atenção por práticas de prevenção de doenças e controle de alguns agravos. O cenário de

...pensar saúde em uma perspectiva ampliada, ligada às condições de vida de indivíduos e grupos...

prática, nesse contexto, acontecia nos chamados “centros postos de saúde”, tentando implementar ações programáticas em saúde, inicialmente, voltadas para atenção a doenças de ordem infecto-contagiosas e parasitárias. Iniciava-se, nesses espaços, um processo de ampliação que dava origem aos programas voltados para a saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, etc.

Destarte, depois desses elementos históricos sobre APS, interessa-nos situar brevemente o processo de consolidação de algumas políticas de saúde no nosso país, compreendendo sua influência no fortalecimento da ESF. O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como a principal delas, definido na Constituição de 1988 como um conjunto de ações em serviços públicos de saúde integrado em uma rede regionalizada, hierarquizada, constituindo, então, um único sistema.

O SUS, sendo o atual modelo de prestação de serviços no Brasil, é fruto de um processo histórico de diversas lutas políticas construídas nos anos 1970 e 1980, desenhando-se, sobretudo, a partir do movimento de reforma sanitário atrelada às manifestações pelo processo de redemocratização. Esse movimento traz, como principal pauta, a garantia da saúde como direito do povo brasileiro e dever do Estado⁷.

Inspirado em experiências de países como Canadá, Inglaterra e Cuba, a proposta do SUS visa provocar um conjunto de transformações nas perspectivas então vigentes em saúde, nas quais se tinha serviços fragmentados, de difícil acesso e não gratuito. Trata-se de uma política de Estado, materializada em uma decisão adotada pelo Congresso Nacional no ano de 1988, fundamentada em princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Além dos princípios doutrinários, citados, anteriormente, acrescentam-se as diretrizes organizativas: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social⁸.

O Ministério da Saúde¹⁰, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, preconiza um conjunto de ações com o mais alto grau de descentralização, devendo ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas, sendo o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e o veículo de comunicação com todas as redes de atenção à saúde. Nesse sentido, recomenda-se que essas ações se orientem “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo,

da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”¹⁰.

Campos¹¹ descreve que, ao longo de alguns anos, existiram várias tentativas de organizar a Atenção Básica no Brasil, destacando a relevância da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, hoje, Estratégia Saúde da Família. Em 2006, o PSF deixou de ser um programa, tornando-se uma estratégia permanente na Atenção Básica, pois um programa se caracteriza por um tempo determinado, diferenciando-se de uma proposta permanente e contínua.

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 e trouxe como proposta a construção de uma nova atenção em saúde, em que se deslocasse a centralidade da doença e do médico. Objetiva-se garantir acesso às populações em situação de pobreza e, conseqüentemente, garantir o princípio da universalidade do SUS com uma Atenção Básica¹². Alguns autores, como Andrade et al¹, consideram a ESF como um modelo coletivo de APS com enfoque na família e na construção comunitária, situado, especialmente, em um sistema de saúde público e universal. Configura-se como um conjunto de princípios, como o “da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a ESF como uma estratégia de reorganização desse nível de atenção no país, fortalecendo os princípios do SUS. Além disso, como nos lembra Campos, quando implementadas nos territórios, as equipes da ESF devem ter como foco a família e a comunidade e, também, a existência de um planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de modo pactuado com as comunidades e, por fim, devem contribuir para a promoção da cidadania.

Souza et al¹³ afirmam que a ESF é uma política de fortalecimento da APS dentro do SUS, orientando-se pelas diretrizes da territorialização e a adstrição da clientela; trabalho em equipe, vínculo entre equipe e usuários; atenção às necessidades de saúde e à integralidade. Isso nos leva a compreender que, dentro da proposta desse estudo, o trabalho da ESF poderia contribuir para o enfrentamento de questões em torno do seu território de atuação, como a violência contra jovens, entendendo ser esse um importante desafio para o campo da saúde coletiva, especialmente na cidade de Fortaleza que dispõe de indicadores altos de violência. Existe, em tal cidade, um campo de tensão em torno da perspectiva de APS adotada. As realidades das equipes são distintas da proposta da ESF, tendo em vista que apresentam um cotidiano predominantemente ambulatorial, voltado às demandas agudas e individuais, com a fragilização dos vínculos com o território e, conseqüentemente, da atenção às demandas

As realidades das equipes são distintas da proposta da ESF...

crônicas de determinação social e também coletivas.

No que se refere à composição das equipes da ESF, segundo a PNAB, dar-se-ia pela integração de, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Cabe, também, às equipes a responsabilidade sanitária dos seus territórios de referência e a garantia das diretrizes da ESF: 1) Intersetorialidade - trabalho em conjunto com outros setores da sociedade: educação, assistência, segurança, etc.; 2) Vínculo - aproximação entre usuários e serviços de saúde; 3) planejamento local - autonomia para planejar de acordo com a necessidade da sua área de atuação; 4) Interdisciplinaridade - reconhecimento e integração de diversos saberes para potencializar a resolutividade das ações; 5) Resolutividade - capacidade de resolver pelo menos 85% dos problemas; 6) Territorialidade - trabalho com/ no território e 7) Adscrição de clientela - trabalho com a população da área de atuação.

Embora preconizada, existem muitos desafios na efetivação da ESF. Esta é compreendida por diversos profissionais como um espaço contraditório, visto que algumas perspectivas de interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialização convivem com a prevalência de um modelo técnico-assistencial biologizante focado na doença¹⁴. É a partir das configurações da APS brasileira, por meio das características da ESF, que tentaremos pensar seus desafios no que se refere aos fenômenos da violência no cotidiano das equipes e ao trabalho com juventude vítima de homicídios nos territórios de atuação da ESF. A relevância de tematizarmos isso está no fato de que, majoritariamente, o fenômeno da violência urbana, em especial a violência letal, tem sido abordado majoritariamente por enfoques punitivo-penais que, por vezes, restringem-no ao campo da segurança pública e da justiça. Tais enfoques, por seu turno, dificultam o adensamento de problematizações sobre a violência urbana no campo teórico-prático da saúde coletiva¹⁵.

Além da ESF, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem como um importante dispositivo estratégico para qualificar a APS brasileira. Criado em 2008, os NASFs são

compostos por equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família. Objetiva auxiliar no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, articulando práticas que ampliem as ofertas da PNAB¹⁰.

Por meio do compartilhamento de saberes, é possível ampliar a capacidade e resolutividade das equipes de ESF por intermédio do matriciamento e, conseqüentemente, promover articulações com outros setores, a fim de conduzir casos complexos, como a prevenção e o enfrentamento da problemática dos homicídios de jovens, bem como a participação no acompanhamento de amigos e familiares de jovens vítimas de homicídios em seus territórios.

A violência urbana no campo da saúde: implicações para o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família

A proposta deste tópico consiste em discutir como a violência urbana é tematizada no campo da saúde, explicitando quais suas implicações, sobretudo, para o trabalho da ESF. Para tanto, utilizaremos a literatura sobre o tema, e, também, ilustraremos tal discussão com cenas da inserção em campo para abordar as implicações no cotidiano de trabalhos de equipes da ESF do território da Barra do Ceará.

Apesar de a violência urbana se configurar tema de crescentes debates no Brasil, sua tematização, atrela-se sobretudo ao campo da Segurança Pública e da Justiça. Ao mesmo tempo, percebe-se um crescimento dos conflitos sociais e da violência difusa na sociedade brasileira, paradoxalmente, em paralelo ao processo de transição democrática, o mesmo em que surge o SUS, o que mostra a continuidade de práticas autoritárias no Brasil e como a fragilidade das instituições democráticas nacionais pode provocar exclusão e perpetuação de modos fascistas de viver¹⁶.

No que diz respeito ao debate das práticas de enfrentamento à violência contra jovens no cotidiano dos serviços de saúde, Minayo e Souza¹⁷ contribuem com a contextualização dos impactos da violência para o campo da saúde. As pesquisadoras afirmam ser um desafio no âmbito da formação na área, especialmente, por ser pouco debatido nas disciplinas de saúde coletiva.

Além disso, as autoras discutem a relação entre violência e saúde, tomando a violência como um objeto de investigação e ação, entendendo ser transversal aos níveis de atenção à saúde. A proposta deste estudo corrobora esse caminho de tomar a violência urbana como objeto de investigação e ação transversal aos diferentes níveis de atenção em saúde, mas, tendo em vista seu objeto, questiona mais diretamente como o fenômeno dos homicídios de jovens nas periferias urbanas tem comparecido especialmente em discursos e práticas

...percebe-se um crescimento dos conflitos sociais e da violência difusa na sociedade brasileira...

institucionais concernentes à APS por meio da ESF. No campo da saúde pública, é a epidemiologia, que tem se destacado como uma área que tem estudado fenômenos relacionados à violência, principalmente no que se refere às mortes por causas externas.

No cenário local, a epidemiologia vem contribuindo para entender a manifestação e elevação dos homicídios na Cidade de Fortaleza. Alguns dados específicos, fornecidos pela Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, frutos de uma análise epidemiológica e espacial sobre homicídios, apontam que, a partir de 2006, os homicídios de pessoas de 10 a 19 anos atingiram níveis mais elevados que os da população em geral – período de 2015.

Em 2015, a taxa de homicídios na população geral era 65,0 por 100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, a taxa de homicídios de crianças e adolescentes era 91,3 por 100.000 adolescentes. Esse levantamento realça ainda que, a partir de 2013, as causas externas, em especial os homicídios, passaram a ser a maior causa de morte na cidade, obtendo uma taxa de 83,7 homicídios por 100.000 habitantes. A maior parte dos assassinados em 2015 estava na faixa etária de 15-19 anos, com destaque para as mortes por disparo de arma de fogo.

As taxas de mortalidade de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos são significativamente maiores do que os da população, tendo como base dados de 2006 a 2015 disponibilizados pela célula de vigilância epidemiológica da prefeitura de Fortaleza. A maior parte dos homicídios em 2015 foi de crianças/adolescentes que estavam na faixa etária de 15-19 anos (94%) e foram mortos por disparo de arma de fogo (93%). Por fim, esse levantamento aponta que os principais determinantes de homicídios de crianças/adolescentes (10-19 anos) sugeridos pela análise epidemiológica foram: sexo (masculino); grupo etário (15-19 anos) e meio de agressão (arma de fogo).

Vale frisar que a epidemiologia tem permitido considerar que, na realidade de Fortaleza, os homicídios não estão ocorrendo com distribuição homogênea. Eles estão mais presentes nas mesmas regiões onde estão presentes outras doenças de determinação social. Utilizou-se, então, da expressão “assentamentos precários”, definido pela

Política Nacional de Habitação (PNH), como o conjunto de assentamentos urbanos inadequados (tipologias: loteamentos irregulares; favelas e assemelhados). As lentes epidemiológicas têm permitido, por isso, apontar que a distribuição dos homicídios está relacionada às condições sociais de vida das populações e às fragilidades de acesso dessa população a políticas sociais.

Com base nos dados apresentados e a partir das contribuições do campo da saúde pública, tem crescido a leitura de que a priorização de APs, ao invés de unidades mais heterogêneas como bairros para intervenções intersectoriais, pode ter maior repercussão na redução dos homicídios de jovens. Além disso, torna-se importante investir em políticas públicas alinhadas com as necessidades dos territórios, a fim de produzir estratégias de enfrentamento à violência urbana envolvendo jovens. Apesar das contribuições da epidemiologia, a abordagem interdisciplinar aparece como uma das mais indicadas, entendendo a complexidade e diversidade do fenômeno¹⁷.

Não obstante, a questão da violência não interessa só à epidemiologia no campo da saúde, embora seja de grande relevância o estudo da distribuição dos homicídios nos grupos conforme o estudo apresentado anteriormente, tanto é que alguns estudos já têm sinalizado sua importância para a ESF, por exemplo.

Fiuza et al¹⁵ desenvolveram um trabalho bastante pertinente no âmbito da saúde coletiva para pensar como os temas droga e violência permeiam o cotidiano de profissionais da ESF. Este trabalho consistiu em uma análise das percepções acerca dos profissionais da ESF sobre a influência da violência urbana e do uso dos conflitos territoriais nos seus processos de trabalho.

Como desdobramento do trabalho anterior, Fiuza¹⁷ produziu um estudo, que foi sua tese de doutorado em saúde coletiva pela Universidade Federal do Ceará, sobre as relações entre práticas de violência e o acesso em territórios pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do bairro Barra do Ceará (Fortaleza-CE).

Delgado¹⁸ explicita que, de fato, a violência pode ser considerada uma barreira dificultando o acesso ao atendimento, pois, nos últimos anos, a experiência da atenção primária de saúde, sendo algumas articuladas com a atenção psicossocial, tem se defrontado, em sua realidade, com os desafios da violência. A criminalização do consumo de determinadas drogas, ainda segundo o autor, corrobora a manutenção de um mercado clandestino fortalecido pela violência armada e corrupção policial. Nesses cenários, a intervenção psicossocial é de grande relevância, porém possui inúmeros desafios que precisam ser compreendidos e enfrentados.

Fiuza et al¹⁵ trazem relatos de profissionais, segundo os

quais a dinâmica da violência urbana nos territórios adscritos pela ESF torna-se um dificultador no acesso da população ao serviço e no acesso das equipes a determinados territórios marcados por conflitos e por um número elevado de homicídios de jovens. Dessa forma, a partir de textos como esse, a violência urbana aparece em algumas produções no campo da saúde que tratam da ESF como um elemento limitador da condução do trabalho das equipes, isto é, como um desafio para a efetivação da ESF.

Em uma das conversas no cotidiano, realizadas em uma Unidade Básica de Saúde com duas profissionais (Agente Comunitário de Saúde - ACS e Enfermeira) que atuam no morro Santiago, deparamo-nos com relatos que reiteram a realidade violência contra jovens no dia a dia do serviço. Colocamos, a seguir, um recorte do diário de campo, que foi produzido em abril de 2017, com parte do diálogo com as profissionais sobre as implicações da violência no cotidiano do cuidado:

Em seguida, respondia sobre o acesso da ESF, dizendo que para eles/elas (ACS) que eram do local, não existia muita dificuldade de acesso. Porém, para outros/as profissionais, apresentava-se como algo difícil de lidar/atuar. (DIÁRIO DE CAMPO, 27/04/2017)

Gonçalves, Queiroz e Delgado¹⁹ põem em pauta a necessidade de uma nova agenda no âmbito das políticas de saúde para dar conta da questão da violência, visto que, infelizmente, mesmo com a prevalência da violência no cotidiano, não tem se debatido suas consequências e as possibilidades de intervenção. Para os autores, o contexto de violência em algumas comunidades pode ser pensado a partir de três dimensões presentes no cotidiano dos serviços de saúde: a) a violência como agravo; b) a violência como barreira de acesso e c) a violência tomada como risco para os profissionais de saúde. Essas dimensões, descritas pelos pesquisadores, estão presentes em várias cenas que cartografamos em nossas inserções em campo, como ilustramos a seguir:

A violência como agravo, dentro dos aspectos clínicos ou agravos de natureza psicopatológica, se dá na medida que o indivíduo desenvolve sintomas sugestivos de saúde mental

...pensar como os temas droga e violência permeiam o cotidiano de profissionais da ESF.

por meio de uma ou várias experiências de violências. Nesse caso, em algumas conversas no cotidiano da fila de espera do atendimento de uma UBS, no território da Barra do Ceará, muitas mulheres relatam sofrimentos psicossociais depois da perda de seus filhos e frente ao desamparo do Estado.

Em outra ida ao campo, na primeira semana de maio de 2017, uma das médicas que prestava atendimento nos chamou para conversar sobre um problema que acabava de surgir. Tratava-se do caso de Dona Carla (nome fictício) – uma moradora do Morro Santiago, uma das regiões mais estigmatizadas e pauperizadas do bairro Barra do Ceará, que apresentava uma história marcada pela violência. A profissional nos dizia que Dona Carla teve, ao longo da sua vida, diversas perdas. Ela, também, descreveu o último acontecimento, o filho de Dona Carla estava sendo ameaçado de morte e, por isso, ela estava indo pedir socorro a ESF que confiava. Tinha esperança de que a equipe acionasse o PPCAM - Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte. Esse relato nos mostra mais uma vez a presença da violência contra jovens no cotidiano desses profissionais, requerendo ações das redes de proteção para esse segmento.

A violência como barreira de acesso se refere a uma realidade constante no cotidiano das comunidades. As regras de acesso, impostas por facções ligadas ao tráfico de drogas e armas, inibem a entrada de profissionais de saúde que não moram nas comunidades, comprometendo a visita domiciliar das equipes de ESF e, ao mesmo tempo, prejudicam a circulação de alguns moradores até o território onde a UBS está instalado. No processo de contato com os profissionais da UBS e, conseqüentemente, no seu território de responsabilidade sanitária, deparamo-nos com a mudança na agenda de algumas equipes, devido a conflitos territoriais envolvendo jovens pertencentes às organizações criminosas, como o Primeiro Comando da Capital (PCC) e o Comando Vermelho (CV). Os profissionais começaram a atuar em outros equipamentos, pois a população não conseguia chegar à UBS pelos conflitos territoriais. Dois espaços que se materializam, nesse processo, foram o ambulatório do adolescente, no Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (CUCA), às quintas-feiras à tarde, e os atendimentos da ESF na Associação Pequeno Cidadão, às sextas-feiras pela manhã.

A violência como aspecto negativo para os profissionais de saúde não só afeta os usuários, mas, também, os profissionais de saúde, tanto no acesso territorial, como no desenvolvimento e planejamento de processos de trabalho. É possível, ainda, observar que situações de violência geram uma maior rotatividade dos profissionais, gerando descontinuidade nos processos de trabalho e enfraquecimento do vínculo entre usuário e profissional.

Ao participar do cotidiano dos profissionais, percebemos que a violência se materializa como um desafio que afeta

...drogas ilícitas e violência urbana envolvendo jovens não são devidamente tratadas como questão de saúde pública...

o cotidiano do trabalho, porém não costuma ser abordada como algo que concerne à ESF, de modo que seus profissionais percebiam que também tem algo a fazer no enfrentamento da violência, juntamente com outros setores. Isto é, muitos profissionais entendem a violência urbana envolvendo jovens como um problema de polícia, exigindo respostas em termos de maximização de lógicas punitivo-penais. Não tem sido construída uma agenda em torno do problema da violência nos processos de trabalho e formação dos serviços. O que se tem são iniciativas particulares de alguns profissionais e em alguns territórios.

Algo que chama atenção, concomitantemente, é a forma como se estrutura atualmente a Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, tornando-se um analisador relevante. Além de uma configuração que, como dito acima, direciona as práticas sobretudo para o âmbito clínico ambulatorial, afastando ainda mais os/as profissionais dos territórios, em diálogos com os profissionais, estes costumam destacar a verticalização dos programas a serem executados pela ESF, o que se configura um limitador para que esta tome como seu objeto de reflexão e ação a questão da violência contra jovens nos territórios adscritos. Atualmente, na unidade, as necessidades da comunidade não orientam os projetos terapêuticos, limitando suas incidências territorializadas, longitudinais e integrais nos determinantes sociais, articulando questões individuais, familiares e comunitárias.

Outro aspecto que aparece nos discursos das profissionais, mediante as conversas no cotidiano, é como a violência tem sido tematizada no campo da saúde e da ESF por meio da sua relação com o tema das drogas. Ao mesmo tempo, as equipes se deparam com muitos conflitos territoriais, dentro de uma realidade de guerra às drogas, sendo cenários de repressão e criminalização dos usuários, trazendo consigo muitas barreiras de acesso.

Atrelado a isso, percebe-se que questões ligadas ao tema das drogas ilícitas e violência urbana envolvendo jovens não são devidamente tratadas como questão de saúde pública pelos profissionais que atuam nesses territórios, mas sim como questões ligadas ao campo da segurança pública. Assim, pautas como o proibicionismo e guerra às drogas atravessam

o cotidiano desses serviços, requerendo uma atenção maior no processo de educação permanente dos profissionais.

Esses aspectos, segundo os relatos, interferem nas práticas do cotidiano, colocando em análise práticas que são regidas por uma lógica biomédico-individualista sobre os problemas das comunidades. A doença, aqui, passa ocupar um balizador para olhar e intervir no cotidiano. Por fim, a lógica preventivista ganha força, sendo fortalecida pela exigência de indicadores, metas para atingir e consultas ambulatoriais.

Ao mesmo tempo, em termos de orientação, a política nacional que norteia a ESF assume a violência como um cenário de atuação, interferindo diretamente na efetivação das suas diretrizes, como vínculo, trabalho intersetorial, atuação no/ com o território. Isso implica pensar que, cotidianamente, essa realidade deveria fazer parte das agendas dos serviços. Na própria PNAB encontramos uma frente promissora, que é o Programa Saúde na Escola (PSE), devendo se direcionar para a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, tornando-se, então, uma importante estratégia para a atenção integral de adolescentes e jovens no âmbito das escolas, especialmente nos territórios com elevados índices de violências contra jovens.

No que tange à pauta das juventudes no cotidiano do serviço, observamos que há uma lacuna em práticas que dialoguem com os princípios da ESF, devido, em parte, à ausência de uma agenda que permita considerar a violência contra esse segmento um desafio para o serviço de saúde.

Por sua vez, tanto juventudes, violência contra jovens, como determinadas políticas de drogas, surgem como um dos cenários de atuação dessas equipes, trazendo a necessidade de entendê-los, especialmente, os discursos e as práticas institucionais no tocante à sua problemática, sendo, portanto, necessário questioná-los, pois, muitas vezes, em torno deles, podem ser reproduzidas lógicas manicomialistas, higienistas e proibicionistas. Para ilustrar, colocamos, novamente, um trecho do diário de campo de uma visita no mês de abril de 2011. Nele, dialogamos com uma Agente Comunitária de Saúde sobre a percepção da violência no seu território de atuação:

As perguntas iniciais foram: “como vocês percebem a questão da violência urbana (homicídios de jovens) nos territórios de atuação/responsabilidade da unidade? E isso impacta/impactou no acesso de vocês a esses territórios?” Seu relato, com expressão de preocupação no rosto, afirmava ser um assunto difícil/complexo de se debater, principalmente por ser algo tão naturalizado no cotidiano daquela comunidade. A violência, nesses territórios, era narrada fazendo referência somente aos conflitos específicos envolvendo

jovens. Ou seja, por ser moradora daquele local, ela não percebia outro tipo de violência fora dos conflitos territoriais entre determinados grupos. “não existe ninguém que mexe com a gente que é de lá” A questão é entre eles”. “O problema são os adolescentes. (DIÁRIO DE CAMPO, 27/04/2017)

Chamou-me atenção, nessas afirmações, a referência “o problema é o adolescente” como se esse segmento personificasse o crime, tornando-os jovens alvos de práticas discriminatórias, estigmatizadoras, tutelares e higienistas. O adolescente passa a ser narrado como o crime - o causador da guerra e, por consequência, das mortes cotidianas. Autoriza-se, por meio desse tipo de discurso, um conjunto de práticas interventivas articuladas sob as noções de risco e periculosidade.

Lemos, Scheinvar e Nascimento²⁰ apontam que no campo da saúde pública se toma a juventude, associando-a ao risco, como forma de legitimar práticas de normalização e governo de condutas. A psiquiatrização aparece como uma instituição que contribui para a afirmativa de que os desvios do desenvolvimento, não regulados por especialistas e pelo Estado, contribuíram para a produção de crime e loucura. Cria-se, dessa maneira, “um cordão sanitário” em nome da promoção do seu desenvolvimento.

Por meio dessa racionalidade, podemos entender o trabalho com a juventude um desafio para Atenção Primária à Saúde dentro da saúde coletiva, pela necessidade de subverter essa perspectiva sobre juventude ainda bastante pautada em aspectos biomédicos e desenvolvimentistas²¹.

Habitualmente, demanda-se por estratégias para lidar com a complexidade da violência, desde a prevenção até o atendimento de vítima no Sistema Único de Saúde (SUS). Além do entendimento dos impactos da violência e sua relação estreita com a saúde, visto por seu caráter de “riscos” ao processo vital humano, torna-se relevante se atentar para os jogos de saber-poder que estão sendo produzidos no âmbito de alguns discursos e práticas.

O segmento juventudes aparece inviabilizado nesses campos de práticas, colocando-nos a relevância desse estudo com ênfase na produção sobre esse segmento nos campos da saúde coletiva.

...o problema é o adolescente” como se esse segmento personificasse o crime...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dar visibilidade ao fenômeno da violência urbana, especialmente aos homicídios de jovens nos territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, é assumir a necessidade de uma nova agenda no cotidiano da Atenção Primária à Saúde brasileira. Para tanto, ao resgatar os princípios da ESF como uma perspectiva de APS brasileira, reconhece-se um cenário de disputas em torno da sua efetivação.

No cenário local, considerando os indicadores elevados de homicídios de jovens na cidade de Fortaleza, tem-se o recrudescimento de lógicas punitivo-penais em torno dos segmentos juvenis dos territórios de atuação das equipes e, ainda, a invisibilização das juventudes no cenário de prática comunitário. Coloca-se, também, a necessidade de implementação dos NAFSs nas 98 UBSs, podendo ser um importante dispositivo estratégico para qualificar a APS e apoiar a ESF e, assim, produzir estratégias de enfrentamento à dinâmica da violência contra jovens.

Alguns cenários de desafios merecem um destaque como, por exemplo, o desmonte da APS na cidade e a intensificação de perspectivas neoliberais, que vêm conformando políticas sociais cada vez mais fragmentadas e seletivas, ao mesmo tempo que favorecem respostas em termos de inflação penal às problemáticas cotidianas.

Percebem-se, ainda, práticas de resistências, como o ambulatório do adolescente, que é, segundo o relato dos profissionais, a principal frente que permite olhar para o segmento juventude em contextos de violências, apresentando-se como um espaço promissor de enfrentamento à invisibilidade desse segmento na ESF.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luís Fernando de Souza Benício contribuiu com a concepção, análise e preparação do manuscrito e **João Paulo Pereira Barros** concepção, análise e preparação do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra C, Silva RM. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho M. Tratado de Saúde Coletiva.; 2016.

2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

3. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, 2011; 20(4).

4. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. American journal of public health. 2004; 94(11).

5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: UNESCO; 2002.

6. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In Campos GWA, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

7. Roncalli AGO. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED; 2003.

8. Texeira C. Os princípios do sistema único de saúde. In Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde; 2011; Salvador.

9. Saúde BMD. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica.. [Online].; 1999. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf.

10. Brasil. Departamento de Atenção Básica. [Online].; 2012 [cited 06 1. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.

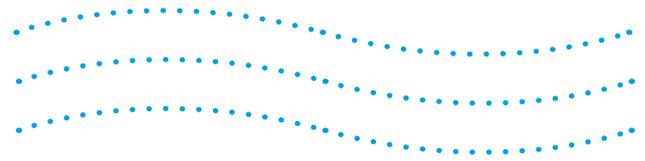
11. Campos GWS, Gutierrez C, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. In Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica - saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

12. Dalpiaz AK, Stedile NLR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In V Jornada Internacional de Políticas Públicas-Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital; 2011; São Luís-MA.

13. Souza CFT, Oliveira DLL, Monteirol S, Barbozal HM, Netol MC, Moura AC. A atenção primária na formação médica: a experiência de uma turma de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2013; 37(3).

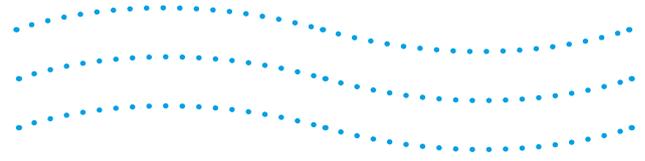
14. Nepomuceno L. A construção social da prática psicológica na atenção primária à saúde do SUS. 2014.

15. Fiuza TM, Miranda AS, Ribeiro MTAM, Pequeno ML, Oliveira PRS. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. 2011; 6(18).



16. Barreira C, Batista E. Violência e conflito social. In Barreira, C, Batista E. *Segurança e sociedade: treze lições*. Campinas. Campinas: Pontes Editora; 2011.

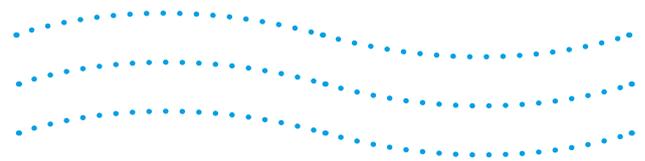
17. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*. 1998; 4(3).



18. Delgado PPG. Violência e saúde mental: os termos do debate. *Revista O social em questão*. 2012;(28).

19. Gonçalves HCB, Queiroz MR, Delgado PPG. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Fractal: Revista de Psicologia*. 2017; 29(1).

20. Lemos FCS, Scheinvar E, Nascimento ML. Uma análise do acontecimento “crianças e jovens em risco”. *Psicologia & Sociedade*. 2014; 14.



21. Coimbra CMB, Nascimento ML. Ser jovem, ser pobre é ser perigoso? Imagens sobre a juventude. *Revista de Estudos sobre Juventud*. 2005; 9(22).

