

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Ana Carolina Xavier

Juliana Machado

FORMAÇÃO MÉDICA EM TERRITÓRIO VIOLENTO:

**Um relato de experiência da Residência em Medicina de Família e Comunidade no
Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Ana Carolina Xavier Claro de Oliveira
Juliana Machado de Carvalho

FORMAÇÃO MÉDICA EM TERRITÓRIO VIOLENTO:
Um relato de experiência da Residência em Medicina de Família e Comunidade no
Rio de Janeiro

XAVIER, Ana Carolina Claro de Oliveira; MACHADO, Juliana de Carvalho. **Formação médica em território violento:** Um relato de experiência da residência em medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadoras: Rita Helena do Espírito Santo Borret (MFC) e Juliana Montez Ferreira (MFC)

Rio de Janeiro
2017

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as nossas mães, pais, irmã, irmão e companheiro por compreenderem a nossa necessidade de sair da zona de conforto, amadurecer enquanto seres humanos graças a educação que recebemos de vocês.

Agradecemos as nossas preceptoras Rita, Juliana e Clarice por reconhecerem as nossas potencialidades como médicas de família e comunidade, por insistirem na educação médica de qualidade e resistirem às adversidades do território.

Agradecemos a nossa gerente Cyntia pela diplomacia entre os diferentes níveis de cuidado e gestão que o Jacarezinho requisita enquanto território doente pelo descaso público.

Agradecemos a todos os funcionários da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira pelos exemplos de resistência ao sofrimento e pela força na construção da Atenção Primária de excelente qualidade na cidade do Rio de Janeiro.

Agradecemos a comunidade do Jacarezinho por aceitar a nossa força de trabalho como recurso comunitário e por nos mostrar os diferentes aspectos que a nossa resiliência poderia tomar.

Por fim, agradecemos uma a outra pela irmandade, pois compartilhamos a satisfação de produzir conhecimento que nos fortalece enquanto mão de obra de qualidade do SUS, sistema esse que temos tanto orgulho de construir dia a dia por meio de todas as nossas atitudes.

Não haveria cultura nem história sem risco, assumido ou não, quer dizer, risco de que o sujeito que o corre se acha mais ou menos consciente. Posso não saber agora que riscos corro, mas sei que, como presença no mundo, corro risco. É que o risco é um ingrediente necessário à mobilidade sem a qual não há cultura nem história. Daí a importância de uma educação. (Freire, Paulo. Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. Porto Alegre. 2000)

RESUMO

Compreende-se por saúde um estado de equilíbrio biopsicossocial, considerando as influências físicas, mentais e sociais no processo de adoecimento do indivíduo. Reconhecer os determinantes sociais como influenciadores na saúde é fundamental para a potencialização da atuação do profissional na atenção primária. Tem como objetivo evidenciar a importância da abordagem do tema território na formação médica dos residentes que atuarão em locais de vulnerabilidades diversas, de modo a incentivar o treinamento destes. Para tanto, o trabalho tem caráter qualitativo fundamentado no relato de experiência de duas residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro na Comunidade do Jacarezinho, a partir das suas perspectivas sobre o trabalho em território marcado pela violência. A resiliência dos profissionais que atuam nessas áreas de risco associado à presença do Acesso Mais Seguro (baseado no protocolo de segurança da Cruz Vermelha) na unidade proporciona melhor adaptação para enfrentamento da rotina diária em território de instabilidade. Da mesma forma, a relação com os agentes comunitários de saúde possibilita a aproximação da realidade trazida pelos usuários para dentro do consultório, facilitando o desenvolvimento da competência cultural, da medicina centrada na pessoa e da abordagem comunitária. Conclui-se que uma maneira de garantir saúde às populações marginalizadas pelas diversas formas de violência é disponibilizando um profissional de saúde apto a trabalhar equidade e cidadania através do entendimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença, na tentativa de diminuir, assim, a grande rotatividade de trabalhadores em cenários de violência e garantir a longitudinalidade do cuidado.

ABSTRACT

We understand health to be a state of biopsychsocial equilibrium, considering physical, mental and social influences in the experience of illness for an individual. Recognizing social determinants as influences on health professional within primary care in this field. Objects to highlight the significance of taking the thematic issue of "territories" as it pertains to the medical training of residents who will be in such diverse situations, in

order to incentivize their training. The work has a qualitative character predicated on the self experience of two residents in the Family Medicine Residency Program by Health Secretary of the City of Rio de Janeiro, starting with their perspectives relative to their work in territories marked by the violence. The resilience of the professionals that frequent that at-risk areas associated with the presence of Safer Access (based on Red Cross security protocol) in the unit provides a better adaptation to coping with a daily routine in an unstable territory. In this same way, the relationship with the community health agents provides the possibility between the reality of the health care consumer to the clinic, facilitating the development of the professionals cultural competence, of patient centred medical practice, and of an approach to the community principles of Family and community medicine. We can conclude a manner of guaranteeing the healthcare to populations marginalized by diverse forms of violence is by forming a health professional able to practice with equity and citizenship through the development of illness, in the attempt to reduce, in this way, the turnover of workers in violent areas, and guarantee the longitudinality of care.

RESUMEN

Se entiende por salud un estado de equilibrio biopsicosocial, considerando las influencias físicas, mentales y sociales en el proceso de enfermedad del individuo. Reconocer los determinantes sociales como influyentes en la salud es fundamental para la potenciación de la actuación del profesional en la atención primaria. Tiene como objetivo evidenciar la importancia del abordaje del tema territorial en la formación médica de los residentes que actuarán en lugares de vulnerabilidades diversas, para incentivar el entrenamiento de éstos. Para ello, el trabajo tiene carácter cualitativo fundamentado en el relato de experiencia de dos residentes del Programa de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad de la Secretaría Municipal de Río de Janeiro en la Comunidad de Jacarezinho, a partir de sus perspectivas sobre el trabajo en territorio marcado por la región violencia. La resiliencia de los profesionales que actúan en esas áreas de riesgo asociado a la presencia del Acceso Más Seguro (basado en el protocolo de seguridad de la Cruz Roja) en la unidad proporciona mejor adaptación para enfrentar la rutina diaria en territorio de inestabilidad. De la misma

forma, la relación con los agentes comunitarios de salud posibilita la aproximación de la realidad traída por los usuarios dentro del consultorio, facilitando el desarrollo de la competencia cultural, de la medicina centrada en la persona y del enfoque comunitario. Se concluye que una manera de garantizar salud a las poblaciones marginadas por las diversas formas de violencia está poniendo a disposición un profesional de salud apto para trabajar equidad y ciudadanía a través del entendimiento de los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad, en el intento de disminuir, así, la gran la rotación de trabajadores en escenarios de violencia y garantizar la longitudinalidad del cuidado.

Palavras-chave: Violência, determinantes sociais, território e residência médica.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se “empoderamento” como elemento de compreensão de habilidades de indivíduos expostos a relações de discriminação, opressão e dominação social que impõe maior responsabilidade pública do gestor, buscando a equidade a partir da autonomia, da sensação de pertencimento a um grupo e a corresponsabilização na perspectiva da cidadania (1).

Na conjuntura política da cidade do Rio de Janeiro até 2016, observamos um processo de expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) na tentativa de se alcançar qualidade no serviço ofertado de promoção e prevenção de saúde. A melhoria da rede de saúde se dá, entre outras maneiras, por meio da formação técnica de qualificação profissional com as residências médica, de enfermagem e multiprofissional (2,3).

O SUS estimula as abordagens baseadas na integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade e na pessoa como sujeito do processo de saúde doença (4), enquanto o estado vivencia condições sociais que aumentam a vulnerabilidade da população dada à desigualdade social, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade (5). Reconhecendo esses fatores como determinantes influenciadores na saúde da população local (5) e provedores de instabilidade territorial para atuação profissional, faz-se necessária a discussão envolvendo segurança pública e APS.

A formação biomédica, baseada na atenção fragmentada e rotina hospitalar, não reflete a realidade do processo de trabalho baseado na APS (2,3), portanto, a partir da experiência da doença (7) é necessário reconhecer a influência do território na saúde do trabalhador e qualidade do serviço prestado por este (8).

Portanto, o objetivo deste estudo é evidenciar, a partir perspectiva sobre o território do Jacarezinho, a importância da abordagem do tema território marcado pela violência armada na formação médica dos residentes que atuarão em locais de vulnerabilidades diversas, de modo a incentivar o treinamento destes.

2. MÉTODOS

Este estudo constitui um relato de experiência de duas residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (PRMFC – SMS Rio) alocadas na Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira no bairro do Jacarezinho, entre Março de 2016 a Fevereiro de 2018.

Para completude do trabalho, somado ao relato de experiência foi realizado uma análise de literatura, selecionando artigos que melhor dialogam com a experiência relatada, contribuindo para discussão e desenvolvimento do trabalho.

3.1 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC)

Identificando essa carência na formação médica e distanciamento da relação médico-paciente, o SUS vem desconstruindo a abordagem hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades (4,9). A MFC recomenda abordagens interdisciplinares, incentiva a integralidade da atenção, na coparticipação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde doença (3,4,10). Observa critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência da comunidade, para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (6,10).

3.2 RIO DE JANEIRO

O índice de desenvolvimento social (IDS) tem a finalidade de avaliar o desenvolvimento social de uma área geográfica específica em comparação com outra área de mesma natureza(11). Três regiões do Município do Rio de Janeiro ficaram acima de 0,7, (12) que corresponde a aproximadamente 9% da população da cidade; e das dez regiões com piores índices avaliados apenas a Rocinha está localizada na Zona Sul da cidade.

Área de Planejamento, Regiões de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros**Índice de Desenvolvimento Social**

Lagoa	0,819
Leblon	0,780
São Conrado	0,779
Ipanema	0,770
Barra da Tijuca	0,770
Jardim Botânico	0,767
Humaitá	0,761
Joá	0,760
Gávea	0,756

Área de Planejamento, Regiões de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros**Índice de Desenvolvimento Social**

Santa Cruz	0,527
Acari	0,526
Vargem Pequena	0,519
Manguinhos	0,518
Camorim	0,518
Sepatiba	0,517
Barra de Guaratiba	0,502
Guaratiba	0,487
Vargem Grande	0,453
Grumari	0,282

T

Região Administrativa	Posição	Índice Geral
Lagoa	1	0,764
Botafogo	2	0,735
Copacabana	3	0,730
Tijuca	4	0,697
Vila Isabel	5	0,679
Barra da Tijuca	6	0,676
Centro	7	0,643
Méier	8	0,629
Ilha do Governador	9	0,627
Santa Teresa	10	0,624
Irajá	11	0,610
Paqueta	12	0,608
Jacarepaguá	13	0,600
Rio Comprido	14	0,596
Ramos	15	0,591
Penha	16	0,591
Madureira	17	0,590
Inhaúma	18	0,588
São Cristovão	19	0,582
Realengo	20	0,578
Anchieta	21	0,575
Bangu	22	0,568
Campo Grande	23	0,562
Portuária	24	0,561
Vigário Geral	25	0,559
Cidade de Deus	26	0,559
Pavuna	27	0,553
Maré	28	0,547
Jacarezinho	29	0,534
Rocinha	30	0,533
Complexo do Alemão	31	0,532
Santa Cruz	32	0,528
Guaratiba	33	0,493

3.3 JACAREZINHO –

A rotatividade de profissionais na unidade, principalmente de médicos, nos intriga. O Jacarezinho é reconhecido hoje como o 16o pior dos 160 bairros do município em IDS (12). Apesar da ampliação dos programas de residência e da ESF em toda a cidade, a concentração de médicos nas zonas sul e central é evidente, causando acesso desigual à saúde (2). Olhares de discriminação nos cercam desde a lotação das vagas da residência por ser considerada uma área violenta demais e potencialmente inabitável para um profissional de saúde.

O programa de Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), criado em 2008, tinha como meta a redução da violência urbana, principalmente relacionada ao tráfico de drogas (13). Em novembro de 2015 os confrontos armados entre polícia e tráfico local se instalaram pelo domínio do território, tornando-o um espaço de insegurança e conturbando a rotina de todos.

A definição de território é controversa dada à dinamicidade que o termo representa. Pode-se entender por território um espaço construído socialmente a partir da atuação populacional e do poder público ou privado, governamental ou não-governamental (14). Ao deixarmos de exercer nossas funções enquanto recurso de uma comunidade por conta das limitações territoriais, abrimos espaço para falta de integralidade da assistência prestada à saúde.

3.4 INIQUIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS

Entende-se por equidade o cuidado desigual aos desiguais. A iniquidade em saúde está diretamente atrelada aos determinantes sociais em saúde, que são condições de suscetibilidade socioeconômicas, culturais e ambientais que um sujeito está exposto em suas redes sociais e comunitárias intensificando o seu risco de adoecimento físico ou emocional(15).

Estudos apontam para relações entre o nível socioeconômico e o nível de saúde como decorrentes principalmente da dificuldade de acesso dos pobres aos bens e serviços, entre os quais os de saúde (16). Desse modo, revelam-se nos grupos sociais mais frágeis os mais diversos agravos à saúde, contribuindo para a perpetuação dos ciclos de pobreza, vulnerabilidade, desigualdade e exclusão social (17,18).

Considerando as definições de pobreza, Milton Santos (1979) a descreve como fenômeno estrutural de categoria política que ultrapassa a análise de indicadores sócio econômicos, como profissão, renda e escolaridade (19). Em contrapartida, riqueza está relacionada à posse e não possuir adoece (16,19).

Na prática, o combate à pobreza depende de como se integra a população na economia a curto ou longo prazo, culminando na emancipação da população que não sofre mais injustiças (19). Ou seja, propostas de equidade que visam aos atendimentos das necessidades (16), através da garantia de direitos humanos, que no Brasil está ligada a luta pela dignidade dos marginalizados (20). Assim, percebemos a importância da disponibilização de profissionais capacitados para atuar na promoção, vigilância e educação popular em saúde de modo a compreender as reivindicações sociais.

3.5 VIOLÊNCIA

A violência pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” (OPAS 1993).

A violência pode ser considerada endêmica quando seu aspecto de causa e consequência é retratado dentro da pobreza (19) e no contexto que a comunidade do Jacarezinho (e todas as outras do Rio de Janeiro) está inserida.

O sofrimento é gerado na *intersubjetividade que é delineada socialmente* (19), ou seja, a violência deve ser situada em contextos históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais de onde é produzida e esse contexto impulsiona a mazela. Desse modo, entende-se que a violência influencia mais na condição de saúde do que na própria produção de violência. (20)

A rotatividade de profissionais de saúde, em especial nas áreas de vulnerabilidade, interfere na formação do vínculo com a população e integralidade do cuidado a partir da ruptura precoce da longitudinalidade, princípio fundamental da APS. Como já referido acima, a iniquidade em saúde se dá na ausência de condições favoráveis para se atingir pleno cuidado em saúde com potencialidade para o atendimento da

demanda, contribuindo para o adoecimento, manutenção das vulnerabilidades, desigualdades e exclusão social (15).

Fortalecendo o entendimento de desigualdade social e em saúde, o confronto armado reinstalou-se aumentando a tensão no ambiente de trabalho onde nos víamos impotentes frente a situações de perigo sem aviso prévio. Nessa época fomos surpreendidos com a saída de três residentes do programa que adoeceram física e emocionalmente pela violência armada.

Despedida Antecipada

Meu R2 pediu pra trocar de unidade de saúde.

Ele reconheceu que apesar do afeto e do vínculo, não conseguia ser mais resiliente em relação a violência armada.

Choramos juntos quando ele me contou.

A reunião de equipe daquela semana começou com uma vibração de tensão, todos já tinha percebido o adoecimento dele.

Todas já estavam sofrendo com medo da sua saída, ele sempre foi muito querido pela equipe e pelos pacientes.

- *A gente só quer o seu bem.*
- *Esse mundo é muito injusto.*
- *Você não nasceu aqui, é pedir demais para você aprender a viver aqui.*
- *A gente não tem sorte mesmo, os médicos nunca ficam.*
- *A gente não tem sorte de viver num lugar melhor para todos.*
- *Obrigada por ter tentado, meu médico.*
- *Obrigada por tentar, minhas médicas.*
- *Se a gente pudesse, colocaria vocês dentro de uma bolha pra nada de ruim nunca acontecer com vocês.*
- *Foi um prazer ter você como meu médico.*
- *Foi um prazer ter você como meu residente.*

Ao longo da residência a rotatividade de médicos foi constante com mais de 9 contratações para 3 equipes e troca de 3 residentes de medicina. A coordenação da residência questionou nossas dificuldades e se mostrou à disposição caso sentíssemos necessidade de nos afastar do território também.

Para que o ambiente de trabalho se tornasse mais seguro para atuação profissional se fez necessário o aperfeiçoamento do protocolo de segurança avaliado, principalmente, pelos agentes comunitários que dividem a dupla jornada de trabalhadores da unidade e

moradores da comunidade. O protocolo avalia constantemente sinais de risco que impeçam a atuação profissional no território. O Acesso Mais Seguro (AMS) foi adaptado protocolarmente pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha a fim de se fornecer melhores critérios de seguridade dos trabalhadores que atuam em locais de violência armada (22). O Comitê do AMS é preenchido em sua maioria por agentes comunitários de saúde, além de representantes das categorias técnicas (13,22).

O AMS possui três classificações: verde é quando a unidade está com seu funcionamento normalizado, permitindo ações no território. Amarelo são situações em que não haverá atividade externa, os funcionários permanecem na unidade, realizando atividades internas definidas pela equipe. Situações e sinais no território que apontam critérios para Acesso Vermelho suscitam no fechamento da unidade (22).

Bom dia, equipe

Todos os dias é preciso abrir os olhos e ver as mensagens no celular.

Não é fofoca.

É protocolo de segurança.

É acordar pra vida.

Sexta feira, onze de Agosto de 2017, 5:45 da manhã, meu aniversário.

- *Muitos tiros.*
- *Muitas bombas.*
- *Rasantes do águia.*
- *Caveirões por todo o território.*

O meu despertador foi o alarme do celular.

O despertador do Jacarezinho foi o alarme dos fuzis.

7:00 da manhã do mesmo dia: acesso vermelho.

O território é um espaço dinâmico e portanto as classificações sofrem mudanças a partir de novos sinais e situações de risco intrínsecos a ele. Desse modo, esse grupo é responsável por avaliar as mudanças constantemente e se for necessário, atualizar o protocolo de segurança (13,22).

Presenciamos o aprimoramento da ferramenta de segurança quando questionados sobre os critérios utilizados para classificação e julgamentos da responsabilidade de estabelecer-la. Hoje os profissionais tem uma visão ampliada da importância do AMS,

com decisões valorizadas por todos os profissionais da unidade e com notória redução da exposição a cenários de perigo.

Lidamos com processos de adoecimento diversos da população e re-significamos a resiliência a partir da dinâmica do território.

Dor Torácica

Segunda semana de residência.

Homem, 58 anos. QP: dor torácica, irradiando para membro superior esquerdo. Eletrocardiograma sem sinais de isquemia. Chamei minha preceptora, levamos ele e a esposa para o consultório e iniciamos as medicações do protocolo de dor torácica enquanto conversávamos.

- *O que o senhor estava fazendo quando a dor começou?*
- *Estava muito preocupado com o meu filho.*

Silêncio.

A esposa chora, bem curvada na cadeira ao lado dele. Ele não.

- *Quer falar mais sobre isso?*
- *Eu quero conseguir criar um filho sem perder ele pros bandidos. O meu mais velho já está preso, agora o meu gordinho tá se perdendo.*

Silêncio. Ele respira fundo. A esposa continua chorando baixinho, mais curvada ainda.

- *Doutora, eu tô com dor porque eu dei uma coça nele, no meu gordinho. - sua voz começou a tremer. - Uma coça de fio de luz pra ele nunca mais esquecer. - as lágrimas começaram a escorrer. - Eu quero que ele sinta a mesma dor do meu medo de perder ele. - O soluço não era mais suficiente para ele buscar o ar.*

A esposa retomou a postura. Secou as lágrimas. Passou o braço pelos ombros dele. Apertou.

A dor passou.

- *Eu não aguento mais o nosso peito apertado.*

Acordamos algumas mudanças no estilo de vida do casal.

Eu mudei de equipe.

Os médicos novos da equipe mudaram 2 vezes em 9 meses, então mantivemos o vínculo.

O gordinho deles não mudou.

Primeiro tomou um tiro na mão.

Cuidamos dele.

O gordinho deles não mudou e morreu aos 14 anos.

- *Doutora, é melhor assim. Agora meu peito não tem mais motivo pra doer.*

O número de mortes por causas externas é elevado mundialmente, porém as causas circulatórias ainda lideram o ranking (OPAS/OMS 2016). Então questionamos: a

estatística enxerga quando as causas externas desencadeiam causas cardiovasculares?

Violência é situação que causa dano físico ou emocional a si próprio ou aos outros (24). A violência não é democrática, não se distribui de forma aleatória na sociedade, se torna seletiva ao afetar um perfil específico de vítimas: jovens, homens, negros e moradores da periferia (24,25,26), reiterando a desigualdade. Desse modo, torna-se substancial reconhecer a violência como determinante social influenciador do processo saúde-doença na comunidade em que atuamos, tornando a discussão do tema necessária e urgente para entendimento da construção social e agravos na saúde.

Os danos emocionais provocados pela violência, na maioria das vezes, se apresentam nas consultas ocultados nos sintomas físicos, onde as queixas orgânicas se sobrepõem às queixas psíquicas (27). Estudo quantitativo evidencia a relação entre multimorbidades e pessoas vivendo em áreas de baixo desenvolvimento social, pontua a associação dos transtornos mentais com queixas físicas e recomenda que os profissionais atuantes em áreas de baixo índice de desenvolvimento social terão um maior número de distúrbios de saúde física e mental para administrarem simultaneamente (26).

Enquanto MFC, aplicamos a medicina centrada na pessoa como método clínico para valorização da autonomia. O modelo de atendimento está centrado na experiência da doença e aprofundamento no seu contexto pessoal, social e ocupacional para compreensão e valorização da percepção do paciente quanto a seus problemas de saúde (28).

Rastreamento

Mulher, 54 anos, vive com 3 filhos e 2 netos. A filha mais velha grávida de 38 semanas, a do meio é homossexual e o mais novo, de 14 anos, tráficoante. Nenhum trabalha formalmente. A vida dela se resume em cozinhar, arrumar a casa e trabalhar como auxiliar de serviços gerais, o que lhe dá prazer só por poder estar fora de casa. Buscou atendimento porque queria um check-up. Está preocupada porque agora também sente dores no corpo, diz que não faz nada para se divertir, mas adoraria.

- O que te impede?

- Queria voltar a dançar, mas esses homens da rua não querem nada sério. Quando eu namorava era maravilhoso.

- Então por que terminou o relacionamento?

Ela começou a chorar, contou que o namorado chamou a atenção do filho dela pelo desrespeito com a mãe, o menino deu parte dele na boca de fumo e os traficantes o expulsaram do morro.

Ela ficou sozinha com os filhos.

- Como você acha que pode se sentir mais feliz?

- Não tendo um filho traficante.

A cada confronto armado, mais problemas de saúde mental são diagnosticados. Somos surpreendidos nos atendimentos de rotina e confrontadas pela importância da comunicação clínica a entender o que perturba a saúde.

O que tira seu sono?

- Não consigo dormir há alguns dias

- O que pode estar tirando o seu sono?

- Não é só o sono que isso está me tirando.

- Quer me contar mais sobre isso?

- Semana passada, durante o tiroteio, um menino bateu muito na minha porta. Mas eu tive medo, né? Agora eu sei que ele está morto e tudo que eu ouço na minha cabeça é ele gritando: "Abre pra mim, tia! Abre". Eu devia ter aberto né?

(Lágrimas)

Enquanto MFC é imprescindível discorrer com propriedade como recurso comunitário, dando voz as inúmeras famílias que ali habitam e são atravessadas pela segregação social, descaso político e inexistência da lei.

Delírio?

Jovem, 18 anos, preso por roubo. Cumprindo regime semiaberto, abre quadro de confusão mental e mudança de comportamento, previamente hígido. Hoje não é o mesmo garoto de 6 meses atrás. Olhar fixo e distante, movimento brusco repentino na cadeira. "Cuidado com o tiro", grita ele. "Vem, vem. Eu te mato aqui mesmo". E levanta a mão como se segurasse uma arma de verdade. Não responde ao que lhe pergunto. Para ele, eu não estou ali, ele não está num consultório. A mãe chorando, diz que o dia inteiro ele age como se estivesse em um confronto com a polícia.

Consulta se encerra. Ele não está diariamente em um confronto com a polícia?

3.6 ACESSIBILIDADE

Território Borrado

Menino, na sua moto preta, sai do Jacarezinho. TIRO! A viatura da polícia cruzou seu caminho. O corpo dele ficou estendido no asfalto fervendo po 3 horas. Disseram que ele estava armado e em alta velocidade. O que sabemos? Ele ultrapassou seu limite territorial.

Delegado no seu carro preto entra no Jacarezinho. O corpo é encontrado no porta malas do seu carro. Disseram que foram os "meninos" e que o policial errou o caminho. O que sabemos? Ele ultrapassou seu limite territorial.

Polícia e tráfico convivem lado a lado, sem se dar conta das influências e interdependências que cada território exerce no outro. As fronteiras territoriais são como muros invisíveis, artificiais.

A notícia

Estava no caminho para o Congresso Ibero-Americano de MFC e às 14h se iniciou o maior conflito que a clínica presenciou. As mensagens no celular me transportavam para aquele cenário. Aflição. Medo. Terror. Helicóptero sobrevoando baixo com armas mirando para todos os lados. Lágrimas. Tiros, muitos tiros. Bomba! Profissionais no chão, mais lágrimas, mais medo! Guerra! Mataram um policial do BOPE. ACESSO VERMELHO. Pronto, os dias que se sucederam foram de intensos confrontos armados. Seis dias de acesso vermelho e onze de conflito. Seis dias em que profissionais de saúde estavam afastados da unidade por medo e precaução, sem segurança para trabalhar, de angústia ponderando as cicatrizes que a guerra traria para a unidade. Onze dias de uma comunidade sem segurança para viver, que os agentes de saúde foram invadidos e aprisionados em suas casas, que moradores são negligenciados pela lei. Pela morte de um policial, mais de 30 mil moradores sem acesso à saúde, à escola e à justiça. Um policial foi morto por um único indivíduo que segurava a arma que o atingiu. Mas é o morador da favela o responsabilizado pelo crime do outro. Pela primeira vez o Jacarezinho virou notícia. O maior aprendizado do meu congresso? A violência é adoecedora, priva o indivíduo do acesso a direitos básicos e o fere no seu campo biopsicossocial.

3.7 TERRITORIALIZAÇÃO

Tanto para análise, como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar(22).

Considerando a importância da nossa experiência sobre a dinâmica de formação profissional, nos baseamos nos estudos de David Kolb sobre o processo de aprendizado do adulto. Entende-se que a experiência causa transformações pessoais que nos motivam a agir e a refletir sobre nossas ações, consolidando o conhecimento

(29). Isso significa que o campo teórico e o campo prático conversam entre si, culminando na produção do trabalho de conclusão da residência. O reflexo disso é o processo de territorialização conversando com a descoberta da nossa resiliência consolidando a nossa formação profissional. Desse modo, este trabalho de conclusão da residência é o produto da nossa formação profissional.

4. CONCLUSÕES

Durante a elaboração do estudo percebemos a escassez de material que se discute saúde e violência armada. Sendo assim, esse relato de experiência deseja demonstrar as potencialidades de um território marginalizado a partir da pesquisa e registro de dados pertinentes a populações que anseiam por revoluções particulares a partir da produção de conhecimento científico.

PlastiCidade

O protocolo de AMS é treinado em dias de conflito. Sem simulação. Sem previsão dos dias de prática.

As pessoas que passam por essa atividade obrigatória ainda tem emoções, os episódios são inéditos.

Há figuras de força, liderança, fragilidade, apatia, empatia.

Mosaicos.

Há transformações de figuras depois do treino, recuperando a sua forma próxima ao original: resiliência.

Contudo, a resiliência sozinha forma zumbis que apesar das adversidades continuam seu trajeto sem se abater.

A resiliência acompanhada da reflexão e problematização dos fatos possibilita recuperar-se após as adversidades.

E seguir. Preferencialmente com mais recursos de superação dos problemas.

Há quem seja plástico às mais diversas conturbações.

Aqui temos conseguido ser resistentes.

Insistentes.

Recuperados.

Resilientes reflexivos.

Reincidentes.

Pensar em adaptação dos profissionais em áreas marcadas pela violência é destacar a importância de se discutir violência nos espaços de saúde, fornecer ferramenta necessária para segurança do trabalhador e evidenciar temas importantes para formação profissional em saúde. Assim, concluímos que há urgência em inserir nos espaços que se discutem saúde os temas de raça, construção social, violência e determinantes sociais, promovendo aprimoramento teórico e facilitando a compreensão prática durante o processo de territorialização, corroborando na fixação do profissional de saúde, garantindo longitudinalidade.

5. REFERÊNCIAS

- (1) Kleba Maria Elisabeth, Wendausen Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Saude soc. 2009.
- (2) Justino André Luis Andrade, Oliver Lourdes Luzón, Melo Thayse Palhano de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2016.
- (3) Arantes Luciano José, Shimizu Helena Eri, Merchán-Hamann Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2016.
- (4) Göttems Leila Bernardo Donato, Pires Maria Raquel Gomes Maia. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Saude soc. 2009.
- (5) Lopes Claudia S., Faerstein Eduardo, Chor Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública. 2003.
- (6) BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- (7) Freire, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 42.^a edição.
- (8) Monken Maurício, Barcellos Christovam. Educação profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, Fundação Getúlio Vargas. O território na promoção e vigilância. - acessado em 08 de agosto de 2017 disponível em:

http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=22&arquivo=ver_conteudo_2

- (9) Pires Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Ciênc. saúde coletiva. 2005.
- (10) Castro, Verônica Said de, & Nóbrega-Therrien, Silvia Maria. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009.
- (11) Cavalieri, Fernando e Lopes, Gustavo Perez. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Coleção Estudos Cariocas. Rio de Janeiro. Abril 2008.
- (12) Inácio, Gizele Chagas; Alves, Luane Tassia; Costa, Ulysses; Costa, Tereza Andrea. A violência urbana e os conflitos armados: reflexo sobre os trabalhadores da saúde e os desafios no contexto de uma unidade básica do Rio de Janeiro. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2017.
- (13) Unidade de Polícia Pacificadora do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Governo do Estado do Rio de Janeiro; última atualização não disponível. Acessado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: http://www.upprj.com/index.php/o_que_e_upp
- (14) Fonseca, Angélica Ferreira (Org) e Corbo, Ana Maria D'Andrea. O Território e o Processo Saúde-Doença. EPSJP/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2007.
- (15) Barata Rita Barradas, Ribeiro Manoel Carlos Sampaio de Almeida, Cassanti Ana Carolina. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. Cad. Saúde Pública. 2011.
- (16) Albuquerque, Mariana Vercesi de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva. 2017.
- (17) Nogueira Roberto PAssos (Org). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes. 2010.
- (18) Determinantes Sociais da Saúde, Portal e Observatório sobre Iniquidade e Saúde. Região Nordeste. Biblioteca Virtual em Saúde.; última atualização disponível em Março de 2013. Acessado em 8 de Agosto de 2017. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opincoes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas/>
- (19) Lima, Carla Moura; Stotz, Eduardo; Valla, Victor. Pobreza e Violência: desafios para os profissionais de saúde. Revista da APS/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2008.
- (20) Minayo Maria Cecília de S.. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Pública. 1994.
- (21) OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1993. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)
- (22) Plano de ação para o acesso mais seguro: grupo de suporte para o acesso mais seguro da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira. Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio de Janeiro. 2016.
- (23) Doenças Cardiovasculares, Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Última atualização disponível em Setembro de 2016. Acessado em 14 de Setembro de 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839

- (24) UNODC (United Nations Office on Drug and Crime), Global Study on Homicide 2013. Vienna. 2013.
- (25) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília. 2005.
- (26) Barnett, Karen PhD, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. Escócia. 2012.
- (27) Savi, Elaine SA. O Sofrimento Difuso das Mulheres na Maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005.
- (28) McWhinney. IR, Freeman. T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2010
- (29) Pimentel, Alessandra. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2007