

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

Bruna Jandoso

Território e violência: Aspectos subjetivos do cuidado em saúde

**CAMPINAS
2020**

Bruna Jandoso

Território e violência: Aspectos subjetivos do cuidado em saúde

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado na Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

**CAMPINAS
2020**

“Pensamos que nós profissionais que atendemos outras pessoas “precisamos ser cuidados” e “nos sensibilizarmos”, pois estamos tão desgastados que precisamos tomar muito cuidado para não “endurecermos”, não “abrirmos mão de nos preocuparmos”, “não deixarmos as coisas de lado”, pois criamos uma proteção para não nos machucarmos tanto, não nos envolvermos tanto, que corremos o risco de perder a sensibilidade.”

“As equipes estão adoecendo. Por excesso de demanda, por falta de profissional de vários tipos, por falta de estrutura, por falta de sala, por falta de material, por falta de respaldo e apoio de instância superior.”

“Os trabalhadores não estão aguentando e a população sofre muito com isso, os usuários chegam ao Centro de Saúde e os trabalhadores estão totalmente nervosos, irritados, “não tem mais paciência”, “as crianças estão chorando esperando atendimento”, “o usuário também não tem culpa disso e também está desesperado pelo atendimento”, e “os profissionais não aguentam mais”, “não recebem respaldo de ninguém”, “ou o colega faltou”. Achamos que a população sofre muito com tudo isso.”¹

¹ Narrativas de trabalhadores da saúde de nível médio e técnico coletadas como material da Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário, em andamento no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas e sob orientação da Profa. Dra. Rosana Onocko-Campos.

RESUMO

Incitado por relatos de trabalhadores da saúde sobre as dificuldades em lidar com a violência presente nos territórios em que atuam, o presente trabalho visa trazer reflexões acerca da natureza desses fenômenos bem como contribuir teoricamente, à luz da psicanálise, sobre os elementos institucionais envolvidos em tal problemática. Conceitos das ciências sociais, geografia, psicanálise e saúde coletiva foram usados na tentativa de contribuir para o debate em torno da violência institucional e de Estado, que incide de forma direta e indireta na população brasileira. O principal interesse do trabalho reside em ofertar leitura teórica que contribua para o enfrentamento das questões vivenciadas pelas equipes de saúde inseridas na Atenção Primária à saúde do SUS. À guisa das conclusões, algumas experiências vivenciadas enquanto residente em saúde mental serão mencionadas a fim de traçar intervenções possíveis e pontos de interesse para futuras reflexões.

Palavras chave: Exposição à violência, Atenção primária à saúde, Território sociocultural, Psicanálise.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	DO QUE TRATAMOS AO FALAR DE TERRITÓRIO?.....	6
3	VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: UMA DIMENSÃO DA REALIDADE NO TERRITÓRIO	9
4	O TRABALHO NO TERRITÓRIO E SEUS IMPACTOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	10
5	POR UMA TEORIA COMPROMETIDA COM A REALIDADE	14
6	A INSTITUIÇÃO	19
7	ENTRAVES À TAREFA PRIMÁRIA.....	20
8	E AGORA, O QUE FAZEMOS?.....	21
9	CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES.....	23
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Diversos estudos relatam a dificuldade das equipes de saúde da família em lidar com as vulnerabilidades dos territórios nos quais estão inseridas. Cenas de violência na comunidade, agressões por parte da população, medo de retaliações e péssimas condições de trabalho, colocam os profissionais de saúde em situações que comprometem a oferta qualificada de cuidado para os usuários do SUS. Além disso, situações como essas podem acarretar *burnout* e alta rotatividade de profissionais no serviço de saúde.

Violência policial e falta de acesso são exemplos de violência de Estado e são questões cotidianas para a população brasileira que vive em territórios marginalizados. O SUS se constitui como uma política que visa a capilarização e territorialização, dessa forma, pensar as questões presentes no território é uma responsabilidade sanitária, já que as diversas formas de manifestação da violência se configuram como determinantes do processo saúde-doença.

Se faz necessária a reflexão sobre o reconhecimento da agressividade e violência no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, para que ações sejam pensadas com os trabalhadores a fim de que as equipes sejam capazes de responder às demandas do território, sem retaliações à comunidade. Para isso, o apoio institucional e matricial, ações como a construção de rede e o reconhecimento de dispositivos sociais e culturais do território, se colocam como possíveis desdobramentos.

Podemos observar os impactos diretos e indiretos da violência de Estado na oferta de cuidado nos territórios onde as Unidades de Saúde estão inseridas. Espera-se que a reflexão sobre essa temática venha a auxiliar na qualificação da oferta de cuidados e também no fortalecimento das equipes de saúde da família.

2 DO QUE TRATAMOS AO FALAR DE TERRITÓRIO?

As demandas atuais dos serviços de saúde no Brasil carecem de localização no tempo e espaço de nossa história, afinal, sem entender de onde viemos não é possível apontar para onde vamos. Para localizar do que tratamos ao falar sobre território, precisamos voltar “algumas casas”. Para isso podemos emprestar

questionamentos já feitos por outros autores, como por exemplo as reflexões feitas por Milton Santos em sua obra *A urbanização Brasileira*:

Como, nas cidades, vive a maioria dos brasileiros? Quais as suas condições de trabalho e não-trabalho? Qual a sua renda? Que acesso têm aos benefícios da modernidade? Quais as suas carências principais? Como se distribuem, na cidade, as pessoas, segundo as classes e os níveis de renda? Quais as consequências da marginalização e da segregação? Quais os problemas de habitação e da mobilidade, da educação e da saúde, do lazer e da seguridade social? (SANTOS, 1993, p. 10).

O autor escreve que o Brasil tem um perfil urbano complexo, apontando que a grande cidade atrai e mantém indivíduos pobres, se configurando como um polo de pobreza. A cidade é solo de inúmeras contradições, criadora de pobreza porque ao mesmo tempo em que há crescimento de algumas atividades, a população se depara com a degradação de suas condições de existência. É antinomia porque se costura como “teatro de conflitos crescentes” e também “lugar geográfico e político da possibilidade de soluções” (SANTOS, 1993, p.11)

Ele cita, ainda, que pensar uma teoria da urbanização brasileira é parte de uma interpretação abrangente que busca mensurar sua problemática, identificar sua especificidade e circunscrever o fenômeno. Mesmo exibindo extenso território nacional, Santos (1993, p. 95) afirma que todas as cidades brasileiras expressam problemáticas parecidas relacionadas à emprego, habitação, transporte, lazer, água e esgoto, educação e saúde, sendo que tais adversidades ficam mais visíveis quanto maior é a cidade.

Desse modo, retornando ao nosso tempo e espaço atual, colocar em pauta as consequências da violência como advindas do processo de urbanização, cabe também nesta interpretação abrangente de que fala Milton Santos.

Não obstante, existem outras faces desse prisma da pobreza, e é sobre apenas uma das faces que os veículos midiáticos têm se amparado ao vincular pobreza diretamente com violência, se trata de uma escolha de cunho ideológico, marcada por interesses econômicos e sociais acerca de determinadas camadas da população brasileira. A mídia vem cumprindo papel histórico de nortear a opinião pública a respeito dos mais variados temas, e a questão da violência no Brasil não se ausenta disso:

As formas como a mídia produz real, verdades, fantasias, falas autorizadas, história e memória também atravessam os temas sobre a violência quando estão sendo marcados e identificados, por esses mesmos meios de comunicação, os "suspeitos", os "enfermos", os "discrimináveis", os

"perigosos", os "infames". Aqueles que são considerados suspeitos, quando não estão tomando conta dos nossos filhos, limpando nossas casas, entrando pelo elevador de serviço (COIMBRA, 2001, p. 58).

Os problemas que geram a criminalidade raramente são pauta da mídia, dessa forma, a atenção do público é desviada de questões como a distribuição de riquezas e a marginalidade social para focar de modo desproporcional na criminalidade em si. Isso pode acarretar na criação de “bodes expiatórios”, o mal é projetado em uma camada da população, isentando os demais de responsabilidade e naturalizando o sentimento de que não existe solução, se configurando como parte essencial do meio e da história desses indivíduos (COIMBRA, 2001).

Se trata de uma produção de indivíduos e de territórios, nos quais a pobreza é caracterizada de modo natural e a mídia nada tem a ofertar de ajuda aos sujeitos que ali vivem, mas sim contribui cada vez mais para sua estigmatização. No extremo, se difundem ideias de que algumas pessoas podem morrer, sobre isso Coimbra (2001, p. 61) cita Dimenstein (1993) para dizer sobre a produção do “espírito casa grande e senzala”, no qual as elites creem que um sujeito marginalizado pode morrer, já que a dor para ele não é tão grave, algo que lhe é rotineiro.

Além de uma certa naturalização da pobreza, Coimbra (2001) fala sobre a individualização das responsabilidades, algo que atribui ao sujeito toda a responsabilidade por suas vitórias ou fracassos. Sobre isso Souza (2009) cita a “culpa individual” atribuída aos indivíduos das classes não privilegiadas quando “fracassam”, sem que as condições sociais, emocionais, econômicas e morais sejam consideradas. O autor cita que existe uma visão distorcida do mundo, segundo ele o economicismo, no qual todos os sujeitos calculam suas chances relativas na luta social por recursos de modo homogêneo, com a mesma racionalidade e capacidade de disciplina, responsabilidade e autocontrole. Isso coloca o sujeito marginalizado como alguém com as mesmas capacidades e disposições do indivíduo de classe média, caracterizando a pobreza como mero acaso.

Existe ainda outra questão relacionada à visão economicista de que trata Souza (2009), apontando que existe uma “cegueira” que não permite enxergar a transferência de valores imateriais nas classes sociais, sendo que apenas a herança material é considerada. Comenta a respeito de uma naturalização de privilégios que ocorrem a partir de identificação afetiva, como, por exemplo, as crianças da classe média que tem naturalizado em sua rotina costumes e hábitos como “ver o pai lendo

jornal, a mãe lendo um romance, o tio falando inglês fluente, o irmão mais velho que ensina os segredos do computador brincando com jogos” (SOUZA, 2009, p. 19).

Indo na mesma direção, Santos (2009) coloca que o termo pobreza não trata apenas de um estado de privação material, e que sua definição deve ir além da localização do sujeito na sociedade à qual pertence, afirma a pobreza enquanto um problema social, e acima de tudo, uma categoria política. “É um conjunto complexo e duradouro de relações e instituições sociais, econômicas, culturais e políticas criadas para encontrar segurança dentro de uma situação insegura” (SANTOS, 2009, p.19).

Podemos pensar, então, que o abandono, naturalização, culpabilização das camadas pobres da sociedade não é sem intenção e muito menos fenômeno fortuito. A problemática real nunca é mencionada e os indivíduos marginalizados são retratados como um complexo de pessoas carentes, perigosas e fragmentadas, além disso, as “resoluções” são pensadas de forma deslocada de contexto.

Os dispositivos públicos têm o dever de refletir sobre sua prática e de fazer leituras sistemáticas da conjuntura no aspecto macroestrutural do debate. Já nas responsabilidades sanitárias que temos diante da população atendida, podemos lançar mão de ferramentas como a clínica do sujeito e escuta qualificada, na tentativa de ir na contramão de um cuidado que homogeneiza o território e seus sujeitos.

3 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: UMA DIMENSÃO DA REALIDADE NO TERRITÓRIO

Existe um complexo arranjo de relações e situações concretas que perpetuam o cenário de exclusão das camadas mais pobres da sociedade brasileira. É difundida no imaginário social uma ideia de que a desigualdade vem de muito tempo, e que por se tratar de algo tão antigo nada pode ser feito, Souza (2009) chama isso de “violência simbólica”.

Como mencionado anteriormente, vemos a caracterização da violência atrelada à pobreza, e aos pobres cabe o papel de mantenedor, autor e único responsável por toda a violência retratada na mídia. Ocorre que todos os fenômenos trazidos para a reflexão são parte de um “projeto” de país, fenômenos que não são por acaso e que vêm se arrastando no cenário nacional, tendo como pano de fundo interesses econômicos e políticos. Almeida (2007) cita que o Brasil é conhecido como país campeão das desigualdades sociais, tendo uma estrutura política que mantém as camadas pobres da população em um lugar subalterno na estrutura social. A

violência urbana emerge como algo de disfuncional, denunciando o caráter superficial do dito Estado democrático de direito.

Há um papel bem delimitado dos agentes do Estado dentro dessa violência que é retratada de modo difuso na mídia, voltada exclusivamente contra os pobres. Desse modo, a convicção de que vivemos em um país democrático e de direito não sofre alterações no senso comum. Entretanto, Almeida (2007, p. 3) alerta para o fato de que “não existe igualdade de direitos quando se trata da criminalidade praticada pelos pobres”.

Existe verdade no discurso social quando se diz que a desigualdade no Brasil é algo que vem de muito tempo, essa forma de relação e de convivência entre as classes é elemento herdado do regime escravista, assim como o processo de favelização nas grandes cidades. O processo histórico de nosso país criou e viu se desenvolver populações periféricas frágeis, sendo que até hoje o Estado incide nessas camadas de forma repressiva e penal.

Uma dessas formas repressivas e penais se dá a partir da militarização da polícia e o modo como ela atua nos bolsões de pobreza do país. As polícias militares estaduais funcionam como aparelho repressivo do Estado, sendo caracterizada por Almeida (2007) como vetor mais presente na violência institucional no Brasil. A população periférica é vista como “inimigo interno”, e a violência institucional é a ferramenta utilizada como controle social dessas “classes perigosas”.

4 O TRABALHO NO TERRITÓRIO E SEUS IMPACTOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Se mostra indispensável para nós conceituar tais problemáticas relacionadas à violência como questões de interesse para a saúde pública. Nessa direção, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL,2002) coloca que os acidentes e violências no Brasil são grandes problemas de saúde pública, causando forte impacto na morbidade e mortalidade da população. Essa política caracteriza como violência as ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que geram danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. Sendo que dentre as diversas formas de expressão da violência estão a agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

Além disso, a concentração dos acidentes e das violências é mais clara nas áreas urbanizadas, chegando a 75% do total das mortes por causas violentas.

Se tratando de uma questão importante para a saúde pública, entender a violência e suas manifestações no território é essencial para a oferta de cuidados preconizada pelo Sistema Único de Saúde. É nessa configuração de território, de relações e de conflitos que se capilarizam as propostas do SUS, tendo na Atenção Básica o modelo de “porta de entrada”.

A Política Nacional de Atenção Básica determina a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individuais, familiares e coletivas, visando práticas de cuidado integrado, realizadas em equipe multiprofissional para a população de um determinado território. Visa ainda que as ações em saúde serão ofertadas de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Se configurando como uma proposta que visa trabalhar com as demandas do território, podemos apontar que são muitos os desafios enfrentados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, visto que as situações de violência vividas cotidianamente nas periferias brasileiras se configuram como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Soma-se a isso um cenário sócio-político de desmonte das políticas públicas. Dessa forma, o sucateamento do SUS traz ao cotidiano dos serviços de saúde um agravamento nas condições de trabalho, sendo que os trabalhadores precisam entregar grandes resultados com poucos recursos humanos e materiais.

As situações vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil não são eventos isolados, são parte das questões estruturais e da conjuntura macro política do país. Santos, Silva e Branco (2017) Ressaltam a existência de relações profundas entre estrutura social, econômica e política e a violência. Apontando o modelo neoliberal como criador de inseguranças que atuam através das exclusões e desproteções sociais.

Elementos dessa conjuntura diariamente se colocam para os profissionais de saúde, vezes de modo sutil, outras nem tanto. O que pode ocorrer é que as equipes de saúde não são treinadas para fazer uma leitura crítica das condições de trabalho que vivenciam, sendo a violência presente no território algo naturalizado e sem correlação com os demais desafios que precisam lidar no ambiente de trabalho.

Outra questão a ser analisada é a escassez de supervisão institucional, sem espaços de reflexão sobre a prática os trabalhadores da saúde podem cair em um funcionamento automático, perdendo de vista os preceitos da integralidade e humanização.

Em uma pesquisa realizada com profissionais da saúde da Atenção Básica acerca das percepções dos profissionais em relação à violência no território, Machado *et al* (2016) concluíram que entre os eventos relatados, tiros com arma de fogo e intervenções policiais eram os tipos de violência urbana predominantes no território. Os profissionais da saúde relatam ainda que por vezes o adiamento dos procedimentos de saúde se dão por conta da violência no território.

O enfrentamento da violência como parte do trabalho do profissional da saúde é recente, ainda não incorporado nas práticas dos serviços, os trabalhadores têm dificuldades para lidar com tais problemáticas, sendo que a formação adequada para tal não é ofertada aos profissionais da saúde, isso pode acarretar em frustração, alta rotatividade de profissionais e indignação:

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 agressores (MACHADO *et al*, 2016, p. 3).

Os pesquisadores concluíram que a violência compromete a adesão e demanda de usuários aos serviços. Além disso, os profissionais se deparam com sentimentos de desânimo, fragilidade e frustração diante dos eventos mencionados.

Diante disso, com a intenção de alicerçar o que é preconizado pelas políticas públicas, Mendonça *et al* (2020) citam a organização da rede, readequação do processo de trabalho e inovação nas formas de abordar a questão da violência como pontos chave para lidar com o impacto que a manifestação da violência exerce sobre o processo saúde-adoecimento. A abordagem nos serviços de saúde devem assegurar a integralidade e intersetorialidade, bem como incluir os demais setores, já que, por não ser fenômeno exclusivo da saúde, as ações de enfrentamento à violência não devem se findar na Atenção Básica. São estratégias para o enfrentamento da violência intervenções como:

ações expandidas para o território; promoção do diálogo e construção de vínculos entre os profissionais de saúde e a população atendida; adoção de práticas democráticas e não repressivas nos serviços de saúde; combate à violência institucional e desburocratização do atendimento; ações de

sensibilização sobre situações de violência; promoção de direitos e o fortalecimento e emancipação de usuários e trabalhadores (Mendonça *et al*, 2020, p. 2253).

Rodrigues *et al* (2018) mencionam que é crucial a retomada de preceitos básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo a integralidade, já que a violência é uma questão complexa e que pode gerar múltiplos danos. O entrave para a integralidade se mostra quando os trabalhadores lançam mão do modelo biomédico no cotidiano dos serviços, desconsiderando os aspectos culturais e a subjetividade humana. É pertinente citar ainda que os profissionais da APS não enxergam em seu trabalho ferramentas potentes para lidar com a problemática da violência, embora estratégias como visitas domiciliares e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem da violência são apontadas como estratégias eficientes na identificação de situações de violência (RODRIGUES *et al*, 2018).

É relevante citar que mesmo as estratégias mencionadas configurando como ferramentas potentes da APS, as mesmas podem ser caracterizadas como vetores de angústias para a equipe. Lancman *et al* (2009) encontraram em relatos de trabalhadores evidências de que o convívio intenso e prolongado com os usuários pode provocar impacto psicológico nos trabalhadores, visto que as situações de extrema privação material trazem sentimento de impotência para a equipe. Dessa forma, não nos parece bastar que as estratégias sejam elencadas, mas sim que as equipes também tenham espaços de acolhimento e reflexão sobre o que vivem no cotidiano nos dispositivos de saúde.

Se os trabalhadores não forem acolhidos em suas demandas e angústias, as estratégias de humanização e a visão crítica que deveriam advir do trabalho na APS dão lugar à estratégias de distanciamento da equipe para com a comunidade, com o intuito de se protegerem das situações sociais críticas.

Os fenômenos e elementos trazidos até aqui se configuram como o cenário onde o cuidado em saúde deve ser ofertado à população, dessa forma não nos parece tão estranho que situações como as descritas pelos trabalhadores nas Narrativas mencionadas no início deste trabalho, se façam presentes no cotidiano dos serviços de saúde no país.

Os profissionais, quando direcionados a falar sobre as dificuldades vividas no território, apontam o cansaço e fragilidade como elementos que podem levá-los a “endurecer”, ou seja, os trabalhadores criam estratégias para apaziguar seu

sofrimento diante de tantas situações desafiadoras vividas no território. Por vezes, essas estratégias podem acarretar na replicação da violência que recebem por parte dos usuários e do território.

5 POR UMA TEORIA COMPROMETIDA COM A REALIDADE

Para além de compreendermos a situação, é nosso compromisso ético atuar de forma responsável nela. Por isso se faz necessário lançar mão de leituras ampliadas dos fenômenos, a começar pelo entendimento de que os trabalhadores, assim como todas as pessoas, agem movidas por reações inconscientes das quais não têm controle (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 83). Além disso, ONOCKO-CAMPOS evidencia que as condições de trabalho podem colocar entraves à tarefa primária, sendo que, a fim de atenuar o próprio sofrimento psíquico, os trabalhadores dispõem de métodos defensivos:

Tentamos mostrar que esses sintomas institucionais são produzidos pela própria realidade do trabalho; pelo próprio contato permanente com a dor e a morte e a dificuldade de simbolização que situações como a pobreza extrema nos provocam. (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 84).

Não se trata apenas de ter contato com situações extremas no território, os trabalhadores expõem-se a afetos, e são afetados pela intensidade no cotidiano, nesse sentido, a autora destaca que:

O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber - em tese- que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturam sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 89).

Mesmo com nossos esforços para compreendermos a situação vivenciada nos serviços de saúde territoriais, é preciso mencionar que existe certo grau de esgarçamento simbólico que dificulta colocar em prática nossas propostas interpretativas.

Precisamos destacar ainda o processo de identificação que ocorre entre trabalhadores e usuários “Se a população da área de abrangência é vista como pobre, desvalida, desrespeitada, sem valor, após um tempo, a própria equipe se sentirá assim” (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 84). Isso explicaria o sentimento de impotência que as equipes enfrentam no cotidiano do trabalho. Além disso, a fim de marcar uma

distância maior entre eles próprios e a comunidade, evitar ter contato com suas dores e se defender desse espelho desagradável, a equipe se utiliza de certa discriminação, retaliação e até mesmo agressão contra os usuários.

Se os trabalhadores agem movidos por reações inconscientes, é relevante para nós mencionar que o sujeito do inconsciente é o sujeito do vínculo. Podemos trazer para a nossa reflexão o conceito de alianças inconscientes na tentativa de entender os fenômenos especificados, conceito que descreve a consistência psíquica do vínculo e permitem pensar a correlação entre os agenciamentos vinculares e os intrapsíquicos. Para percorrer este caminho, Castanho (2018) nos situa no campo da psicanálise desde os escritos de Sigmund Freud em *Introdução ao narcisismo*: “O indivíduo tem de fato uma dupla existência, como fim em si mesmo e como elo de uma corrente, à qual serve contra ou, de todo modo, sem - a sua vontade” (FREUD, 1914/2010, p. 20).

Para Kaës (apud CASTANHO, 2018, p. 54) isso seria o duplo estatuto do sujeito, oscilamos entre prazer e desprazer nesta dupla finalidade da vida, o outro e nós mesmos. O corporal e o intersubjetivo se configuram como duplo apoio, ou seja, o corpo e o vínculo é onde nos apoiamos para nos constituir, sendo assim, o estudo da intersubjetividade é também o estudo das origens do psiquismo humano, e os estudos de Kaës elucidam como os grupos e as instituições representam questões relativas à própria origem do sujeito. Nesta linha de raciocínio, para tornar-se humano é preciso sujeitar-se a um grupo humano. O Eu surge a partir de uma sujeição a uma cadeia intersubjetiva, como exemplo disso é citado a relação forçada de dependência do bebê com um grupo humano primário.

Neste processo de sujeitamento, cria-se um sujeito que sofre a tensão entre ser um fim em si mesmo e ser um elo em uma cadeia de transmissão psíquica. Esse é um processo que não se finda, onde a constante criação de estruturas psíquicas é mantida pelas relações vinculares (KAËS apud CASTANHO, 2018).

Retomando a digressão psicanalítica por Freud em *Psicologia das massas e análise do eu*, obra datada de 1921, Castanho (2018) enfatiza a centralidade do afeto na formação dos vínculos, onde a essência da alma coletiva é constituída pelos laços de sentimento e pelas relações de amor. Entretanto Freud adverte que certos tipos de vínculo, como os vínculos de parentesco e relações de amizade, são mantidos pela libido desviada de sua finalidade sexual, ou seja, alguma falta na realização sexual é necessária para se constituir a vida em sociedade. Já na obra *O mal-estar na*

civilização, de 1931, Freud parte da ideia de que o prazer humano viria da relação amorosa e da realização das pulsões agressivas, entretanto, a vida em sociedade exige a renúncia a uma parte desta agressividade. É pensando na renúncia a uma parcela da agressividade e a uma parcela da satisfação sexual que o campo relacional se apresenta como fonte inevitável do sofrimento. Em resumo, o centro da lógica do fenômeno da ligação entre os indivíduos seria então o desvio na finalidade pulsional, e ainda, que este fenômeno por se constituir fonte de desprazer, é também fonte de sofrimento. Castanho (2018) enfatiza o desvio e o sofrimento como dois elementos iniciais para uma metapsicologia do vínculo social em Freud.

Continuando, os escritos de Freud nos fornece a ideia de que não é possível conceber o ser humano como propriamente humano fora da cultura, dessa forma, o sofrimento social se coloca como inevitável. O autor suscita *Totem e tabu*, obra freudiana de 1913, onde é proposto um modelo de passagem de uma condição animal para a civilizada, o advento do indivíduo e da cultura são concomitantes. A existência dos tabus convoca um trabalho psíquico a cada membro da sociedade, que impõe a construção de novas formas de satisfações substitutivas pelo fato de impedir as fontes de satisfação pulsional. Como recompensa pela obediência ao tabu tem-se a formação do aparelho psíquico, o autor descreve:

Vemos aqui uma relação entre o que deve ser objeto de renúncia para que o vínculo possa ser constituído e aquilo que pode ser constituído em cada um dos membros desse vínculo. Há um complexo jogo de ganhos e perdas nesse processo, bem como uma complexa relação entre o plano do vínculo social e o do indivíduo em sua singularidade (CASTANHO, 2018, p. 64).

Em meio à essa complexidade das relações, do advento da cultura e do homem que a habita, o conceito de contratualidade se coloca presente nas obras de Freud. Com o intuito da busca pela felicidade, o homem pode usar de um delírio coletivo como uma forma de dar fim ao seu sofrimento. Castanho (2018) descreve essa como uma estratégia de evitação do desprazer que passa pelo grupo. Existe aqui uma crença comum que sustenta uma formação defensiva, mas que dessa forma os indivíduos são impossibilitados de buscar seu próprio caminho para a felicidade. Retomando a ideia de contrato, mesmo sendo condição para a vida humana, ele (o contrato) pode exigir de seus signatários mais do que lhes seria conveniente ofertar.

A retomada de conceitos psicanalíticos, sobretudo a respeito do raciocínio contratualista em Freud, nos ajuda a tecer que o princípio sustentador do conceito de alianças inconscientes em Kaës pousa na relação de diferentes formas de vínculo

com diferentes efeitos sobre a subjetividade. Esse conceito é visto como alicerce para diversas configurações vinculares, tais como família, grupo, casal, par analítico e instituição, e ainda de grande importância “para pensar a passagem entre o intrapsíquico e a realidade psíquica presente nos vínculos e na cultura” (CASTANHO, 2018, p. 68).

Todo o caminho percorrido por René Kaës para introduzir a noção de alianças inconscientes se deve à uma tentativa de dar conta das especificidades do inconsciente nas relações vinculares sem fazer uma transposição pura da tópica freudiana ao grupo. A construção desse conhecimento busca ser uma extensão legítima da psicanálise, com a implicação de novos conceitos que sejam compatíveis com o sistema intrapsíquico. A qualidade inconsciente das alianças é o que torna o conceito pertinente para a psicanálise, e é a partir do raciocínio de que um grupo é mais do que a soma de seus componentes que as categorias para a compreensão do indivíduo não podem ser transpostas para a compreensão dos vínculos. O problema em transpor a tópica de forma pura seria perder ou enfraquecer o sistema intrapsíquico dos componentes do conjunto (CASTANHO, 2018). Avançamos um pouco mais no pensamento de Kaës ao dizer que todo vínculo repousa sobre o negativo:

Para o autor, as alianças inconscientes só existem em função de algo que fique fora do campo da consciente dos seus signatários, seja isso da ordem do recalcado, rejeitado, abolido, depositado ou apagado, dos restos ou de outras figuras do negativo (CASTANHO, 2018, p. 72).

O benefício ou contrapartida são marcados aqui também como algo do negativo, como por exemplo a segurança, proteção, realizações pessoais e relações amorosas. São ganhos secundários que podem ser vividos como prazer ou evitação do desprazer, se constituindo como lógica semelhante à da construção de sintoma, ou seja, a sustentação de formas patológicas de vínculo. Funcionam como um sintoma compartilhado, onde cada sujeito contribui e retém benefício para interesse próprio, entretanto necessita que os demais sujeitos compartilhem dos mesmos interesses. Ou seja, alianças inconscientes são constituídas para que o sujeito se associe em grupo, como também associe seus pensamentos e representações (CASTANHO, 2018).

É crucial situar que o caminho percorrido por Kaës é muito mais minucioso e detido da obra de Freud, e que o desenvolvimento de suas ideias se dá por

pensamento próprio bem como por sua prática. Existem vários critérios (dimensões) que qualificam as alianças inconscientes, sendo a dimensão geracional e sincrônica o primeiro exemplo dado pelo autor. Nela ele traz o exemplo do bebê, que chega ao mundo ocupando um lugar em alianças previamente constituídas. Do mesmo modo, existe um espaço vincular com alianças inconscientes previamente constituídas quando um novo membro (funcionário ou usuário) adentra em uma organização. Já sobre as alianças inconscientes defensivas, outra dimensão das alianças inconscientes, Castanho (2018, p.80) dirá:

Trata-se aqui de um arranjo das defesas de cada componente do grupo, apoiadas sobre as organizações metadefensivas criadas pelo grupo. Dentre as alianças inconscientes metadefensivas, Kaës enfatizará os pactos denegativos [...]. Constituem-se em operações vinculares que exigem e ajudam cada signatário a operar mecanismos de defesa intrapsíquicos que afastem de sua consciência conteúdos que trariam desprazer, permitindo assim satisfações substitutivas aos prazeres interditados.

São arranjos que visam uma certa resolução de conflito intrapsíquico e que atravessa uma configuração vincular. Por configuração vincular aqui temos os diferentes tipos de conjunto que os vínculos permitem formar, como família, casais, instituições e grupos.

Adiante é trazida a dimensão do contrato narcísico, e novamente Freud é trazido à luz a fim de que seja considerado o narcisismo primário. Coloca que a formação do Eu e da autoestima ao longo da vida depende do retorno dos pais ao seu próprio narcisismo primário quando deparados com o narcisismo primário do bebê, o bebê recebe investimento como condição na qual o Eu pode advir. Piera Aulagnier (1975 apud CASTANHO, 2018, p. 87) amplia a noção do bebê e seu conjunto social desenvolvendo que, da mesma forma que o bebê recebe investimento de seus pais e assim pode se constituir como Eu, o sujeito recebe um lugar de pertencimento e de possibilidade de se constituir como Eu quando recebe investimento do conjunto. Entretanto existe uma condição para tal investimento, que no futuro esse sujeito assumira a linguagem fundamental desse conjunto social.

Kaës enfatiza que existe uma divisão entre contrato narcísico originário, primário e secundário, o primeiro diz respeito à entrada do bebê na espécie humana, o contrato narcísico primário corresponde ao investimento dos pais no bebê, e o terceiro elemento se baseia no narcisismo secundário e se dá nos grupos e instituições aos quais o sujeito pertencerá ao longo da vida.

6 A INSTITUIÇÃO

Para nos situarmos neste trabalho e não perder de vista do que estamos buscando tratar, é preciso citar que os fenômenos descritos ocorrem em um tempo e um lugar, entretanto é relevante pensar que essas dimensões não se tratam apenas do espaço físico do lugar de cuidado, e que a instituição vai além da demarcação geográfica dos dispositivos de saúde:

Pensar a instituição em psicanálise é avançar no caminho que pensa a subjetividade em relação à cultura em seu sentido amplo. A categoria da instituição nos permite pensar as relações da realidade psíquica com as outras dimensões da cultura (CASTANHO, 2018, p. 90).

Para Kaës, a realidade psíquica na vida institucional é o objeto da perspectiva psicanalítica das instituições, com a especificidade dos vínculos institucionais formados pelas alianças inconscientes. Partindo da ideia de que a realidade vincular não é homogênea nas instituições, na perspectiva de diminuir ou fazer desaparecer o caráter conflitante das instituições, é preciso que as partes invistam em fazer coincidir essas ordens lógicas diferentes em uma unidade.

José Bleger estabelece uma equação de igualdade entre o conceito do enquadre e o de instituição, e ainda que, “o enquadre recolhe e estabiliza os conteúdos psíquicos que emanam da parte psicótica da personalidade” (BLEGER, 1967 apud CASTANHO, 2018, p. 91). O enquadre recebe as exteriorizações psíquicas de seus membros bem como se coloca como molde figurativo à pulsão. Por vezes precisa se oferecer como resistência à essas exteriorizações, fazendo emergir algo diferente daquilo que foi depositado pelo sujeito.

Há ainda necessidade de se considerar que uma organização pode conter ou ser contida por outras, em consonância com uma ideia de continente e conteúdo. Esses ditos “encaixotamentos” institucionais são mencionados por Castanho (2018) como uma barreira na leitura psicanalítica. Dessa forma, Kaës usa o termo metaenquadre, ou seja, enquadre do enquadre.

Acontece que nem sempre haverá reciprocidade entre os enquadres, podendo a relação entre eles se configurar como relações destrutivas ou mesmo antagônicas. O sofrimento institucional se dá no desafio em reconhecer e reinstaurar essa reciprocidade dos enquadres. Além disso, um conflito que se coloque como algo que aflige a instituição pode de fato estar encobrendo os reais problemas, que podem encontrar-se deslocados nos diferentes níveis de estratificação da instituição. Por

exemplo, um sintoma em um grupo dentro de uma instituição, pode ter sua origem em outro grupo dentro desta mesma organização. Castanho (2018) aciona novamente Bleger (1966) para explicar que esses deslocamentos ocorrem do nível hierárquico mais alto para o mais baixo, ou seja, no sentido descendente do enquadre. Então, um problema que é endereçado à um funcionamento da equipe, por exemplo, pode encontrar sua origem na gestão da instituição, leia-se o nível hierárquico mais alto.

Bleger pensa também na lógica contrária, como algum problema que se origina nos estratos inferiores da hierarquia institucional e que assola como sintoma os estratos superiores (CASTANHO, 2018, p. 122). Cabe a nós aqui retomar o ponto de onde iniciamos, e provavelmente fazer a leitura de que a violência de Estado presente nos territórios se manifesta como sintoma no nível mais hierárquico, onde estão os trabalhadores, entendendo que os usuários do serviço se encontram no estrato hierarquicamente mais baixo da instituição saúde. Podemos evocar a postulação de Bleger de que a instituição padece do mal que visa tratar, ou ainda “Por responder às mesmas estruturas sociais, as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm que enfrentar” (BLEGER, 1966, p. 91, apud CASTANHO, 2018, p. 126).

7 ENTRAVES À TAREFA PRIMÁRIA

Anteriormente mencionamos que o contexto de trabalho pode colocar entraves à tarefa primária, nos direcionamos então para uma tentativa breve de conceituar tal afirmação. O conceito de tarefa primária foi inicialmente proposto como a tarefa para a qual a instituição foi criada, ou ainda, a tarefa que a instituição precisa realizar para sobreviver (DARTINGTON, 1998 apud CASTANHO, 2018, p.122). A tarefa primária tem um papel determinante na instituição, ela estabelece um vínculo com os seus sujeitos, uma razão de ser e uma finalidade.

Kaës acrescenta neste pensamento ao apontar que diferentemente das instituições de produção e conservação de material não humano, que volta sua agressividade para a concorrência, as instituições voltadas ao tratamento humano têm sua agressividade voltada para o interior, como por exemplo para os usuários ou colegas. Outras problemáticas relacionadas à tarefa primária se colocam na forma de burocratização ou ainda à perda de sentido de reuniões e criação de bodes expiatórios. Tais questões necessitam de intenso trabalho psíquico, visto que:

O papel fundamental que a tarefa primária parece ter na dinâmica psíquica dos vínculos institucionais pode ter relação com o lugar central que o fazer humano tem no próprio conceito de instituição. (CASTANHO, 2018, p. 127).

Onocko-Campos (2014) coloca que, a tarefa primária é o que classicamente se entende por finalidade. Quando uma equipe qualificada para realização da função terapêutica dedica seu tempo com tarefas burocráticas, está de certa forma atacando a comunidade. Além disso, os trabalhadores são tomados por uma sensação de desvalorização narcísica quando não têm condições mínimas de trabalho.

Como as alianças inconscientes estariam envolvidas com esse processo? Bem, como mencionado anteriormente, as problemáticas relacionadas aos desafios de se lidar com a violência no ambiente de trabalho se colocam como questão de saúde pública. Dessa forma, nosso dever ético está alocado em pensar a problemática e propor perspectivas teóricas para o seu entendimento e ações práticas para o seu enfrentamento. Entretanto, como vimos, existem questões inconscientes presentes no funcionamento da lógica institucional, dessa forma, qualquer proposta de mudança deve considerar transformações nas formas de se vincular. Se faz imprescindível o papel das mudanças intrapsíquicas nesse processo, já que as ações visando alguma mudança só serão possíveis se houver transformação nas alianças inconscientes. Castanho (2018, p. 134) enfatiza que esse trabalho deve ocorrer tanto com a equipe profissional quanto com os usuários.

O trabalho de mudança intrapsíquicas em uma equipe de saúde pode ser feito de diversas formas, como por exemplo a partir da supervisão institucional. Dessa forma, a fim de ilustrar o que podemos encontrar de sintoma de uma equipe durante uma supervisão institucional, Onocko-Campos (2003, p. 157) diz o seguinte:

Ao abrir essa porta, mil assuntos aparecerão, alguns bem pesados. Contudo, pode ser que as queixas, agora, façam outro sentido para você, e possa começar a discriminar o quanto essas queixas têm a ver com o mal-estar inevitável da vida institucional, e o quanto elas começam a dizer de um sofrimento institucional exacerbado. Se todo mundo se demite, ou adocece; se os contratos não se cumprem; se as reuniões estão esvaziadas, ou todo mundo chega atrasado; se as pessoas trabalham mais naquilo pelo qual não lhes pagam do que naquilo que se supõe que deveriam estar trabalhando, você pode suspeitar que se trata de sofrimento institucional e não de problemas individuais dos sujeitos que ali trabalham.

8 E AGORA, O QUE FAZEMOS?

A construção de nosso percurso até aqui evidencia a necessidade de pensarmos ações, e nos implicar enquanto sujeito ativo nesse cenário. Dessa forma,

podemos nos colocar enquanto replicadores de propostas e caminhos já traçados pela literatura, mas não somente. É imprescindível estarmos atentos para a constante reflexão sobre a prática, isso não é algo dado, muito menos automático. Onocko-Campos (2014, p. 90) alerta sobre o compromisso ético em desviar a produção de miseráveis, e podemos fazer isso ofertando nosso estranhamento e nossa diferença, auxiliando na criação de novos modos de ser na comunidade. Além disso pensemos a partir da lógica de que os espaços institucionais são espaços privilegiados para a sublimação, e que o reconhecimento dos mecanismos psíquicos nos espaços de gestão tem efeito preventivo nas instituições, distinguindo-o do sofrimento externo a partir de espaços de análise e de crítica (ONOCKO-CAMPOS, 2014).

A partir da leitura dos fenômenos, fica nítido como os efeitos da violência se engendram de forma devastadora nas mais diversas áreas da vida dos sujeitos. Por isso, o Sistema Único de Saúde não é e nem deve ser o único responsável por agir nessa problemática. Ações conjuntas com outros setores se projetam de forma potente na direção do cuidado integral e compartilhado, como por exemplo discussão de casos entre os dispositivos da saúde, assistência social e educação. Dessa forma é possível realizar um diagnóstico do território de forma ampliada e que responsabilize as políticas públicas já pensadas para a população.

Setores como educação, segurança pública, assistência social e justiça se colocam como potentes para pensarmos na prevenção da violência, proteção integral e promoção da saúde. Franceschini (2009) coloca que a territorialização e organização da atenção à população ocorre a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Neste caminho, vale mencionar que esforços já vêm sendo feitos na direção de propor novos equipamentos que se coloquem em consonância com as necessidades do território, a partir de avaliação das lacunas existentes no funcionamento dos serviços já existentes. Como desdobramento da “Pesquisa de Implementação de um ambulatório para pessoas expostas à situação de violência”², o apoio matricial às equipes dos dispositivos da assistência social e saúde se destaca como uma potente estratégia de enfrentamento da violência. A partir da oferta de suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes é possível compartilhar saberes,

² Pesquisa em andamento pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Rosana Onocko-Campos.

responsabilidades e ações com os trabalhadores que vivem o cotidiano do serviço de saúde territorializado. (VIANA; CAMPOS, 2018)

A RASEV (Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência) nasce dessa pesquisa e se configurou como campo de atuação da autora deste trabalho. Tem como objetivo ofertar apoio matricial às equipes dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no que tange o tema da violência, através de discussões de casos, auxiliando na organização de fluxos e de projetos terapêuticos singulares, identificando manejos possíveis, promovendo o trabalho interdisciplinar, entre outras ferramentas utilizadas na metodologia do apoio matricial.

Essa proposta surge após a coleta de relatos dos trabalhadores acerca das dificuldades envolvidas no atendimento de pessoas expostas às situações de violência, como também vivências dos próprios profissionais no território em que atuam. A partir de reuniões com os trabalhadores foi possível realizar discussão de caso conjuntamente com a equipe de referência, discutir os fluxos da rede no município, como também auxiliar na consolidação de um diálogo mais fluido entre os serviços da assistência e saúde. Além disso, a partir da proposição da RASEV, os profissionais encontraram espaço para o compartilhamento de suas fragilidades e também de suas potências. O material da aprendizagem vem do campo do cotidiano, dessa forma, essa rede que está sendo consolidada tem feito grandes esforços para ouvir os profissionais em suas demandas e construir de forma participativa os caminhos desse apoio matricial.

Ações como essa vão na direção da reflexão sobre a prática, onde para os trabalhadores é ofertado espaço de escuta e compartilhamento de saberes, podendo auxiliar na diminuição do sentimento de impotência e frustração. Além disso, a partir do apoio matricial é possível fazer emergir espaços de troca entre os diversos setores, facilitando assim a construção de uma rede intersetorial que possa incidir nas situações de exposição à violência de modo potente.

9 CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES

O título desta seção não é impensado, são considerações complementares porque as considerações acerca da problemática trazida aqui estão longe de se findar, e não temos a intenção de esgotá-la em poucas linhas. Este é um trabalho que exige

constante esforço e comprometimento, seja da instituição de ensino, do serviço de saúde e até mesmo da população que o Sistema Único de Saúde abrange.

Podemos pensar que a partir de uma problemática tão presente no cotidiano dos serviços de saúde nas periferias brasileiras, traçamos correlações entre o impacto das situações vivenciadas no território e a qualidade da oferta de cuidados pelo Atenção Primária à Saúde. Existem indícios de que o contato com situações de extrema pobreza e violência gera nos trabalhadores sentimentos de angústia, frustração, medo e impotência, fazendo com que respondam às demandas da população de forma retaliadora.

Entender a conjuntura e a realidade vivida nos bolsões de pobreza em nosso país nos auxilia a vislumbrar outras dimensões dessa questão, bem como lançar mão de uma leitura teórica que nos ajude a não desqualificar a equipe dos serviços de saúde, mas sim tecer fiapos de socialização e reflexão conjunta. Considerar que os trabalhadores agem movidos por reações inconscientes, permite ampliar a compreensão dos fenômenos da agressividade de mão dupla que ocorre nos serviços de saúde, onde muitas vezes, para se defender de toda a violência presente no território, os trabalhadores promovem práticas que não condizem com a humanização do cuidado.

Compreender o fenômeno não é suficiente, por isso mencionamos diversas ferramentas já preconizadas nos materiais da saúde pública que auxiliam a enfrentar problemáticas como essa. Além disso, ações práticas que já vêm sendo feitas, como o apoio matricial às equipes no que tange a temática da violência como também o diálogo entre os dispositivos da assistência social e saúde.

No mais, o presente trabalho se coloca como ferramenta de reflexão para futuras propostas e construções relacionadas à exposição à violência nos territórios periféricos das cidades brasileiras. Apontamos também a necessidade de uma reflexão crítica atrelada ao trabalho no Sistema Único de Saúde, e invariavelmente a necessidade de lançar mão de uma teoria comprometida com a realidade em que vivemos, seja ela a partir das leituras psicanalíticas ou demais abordagens.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. **Estado autoritário e violência institucional**. In: 28º Congresso Internacional da LASA (Latin American Studies Association), Montreal. 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, G. W. DE S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 1, p. 983–995, dez. 2014.

CASTANHO, P. **Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições**. 1. Ed. São Paulo: Linear A-barca, 2018.

COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor; Niterói: Intertexto, 2001.

FRANCESCHINI, M. C. T. **A construção da intersectorialidade: O Caso da Rede Intersectorial Guarulhos Cidade que Protege**. 2019. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2019.

FREUD, S. (1914) **Introdução ao narcisismo** (Obras completas volume 12). São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1921). **Psicologia das Massas e Análise do Eu** (Obras completas volume 15). São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1931). **O Mal-Estar na Civilização** (Obras completas volume 18). São Paulo: Companhia das letras, 2010.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, Aug. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000036>.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MACHADO, C. B. *et al.* Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. e25458, out. 2016. ISSN 0104-3552. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.25458>.

Disponível em: <[https://www.e-](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/25458)

[publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/25458](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/25458)>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-na-atencao-primaria-em-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa-da-literatura/16977?id=16977>. Acesso em 18 nov. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

RODRIGUES, E. A. *et al.* Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 55-66, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s404>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800055&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 nov. 2020.

SANTOS, M. **Pobreza urbana**. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SANTOS, M. S; SILVA, J.G; BRANCO, J.G.O. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. **Revista brasileira em promoção à saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2. Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p229>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5895>. Acesso em: 18 nov. 2020.

SOUZA, J. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

VIANA, M. M. DE O.; CAMPOS, G. W. DE S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00123617>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.