



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Thiago Ferreira dos Santos

**O TERRITÓRIO COMO DESAMPARO: ESTUDO DE CASO DE UM
CAPS III EM UM TERRITÓRIO VIOLENTO**

Rio de Janeiro, outubro de 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O TERRITÓRIO COMO DESAMPARO: ESTUDO DE CASO DE UM CAPS
III EM UM TERRITÓRIO VIOLENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientador: Pedro Gabriel Delgado.

Rio de Janeiro, outubro de 2019

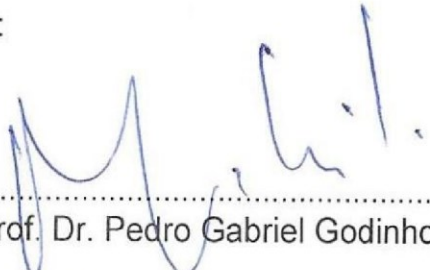
**O TERRITÓRIO COMO DESAMPARO: ESTUDO DE CASO DE UM CAPS III
EM UM TERRITÓRIO VIOLENTO.**

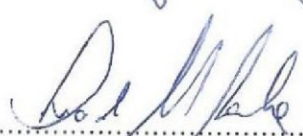
Thiago Ferreira dos Santos


Orientador: Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Dissertação submetida ao Mestrado, Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada por:


.....
Presidente, Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado


.....
Prof. Dra. Liã de Mattos Rocha


.....
Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Jr.

FT422

Ferreira dos Santos, Thiago

O TERRITÓRIO COMO DESAMPARO: ESTUDO DE CASO DE
UM CAPS III EM UM TERRITÓRIO VIOLENTO / Thiago
Ferreira dos Santos. -- Rio de Janeiro: UFRJ-IPUB 2019.
XI, 122f.:il.; 29,7 cm Orientador:

Pedro Gabriel Delgado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de
Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, 2019.
Referências Bibliográficas: f. 108-117.

1. Saúde Mental. 2. Centro de Atenção Psicossocial
(CAPS). 3. intervenções psicossociais e violência. 4.
Saúde mental e violência urbana. 5 Violência I.
Gabriel Delgado, Pedro , orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Aos usuários do CAPS III Maria do Socorro Santos

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos usuários e familiares do CAPS III Maria do Socorro Santos pelo laço que construímos nesses sete anos de trabalho.

Ao meus pais retirantes por me concederem oportunidades muito além das que lhes foram concedidas.

À minha amada pela paciência e carinho nos momentos difíceis dos últimos dois anos.

Ao meu orientador Pedro Gabriel Delgado por fazer da docência avançada um ato de amor e coragem.

Aos companheiros de trabalho do CAPS III Maria do Socorro por não declinar da tarefa impossível de sustentar a ética psicossocial no contexto extremo da Rocinha.

Aos professores do Mestrado Profissional, em especial Cristina Ventura, Ana Cristina de Figueiredo e Octávio Domont de Serpa pelas aulas preciosas.

“Nenhum povo que passasse por isso como sua rotina de vida através de séculos sairia dela sem ficar marcado indelevelmente. Todos nós, brasileiros, somos carne da carne daqueles pretos e índios supliciados. Todos nós, brasileiros, somos, por igual, a mão possessa que os supliciou. A doçura mais terna e a crueldade mais atroz aqui se conjugaram para fazer de nós a gente sentida e sofrida que somos e a gente insensível e brutal que também somos. Descendentes de escravos e senhores de escravos seremos sempre servos da malignidade destilada e instalada em nós, tanto pelo sentimento da dor intencionalmente produzida para doer mais quanto pelo exercício da brutalidade sobre homens, sobre mulheres, sobre crianças convertidas em pasto de nossa fúria.

A mais terrível de nossas heranças é esta de levar sempre conosco a cicatriz de torturador impressa na alma e pronta a explodir na brutalidade racista e classista. Ela é que incandesce, ainda hoje, em tanta autoridade brasileira predisposta a torturar, seviciar e machucar os pobres que lhes caem às mãos. Ela, porém, provocando crescente indignação nos dará forças, amanhã, para conter os possessos e criar aqui uma sociedade solidária. ”

— Darcy Ribeiro, *O Povo Brasileiro: A Formação e o Sentido do Brasil*

Resumo

A dissertação a seguir apresenta um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, no modelo Estudo de Caso (Case Study), sobre o CAPS III Maria do Socorro Santos, localizado no território da favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, tendo como enfoque a assistência em saúde mental e atenção psicossocial frente à violência urbana que desafia a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inicialmente, realizamos uma revisão narrativa não sistemática, articulando e localizando o tema da violência urbana nas suas conexões com o campo da saúde mental e atenção psicossocial, retomando a literatura acadêmica já consolidada. O trabalho segue fazendo um rápido panorama do contexto histórico e territorial do CAPS. Em seguida, na pesquisa de campo, através de grupo focal, entrevistas e observação participante, busca-se descrever as ressonâncias e desafios impostos pela violência para a assistência prestada pelo serviço. Como resultado, pôde-se descrever, a partir do contexto complexo de ações do CAPS no território, diversas estratégias da equipe do CAPS para interpretar, lidar e intervir em situações de violência, tendo em conta seus limites e fragilidades.

Palavras-chave: Violência; Saúde Mental; Saúde mental e violência urbana; intervenções psicossociais e violência; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Abstract

This dissertation presents an exploratory study, with a qualitative approach, in the Case Study model, on the CAPS III Maria do Socorro Santos, a Center for Psychosocial Care located in the territory of the *favela* Rocinha, in Rio de Janeiro, focusing on assistance in mental health and psychosocial care in the face of urban violence, which is a great challenge to the Brazilian Psychiatric Reform. Initially, we carried out a non-systematic narrative review articulating and locating the theme of urban violence in its connections with the field of mental health and psychosocial care, returning to the already consolidated academic literature. The work continues in order to provide a quick overview of the historical and territorial context of this CAPS. Then, in the field research, through a focus group, interviews and participant observation, we seek to describe the resonances and challenges imposed by violence for assistance provided by the service. As a result, it can be described, from the complex context of this CAPS actions in the territory, various strategies of this CAPS team to interpret, deal with and intervene in situations of violence, taking into account their limits and weaknesses.

Keywords: Violence; Mental Health; Mental health and urban violence; Psychosocial interventions and violence; Psychosocial Care Centre (CAPS);

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Foto panorâmica da Rocinha	68
Figura 2: Traficante com metralhador nos anos 80.....	70
Figura 3 : Tanque de guerra em ocupação de 2018	70
Figura 4:Foto de viela da Rocinha.....	72
Figura 5: Morro da providência no início do século XX	74
Figura 6: Rocinha no início do século XX	78
Figura 7: Rocinha vista de São Conrado nos anos 40	79
Figura 8: Mulheres Lavando Roupas na Rocinha dos anos 70.....	82
Figura 9: Crianças da Rocinha pedem área de lazer durante manifestação (1981).....	83
Figura 10 Conjunto Construído pelo PAC em 2009	85
Figura 11:Policiais monitoram do alto região da Favela da Rocinha	86
Figura 12: Fuzileiros navais com mascaras de caveira na Rocinha em 2008.....	87
Figura 13: Fotografia de Maria do Socorro.....	88
Figura 14: Complexo de Saúde da Rocinha	89
Figura 15: Garagem de ônibus onde se contruiu o complexo de saúde	91
Figura 16: Mapa das Áreas de Planejamento em Saúde da Cidade do Rio de Janeiro	92
Figura 17: Reportagem: “Fotos mostram marcas de tiros no interior da UPA.	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Revisão bibliográfica de artigos	<i>1</i>
Tabela 2. Diagrama do trabalho de Campo	<i>3</i>
Tabela 3. Número de profissionais do CAPS por especialidade	<i>6</i>

LISTA DE SIGLAS E SIMBOLOS

ACS :Agente Comunitário de Saúde

A.P : Área Programática

ADA: Amigos dos Amigos

CAP :Coordenação de Área Programática

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CV - Comando Vermelho

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID-X -Classificação Internacional de Doenças

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

IPUB: Instituto de Psiquiatria da UFRJ

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

OS: Organização Social

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RPB: Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SUS: Sistema Único de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UPP: Unidade de Polícia Pacificadora

UPMMR: União Pró-Melhoramentos dos Moradores da Rocinha

PM: Polícia Militar

PAC: Programa de Aceleração do Crescimento

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1 NOTA INTRODUTÓRIA	14
2 INTRODUÇÃO	24
3 PERCURSO CONCEITUAL	29
3.1 A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE	29
3.2 A VIOLÊNCIA COMO DESAFIO PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	34
3.3- VIOLÊNCIA, TERRITÓRIO E COTIDIANO: INTERCESSÕES.	40
3.4 DELIMITAÇÃO DA HIPÓTESE DE PESQUISA.....	57
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	58
4.1 –OBJETIVO PRIMÁRIO.....	58
4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	58
4.3 DESENHO DA PESQUISA	58
4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	63
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	66
5 BREVE PANORAMA DO CAMPO.....	68
5.1 - A FAVELA DA ROCINHA.....	68
5.2 O CAPS MARIA DO SOCORRO: REDE, FLUXOS E DESAFIOS.	88
6 ANÁLISE DE RESULTADOS DA PESQUISA	97
6.1 SÍNTESE DA PESQUISA DE CAMPO	97
6.2 RECORTE ESPACIAL: “O CAPS NO FOGO CRUZADO”	98
6.3 RECORTE INTERACIONAL: “ O CAPS NÃO TEM PAREDES”	107
6.4 RECORTE TEMPORAL: “PISANDO EM OVOS E CONVIVENDO COM GATO E RATO NO MESMO NINHO”.	113
5 SINTESE DAS DOS RESULTADOS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS	133

1 NOTA INTRODUTÓRIA

Carta Pública do Coletivo Trabalhadores do CAPS III Maria do Socorro Santos - Rocinha/RJ

Nós, trabalhadores da saúde pública no Centro de Atenção Psicossocial Maria do Socorro Santos, que atende a comunidade da Rocinha e adjacências desde março de 2010, oferecendo à comunidade um serviço de atenção e tratamento territorial ao sofrimento psíquico grave, viemos a público trazer os recentes acontecimentos.

Domingo, 17 de setembro de 2017, uma guerra entre traficantes colocou em risco a vida de moradores e trabalhadores deste território. Esta é uma realidade cada vez mais vivenciada nas comunidades carentes do RJ, onde estas populações se encontram à mercê da crescente violência urbana gerada tanto pelo abandono quanto pela repressão do Estado, que através da criminalização ao uso de drogas situa no centro dessa violência as populações mais carentes da cidade.

No último domingo, essa realidade cotidiana do Rio teve na Rocinha seu mais recente palco. A partir deste dia a comunidade tem vivido um tempo de imensa insegurança, que a qualquer momento pode disparar novamente uma guerra. Em meio ao confronto entre traficantes, o Complexo de Saúde (que inclui três serviços de saúde do SUS: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Clínica da Família e Unidade de Pronto Atendimento - UPA) sofreu com a violência dessa guerra, tendo suas vidas em risco tanto os profissionais e pacientes que ali estavam presentes. Com o tiroteio correndo intensamente, balas alvejaram as paredes da unidade, perfurando o encanamento e gerando uma inundação na sala vermelha da UPA. Há marcas de bala por todo o Complexo de Saúde. Em meio ao momento de pânico, seis policiais adentraram o Complexo buscando proteção, o que proporcionou um aumento no sentimento de vulnerabilidade e medo nos profissionais e pacientes que ali estavam.

Percebemos a vulnerabilidade que o território vive: o despreparo para uma política de segurança que lança policiais sem estratégia em um lugar já dominado pelo tráfico; o descaso com seus profissionais da saúde que constroem os vínculos do serviço com os cidadãos.

É com pesar que constatamos mais uma vez a negligência com a saúde pública, e em especial nas áreas mais carentes. E mais impactante parece a proporção que essa guerra está tomando, onde a vida de funcionários do SUS e moradores da comunidade parecem quase desprovidas de valor. A frágil estrutura do Complexo de Saúde somada à invasão deste

espaço por policiais visivelmente tão desesperados quanto os já ali presentes traz a dureza de uma cena onde a vida aparece por um triz.

Nossa equipe se esforça intensamente para sustentar a assistência em saúde mental que consideramos imprescindível. A saída deste território junto aos usuários do serviço de saúde fora extremamente importante para a garantia de segurança dessas pessoas. Esta ação seria inimaginável sem o apoio do CAPS III Franco Basaglia, que acolheu os usuários e os profissionais, mostrando a parceria no trabalho em rede.

No momento estamos funcionando nas acomodações do CAPS III Franco Basaglia (localizado em Botafogo), com parte de uma equipe mínima ainda no Complexo de saúde localizado na Rocinha. Entendemos que neste momento ainda não é possível o funcionamento de nossa unidade no território nesse fim de semana. Haja visto que o clima de tensão permanece na comunidade. O contrário disso seria colocar novamente em risco a vida de profissionais e usuários, uma vez que continuam correndo as notícias de que o confronto na Rocinha não terminou.

Ainda é importante registrar a existência de um Serviço Residencial Terapêutico neste território vinculado ao CAPS. Esta casa, apesar de situada na parte mais baixa da Rocinha, também se vê neste momento em situação de vulnerabilidade. A violência tem despertado nestes moradores o desencadeamento de crises que muito tem a ver com a realidade.

Em um momento de cortes de direitos sociais, salários atrasados, ameaça de fechamento de clínicas da família, demissão de profissionais, ofensiva contra o SUS que deve ser público, gratuito e de qualidade, agradecemos o apoio de todos e todas que se solidarizaram com o momento que estamos atravessando e convidamos vocês para somarem em nossa luta.

(Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2017)

Em dezembro de 2013, quando fui contratado para trabalhar como psicólogo no CAPS III Maria do Socorro Santos (CAPS III-MSS), localizado na Rocinha, uma das maiores e mais populosas favelas da América Latina, a noção do território desafiador para em função da violência não se apresentava de maneira tão clara quanto hoje. A Rocinha me parecia ser um terreno relativamente familiar diante do ensejo de trabalhar no SUS. A favela era um campo minado que eu já havia transitado em outras versões, e que sempre esteve próxima de minha história pessoal, de formação e de militância política. Por outro lado, o CAPS se apresentava como um encontro entre o aparato clínico complexo da

Reforma Psiquiátrica, as contradições e dificuldades do serviço público precarizado e a favela. Nesse mote estava feito o desafio para trabalhar na sustentação da radicalidade do projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) em seu caminho irreversível do tratamento institucional para o território, no duro contexto do Rio de Janeiro real, repleto de miséria, violência, dinamismo e efervescências.

Os desdobramentos do percurso de trabalho no CAPS III-MSS produziram as inquietações que me trouxeram ao Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial no IPUB e à presente dissertação. Portanto, dizem das minhas implicações como pesquisador para a presente dissertação.

A formação pessoal antecede à formação profissional mesmo que não necessariamente a defina. Antes de ser profissional do SUS, entre outras coisas, fui jovem, negro, morador da Baixada Fluminense e transitei em vários dos laços que ligam as periferias à metrópole. Cresci circulando e convivendo no ambiente instável e violento desses refugos da cidade. Antes de trabalhar no CAPS já havia conhecido minimamente o contexto da Rocinha e de outras favelas da Zona Sul. Sobreviver em condições alcalinas exige um certo nível de sensibilidade para lidar com a adversidade e uma dose considerável de sorte. Mas esse não será o tema a ser aprofundado na presente dissertação, só é relevante mencionar porque diz respeito a minha inserção pessoal no tema da violência urbana em um período anterior ao trabalho no CAPS e que imediatamente trouxe questões para meu cenário de atividade profissional atual.

Ao iniciar o trabalho no CAPS III MSS imediatamente fui convidado a lidar com os múltiplos desafios de sustentar a Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS no campo árido da realidade objetiva da população à qual este serviço destina-se a prestar atendimento. Na Rocinha, a miséria, abandono e violência convivem com o acesso a serviços públicos de saúde bem mais denso que a maioria dos bairros da cidade, sejam esses bairros subdesenvolvidos ou abastados. Em 2013 a favela já contava com cobertura de 100% do programa de saúde da família, uma UPA 24 horas e o CAPS III MSS.

A presença consistente do SUS na Rocinha era recente em 2013. As três clínicas da família, o CAPS e a UPA 24 horas foram estruturados a partir de 2009. Faziam parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e

convergiam com reivindicações de décadas de luta da população da favela em diferentes formas de movimentação social. A ocupação militar em 2011, através da entrada das forças armadas e posterior implantação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) também era um evento relativamente recente.

Em 2013, os conflitos armados entre o tráfico e a polícia eram raros na Rocinha e não estava em evidência nenhuma possibilidade de guerra entre fações criminosas. Efervesciam na mídia e nos movimentos da longa Jornada de Junho de 2013 denúncias sobre os abusos cometidos pela UPP desse e de outras favelas do Rio. Em particular, sobre o caso do pedreiro Amarildo Dias de Souza, que foi torturado e executado por

policiais da UPP Rocinha. Segundo relata Marielle Franco em sua dissertação de mestrado:

Os gritos que entoavam “ei, polícia, cadê o Amarildo?” Marcaram passeatas, subsidiaram manifestações e a campanha pública “Somos todos Amarildo”, como um caso emblemático de um desaparecimento em área de UPP. O fato trouxe à tona o nome do pedreiro Amarildo de Souza. Porém, não é um fato isolado, uma vez que há indícios de uma continuidade nos procedimentos de desaparecimento, típicos da forma de atuar da PM e de como as forças de pacificação” atuam. Há milhares de casos pelo estado do Rio de Janeiro, de pessoas que desaparecem e não retornam mais ao convívio familiar. (FRANCO, M, 2017, p. 108)

A Rocinha da qual me aproximei trabalhando como psicólogo no CAPS III MSS contrastou imediatamente com a Rocinha das minhas vivências e concepções pessoais sobre o território/favela. Pude me aproximar dos efeitos da violência e violações de direitos humanos de maneira muito mais intensa através do atendimento psicológico aos moradores. A nova favela trazia muitas humanidades e pulsações que seriam inacessíveis se não fosse o sigilo e a ética do meu vínculo como trabalhador da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do SUS. Por outro lado, a ética de trabalhador da Reforma Psiquiátrica e do SUS não me permitiria guardar silêncio frente a tamanha violência. Essa questão que advém da ética me trouxe ao mestrado profissional 2017: **“Que desafios a violência enseja à atenção psicossocial?”**

A violência na Rocinha e a precarização do SUS tomou rumos dramáticos desde de 2013, que são bem enunciados na **“Carta Pública do Coletivos de trabalhadores do CAPS III MSS”** que inicia a presente nota introdutória. Na ocasião, em pleno trabalho de campo da pesquisa que deu origem a essa

dissertação, a Rocinha passou por uma guerra entre facções criminosas e uma nova ocupação pelas forças armadas que durou mais de um ano. O CAPS foi alvejado por tiros de fuzis e o trabalho no território não pôde ser sustentado, a tal ponto que foi preciso transferir o serviço temporariamente para outro bairro.

O período de reflexões, elaboração do projeto de pesquisa e submissão da dissertação é cronologicamente exíguo e não ultrapassa dois anos e meio. Por outro lado – considerando a densidade e velocidade histórica - se faz necessário ponderar que os eventos que sucedem o ano de 2013 no contexto nacional são historicamente espessos. O tempo voou desde que as primeiras questões que me levaram do início do trabalho no CAPS, passando pelo início do mestrado em 2017 e chegando ao início do trabalho de campo da pesquisa em 2018. O contexto da violência urbana, do SUS, da reforma psiquiátrica se movimentou vertiginosamente.

A conjuntura política fez sua movimentação desencadeada com os protestos de rua de junho de 2013, polarização nas eleições de 2014, aprofundada com o impeachment de Dilma Rousseff e instalação do governo golpista de Temer, e drasticamente agravada pela eleição presidencial possivelmente fraudada pela extrema direita em 2018. Em 2016, o governo ilegítimo de Temer, sua escolha de ministros e principais cargos conservadores, megaeventos esportivos no Rio de Janeiro, escalada conservadora nas eleições municipais, desdobrou-se em propostas e medidas de retrocesso e de repressão em todas as áreas da economia e de políticas sociais. Essa conjuntura compõe o processo social que

“recrudescer uma sinergia entre atores sociais, um amálgama de valores culturais e uma concentração de forças políticas que configuram o que tem sido nomeado de onda conservadora” (ALMEIDA, 2019)

Em um sentido mais restrito, no que diz respeito às modestas pretensões de recorte da presente dissertação, as consequências históricas do golpe de 2016 incidem gravemente na temática abordada na presente dissertação. O cenário nacional atinge a pesquisa em vários aspectos. Por um lado, em função do contexto do SUS e da RPB. Por outro lado, em função do contexto da violência urbana. Porque o processo de desmoronamento das instituições democráticas e dos direitos sociais que acometeu o Brasil a partir do golpe de 2016, tem como

componente o esvaziamento, desfinanciamento e descontinuação de diversas políticas públicas voltadas para o bem estar social e em desfavor das camadas menos favorecidas e historicamente excluídas, conforme destacam diversas publicações atuais – para publicações acadêmicas sobre o tema, ver SOUZA, 2016; PRONER et al., 2016; LUCENA et al, 2017) Paralelamente aos referidos retrocessos, o país vive uma escalada consubstancial da violência armada que, historicamente, apresenta distribuição demográfica seletiva em desfavor dos mais pobres, mais periféricos, jovens, negros e menos escolarizados (CERQUEIRA, 2016).

No referido contexto, o campo da atenção psicossocial, que direcionou a assistência em saúde mental nas últimas décadas para os territórios, enfrenta em sua prática cotidiana nas grandes cidades brasileiras os desafios indissociáveis da sustentação do seu mandato no contexto institucional desfavorável de desmonte e precarização do SUS, e da dura realidade de vida da população no cenário dramático de agravamento da violência urbana.

Antes do golpe de 2016, o desafio de sustentar o cuidado no cotidiano do território (e não mais na rígida configuração do aparato manicomial). Trata-se de uma mudança paradigmática em processo recente de construção, que a despeito de suas contradições, vinha se consolidando como conteúdo principal das pesquisas e reflexões do chamado 'campo da atenção psicossocial'. As mudanças na conjuntura histórica produziram revezes decisivos.

Este processo foi interrompido a partir de 2016, com medidas tomadas pelo governo Temer e continuadas no governo Bolsonaro (há uma continuidade evidente na área da saúde e de outras políticas sociais entre os dois governos, instaurados a partir de uma ruptura democrática). A primeira medida é a Emenda Constitucional (EC) 95, que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental. Os resultados da agenda neoliberal imediatamente impactam a saúde pública e indicadores de bem-estar e qualidade de vida: o desemprego no início de 2016 era cerca de 5,5%, e atingiu 12,5% no primeiro trimestre de Bolsonaro. É desnecessário recordar a vastíssima literatura que há mais de 100 anos correlaciona desemprego e sofrimento mental, atingindo paroxismos que alteram índices de suicídio (como recentemente na Grécia, alguns anos depois da crise de 2008). (DELGADO, 2019, p.2)

Antes das convulsões e rupturas que destrincharam, no referido intervalo histórico, poderíamos tomar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) como uma

conquista civilizatória que avançava gradualmente pela conquista de uma sociedade sem manicômios. Sua constituição enquanto política pública refletia no esteio da Reforma Sanitária o acúmulo de forças de diversos vetores históricos, desde os movimentos sociais até as políticas de governo.

A Atenção Psicossocial como proposta paradigmática do processo da RPB , aponta para uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura ou de sofrimento psíquico. Trata-se de uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, que reduz o funcionamento psíquico exclusivamente a processos cerebrais e, portanto, totalmente explicáveis em uma linguagem neurobioquímica e os seus desvios nomeados como transtorno mental. Buscase, ao contrário, olhar para o sofrimento humano em articulação com o plano da vida. Muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida. “ A vida como ela é”. (YASUI, S.; LUZIO, C.;AMARANTE.P 2018, p.174, 175)

Entende-se como território não somente o espaço geográfico habitado por este sujeito, mas o espaço onde ocorrem trocas afetivas, espaço de conhecimento e reconhecimento, onde a vida acontece. Dentre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Residências Terapêuticas, Centro de convivência, na AB estão as Clínicas da família, equipe NASF e consultório na rua, proporcionando inserção social e autonomia tanto quanto possível.

Segundo Lancetti (2004), as intervenções psicossociais são mais eficazes se operadas no território existencial onde as pessoas vivem, trata-se de intervenções mais complexas exatamente por serem estratégias construídas caso a caso, colocando em cena todas as incoerências e diversidades cotidianas, da clínica que é feita no dia a dia. Aponta que:

Na saúde geral os procedimentos de maior complexidade são realizados em hospitais e centros cirúrgicos. Na saúde mental a complexidade é invertida, pois os procedimentos mais complexos acontecem na comunidade e os mais simplificados no hospital psiquiátrico.(LANCETTI, 2004, p. 69)

A RPB é um processo social consequente da luta de trabalhadores, usuários e familiares de usuários de serviços de saúde mental. Em 2001, foi promulgada a lei 10.216, que redirecionou o modelo assistencial e dispões sobre os direitos dos usuários de serviços de saúde mental:

Em 1987, o Brasil já tinha seu primeiro CAPS, vindo em seguida, a partir de 1988, a experiência de Santos, em que o governo municipal fechou o hospital psiquiátrico da cidade, cenário de abandono e maustratos, e o substituiu por uma rede de CAPS regionalizados.

Naquele cenário de mudança social e de paradigmas, e também de intensa pulsão legiferante, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional que sustentasse a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento, na base territorial da organização dos serviços. Como fruto desse debate, e da ação coletiva que ia sendo construída, o deputado Paulo Delgado, do PT de Minas Gerais, apresentou à Câmara, em dezembro de 1989, o projeto de lei que veio a resultar, 12 anos e muitos debates depois, na lei 10.216. (DELGADO, 2011, p.116)

A partir da definição mais nítida da política de saúde mental nacional, com a Lei 10.216, e da portaria 336/02, a função estratégica do CAPS, de tratar pacientes com sofrimento psíquico grave em liberdade, no território, com o desígnio de substituir o aparato manicomial, se tornou melhor delineada. Entre diversas questões, a lei garantiu que a inserção social é um dos mais importantes propósitos do tratamento (BRASIL, 2001). Partindo de diversas experiências bem-sucedidas em cidade de todo o país, uma nova política nacional de saúde mental teve início. Com isso, floresceram inúmeros CAPS pelo Brasil, acompanhados da redução progressiva do número de leitos de internação em hospitais psiquiátricos.

Para além da substituição de hospitais psiquiátricos por novos serviços territoriais, a proposta da Reforma Psiquiátrica possibilitou o início de um processo de mudança drástica na lógica assistencial: nos modos de tratar o portador de sofrimento psíquico grave, por consequência, na transformação do lugar da loucura na sociedade brasileira. Por tanto, trata-se de uma conquista civilizatória que rompe com o paradigma da exclusão. Na contramão da exclusão da loucura, os novos equipamentos, como os CAPS, passaram a ser protagonistas no processo de reabilitação social do portador de sofrimento psíquico grave institucionalizado. O CAPS, com sua vocação de diálogo com o território e com sua articulação intersetorial permanente, é o principal equipamento estratégico para a nova lógica de assistência ao portador de sofrimento psíquico grave, diferente daquela manicomial, a lógica psicossocial.

A RPB fomentou práticas inovadoras no campo da Atenção Psicossocial (AP), entendida nessa dissertação como modelo de cuidado em liberdade, de trabalho territorial, de produção de autonomia, garantia e exercício de direitos (SCAFUTO, J. C. B. ; SARACENO, B. ; DELGADO, P.G.G, 2017)

O CAPS III MSS foi inaugurado em 2009, na Rocinha, nesse contexto de busca pela cidade viva como setting da clínica psicossocial e construção de um lugar social mais inclusivo para a pessoa portadora de sofrimento psíquico grave. Por essa razão o território e suas pulsações singulares se apresentavam como um desafio.

O caminho para o território se consolidava na RPB: antes o território era um espaço exótico e um entorço para o paradigma manicomial; depois, o território assumiu protagonismo como parte do processo de trabalho na atenção psicossocial. No território se infiltravam as políticas públicas, serviços e profissionais:

Sobre as transformações dos processos de trabalho, além da incorporação programática da intersetorialidade (a partir da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010), os desafios de construir o cuidado no dia a dia do território (e não mais sob a rígida configuração ergonômica e arquitetônica do trinômio institucional emergência-ambulatório-hospital) passaram a constituir o conteúdo principal das pesquisas e reflexões do agora chamado de 'campo da atenção psicossocial'. Uma mudança paradigmática em processo de construção. (DELGADO, 2011, p.3)

O caminho que orientava a assistência em saúde mental no nível nacional para os territórios, desde o início da construção de uma rede de serviços psicossociais, poderia parecer irreversível. No entanto, já existiam contradições e resistências que aos poucos cresciam antes de se apresentarem como ruptura. Por exemplo, a força crescente das comunidades terapêuticas - que são segregadoras, logo contrárias à lógica psicossocial - atestada pela mudança nas diretrizes das políticas públicas de saúde sobre drogas, com o lançamento do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas” (BRASIL, 2010). Nessa iniciativa, além de portarias ministeriais que preveem a implantação de CAPS-AD, também foi aprovado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 131 de 2012, o incentivo e financiamento daquelas comunidades terapêuticas, instituições cujo atendimento compreende a internação e a abstinência total como recurso de tratamento (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

O que o ano de 2016, que tem se consolidado no campo acadêmico como um ano de ruptura institucional, significou para a RPB? É evidente que o lastro consolidado no complexo caminho para a mudança do paradigma assistencial em

saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não desabaram sob os nossos pés imediatamente, no entanto, já vemos seus efeitos devastadores.

Entre 2016 e 2019, o governo federal tomou as seguintes medidas: 1) modificou a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial. (Delgado,2011, p.6)

Partimos do cenário da onda conservadora nacional, para destacar o contexto no qual os serviços CAPS se encontram na conjuntura atual. O panorama é de precarização, descontinuidade e desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).O desmonte se dá em meio ao crescimento da violência e suas consequências psicossociais.

A articulação da temática da violência social à atenção psicossocial torna-se ainda mais relevante e necessária.

2 INTRODUÇÃO

Ao articular os temas atenção psicossocial e violência, propõem-se a realização de uma pesquisa qualitativa exploratória no modelo Estudo de Caso (Case Study) sobre o CAPS III MSS. Trata-se do primeiro CAPS III da cidade do Rio de Janeiro- localizado na Rocinha, uma das maiores e mais populosas favelas da América Latina. O estudo emerge da hipótese de que a violência no território constitui um desafio para a atenção psicossocial que repercute no cotidiano de atuação do CAPS. Nessa perspectiva, a partir da observação participante, entrevistas abertas individuais e coletivas- com profissionais, e triangulação desses métodos, pretende-se verificar e descrever as ressonâncias da violência do território no CAPS.

A pesquisa é relevante na medida em que relaciona o tema violência social e atenção psicossocial partindo do contexto específico do CAPS III MSS, no desafio de sustentar seu mandato no SUS, no contexto da Reforma Psiquiátrica, diante das adversidades produzidas pela violência no território.

A violência tem se constituído nas últimas décadas como importante objeto de estudo na área de saúde, tanto na produção científica como na elaboração de políticas públicas nas últimas décadas, há uma literatura razoavelmente espessa que aborda a temática da violência social no campo do SUS. Embora a violência não seja um objeto restrito e específico da área de saúde, o tema tem sido reconhecido como intrinsecamente ligado a esse campo, na medida em que participa do conjunto das questões e relações da sociedade (MINAYO, M. ; SOUZA, E, 2012).

Recentemente, vem sendo realizado um considerável esforço para a inclusão e ampliação do tema violência no campo da saúde mental, mas a produção científica abordando essa questão ainda é escassa. Para Delgado (2012), estudos específicos que relacionem a “Violência Urbana” ao âmbito da saúde mental são muito raros, embora o tema seja exaustivamente abordado no campo das Ciências Sociais e possua diversas implicações no campo da saúde mental.

Para a política pública de saúde mental, a violência aparece associada à produção do sofrimento psíquico, às barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, à

gênese e consequências da irrupção de paroxismos antissociais, ao complexo fenômeno das drogas, a formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação. (DELGADO, 2012.p188).

Existe uma notável lacuna na disseminação e debate das experiências concretas da clínica que se faz no território violento e dos seus desafios. Temos em conta que o contexto de violência e suas repercussões para clínica psicossocial precisam ser tratados na complexidade e singularidade de cada território: “Não existe um território que seja igual ao outro, como não existe um território em si, um território como essência. O território também é uma construção dessa clínica” (DELGADO, 2006, p. 60).

A relação da clínica com o território é um pressuposto do CAPS na consolidação não só da transformação do paradigma da assistência em saúde mental, mas também do lugar social que ocupa a loucura conforme preconiza a RPB. A apropriação do território constitui a própria clínica psicossocial “porque é nesse lugar do território que construiremos o espaço, o lugar social da loucura” (DELGADO,2006, p.61). A clínica psicossocial incorpora e valoriza as questões fundamentais relacionadas com a vida do sujeito: “Sua casa, seu trabalho, seu mundo familiar, mas também com a experiência que essas pessoas têm do conflito num país que, hoje, é dominado pela cultura da violência”. (IDEM, p.61).

Nessa lógica, o presente estudo toma a violência como problema concreto do território da Rocinha. Seus efeitos repercutem na vida dos usuários e, por tanto, na atuação clínica psicossocial do CAPS. De que território estamos falando no que se refere ao CAPS III Maria do Socorro Santos? A Rocinha é um território abalizado pela disputa de poder através das armas. Há décadas a favela vive em meio à guerra entre facções criminosas que disputam pontos de vendas de drogas e forças repressivas do estado. A violência armada se soma as diversas formas de violência presente na favela da Rocinha. O fogo cruzado entre as forças do estado e ou entre facções criminosas atinge os usuários e trabalhadores do CAPS. A violência social dos conflitos urbanos se relaciona com diversas formas de violência que dela derivam, se associam ou se interpõem.

São frequentes os casos de agressão ou ameaça a vida do usuário em virtude das características do transtorno mental (incapacidade de dar respostas adequadas a solicitação do ambiente), principalmente em momento mais agudos,

nos quais os laços sociais estão fragilizados e a perda da realidade e angústia inerentes ao quadro psicótico tornam-se mais destrutivos. Quando a agressão não se dá pelo franco preconceito diante do estranhamento da condição do sujeito psicótico, encontra uma justificativa moral nas normas impostas pelos diversos personagens da cultura de violência da Rocinha.

A atuação do CAPS nos momentos de crise é decisiva. Os CAPS são dispositivos estratégicos para a Reforma Psiquiátrica que balizam a possibilidade de construção de uma rede substitutiva ao modelo manicomial.

Os CAPS III, tal como o CAPS Maria do Socorro Santos, são serviços de maior complexidade, com funcionamento 24 horas. Na rede de atenção psicossocial, os CAPS III são fundamentais por oferecerem acolhimento à crise, garantido suporte noturno, proporcionada atenção integral ao usuário (BRASIL, 2004). Nesse território, atravessado pela violência, o CAPS por oferecer acolhimento noturno e atenção integral à crise, tem uma importância a ser vista e discutida. É justamente nos episódios de demanda por acolhimento noturno, momentos de maior vulnerabilidade do usuário à violência, os quais o CAPS precisa muitas vezes mediar às relações fragilizadas na família e ou comunidade.

A proposta clínica dos CAPS III, serviços de saúde mental de base comunitária e territorial, inclui a intervenção direta no contexto de vida dos usuários, buscando empreender os recursos existentes para possibilitar transformações concretas no cotidiano da vida do portador de transtorno mental. O CAPS III é, portanto, uma instituição de base da Reforma Psiquiátrica, na qual se pretende, além do acompanhamento do usuário com transtorno mental, a intervenção no próprio território e sua cultura, objetivando desconstruir o paradigma manicomial de exclusão, possibilitando a construção de um novo lugar social para a loucura. A questão que se coloca mediante o cenário de violência é de que maneira o CAPS pode atuar no território quando esse é profundamente marcado pela cultura da violência e que efeitos a violência enseja para o mandato e cotidiano do CAPS.

As intervenções psicossociais se efetivam por diversas formas de cuidado com o usuário no lugar onde vive, mas também se orientam pela transformação na relação da própria comunidade para e com o portador de transtorno mental. Conseqüentemente, o dispositivo CAPS III se coloca no território como agente

da construção de novas relações éticas entre os atores envolvidos, pretendendo produzir mudanças efetivas para vida do portador de transtorno mental nos contextos onde ainda se faz presente a cultura de exclusão. Qual é o caminho para essas intervenções quando a exclusão se dá pela violência social no território?

Ainda no que concerne à responsabilidade sanitária do CAPS, para além das referidas atuações, faz-se necessário investigar de que maneira o serviço atua no acolhimento e acompanhamento de pessoas vítimas de violência e dos quadros de sofrimento psíquico agudo decorrentes da grave violência social no território. Quais são os diálogos e as parcerias possíveis entre o CAPS, os demais serviços de saúde no território e outros dispositivos públicos para enfrentar a questão da violência?

Para que as intervenções psicossociais se efetivem outros elementos deverão ser considerados, atuar no território violento poder exigir estratégias formais e informais para a organização do serviço, segurança da equipe e atuação assistencial do CAPS. Cabe investigar de que maneira se estruturam as estratégias da equipe para lidar com a violência no território.

As questões apresentadas serão aprofundadas ao longo da dissertação para estruturar o Estudo de Caso.

No **capítulo I** será apresentado o percurso conceitual em diferentes eixos. O **primeiro** tópico dispõe inicialmente de um breve panorama do lugar do CAPS na Reforma Psiquiátrica atualmente e suas responsabilidades como dispositivo estratégico para formular a proposta de percurso conceitual. Em seguida apresentaremos uma rápida revisão da apropriação temática da violência no campo da saúde, mediante a gravidade que o problema tomou na conjuntura nacional. No **segundo tópico** apresentaremos uma proposta de articulação entre o tema violência e atenção psicossocial no campo da saúde a partir de uma revisão narrativa. O percurso conceitual seguirá no **terceiro tópico** com um panorama narrativo da temática da violência situando o problema no contexto das favelas do Rio de Janeiro. A conclusão do capítulo, no quarto tópico, será com apresentação de uma rápida síntese entre a questão da violência social nas favelas e para o campo da atenção psicossocial. Na síntese será estruturada a questão da pesquisa para um recorte mais específico.

O **capítulo II** apresentará o percurso metodológico para a pesquisa. Inicialmente apresentaremos os objetivos da pesquisa. Em seguida descreveremos a estruturação do estudo de caso a partir e das ferramentas de pesquisa e triangulação de métodos. E conclusão do capítulo apresentará considerações éticas sobre a pesquisa.

Seguiremos no **capítulo III** dividido em dois tópicos. O tópico 3.1 apresentará o CAPS, seu funcionamento e posição na Rede de Atenção Psicossocial O tópico 3.2 apresentará um panorama da favela da Rocinha. Será feito um breve histórico do contexto das favelas no Rio articulado ao território da pesquisa.

O **capítulo IV** apresentará os resultados da pesquisa. Dividiremos os resultados conforme a organização elaborada a partir do estudo de caso. As ressonâncias da violência no CAPS serão descritas a partir das três ferramentas de coletas de dados, a partir de diferentes aspectos.

O **Capítulo V** apresentará a síntese das conclusões e considerações finais da pesquisa.

3 PERCURSO CONCEITUAL

3.1 A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE

Ao situar o tema “violência social” no campo da saúde, parte-se de um recorte da vasta literatura acadêmica que se dispõe aprofundar a questão, para abrir caminho para a pesquisa através de uma revisão narrativa e articulação conceitual do tema no campo da Atenção Psicossocial.

A violência social constitui a realidade trágica das populações em diversos países, especialmente os mais pobres. Ainda que tenha dimensões, formas e causas em diferentes contextos, o problema da violência tem afetado principalmente as populações mais vulneráveis. No Brasil, a violência pode ser considerada estrutural, pois possui raízes históricas profundas. Com efeito, ela se relaciona com o grau elevadíssimo de desigualdade social do nosso país. Por ser um fenômeno complexo e multicausal a violência também reflete certa polissemia – de várias vozes, de vários aspectos e de uma grande quantidade de interlocutores (ADORNO, R. C. F., 2010). A violência é complexa, polissêmica, controversa; fala de uma realidade plural. Sua definição é um desafio permanente.

Assim, existem diferentes abordagens para compreensão e explicação sobre o fenômeno da violência, o que implica em diferentes aportes teórico-metodológicos para seu estudo (MINAYO, 2006). Nesse sentido a escolha por definições e conceitos de violência tanto no campo da saúde como nos campos das ciências sociais é um empreendimento difícil na medida em que implica na contraposição de interpretações contextuais sobre esse fenômeno. Por tanto, a adoção imediata sobre qualquer definição cabal sobre violência, implicaria na aproximação em um determinado campo e recorte conceitual em detrimento do outro.

Por consequência do sofrimento social em função da violência, o tema emerge como um desafio para os diversos campos do conhecimento ao longo do século XX. A partir das décadas de 60 e 70 houve um grande esforço teórico, metodológico e político para compreender a saúde como uma questão complexa, com determinações sociais e condicionantes culturais. Nesse contexto, o campo

da saúde também passou a se apropriar e produzir conhecimento sobre o tema da violência.

A violência tem impacto drástico sobre a saúde das populações e representa um problema de interesse prioritário para o campo da saúde, como destaca a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) deu destaque ao tema em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas”(OMS, 2002, p.3). Na resolução WHA49.25, de 1996, que declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública, a World Health Assembly (Assembleia Mundial da Saúde), a OMS foi enfática:

Talvez a violência sempre tenha participado da experiência humana. Seu impacto pode ser visto de várias formas, em diversas partes do mundo. Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. De forma geral, no mundo todo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos. (KRUG, DAHLBERG, MERCY, et al., 2002, p.12)

Nessa medida, embora a violência não seja um objeto específico da área de saúde, está intrinsecamente ligado a ela, de modo que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade (MINAYO, IBID). O tema afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e serviços peculiares ao setor. Nesse sentido, no Brasil e no mundo, a violência tem sido reconhecida como questão social e uma das principais questões de saúde (KRUG, DAHLBERG, MERCY, et al.,IBID).

Se por um lado a violência desafia definições conceituais precisas e estáticas nos diversos campos do conhecimento e não pode ser reduzida ao campo

saúde, por outro lado, a urgência do tema e sua objetividade enquanto problema real e dramático da nossa sociedade impõe a necessidade de articulação interdisciplinar.

Sublinhamos que a reflexão sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade no campo das práxis violência e saúde não é uma imposição externa e sim exigência epistemológica intrínseca e essencial. (MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, 1999, p. 9).

Deste modo, a OMS (2002) afirma que, diante do fenômeno da violência, campos de conhecimento como a saúde, educação, serviços sociais, justiça e política devem estar articulados e trabalhando coletivamente para que a abordagem seguida por cada um deles tenha potencialidade para reduzir e prevenir a violência.

Existem diversas definições sobre violência no campo da saúde, algumas coincidentes, outras divergentes. Em 2002, Organização Mundial da Saúde se pronunciou em relação à definição violência de forma mais contundente do que a que vinha adotando até então, quando apenas classificava os efeitos desse fenômeno ou realizava análises e fazia recomendações esporádicas sobre o assunto. Para isso divulgou o Relatório mundial sobre violência e saúde, no qual define o problema como:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG, DAHLBERG, MERCY, et al., 2002:12, p. 5).

Para Silva e Silva (2005), este conceito considera a violência como uma ação que é realizada em espaço e tempo restritos, trata-se de uma ação praticada por um ator específico contra outro autor determinado. Há nesta definição uma questão relevante que é a limitação da agressão ao corpo, compreendida em várias dimensões. Já a OMS (2002) enfatiza que a intencionalidade dos atos independe do resultado que será produzido. Ao abarcar expressões como “poder” e o “uso da força” possibilita uma assimilação ampliada do que é violência, uma vez que, inclui atos resultantes de relações de poder, ameaças, intimidações, negligência, atos de omissão e atos de perpetração. Este conceito engloba também os abusos

físicos, sexuais, psicológicos, suicídio e auto-abuso. A violência nem sempre resultará em morte ou lesões para as vítimas, muitas vezes está atrelada a questões como opressão a determinados grupos da sociedade e que resultam em danos físicos, psicológicos e sociais, sendo assim, consequências imediatas ou a longo prazo (KRUG, DAHLBERG, MERCY, et al., 2002).

O fenômeno da violência passou a ser incorporado mais fortemente pelo setor saúde no Brasil a partir dos anos 1980, quando ocorreram mudanças significativas nas taxas de morbimortalidade e as causas externas passaram a figurar entre as principais causas de morte e internações na sociedade (MINAYO, 2006). A inserção do tema violência na saúde vem, desde então, ocorrendo de forma bastante lenta. Houve um aumento na produção acadêmica sobre violência e acidentes, na ótica da saúde na década de 1990, no entanto, não houve um aprofundamento teórico sobre o tema que garantisse uma maior compreensão do sentido deste fenômeno e das possibilidades de intervenções governamentais e socioculturais. A maioria das iniciativas limitaram-se a descrever os problemas e apontar soluções, no entanto sem aprofundar o tema (MINAYO, 2003).

A inserção do tema na saúde pública se deu em 2001, treze anos após a instituição do SUS e cinco anos após a Organização Mundial de Saúde (OMS) colocar a questão da violência como prioridade para o setor, na Assembleia Mundial de 1996. A violência assumiu espaço institucional prioritário (MINAYO e SOUZA, Edinilsa Ramos de, et al., 2018), nessa ocasião o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV).

Assim sendo, a agenda oficial nacional foi previamente fundamentada pelo conhecimento acumulado na área, tanto no Brasil como no mundo. Os tópicos principais da progressiva pauta brasileira foram: violência contra a criança e o adolescente; violência de gênero; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais recentemente, violência étnica, contra a população portadora de deficiências e LGBT (MINAYO, MARIA CECILIA DE SOUZA ; SOUZA, Edinilsa Ramos de, et al., 2018).

No campo da atenção psicossocial a violência tem se configurado como desafio para os trabalhadores de saúde mental há muitos anos, pela contraposição da violência nas instituições psiquiátricas manicomiais e a estigmatização social

da loucura. Além dessas diversas expressões da violência apresentam-se como desafio para esse campo que vem sendo tradicionalmente convocado a incorporar as mazelas e problemas sociais mais amplos (VASCONCELOS, 2010).

Com efeito, a inserção de serviços de saúde mental nos territórios vulneráveis revelou, como questão transversal a clínica, o elevado nível de segregação urbana, social e a violência cotidiana de muitas áreas periféricas das metrópoles brasileiras. Valadares e Souza (2013), ao descrever e analisar o processo de inserção do tema da violência nos marcos legais da política pública brasileira de saúde mental ressaltam a aprovação do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 2607), que em dezembro de 2004, estabeleceu como diretriz a atenção no território e a integração das ações de saúde mental à atenção básica. O marco sublinhou no nível nacional a intensificação da aproximação da atenção em saúde mental com o território – suas múltiplas relações, subjetividades, tensões e vulnerabilidades presentes no rol de possibilidades da vida humana. Esse processo de acúmulo da atenção em saúde mental, integrado e próximo à comunidade, passou então a destacar problemas protagonistas na vida dos usuários de serviços de saúde mental e pouco apropriados pelo campo da atenção psicossocial, como o caso da violência urbana.

A violência é uma importante barreira de acesso ao tratamento. Nos últimos 10 anos, a experiência da atenção primária de saúde, articulada ou não com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem se defrontado, em seu cotidiano, com os desafios da violência. Seja a violência como barreira de acesso, seja os agravos psicossociais decorrentes de violência doméstica, violência armada, conflitos entre grupos pelo controle de territórios, comportamentos violentos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas. A criminalização do consumo de drogas contribui para a manutenção de um mercado clandestino, sustentado pela violência armada e corrupção policial. Neste cenário, a intervenção psicossocial tem valor inestimável, porém apresenta desafios que necessitam ser mais adequadamente compreendidos e descritos. (DELGADO, 2013, p. 95)

Os desafios das ações e serviços de saúde mental em territórios marcados por contexto de violência urbana vem se consolidando como tópico importante a ser avançado na agenda de estudos sobre violência e suas conexões com o campo da saúde pública.

3.2 A VIOLÊNCIA COMO DESAFIO PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Partindo-se do pressuposto de que a atenção psicossocial é uma clínica do território, que se constrói em um labor permanente na relação com o território (DELGADO, 2007), este tópico tem como objetivo discutir os desafios impostos pela violência para o campo da atenção psicossocial.

Ao interrogar a inserção da temática da violência nas produções bibliográficas no campo da saúde, realiza-se uma revisão bibliográfica e propõe-se um recorte teórico do tema no campo da violência social e mais especificamente da violência urbana. A partir desse ponto apresenta-se uma revisão bibliográfica narrativa sobre o tema “violência urbana” no campo da atenção psicossocial. A revisão foi realizada em janeiro de 2019.

Para Costa-Rosa e Yasui (2008) e Vasconcelos (2010) as abordagens psicossociais são aquelas que articulam os fenômenos psicológicos com as outras dimensões da vida, sem reproduzir práticas terapêuticas propostas pelas abordagens clínicas convencionais, considerando o contexto histórico, os lugares e territórios. Adotaremos essa definição para circunscrever o campo da atenção psicossocial.

Para realizar o mapeamento da produção bibliográfica sobre o tema violência urbana e atenção psicossocial foram escolhidas duas grandes plataformas de periódicos: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca virtual em saúde (BVS). A escolha das bases de dados justifica-se por aglutinarem parcela significativa de periódicos brasileiros indexados. Ambas possuem grandes quantidade de textos integrais e de acesso gratuito. SciELO (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca multidisciplinar, enquanto que a BVS (Biblioteca virtual em saúde) é um índice, que abrange exclusivamente a produção em ciências da saúde. Em ambas as plataformas a pesquisa foi feita com o recorte geográfico “Brasil”.

O período pesquisado foi de 1995 a 2019. A escolha do recorte temporal longo para as publicações justifica-se pela adoção como marco temporal pela publicação da resolução WHA49.25, de 1996 (World Health Assembly [Assembleia Mundial da Saúde]), que declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública.

Os metadados pesquisados utilizando o sistema MeSH foram “Saúde Mental” e equivalentes de um lado, e “Violência urbana”, de outro. A escolha da área temática do Web of Science (WoS) privilegiou as áreas referentes as profissões que atuam nos CAPSs e seus enquadramentos dentro de campos de pesquisa relacionados no meio acadêmico.

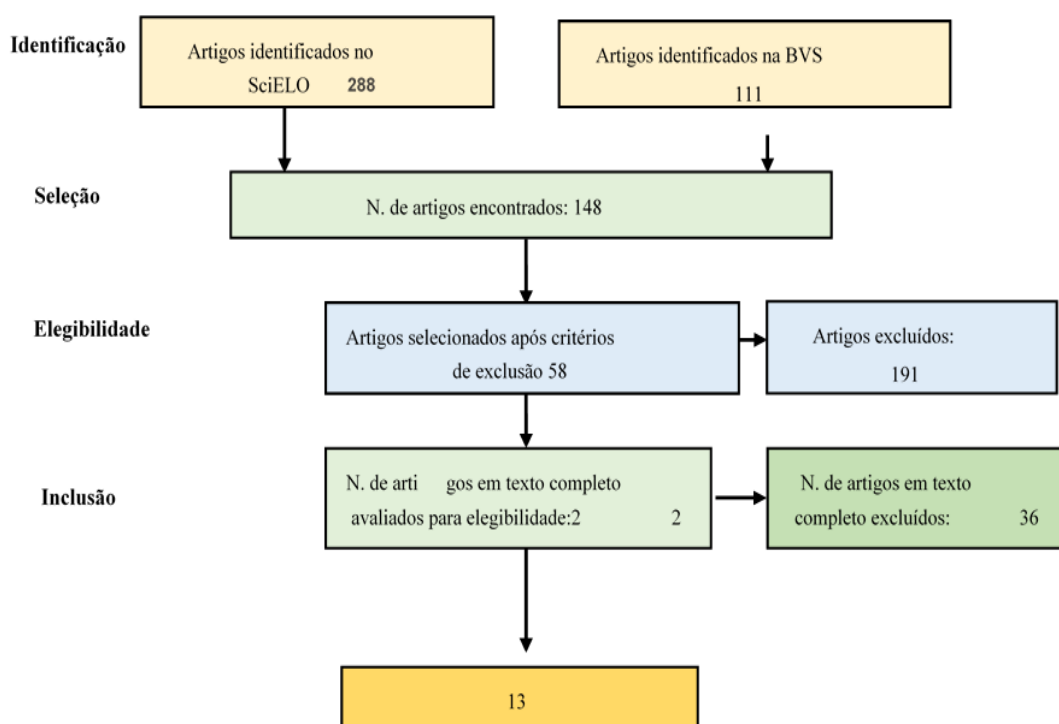
O grupo de área temática relativos à Saúde Mental e equivalentes foi composto por 21 áreas do conhecimento: Saúde pública, ambiental e ocupacional; Políticas e serviços de saúde; Enfermagem; Psicologia, multidisciplinar; Sociologia, Psiquiatria, Psicologia, Ciências e serviços da saúde; Medicina, geral e interna; Educação especial; História e filosofia da ciência.

Foram encontrados inicialmente 288 trabalhos na base SciELO e 111 na BVS. Foram considerados apenas artigos originais e revisões publicadas em português. Os artigos passaram por leitura do resumo e posterior filtragem pelos seguintes critérios de exclusão: (a) itens em duplicidade, ou seja, os artigos repetidos foram considerados apenas uma vez, as duplicadas foram descartadas; (b) trabalhos que, apesar de conterem ambos os descritores, não foram classificados como relevantes para a proposta desta pesquisa, por pertencerem a áreas do conhecimento não afins (por exemplo: violência psicodélica no cinema; psicopatologia nas histórias em quadrinhos); (d) estudos que não tratavam de população brasileira nem de contexto brasileiro. Artigos que versavam sobre a saúde em geral, mas não tratavam especificamente sobre do tema violência e saúde mental (Por exemplo: Artigos sobre consolidação do SUS de maneira geral). Dos artigos excluídos pelos referidos critérios, restaram 248 artigos.

Nesse ponto excluímos artigos que relacionam exclusivamente o tema saúde mental a outras formas de violência, e/ou seus efeitos, desconsiderando a violência urbana. Por exemplo: Artigos que tratam exclusivamente do tema violência psiquiátrica, violência doméstica, violência no contexto escolar sem se referir à violência urbana; excluímos estudos sobre diagnósticos, formas de tratamento ou validação de instrumentos relacionados à violência que não fazem referência à violência urbana. É importante destacar que nos referidos critérios estão incluídos artigos que fazem referência à violência urbana e saúde mental de forma secundária no resumo. Restaram 58 artigos.

Na segunda etapa de seleção realizamos a leitura integral dos artigos incluídos até então. Adotamos como critério de exclusão a apresentação do tema violência urbana e saúde mental como figura ou fundo do artigo. Para ser incluído o artigo precisava tratar como tema um outro assunto em algum aspecto geral ou específico, não podendo incluir o tema violência urbana ou saúde mental de forma lateral. Por exemplo: Excluimos artigos que tratavam do processo de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e incluíam violência urbana e saúde mental como tópicos a serem considerados. Adotando os referidos critérios chegamos a apuração de 22 artigos.

Tabela 1. Revisão bibliográfica de artigos



A revisão surpreende pelo número pequeno de artigos encontrados. Cabe fazer uma análise geral dos artigos, destacando pontos que são frequentemente citados para relacionar o tema violência urbana e saúde mental.

O primeiro ponto a ser destacado na revisão refere-se aos artigos que tratam da correlação entre violência urbana como agravamento para a saúde mental. Diversos relatos científicos associam a exposição à violência urbana a vários problemas de saúde mental, incluindo suicídio, abuso de substâncias, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ver *Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A, (2007)*.

O modelo do TEPT constitui a via principal de abordagem do tema da violência pela Psiquiatria e Epidemiologia. Na revisão realizadas encontramos estudos no contexto brasileiro: LUZ, MARIANA PIRES ; COUTINHO, EVANDRO S. et al (2016); RIBEIRO, Wagner Silva, MARIA, Jair de Jesus, Quintana, Maria Inês, et al (2013); B.; RIBEIRO, Wagner Silva; QUINTANA, Maria Inês Soares (2009), entre outros. Os estudos sobre TEPT tem no geral objetivos delimitados a prevalência dos agravos englobados pela definição do transtorno, com abordagens farmacológicas e psicoterápicas para o tratamento. Trata-se de uma contribuição relevante, com a qual se deve dialogar na construção da agenda da Saúde Mental & Violência (DELGADO, 2012). No entanto, os estudos levantados na revisão bibliográfica não fazem correlação entre a violência urbana e os agravos psíquicos considerando o contexto social e histórico dos territórios e restringem-se a descrição psicopatológica e estudos estatísticos. Portanto, embora se relacionem com o campo da saúde mental não estão inscritos no campo para o qual a proposta de estudo dessa dissertação se insere: o campo da atenção psicossocial.

O segundo aspecto a ser destacado para o levantamento bibliográfico, consiste nos artigos que fazem referência à violência urbana em conexão com a Atenção primária em Saúde (APS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A revisão deixou claro o consenso de que a Rede de atenção às vítimas de violência urbana precisa ser constituída, dimensionada e articulada, a partir da realidade do território envolvendo as equipes de Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVS) e Rede de atenção Psicossocial (RAPS).

A APS, denominada Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil, configura-se como a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhoria dos indicadores de saúde. No contexto brasileiro, grandes esforços têm sido efetuados para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, principalmente com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais recentemente, da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A APS constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (Sousa MF, 2008). Pensando nas implicações da violência urbana no cotidiano dos serviços de APS e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), diversos artigos apresentam a discussão em torno da questão da violência urbana. O formato da revisão aqui apresentada limitou-se aos artigos circunscritos a ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado em saúde mental. Para um panorama do tema, na perspectiva geral da ESF, ver Machado CB, Daher DV, Teixeira ER, Acioli S (2006).

A violência urbana é um desafio que tem impactado diretamente APS e a RAPS por conta da localização territorial dos equipamentos em áreas de vulnerabilidade e da maior interação dos trabalhadores com situações que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança. E, no que se refere ao aspecto assistencial, ao funcionamento das ações assistenciais em saúde mental. Ficou evidenciado que a mesma repercute nas diversas práticas de cuidado em saúde mental na APS e esta realidade encontra pares em diferentes centros urbanos, como aponta a literatura acessada nessa revisão. Ver PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos et al, 2017. A violência urbana se concretiza nestes espaços principalmente através de intensos tiroteios e conflitos entre policiais e traficantes. A violência é citada como barreira de acesso em uma realidade constante de violência das comunidades (BENICIO, L. F. S.; BARROS, J.P.P, 2017). As regras de acesso, impostas por facções ligadas ao tráfico de drogas e armas, inibem a entrada de profissionais de saúde que não moram nas comunidades, comprometendo a visita domiciliar das equipes de ESF e, ao mesmo tempo, prejudicam a circulação de alguns moradores até o território onde a UBS está instalada. Os artigos apontam que esta violência repercute de diferentes formas nas práticas de cuidado, de modo que as UBS ofertam ações de

acordo com as condições diárias de cada território (KEBIAN; CECCHETTO, F. 2017).As diferentes atividades externas, como visitas domiciliares ou Consultório na Rua, são diretamente comprometidas com o fenômeno da violência, assim como as atividades internas, como consultas, entre outras, ficam também comprometidas pela violência, que limita o acesso. Evidencia-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento dos eventos de violência nesses cenários, bem como a criação de espaços de discussão sobre esses eventos em parceria com os gestores, associação de moradores, sociedade civil e outros setores como educação e justiça, para que, coletivamente, e de maneira intersetorial e interdisciplinar, se construam estratégias eficazes para o enfrentamento da violência urbana nestes territórios (Fiuza TM, Miranda AS, At al . 2011).

A questão do uso abusivo de drogas associado a vulnerabilidade aparecem frequentemente como questão nos artigos sobre violência urbana e APS. Ver Fiuza, TM; Ribeiro, at al (2011) e GONÇALVES, H. C. B. ; QUEIROZ, M. R. ; Gonçalves HCB, Queiroz MR, Delgado PPG. (2017).Seja tratando de intervenções da ESF pelas equipes mínimas, seja através dos Núcleos de Apoio a saúde da família NASF e Consultório na Rua.

Os artigos sobre APS e RAPS levantados chamaram a atenção para um outro importante tópico que concerne ao registro da violência para o campo da saúde: A notificação de violência. O referido registro foi inserido no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2009 e, em 2011, quando passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Atualmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional encontra-se regulamentada na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Além de revogar a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, esta Lista repetiu a notificação de violência. Tais medidas permitem obter informações sobre incidentes violentos envolvendo pessoas que foram assistidas no sistema de saúde e universaliza a notificação para todos os serviços de saúde (CERQUEIRA D, COELHO DSC, FERREIRA H; 2017). As notificações não especificam agravos de saúde mental e a avaliação de notificações em serviços

específicos de saúde mental não foram encontradas em nenhum artigo na presente revisão.

Encontramos na presente revisão apenas dois artigos que tratam do tema no âmbito da RAPS especificamente. Ver MITKIEWICZ, F. S.; VALENCIA, E.S; DAHL, C.; Maria Tavares Cavalcanti (2011) VALADARES, Fabiana Castelo; SOUZA, Edinilsa Ramos (2014). Ambos os artigos tratam do cotidiano do CAPS diante da violência urbana, os impasse e estratégias. Enfatizam a dimensão do problema do desafio da violência para o campo da atenção psicossocial, bem como sinalizam a construção de apoio para as ações psicossociais, inclusive com parcerias informais no território para além do campo institucional.

A revisão leva a concluir que estudos indexados que sistematizem as estratégias para acompanhamento de vítimas de violência urbana no âmbito da APS e da RAPS são escassos. Embora exista uma longa trajetória do tema da violência no âmbito da saúde mental, da inserção dos CAPS nos territórios, do enfrentamento das ressonâncias da violência no cotidiano dos serviços e da assistência às vítimas de violência.

3.3– VIOLÊNCIA, TERRITÓRIO E COTIDIANO: INTERCESSÕES.

A proposta de dissertação parte da hipótese de que o cotidiano do CAPS III MSS na Rocinha é atravessado por ressonâncias violência no território. Cabe explorar as intercessões entre esses três conceitos: violência, território e cotidiano.

O cotidiano é um operador na atenção psicossocial. Especialmente em relação ao CAPS, o cotidiano vem sendo sublinhado como elemento fundamental na Reforma psiquiátrica, tanto pela importância clínica para reparação psíquica, quanto para a estratégia institucional. Pois é no cotidiano que “a Reforma Psiquiátrica inventa permanentemente suas ações, que se produzem os encontros com o drama de existir, que se constroem as estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo”

(YASUI S. 2010. p 119). Goldberg (1998) destaca a importância do cotidiano na atenção psicossocial, ressaltando-o e reconhecendo-o como instância clínica, a partir da qual a atenção psicossocial pode ser estruturada:

É preciso, portanto - se queremos reconhecer e trabalhar com o cotidiano desses pacientes - abordá-lo como instância construtiva, cuja estrutura de repetição não cessa de organizar mundos de vida, ou de permitir a eles a superação contínua de estados drásticos de dilaceração do aparelho psíquico. Mas cumpre observar desde já que, ao reconhecermos o cotidiano como instância simbólica de reconstrução contínua para o paciente, não poderíamos reduzi-lo a uma espécie de pano de fundo da doença, servindo-nos dele para aferir resultados de estratégias de tratamento. Ainda que uma das contribuições secundárias na consideração do cotidiano possa ser esta, não se pode obliterar que o interesse principal da estratégia terapêutica não é propriamente investigá-lo como 'meio' conduzindo a certos 'resultados' pré-fixados, mas conhecê-lo e talvez ampliá-lo como único espaço simbólico que de fato resta a esses pacientes, afluindo, além disso, como uma interface expressiva que lhes permite resgatar-se culturalmente (GOLDBERG, 1998, p.133)

O cotidiano é um aspecto que marca o CAPS, sendo ele “O lugar onde a vida acontece, constituído de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos orientados pelos interesses de seus protagonistas” (LEAL e DELGADO, 2007, p. 144). Nesse sentido os CAPS devem ser mais do que estabelecimentos de saúde, sendo entendidos principalmente como um modo de operar o cuidado. Ainda em Leal e Delgado (IDEM) a noção de território aparece atrelada ao conceito de cotidiano. Para os autores “as atividades realizadas dentro do CAPS ganham sentido porque estão articuladas com a vida fora do CAPS” (IBIDEM,p. 150).

O cuidado cotidiano com o usuário na comunidade não é simples. Os desafios são inúmeros. A saída de um indivíduo de uma crise ou outras situações de vulnerabilidade, requer um intenso trabalho de agenciamento no território, que vai desde o resgate de laços sociais fragilizados até a aquisição de direitos sociais que possibilitem sua sobrevivência fora da instituição hospitalar. Sustentar a vida do usuário no território muitas vezes requer a construção de redes informais de cuidado e suporte na comunidade, frequentemente tecidas junto com vizinhos, familiares de outros pacientes e mesmo usuários. Por essa razão, muitas vezes o território caracteriza os modos de atuação no cotidiano dos serviços (YASUI, 2010).

Território é um conceito essencial, é o território do Milton Santos, não o território que vai da rua a rua tal. É o território vivo, como força

viva, como interação... Acho que é preciso investir muito mais no sentido de recuperar a força do território para o Caps, fazer do Caps um dispositivo territorial (DELGADO, 2016, p.32).

Dessa maneira, evitando noções hierarquizantes do cuidado em saúde mental, pois o território não deve ser confundido, por exemplo, com distritos de saúde, área programática ou mesmo um bairro. Um mesmo bairro pode conter diversos territórios. O conceito de território em saúde mental diz respeito ao local de ação clínica e psicossocial.

Delgado (1999) afirma que “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (p.52 ?). Apesar dos diversos significados da palavra território, no campo da saúde mental reflete o espaço vivido, constituído, fundamentalmente, pelas pessoas em suas relações, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e seus cenários, composta de laços sociais.

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASI, 2004, p. 11)

A definição de território na saúde mental, a partir da geografia crítica de Santos (2002), nos possibilita compreender as intercepções entre espaço físico (área de abrangência) e território como local em que acontecem interações sociais, para, em seguida, debater os fatores que fazem do CAPS um possível serviço territorial. Para Santos (idem), o território é dinâmico, vivo, formado por inter-relações. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (SANTOS, idem, p.84).

Nessa concepção o território não é uma paisagem estática e tem papel fundamental na vida das pessoas e das populações, englobando tanto as delimitações físicas em determinada área, como aquelas produzidas pelo próprio

homem. Portanto, território não constitui somente um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. Santos (2005) aponta-nos, portanto, a interdependência entre diversos fatores (modo de produção, formação social e espaço), caracterizando o território como algo dinâmico: “o espaço não é uma simples tela de fundo inerte e neutro” (p.30). Temos, assim, o espaço geográfico como um produto sócio-histórico, como espaço habitado, em suma, como “espaço humano” (IBIDEM, p.119). O território é caracterizado, portanto, pelos aspectos físicos e dinâmicos, não sendo possível confundilo apenas com sua forma.

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (SANTOS, 2002, p.84)

O CAPS III MSS possui uma área de atuação, atendendo a uma determinada população, mas não é apenas o aspecto físico que delimita o CAPS como um serviço territorial, sendo marcante, também, a integração dos aspectos dinâmicos, que configuram o espaço como estrutura social, em sua “inércia dinâmica” (SANTOS, 2012). Desse modo, o CAPS MSS está localizado em um determinado bairro, atendendo uma população que integra uma área de abrangência. São esses os aspectos formais - por um lado, inertes, mas, por outro, dinâmicos - que constituem o território do CAPS. Já que, tanto as delimitações físicas do espaço onde o CAPS atua, quanto sua dinâmica, constituem o fio condutor da interação entre seus atores (equipe, usuários, familiares e etc) e o território. Por tanto, o território, se coloca como espaço que pressupõe a dinâmica como fator preponderante no processo de constituição do cotidiano do CAPS.

O território não nos garante nada. O território é um desamparo absoluto. Ele está fora daqueles lugares que nos asseguram o exercício da clínica naquelas tradições nas quais fomos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência. O território é, ao mesmo tempo, aproveitando a lembrança inevitável do Guimarães Rosa, o território... “é o mundo”. Se o território é o mundo, se o território é o sertão, ele tem que ser apropriado

permanentemente. Esta apropriação é a clínica. Esta apropriação não se dá como uma condição para a clínica. Ela é a clínica mesma. Porque é nesse lugar do território que construiremos o espaço, o lugar social da loucura. (DELGADO, 2007,p.7)

A favela da Rocinha, território de localização do CAPS III MSS, é marcada pelo contexto de violência urbana. A favela é há décadas atingida por conflitos armados constantes entre polícia e facções criminosas. A percepção da violência urbana na vida cotidiana talvez seja um dos mais importantes fenômenos sociais deste início de século (BURGOS, 2008). O contexto do território de atuação do CAPS MSS se inscreve no contexto específico da violência urbana das favelas do Rio de Janeiro. Esse contexto por sua vez não pode ser separado das contingências históricas que demarcam o fenômeno da violência na atualidade.

A violência é um tema polissêmico, tanto na perspectiva da saúde conforme abordamos no primeiro tópico desse capítulo (Tópico 1.1), quanto no ponto de vista das ciências sociais. Existem diversas narrativas sobre a violência, métodos de estudo e abordagens. Nessa dissertação sigo a perspectiva proposta por Machado da Silva (2008, p.35) de tomar o tema da violência urbana como uma representação coletiva, ou mais especificamente, uma representação de práticas – ameaças de saque à propriedade privada e à integridade física – e de modelos de conduta subjetivamente justificados. Assim como Machado da Silva, partirei da noção de que a violência urbana é uma construção simbólica que “constitui o que descreve”. Ou seja, um conjunto do entendimento do senso comum que consolida e confere sentido à experiência vivida nas cidades – como indivíduos isolados ou em ações coletivas – consideram mais apropriado nas diversas situações adversas em que atuam.

Adorno (2010) aponta para a violência como um processo cotidiano cada vez mais presente na sociedade contemporânea. A violência não é a mesma de um período histórico a outro e em diferentes contextos sociais e territoriais. A violência possui diferentes configurações em contextos históricos diferentes. Para Wiewiorka (1997) as transformações recentes, a partir dos anos 60 e 70, são tão consistentes que elas justificam explorar a noção de um novo paradigma da violência, que caracterizaria o mundo contemporâneo e se diferenciaria dos desenhos sociais anteriores. Quer se trate das manifestações objetivas do

fenômeno e suas representações, ou da maneira como as ciências sociais o abordam.

Na América Latina, tal fenômeno chama especial atenção, pois a região concentra os mais elevados níveis de violência urbana do mundo (KOENDERS; KOONINGS, 2012, p. 1). Das dez cidades mais violentas do mundo, citadas pelo UNODCS Global Study on Homicide (2013), apenas duas são encontradas fora da América Latina.

O novo paradigma da violência nas cidades latino-americanas consiste em uma violência insólita, que já não aponta mais para as consequências sociais de regimes discricionários, convulsões sociais e guerras civis do momento histórico anterior. O que caracteriza o novo paradigma da violência na América Latina é seu lugar em sociedades democráticas, onde há estados nacionais consolidados e em que a disputa por poder político ou de posições ideológicas, centradas no Estado, suportariam contradições sem conflitos armados amplos ou de legitimidade reconhecida. Não se trata de uma guerra conflagrada por interesses binários: conflitos entre poderes paralelos ou disputa entre estados e organizações criminosas. Nessa perspectiva, a violência na América Latina contemporânea é constituída por um conjunto muito mais amplo de atores, formas e interesses diversos e convivem com estados democráticos. (KOONINGS, KEES; KRUIJT, DIRK, 2004, P. 8). No Brasil, diversos autores (CANO, 1999; C. BEATO, 2012; ADORNO, 2002; SOARES, 2005; ZALUAR 2005; VELHO e ALVITO, 1996; MISSE, 2006; MACHADO DA SILVA, 2008;) vêm estudando o fenômeno da violência urbana e sinalizando a crescente percepção do agravamento da violência nos grandes centros urbanos. No estado do Rio de Janeiro, especialmente, inúmeros estudos indicam que a quantidade de crimes violentos praticados cresceu significativamente a partir dos anos 1980.

Misse (2011) aponta que a taxa de roubos com violência registrada pela polícia no Rio de Janeiro passou de 263 por 100 mil habitantes, em 1980, para 830 por 100 mil habitantes, em 2009. As taxas de homicídio também aumentaram significativamente passando de dez por 100 mil, na década de 1950, para 25 por 100 mil, na década de 1970 e alcançaram 50 por 100 mil habitantes, nos anos 1980. Entre 1980 e 2007, aproximadamente 200 mil pessoas foram assassinadas só no estado do Rio. E, como aponta o autor, há “um consenso entre os especialistas de que parte significativa desse aumento relaciona-se ao tráfico de

drogas a varejo em favelas e outras áreas urbanas de baixa renda” (MISSE, 2011, p.14).

A cidade do Rio de Janeiro, ver BRITO, BLANK E VILLAR, (2013) apresenta historicamente, nas estatísticas de violência, a polícia que mais morre e mais mata no Brasil, coincidindo em números de óbitos com áreas em estado de guerra declarada. A escalada da violência se dá fundamentalmente entre as décadas de 1980 e 1990. Em 1990 a cidade e região metropolitana do Rio computaram 62,2 homicídios por 100 mil, 70,6 em 1995. A violência tomou uma proporção para além dos limites de controle do estado e a resposta dada pelo estado foi o recrudescimento drástico da repressão.

O crescimento da violência urbana na cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana parece estar associado a mudanças na economia internacional da venda de drogas, mais especificamente da cocaína, que associou a já consolidada cadeia produtiva da maconha (MACHADO DA SILVA, 2010). A segregação territorial histórica das favelas propiciou que essa subdivisão do tráfico internacional, relacionada ao comércio de drogas a varejo, tivesse um de seus principais canais concentrado nesses “territórios da pobreza” (MACHADO DA SILVA, idem). Desse modo, as favelas cariocas converteram-se em ponto de partida de operações do crime violento relacionado ao ponto de concentração e varejo da venda de drogas e suas disputas.

Desde a década de 1980 as facções criminosas centrais do tráfico de entorpecentes no Rio de Janeiro – que emergiram nos presídios durante a ditadura militar – consolidaram-se nas favelas cariocas e passaram a disputar esses territórios. A disputa entre facções levou a uma trágica “corrida armamentista” que elevou para outro patamar a violência armada nas favelas.

A expectativa do Comando Vermelho era a de oligopolizar o mercado a varejo das drogas em todo o estado do Rio de Janeiro, mas ainda em meados dos anos 1980 surgiu outra organização, intitulada “Terceiro Comando” (TC), que passou a disputar violentamente os territórios com o CV. Iniciou-se, assim, uma corrida armamentista entre os dois comandos pela posse das armas mais eficientes e letais, capazes de garantir seja a manutenção do controle dos pontos de venda, seja sua expansão para outras favelas. Com isso, estruturou-se, em paralelo, o tráfico de armas de guerra (fuzis AK-47, AR-15, metralhadoras de uso reservado das Forças Armadas, granadas, armas antiaéreas, bazucas etc.). Havia também os traficantes que controlavam áreas que se consideravam “independentes” dos dois comandos. Com o tempo, dissidências surgiram e criaram-se novas

facções a partir de meados dos anos 1990 (Comando Vermelho Jovem (CVJ), Amigos dos Amigos (ADA) e Terceiro Comando Puro (TCP), elevando a disputa com o Comando Vermelho (CV) a níveis de violência inéditos na cidade).(MISSE, 2011, p. 19).

Machado da Silva (2010) destaca que a narrativa mais largamente difundida no Rio de Janeiro, compreende que as favelas seriam o território da violência e a população ali residente conivente com os agentes das traficantes de drogas. O discurso público dominante explica a “violência urbana” através da “metáfora da guerra”.

A representação do Rio de Janeiro como “uma cidade em guerra” foi gestada a partir de uma série de episódios violentos (arrastões, assaltos, sequestros, tiroteios, “balas perdidas”, chacinas, rebeliões em presídios e instituições de jovens infratores, paralisações do comércio, escolas e serviços públicos por ordens de bandidos, muitas vezes emitidas do interior de prisões de “alta segurança”), que produziram um forte sentimento de insegurança diante das crescentes ameaças à integridade física e patrimonial de seus habitantes. (LEITE, 2012.p. 379)

A violência não exerce uma força paralela, mas associada ao estado e seus agentes de repressão. A reprodução e consolidação das facções criminosas pode ser relacionada com acordos e trocas políticas com agentes públicos, dos quais os agentes de repressão– que detêm o uso legal das armas e de informações estratégicas – constituiriam um dos principais tipos.

Diferentemente do jogo do bicho, que pratica o “arrego” (acordo negociado) ou mesmo a cooptação de agentes públicos para sua folha de pagamento, policiais do Rio passaram a praticar o “arrego” (extorsão) sobre os traficantes de drogas, impondo trocas políticas assimétricas e praticamente compulsórias. (...) Sem essas mercadorias políticas, torna-se difícil compreender as relações entre violência, organizações criminosas e lucros nos mercados ilegais brasileiros” (MISSE, 2011, p. 23). Ao passo em que as facções criminosas foram expandindo, se consolidando e se estabelecendo nas favelas do Rio de Janeiro e ali se expandiram, esses territórios passaram a ser percebidos “como o abrigo de criminosos que interrompem, real ou potencialmente, o cotidiano que constituem a vida ordinária na cidade” (MACHADO DA SILVA, 2010, p. 297). E as favelas deixaram de ser tematizadas na “linguagem dos direitos” e passaram a ser processadas na “linguagem da violência urbana”.

A simplificação e o reducionismo de uma linguagem que restringe o tratamento dos problemas (no caso, a manutenção da ordem pública) a uma guerra contra atividades que perturbam o prosseguimento rotineiro da vida social. E que atribui a culpa a um segmento – os moradores dos territórios da pobreza e, mais especificamente, os favelados –, o qual, a partir de sua criminalização, tornase o tipo ideal do Outro que precisa ser afastado a qualquer preço. Em decorrência, convergem para os aparelhos policiais demandas de recomposição de uma ordem social tida como ameaçada. Cresce o clamor por uma ação “dura” – isto é, ilegal –, de modo que a única possibilidade de evitar a contaminação moral de todo o sistema, preservando os aspectos institucionalizados do conflito social, é deixar a “dureza” da repressão ao arbítrio da polícia. (Machado da Silva, 2010, p. 293).

Dessa forma, a ação violenta dos aparelhos de repressão do estado passou a voltar-se não tanto ou exclusivamente a nichos sociais pobres ou na repressão focada às facções criminosas estabelecidas, e mais ao controle e segregação territorial dos territórios urbanos tidos como ameaçadores. Dessa maneira, passou-se a instituir “o círculo de ferro que redesenha o espaço da cidade, na formulação dominante, a partir da relação entre violência urbana e ‘sociabilidade violenta’” (MACHADO DA SILVA, 2010).

Dessa forma, o caráter forma, o caráter autoritário e violento da polícia sobre as populações de baixa renda e seus locais de moradia (favelas, morros, conjuntos habitacionais e posses) são vistos como atos normais, por grande parte da sociedade, dos meios de comunicação e dos agentes responsáveis pela segurança do Estado, reproduzindo o discurso de que bandido e favelado são sinônimos. A "metáfora bélica" ganha apoio de diferentes setores da sociedade e justifica todo o tipo de violência. (FERRAZ, 2007-2008, p. 200) No novo desenho do seu território urbano, o Rio passou a ser representado como uma “cidade partida” (VENTURA, 1994) na qual, de um lado, estão as facções ligadas a comércio varejista fixo de entorpecentes, situados nos territórios das favelas. Do lado oposto estão os cidadãos e as organizações policiais impondo (por delegação dos “cidadãos de bem”) a redefinição das favelas como “complexos” territoriais a serem militarmente combatidos e confinados (MACHADO DA SILVA, 2010, p. 298). Desse modo, configurou-se, especialmente a partir dos anos 1990, o desenho da violência social no território urbano do Rio de Janeiro como uma guerra (LEITE, 2012), no qual o mecanismo central de repressão do estado passou a ser baseada em invasões militares realizadas em favelas “dominadas” por facções do tráfico de drogas. Em função do caráter territorial das facções

responsáveis pela venda a varejo de drogas, as políticas de segurança pública do Rio de Janeiro, tenderam a fundamentar como principal abordagem a tática de enfrentamento pontual dos criminosos nos territórios, visando efetuar, com regularidade, prisões, apreensões de armas, dinheiro e drogas (MISSE, M. ; GRILLO, C. C. ; NERI. 2015). Mesmo quando conduzidas investigações fundamentadas no trabalho de inteligência investigativa, faziam-se presentes as operações policiais de incursão para a execução dos mandados de busca e apreensão. E quando essas operações de incursão têm início e a polícia invade o território da favela, ocorrem confrontos entre policiais e traficantes, e os moradores ficam à mercê do fogo cruzado no confronto.

O resultado dos confrontos compõe expressivo número de mortes em ‘autos de resistência’, de supostos traficantes por policiais, durante operações realizadas em favelas. Essas mortes não são só toleradas, mas muitas vezes desejadas e premiadas em políticas públicas. A questão de agravou de tal maneira que as taxas de mortalidade por autos de resistência superaram as de homicídio doloso no ano de 2007 (Cardoso FLMG, Cecchetto FR, Corrêa JS, Souza TO., 2016). Cabe aqui apontar que os autos de resistência são caracterizados como homicídios cometidos por policiais em situação de confronto.

O fenômeno da violência urbana nas favelas é relativamente recente. Mas sua posição de espaço urbano subalterno na cidade não é. Vem desde sua emergência no espaço urbano, há mais de um século (VALLADARES, 2005; ZALUAR; ALVITO, 2004), as favelas sempre foram vistas como uma espécie de entojó que ameaçava a organização social do espaço urbano (MACHADO DA SILVA, 2002). Por outro lado, inicialmente ao longo do último século a favela era vista como um espaço de excluídos e não espaço de adensamento da violência urbana. No entanto, os atributos que compõem o conteúdo do que é definido como “o problema favela” sofreram uma significativa metamorfose a partir dos anos 1980. O crescimento vertiginoso e avassalador da violência urbana alterou drasticamente o lugar das favelas no imaginário da cidade (MACHADO DA SILVA, 2008). Com a expansão do tráfico de entorpecentes, o aumento das guerras entre diferentes facções criminosas e os conflitos entre esses grupos criminosos e a polícia, houve uma superposição do “problema da segurança” com o “problema das favelas”. Na percepção social dominante, a contigüidade territorial com criminosos violentos transforma todos os moradores de favela em

cúmplices, coniventes ou eles próprios potenciais criminosos (ZALUAR, 1985; MACHADO DA SILVA e LEITE, 2004)

O crescimento vertiginoso da violência reforçou o estigma secular sobre as favelas e teve profundo impacto sobre a vida dos moradores, entre outras consequências negativas, serviu de justificativa para a violência policial sistematicamente praticada contra essa população (ROCHA, L. M, 2008). Nesse sentido, o governo Marcello Alencar, em 1995, adotou como política pública a premiação para os policiais que participavam de grandes operações. Uma verdadeira política de execução, consubstanciada na figura de premiação por bravura e bônus por produtividade, concedida aos policiais que participavam em operações em áreas pobres da cidade. O número de homicídios e auto de resistência subiu tão drasticamente que o bônus foi apelidado de "gratificação faroeste" (BRETAS, 1997). No mesmo período diversas chacinas realizadas por grupos de policiais vem à tona. Dentre as mais emblemáticas destaca-se o sequestro e execução de 11 meninos no bairro de Acari, em 1991, por um grupo de polícias conhecidos como Cavalos Corredores, que posteriormente, em 1993 invadiram a favela de Vigário Geral, assassinando 21 pessoas na famosa chacina de Vigário Geral. As violências nas favelas tomaram as manchetes dos noticiários. Os conflitos armados entre policiais e traficantes geram uma escalada alarmante de mortes por armas de fogo nos territórios favelados. A violência passou a ser banalizada como efeito colateral tendo em vista que nesse tipo de ação policial, o extermínio acabou tornando-se uma das estratégias para a vitória do inimigo, já que "com facilidade" é "aceitável que situações excepcionais – de guerra – "exigiam "medidas também excepcionais e estranhas à normalidade institucional e democrática" (LEITE, 2012, p.379). Nesse sentido, podemos afirmar, portanto, que, "a polícia passou a adotar cada vez mais uma política de extermínio" (MISSE, 2011), dos operadores (na maior parte das vezes, mas não exclusivamente) responsáveis pelo funcionamento do varejo de droga tendencialmente localizadas nos "territórios da pobreza" (IDEM, 2011, p. 286) Leite (2012) destaca que comumente, são considerados cidadãos, nesse contexto, aqueles que são "trabalhadores, eleitores e contribuintes e, nesta qualidade, pessoas de bem, honradas, para quem a segurança é condição primordial para viver, produzir, consumir".(IDEM, p. 379) O mesmo autor ainda destaca que a

construção e operacionalização da “guerra” contra as favelas “envolve uma modelação do mandato policial nesses territórios, que libera os agentes do Estado para irem além da ‘força comedida’ que é sua atribuição constitucional, ou seja, para a utilização da ‘força desmedida’ (BRODEUR, 2004). Esse dispositivo atribui ao agente policial a prerrogativa de decidir quando, como e contra quem agir de forma extralegal, em um movimento discricionário e violento que não se submete à lei, ou melhor, que embaralha o legal e o ilegal, o legítimo e o ilegítimo (TELLES, 2010), e que é condicionada as ajuizamentos e ponderações individuais do agente, fortemente influenciado pelo contexto da ação e, neste sentido, pelos preconceitos associados à estigmatização das favelas e de seus moradores” (2012, p. 380).

É verdade que movimentos populares e a sociedade civil reagiram a escalada de violência nas favelas. No final dos anos 1990, emergiram iniciativas derivadas de organizações populares originadas nas manifestações anteriores, como reivindicações por justiça feitas pelas “Mães de Acari” e os familiares das vítimas de Vigário Geral. Nesse contexto, surgiram novas narrativas que contrastaram com o imaginário na favela como lugar exclusivamente ameaçador, trazendo à tona novos atores sociais que descrevem sua própria realidade nesse território, ao mesmo tempo em que se iniciam estudos, biografias e trabalhos acadêmicos propiciando o debate na academia (SOARES, 2015).

Assim é que, à medida que os episódios de violência física cresciam no Rio de Janeiro em frequência, intensidade e, sobretudo, em exposição na mídia, expressando o novo formato do crime violento apreendido a partir das metáforas da guerra (LEITE, 2001) e da “cidade partida” (VENTURA, 1994), esse tema passou a dominar os debates, as propostas de intervenção e as escolhas eleitorais subseqüentes. Nessa narrativa as favelas seriam o território da violência e a população ali residente conivente com seus agentes, os traficantes de drogas. Para Machado e Leite (2007) esse discurso público dominante apreende e explica a “violência urbana” através da “metáfora da guerra” e dos “mitos” que lhe são associados, variavelmente presentes no entendimento de diversos atores: cidade legal versus cidade ilegal, Estado dentro do Estado, conivência dos moradores de favelas com os criminosos, banalização da violência, etc. Esses “mitos” sustentam parte considerável que estrutura, atualmente, o “problema da violência” no Rio de

Janeiro e o horizonte das políticas públicas. Com efeito, a violência no início dos anos 2000 intensificou-se drasticamente. O estado passou a impor controle nesses territórios através da intensificação do confronto direto materializado nas políticas de incursões.

Desse modo, passou-se a se consolidar a política de confronto nos territórios das favelas. A violência e a insegurança passaram a tomar o cotidiano.

O cotidiano das favelas cariocas, nas últimas décadas, passou a fundamentar-se sobretudo pela eminência de tiroteios que pode despontar a qualquer hora nesses territórios. As manifestações violentas que atravessam o cotidiano da parcela da população que vive em favelas resultam da contiguidade territorial inescapável com as facções ligadas ao tráfico e com a atuação pouco previsível e quase sempre violenta da polícia.

[...]Embora a violência urbana seja uma característica geral da configuração social das cidades brasileiras que abrange, portanto, todo o seu território, é mais ou menos consensual que ela afeta mais direta e profundamente as áreas desfavorecidas, especialmente as favelas, provavelmente devido à forma urbana típica desses locais, em geral muito densos e com traçado viário precário, dificultando o acesso de quem não está familiarizado com eles e, portanto, favorecendo o controle pelos agentes que lograrem estabelecer-se neles. Os moradores destas áreas estão, mais diretamente submetidos à violência urbana [...] (MACHADO, 2004, p6).

A vida na favela sobre essas condições gera o que Machado da Silva e Leite (2008) chamam de “vida sob cerco”, isto é, um experimento de aprisionamento socioterritorial e político que provoca nos moradores de favelas uma intensa preocupação com manifestações violentas que impossibilitem o prosseguimento de seus cotidianos e dificultavam a manifestação pública de suas demandas. Tal experiência é produzida por uma série de “eventos fora de controle, em graus e intensidade muito maiores do que aquela que atinge o conjunto da população da cidade, igualmente asoberbada por episódios violentos que se repetiam sem cessar” (MACHADO DA SILVA; LEITE; 2008, p. 36). E um dos eventos pouco previsíveis que mais desestabiliza a rotina da população carioca, de um modo geral, e a dos moradores de favelas, em especial, são os tiroteios.

Não obstante a configuração da violência na favela, descrito e analisado por Cavalcanti (2008), Machado da Silva e Leite (2008), contudo, sofreu consistentes alterações desde o final de 2008. Para Menezes (2015), a “ecologia do sensível” da favela foi drasticamente alterada com a chegada da política de

pacificação, o anúncio de que a ocupação seria permanente e, em seguida, a inauguração das duas primeiras Unidades de Polícia Pacificadora do estado do Rio de Janeiro.

Na expectativa de sediar partidas da Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016, o Governo do Estado do Rio de Janeiro empenhou-se, desde 2008, na reformulação, por meio das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs), do formato da ação pública em regiões consideradas estratégicas para a segurança dos megaeventos. Uma cidade na qual há áreas controladas por grupos criminosos, policiais utilizam fuzis para combater a criminalidade comum e os tiroteios no espaço urbano foram incorporados ao cotidiano não poderia receber os referidos eventos sem passar por consideráveis transformações.

Nesse contexto, as UPPS (Unidades de Polícia Pacificadora) são dispostas como a nova política de segurança para as comunidades se constituindo como a principal estratégia de atuação do Governo Estadual com o objetivo de ocupar permanentemente as favelas do Rio de Janeiro, substituindo a lógica do enfrentamento das incursões.

Cerca de 37 comunidades foram ocupadas até o final de 2014. O ineditismo das UPP'S e os resultados positivos vinham consolidando o sucesso da nova política de segurança do estado. No entanto diversas denúncias de violência policial foram se conflagrando ao longo dos últimos anos, colocando em questão aspectos estruturais da política de pacificação. A socióloga Julita Lemgruber (2009), em entrevista para o Jornal do Brasil, sustenta uma visão crítica da política de pacificação:

Este processo desenvolvido pelo governo do Estado do Rio de Janeiro não abrange a totalidade do problema”, pois existem cerca de 1020 favelas em todo o Rio de Janeiro. Na opinião da especialista, o Governo não teria um efetivo que garantisse uma ocupação em todos os territórios dominados por gangues criminosas. Julita Lemgruber não acredita na política do confronto, para ela esta prática fracassou, embora ela não reprove a ocupação nas favelas, mas sim a falta de critério da polícia e seu histórico de truculência que manteve dezenas de pessoas inocentes sob sua mira. A questão que coloca é que “a política da violência, não diminui o problema, ao contrário faz aumentá-la em proporções muito maiores. (Jornal do Brasil, 22 de julho de 2009).

Com as UPPs, teve lugar uma inflexão na estratégia militar adotada para gerir as populações de algumas áreas, passando-se da política de guerra para a de

“pacificação” (LEITE, 2014). A Polícia Militar passou a ocupar de maneira estável e a policiar regularmente uma série de regiões antes controladas pelo tráfico, de modo que a contiguidade entre policiais e traficantes no espaço das favelas modificou os moldes de relação entre essas duas forças que se desenharam ao longo das três décadas anteriores, reconfigurando a geopolítica local. Segundo Menezes (2015), nas favelas ditas “pacificadas”, a contiguidade entre polícia e tráfico diminuiu a incidência de conflitos armados, mas aumentou as tensões latentes, substituindo o “regime de fogo cruzado” por um “regime de campo minado”, em que traficantes, policiais e moradores passaram a monitorar-se reciprocamente. Nesse novo contexto, moradores foram impelidos a acionar ora os traficantes ora os policiais para pedir autorizações, prestar queixas e cobrar soluções, precavendo-se para não se comprometerem com ou serem interpretados como informantes por nenhum dos lados. Mantém-se, portanto, neste regime como no outro, o cerceamento da manifestação pública de demandas dos moradores de favela, compondo a experiência a que Machado da Silva e Leite (2008) se referiram como “vida sob cerco”.

Os rearranjos de poder produzidos pelas UPPs introduziram novas tensões às dinâmicas criminais, em especial na relação entre traficantes e assaltantes. Durante os anos de expansão das unidades, traficantes buscaram reprimir a atuação de assaltantes para evitar uma ocupação ou possibilitar uma negociação com as forças ocupantes, o que possivelmente colaborou para a diminuição da incidência de roubos (GRILLO, 2016). Essa dinâmica parece ter se transformado novamente e são fortes os indícios de que hoje, após o fracasso das UPPs e a volta dos tiroteios no espaço das favelas (MENEZES, 2015), o tráfico tenha deixado de reprimir a atuação de ladrões e esteja, pelo contrário, participando do lucro dos roubos. Observa-se atualmente um significativo aumento de incidência e a mudança dos padrões de ocorrência dos crimes contra o patrimônio no Rio de Janeiro, que apontam para uma transformação em curso nos mercados criminais. Tenho argumentado, juntamente com Daniel Hirata (GRILLO e HIRATA, 2017), que a resposta a essa transformação tem pautado as recentes iniciativas de reforço na segurança pública, que culminaram com a intervenção federal. Argumentamos que uso da força pelo Estado tem visado principalmente garantir a posse e circulação de riquezas, em lugar de se empenhar em preservar a vida. Desde que as UPPs entraram em “crise” em meados de 2013, teve lugar também uma

intensificação das disputas armadas entre comandos criminais pelo controle dos pontos de venda de drogas em territórios de favelas, o que vem redesenhando as fronteiras geopolíticas entre as facções no Rio de Janeiro. Os Amigos dos Amigos (ADA), até pouco tempo a segunda mais importante facção do estado, perderam territórios para o Comando Vermelho (CV) e o Terceiro Comando Puro (TCP), estando à beira da extinção. E o Primeiro Comando da Capital (PCC), oriundo de São Paulo, desde a ruptura da aliança com o CV, em 2016, passou a interferir nas dinâmicas dos conflitos armados entre facções nas favelas cariocas. Também as milícias têm expandido seus territórios de influência e entrado em confrontos com traficantes.

Como sugere Cavalcanti, a possibilidade constante de irrupção de tiroteios constituiu-se como um dos princípios estruturantes da fenomenologia da vida cotidiana nas favelas. Isso porque, a expectativa do fogo cruzado, gera pelo menos três efeitos: a) gera uma constante preocupação entre os moradores de favelas; b) afeta em larga medida a mobilidade dessa parcela da população; e c) impacta também o próprio espaço construído da favela, por meio de esforços constantes de assegurar territórios seguros (CAVALCANTI, 2008, p. 37). É possível dizer, portanto, que as potenciais trocas de tiros tiveram, nas últimas décadas, um papel central no modo como o medo e a incerteza relacionados à “violência urbana” foram vivenciados pelos moradores de favelas do Rio de Janeiro. Nos termos de Cavalcanti:

a constante iminência de tiroteios produz uma temporalidade concretamente experimentada como uma antecipação, como uma quase espera pela próxima ocorrência, engendrando uma série de rotinas de evitar e avaliar riscos. O tiroteio, assim, constitui-se tanto como objeto de investigação em si quanto como uma lente através da qual é possível vislumbrar outras rotinas e mapas mentais produzidas pela duração – no tempo e no espaço – da dita crise de segurança pública, e sua incorporação a outras temporalidades e espacialidades da vida cotidiana. (IDEM, p. 37)

O autor descreve ainda que a temporalidade de antecipação não é uma estratégia utilizada apenas pelos moradores de favelas, visto que tende a ser característica da vida em territórios nos quais o cotidiano é atravessado por constantes tiroteios ou guerras. Quem mora nesses territórios precisa quase inevitavelmente aprender estratégias (*coping strategies*) para lidar com possíveis interrupções das rotinas cotidianas.

Em diversos contextos de violência urbana as pessoas têm lançado mão de estratégias para antecipar e lidar com a violência cotidiano (DIANE E. DAVIS; 2006). No interesse de realizar uma reflexão sobre, sobre a temporalidade antecipatória – composta por estratégias comumente adotadas no cotidiano para evitação e de avaliação de situações de riscos –, experienciada, principalmente, pelos moradores das favelas cariocas, Cavalcanti (2008) apresenta uma importante discussão sobre a leitura do “clima nas favelas”. Segundo a autora:

A “leitura” constante “do clima” ou “das coisas” constituía uma atividade hermenêutica incessante, baseada em códigos tácitos, porém compartilhados e altamente sensórios, que combinam elementos significantes visuais e sonoros, jogos de presenças e ausências, performances quase ritualizadas, os ritmos da vida cotidiana e, é claro, o fluxo constante de rumores, fofocas e informações em geral. Essa leitura constante do “clima” se dá através da comparação de uma certa imagem mental em parte abstrata, em parte “normativa” (no sentido de ser “ideal” dentro do que se conhece como possível) de como as “coisas” são quando está tudo “tranquilo” – o que por si só leva em consideração uma série de variáveis, tais como a hora do dia e a memória do passado recente – e a confrontar com a paisagem da favela em um dado momento qualquer. (IDEM, p.39)

Nesse sentido, a interpretação permanente de “clima” é uma atividade interpretativa que envolve a lembrança de momentos passados que emolduravam a leitura do momento presente na tentativa de prever episódios que ainda estavam por vir. Cavalcanti explica, por exemplo, que “levar um guarda-chuva, ler a previsão, equivaliam a dar um telefonema para assegurar-se da situação na favela, uma pausa mais detida para avaliar a ‘situação’” (IDEM, p. 40). Esta avaliação da situação dependia da existência de pontos de ancoragem que possibilitam a leitura do “clima da favela”.

Quem está à vista? Os moto-táxis fornecem as pistas mais confiáveis. Se estão presentes, tranqüilos e relaxados, rodando constantemente, é possível baixar a guarda de imediato. Ainda assim, o olhar inevitavelmente passa, sem necessariamente repousar, por outros elementos da paisagem – não só visuais, mas também sonoros e mesmo olfativos (afinal, dificilmente um churrasquinho ser grelhado em momentos de tensão). Há música tocando? Os vendedores ambulantes, camelôs, e o comércio local estão abertos? Seus ocupantes estão tranqüilos? E os presumíveis olheiros? E a boca, está lá? O semblante dos “meninos”? Há crianças na rua? O comércio está aberto? Já houve “tirinhos” hoje? Caso afirmativo, com alguma frequência? Houve tiroteio ontem? (...) As respostas a tais perguntas

variam de acordo com a hora do dia, o dia da semana e a memória do próprio “clima” recente – e normalmente só são registradas conscientemente se negativas. (IDEM, p.46)

A explanação de Cavalcanti (2008) exemplifica como a atividade de interpretação das situações cotidianas e a antecipação de eventos posteriores não envolve apenas um cálculo consciente e racional, mas se constitui de toda uma “ecologia do sensível” da favela, isto é, o que o etnógrafo Tim Ingold conceitual como “modo de sentir constituído pelas capacidades, sensibilidades e orientações desenvolvidas pelos moradores, traficantes e policiais em uma longa experiência de vida em um ambiente particular” (2013, p. 37).

Nesse sentido, o tiroteio torna visível como tais acomodações são precárias, provisórias e conflitivas. Em outras palavras, esse evento atualiza o conflito que habita e constitui o espaço da favela enquanto territorialidade produzida pela “sociabilidade violenta” – que é, por sua vez, uma dentre muitas territorialidades que o definem e constituem enquanto espaço social (CAVALCANTI, 2008).

3.4 DELIMITAÇÃO DA HIPÓTESE DE PESQUISA

Na revisão narrativa apresentada procurou-se situar o tema da violência urbana no campo da saúde e da atenção psicossocial. Ficou demonstrado através da revisão bibliográfica realizada que a violência urbana tem se constituído como importante tema do campo da saúde e no tópico e que o tema também tem se consolidado especificamente no campo da saúde mental. Especialmente no campo da atenção psicossocial, encontramos dois estudos que fazem referência à repercussão da violência do território no cotidiano de atuação de CAPS no Rio de Janeiro.

No contexto das favelas do Rio de Janeiro, em um breve panorama, foi destacado o contexto da violência urbana que repercute no território das favelas e por tanto em seu cotidiano. Essa violência tem apresentado características específicas, que vai do “fogo cruzado” das disputas violentas pelos territórios ao “campo minado” que deriva da política de pacificação. Esse contexto tem consequências para a vida nas favelas: podem forçar a resiliência

para criar estratégias para lidar com a violência e leitura do clima para entender os sinais do território.

Diante do panorama apresentado, partimos da hipótese de que a violência no território repercute no cotidiano do CAPS. Por tanto, pode impor aos atores do CAPS estratégias para lidar com a violência e entender os sinais do território. Propomos a realização de um estudo de caso para verificar as ressonâncias da violência no território no CAPS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 –OBJETIVO PRIMÁRIO

O presente estudo pretende, a partir da elaboração de um Estudo de Caso (Case Study) descritivo, verificar e descrever as ressonâncias da violência do território da Rocinha no cotidiano do CAPS III Maria do Socorro Santos.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

O estudo de caso proposto tem como metas: A) identificar e analisar as especificidades e desafios ocasionados pela violência para o cotidiano do CAPS e sua atuação frente ao território da Rocinha; B) identificar as estratégias que vêm sendo utilizadas pelo serviço para atuar no referido contexto de violência.

4.3 DESENHO DA PESQUISA

A ciência é uma das maneiras que o homem criou para a construção do conhecimento da realidade. Tal conhecimento nunca é pleno e trata-se sempre de uma construção aproximada que com o avançar da ciência deve ser discutida e contestada. Para esta construção é necessário que tenhamos parâmetros, em função dos quais balizemos os processos de pesquisa. A pesquisa, por sua vez, é a atividade nuclear da produção científica. Na elaboração de uma pesquisa, a

tentativa de compreensão do mundo consiste na articulação de conceitos com os diferentes modos de pesquisar. Para que isso funcione satisfatoriamente utiliza-se a metodologia (MINAYO, 1994).

Metodologia, segundo Minayo, é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (1994, p. 16). Ela deve contemplar as teorias que serão utilizadas na pesquisa, as técnicas e estratégias de investigação e a capacidade criativa do autor, tanto na articulação destes itens, quanto na identificação e análise dos resultados. A metodologia é o meio pelo qual os impasses advindos a partir da reflexão teórica acerca de um problema podem ser discutidos à luz da experiência prática de uma pesquisa, por exemplo. Nosso trabalho consiste numa pesquisa qualitativa, no campo das ciências humanas, já que estabelecemos estratégias de pesquisa que visem a apreender os modos de cuidado envolvidos nas práticas clínicas no âmbito de um serviço de saúde mental do município. A pesquisa qualitativa é aquela que trabalha com sentidos, significados, valores, relações subjetivas, crenças, motivos e ações que dizem respeito a fenômenos humanos cuja análise necessita ser construída de um modo mais aprofundado e cuja investigação não deve se resumir a uma quantificação ou operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Certamente nosso estudo se enquadra na descrição proposta por MINAYO (1994). Estamos diante de um objeto de pesquisa complexo que inclui as dimensões subjetiva e de saber, por um lado, e as dimensões social e política, por outro. Mais claramente, a pesquisa se debruça sobre uma prática no contexto de uma organização política específica de saúde mental no território. Para tanto, é preciso levar em consideração as concepções e as técnicas que apoiam os trabalhadores e como eles as utilizam. Da mesma forma, é preciso investigar a o contexto e a direção política que também induz modos de cuidado.

Nessa perspectiva, propomos a abordagem do tema considerando sua complexidade e multiplicidade de variáveis (MINAYO, 2006), a partir de uma pesquisa qualitativa com triangulação de métodos para elaboração de um estudo de caso (case study).

A opção pelo modelo de estudo de caso se deu a partir do entendimento de que o contexto de violência na Rocinha e as ressonâncias na assistência prestada pelo CAPS se dão a partir do complexo de relações que moldam as

especificidades desse território e singularidade do CAPS. Adotaremos como método de pesquisa o Estudo de Caso, tendo em que esse modelo tende a possibilitar uma melhor análise de contextos específicos, conforme destacam Goode e Hatt (1989) " ...É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado" (IDEM,p.422) .

Nesse mesmo sentido Yin (2003) afirma "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas"(IDEM,p.23).

A abordagem de estudo de caso no método descrito por Yin (IDEM) possui algumas características. O estudo possui cinco componentes que utilizaremos na presente pesquisa: as perguntas de pesquisa; as proposições referentes nas considerações teóricas; a (s) unidade (s) de análise; a lógica para estabelecer a relação entre os dados e proposições; e o critério para interpretação dos achados. A partir disso, o autor propõe uma forma sistemática de planejamento e condução do estudo. Neste são considerados a preparação para a coleta de dados, a coleta de evidências em si, a análise das evidências, e a composição dos relatos do estudo de caso.

Durante o processo de coleta de dados o foco dá-se nas habilidades do pesquisador que incluem habilidades como realizar perguntas de forma clara, ouvir de forma cuidadosa, adaptar-se a circunstâncias que possam surgir, direcionar os tipos de questões abordadas, e identificar vieses pessoais. Além disso, a coleta de dados também deve considerar a obtenção de fontes múltiplas de evidências de tal forma a criar-se uma base dados sobre o estudo de caso, e estabelecer uma cronologia acerca dos eventos. O uso de fontes múltiplas de evidências tem por intuito garantir que o pesquisador abranja de forma ampla a questão em estudo assim como desenvolver linhas de raciocínio coerentes durante a análise dos dados encontrados (triangulação). Já a base de dados, visa garantir uma maior organização para o pesquisador ao mesmo tempo que aumentaria credibilidade do seu estudo (YIN, idem, p.57).

Com relação a análise de dados, será considerada linha de raciocínio proposta para a garantia de uma forma mais estruturada de análise. As proposições teóricas serviriam para conduzir a análise do estudo de caso e manter

o foco acerca dos dados em estudo. Em seguida, diferentes explicações seriam consideradas acerca do fenômeno considerado.

Por fim, uma estrutura descritiva bem fundamentada deve ser utilizada para organizar as argumentações (YIN, IDEM).

Com relação a apresentação dos achados do estudo, diferentes configurações podem ser adotadas para a descrever o caso em estudo, contudo deve-se ter em mente que o pesquisador precisa abordar todos os tópicos considerados em sua pesquisa de forma que não incorra no risco de estabelecer vieses (YIN, IDEM).

Apesar da abordagem mais estruturada proposta por Yin (2003), o estudo de caso, principalmente em caso único, traz desafios e desvantagens como a mencionada por Gil (1989) da impossibilidade da generalização dos resultados obtidos. Alves e Masotti (2006) reforçam essa questão afirmando que pesquisadores poderiam analisar o caso de maneira isolada, ou seja, como um fenômeno à parte, deixando assim de contribuir para a construção de conhecimento em geral.

Por outro lado, conforme Ventura (2007) aponta, uma vantagem do uso do estudo de caso seria a possibilidade de análise profunda de diferentes dimensões na situação em questão, seja em um estudo de caso único ou múltiplo Yin (2003) também se dedicou a explorar os diferentes objetivos que um estudo poderia assumir. Segundo o autor os estudos poderiam ter objetivos exploratórios, descritivos ou explanatórios. Além do objetivo, o autor enumerou e descreveu as possíveis estratégias que poderiam ser empregadas: Experimento, questionários (survey), análise de dados históricos, análise da história e estudos de caso. A escolha de uma estratégia em detrimento a outra dependeria de três fatores, o tipo de pergunta, o controle sobre os eventos e se a questão era contemporânea.

Como base no descrito por Yin (2003) a pesquisa apresentada nesse trabalho tem uma pergunta do tipo “Como, por que”, já que busca entender como a violência é ressonante nas atividades psicossociais do CAPS da Rocinha. Assim sendo, as opções disponíveis seriam um experimento, análise histórica ou estudo de caso.

Os experimentos são destinados para situações onde o pesquisador tenha controle dos eventos, podendo de alguma maneira replicá-los para analisa-los. No caso do contexto do CAPS isso seria impossível dada a complexidade e instabilidade das relações do CAPS com o território. Restando as opções análise histórica e estudo

de caso. Yin (2003) ressaltou que a análise histórica lida com eventos no passado, onde não há a possibilidade de entrevistar pessoas que testemunharam ou tiveram um papel relevante nos eventos pesquisados, fazendo com que a pesquisa se baseie em documentos históricos. No caso do CAPS, os processos de violência urbana no território ainda estão ocorrendo e mesmo para aqueles eventos já encerrados, no passado, há a possibilidade de entrevistar testemunhas e pessoas com papéis relevantes nos mesmos. O estudo de caso utiliza a observação direta dos acontecimentos e entrevista com pessoas envolvidas, mas também análises históricas. Ou seja, a principal diferença entre os estudos de caso e a análise histórica é a capacidade da primeira estratégia de lidar com uma variedade mais ampla de evidências. Todos esses fatos apontam que a melhor estratégia para o estudo alcançar os objetivos definidos é um estudo de caso. Resumindo as pesquisas quando o estudo de casos, constitui o melhor método de pesquisa:

Geralmente estudos de casos são a estratégia preferida quando questões do tipo “como” e “por quê” estão sendo feitas, quando o investigador possui pouco controle sobre os eventos e quando o foco está sobre um fenômeno contemporâneo num contexto de vida real” (YIN, IBIDEM, p.13.)

Yin (IBIDEM) também distinguiu estudos de casos múltiplos, onde mais de um objeto de estudo é observada, e estudos de caso simples, onde somente um objeto é analisado. Pela própria proposta desta pesquisa, de analisar a ressonância da violência em um CAPS em um contexto territorial específico, no qual a noção de território é determinante para a análise, o método utilizado será estudo de caso simples.

Utilizaremos como método para análise de dados, no sentido global de triangulação das ferramentas propostas – observação participante, entrevista individual e grupo focal- o modelo específico do Estudo de Caso. Tal modelo caracteriza análise de dados como o estudo aprofundado do contexto de determinado fenômeno, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo, o que seria praticamente impossível através de outros métodos de investigação que não o Estudo de caso, conforme afirmam Goode e Hatt (1973). Os autores caracterizam o Estudo de Caso como um meio de organizar dados e reunir informações, tão numerosas e detalhadas quanto possível, a respeito do objeto de estudo de maneira a preservar seu caráter unitário. A totalidade do

objeto pode ser preservada através da amplitude e verticalidade dos dados, através dos diferentes níveis de análise, da formação de índices e tipos de dados, bem como da interação entre os dados observados e a dimensão temporal em que se dá o fenômeno.

O processo de análise deverá contemplar dois momentos complementares: análise específica de cada ferramenta e análise cumulativa e comparativa do conjunto ferramentas de pesquisa utilizadas. Em síntese, o objetivo deste processo é identificar tendências e padrões de respostas associadas com o tema de estudo (MORGAN, 1997; WHO, 1992; GASKELL, 2002).

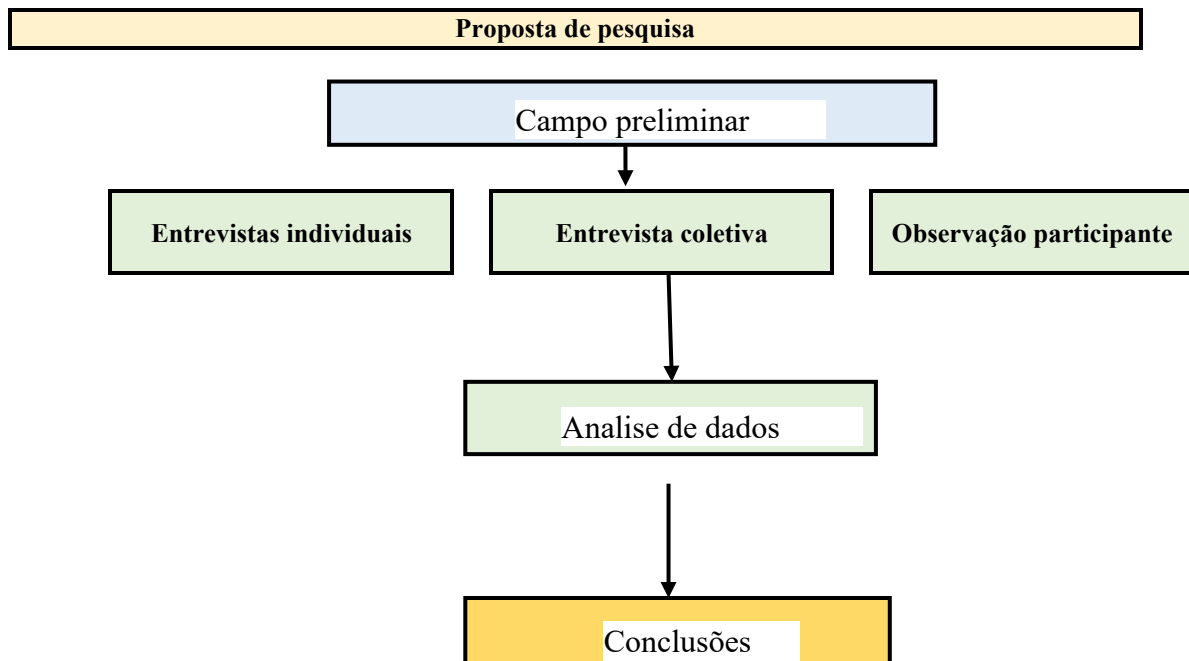
Nesse sentido, realizaremos o estudo preliminar baseando a análise da fase exploratória, organizando os dados encontrados diário de campo em eixos narrativos a serem constituídos no processo de elaboração. Essa fase possibilitará uma melhor explanação do campo de estudo para o aprofundamento na fase seguinte. A fase preliminar permitirá uma análise do território de contexto de atuação do CAPS. Por tanto, a fase preliminar permitirá as bases para construção da fase de imersão profunda, na qual teremos possibilidade de esmiuçar o contexto de ações e ressonâncias decorrentes da violência e seus efeitos para a equipe do serviço.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Serão utilizadas três ferramentas de estudo qualitativo para realização da pesquisa de campo: Observação participante; entrevistas coletivas (grupos focais) e entrevistas individuais. A observação participante é uma técnica de construção de informações vastamente utilizada nos estudos qualitativos no campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Trata-se de um método original do campo da Antropologia Social/Cultural, e mais precisamente da Etnografia, inaugurado por Malinowski, que preconizava o envolvimento e a participação direta do pesquisador no cotidiano social dos fenômenos ou contexto observados (MALINOWSKI, 1986). Já os grupos focais originalmente desenvolvidos para pesquisas de marketing, a partir das pesquisas e entrevistas grupais sobre a opinião e comportamento dos consumidores, os grupos focais vêm sendo empregados como uma técnica de obtenção de dados, no âmbito das pesquisas

qualitativas em ciências sociais e humanas em saúde, como também tem sido um método muito empregado nos processos de tomada de decisão e intervenção em saúde (BENDER e EWBANK,1994, GONDIM, 2003).

Tabela 2 - Diagrama do trabalho de Campo



O estudo apresentará três fases em seu desenvolvimento: Inicialmente, a fase exploratória; num segundo momento, a delimitação do estudo e a coleta de dados; e, num terceiro estágio, a análise sistemática dos dados, concluindo com a realização do relatório.

É importante destacar que essas três fases não constituem uma sequência linear, havendo uma superposição entre elas. Conforme destaca LÜDKE E ANDRÉ (1986) no estudo de caso não há como precisar um instante de separação entre as etapas, uma vez que elas se interpolam em vários momentos, sugerindo apenas um movimento constante no confronto teoria-empíria. A ressonância da violência no território no CAPS poderá ser constatada e descrita a partir da elaboração do estudo de caso, com a triangulação dos métodos de pesquisa e a análise dos dados coletados.

As entrevistas, tanto individuais como coletivas, foram realizadas com profissionais do CAPS. Foram compostas por perguntas abertas que buscarão

identificar problemas, conceitos e estratégias relevantes para experiência de assistência em saúde mental no território do CAPS em questão, tendo como foco o contexto de violência. A observação participante será realizada na reunião de equipe do CAPS. O coordenador da pesquisa participou do cotidiano do serviço e reuniões gerais de equipe na unidade no período de 8 meses dentro do cronograma da pesquisa, de janeiro de 2018 à março de 2019, para identificar os diferentes aspectos elencados nos objetivos dessa fase da pesquisa. O pesquisador registrou descrições e observações das reuniões de equipe em um diário de campo. Destacamos que o coordenador da pesquisa atua como profissional do CAPS há 4 anos e já participa regularmente das reuniões de equipe da unidade e possui anuência da gestão da unidade para realizar a pesquisa. Os roteiros para realização da observação participante e das entrevistas individuais e coletivas encontram-se no anexo II, Anexo III e Anexo IV respectivamente.

Por se tratar de um estudo de caso institucional, a amostra resume-se a disponibilidade dos profissionais da instituição: Adotaremos como critério de inclusão na amostra da pesquisa a disponibilidade do profissional do CAPS em participar, que deve ser afirmada pelo Termo de Consentimento e Livre e Esclarecido. O critério de exclusão se limitará à indisponibilidade do profissional que não desejar participar da pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada entre janeiro de 2018 e março de 2019. Na primeira fase, na qual procurei registrar o diário de campo a partir de minha observação participante, a coleta de dados foi realizada de maneira intensiva. Inserido no campo enquanto trabalhador do CAPS, tive acesso sem restrições as rotinas do serviço, reuniões e atividades internas e externas. A primeira fase possibilitou a elaboração de um diário de campo preliminar. Foi possível descrever o cotidiano do serviço, adversidades do território e estratégias formais e informais empregadas pela equipe para lidar com o contexto de violência na Rocinha. O diário de campo preliminar somado há informações divulgadas pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) e fontes bibliográficas permitiram a reconstrução do contexto do CAPS.

Na fase seguinte realizei entrevistas com 12 profissionais do CAPS, em um universo de 58 funcionários da equipe técnica e de apoio. A realização das entrevistas foi anunciada em reunião de equipe. Apliquei as entrevistas

individuais explicando detalhadamente a pesquisa e apresentando o TCLE. As entrevistas ocorreram ao longo de 5 meses sem intercorrências significativas no momento de suas aplicações. Foram entrevistados profissionais das mais diversas formações e posições no CAPS. Podem ter sido entrevistados psicólogos, porteiros, gestores, copeiros, médicos, oficineiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais, agentes redutores de danos, auxiliares administrativos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc. O nome e formação dos entrevistados não foi transcrito para a análise de dados conforme indica o TCLE. Não foi realizado apuração estatística da amostra, sendo a entrevista realizada apenas com o critério de disponibilidade descrito na metodologia.

O segundo diário de campo foi registrado ao longo do período de aplicação das entrevistas. Foram colhidas anotações sobre o cotidiano do CAPS e de 8 reuniões de equipe, conforme proposto na metodologia. Nessa mesma fase foi realizada uma entrevista coletiva com 4 profissionais do CAPS. Dois dos profissionais que participaram da entrevista coletiva também foram entrevistados individualmente. O critério de participação da entrevista coletiva foi a disponibilidade, conforme descrito na metodologia. A entrevista coletiva precisou ser adiada diversas vezes devido à falta de disponibilidade do número mínimo de profissionais. Todas as etapas da coleta de dados foram realizadas no CAPS.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, e aprovado sob número 048939/2018.

Lembramos que para que nosso anseio de fazer uma pesquisa dentro de um serviço público de saúde, com observação do cotidiano, das práticas clínicas, de reuniões e de documentos, necessita-se que sejamos autorizados pelos devidos comitês de ética. Nesse sentido, desejamos responder aos quatro princípios da bioética de Beauchamp e Childress(1978): da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça. O princípio da autonomia significa o respeito a que ninguém seja coagido a participar da pesquisa, assim como deve estar bem informado quanto aos objetivos, procedimentos e divulgação da investigação.

Para isso, faremos uso do termo de consentimento anexo a este projeto de pesquisa. O segundo princípio é o da beneficência. Ou seja, espera-se que nossa pesquisa possa causar um bem aos pesquisados. A produção de reflexões a partir da pesquisa, no âmbito dos serviços, sobre a ressonância da violência, e mesmo sobre outros assuntos que advierem, deve ser considerada uma possibilidade de avanço tanto para os CAPS quanto para os técnicos, que poderão ampliar a discussão deste tema. Como consequência, espera-se que isto signifique também a possibilidade de benefícios para os usuários dos serviços. Quanto ao princípio da não-maleficência, não consideramos que esta pesquisa deva causar mal a ninguém. Não serão expostas as identidades dos pesquisados, tampouco de pacientes que façam uso do serviço. Da mesma forma não iremos fazer juízo de valor das opiniões dos profissionais dos CAPS coletadas no decorrer deste processo. No que diz respeito ao princípio da justiça, não iremos praticar nenhum ato que não esteja devidamente autorizado, tampouco pretendemos interferir no direito dos participantes (BEAUCHAMP e CHILDRESS apud TURATO, 2010).

Os profissionais do CAPS que aceitarem participar do estudo não serão expostos a nenhum risco ou desconforto físico. No entanto, conforme destaca o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE, ver anexo I), se em algum tema abordado na entrevista causar algum constrangimento o participante poderá se recusar a responder ou dar prosseguimento à entrevista. Existe o risco mínimo de exposição de dados. No entanto as informações prestadas serão mantidas sob sigilo pela equipe de pesquisa em arquivos sem identificação pessoal das participantes e protegidos por senha, o que dará maior segurança a preservação da identidade dos participantes. Todos os direitos e e garantias legais previstos pela Resolução CNS nº 466 de 2012 estão garantidos no TCLE, bem como a responsabilidade do pesquisador em assumir prejuízos não previstos que sejam comprovadamente causados pela participação na pesquisa. Os roteiros para a entrevista coletiva (Grupo Focal), entrevista individual e Observação participante encontram-se em anexo.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos a instituição onde estão sendo recrutados os participantes nessa pesquisa e poderão ser utilizadas como subsídios na definição de novas ações dentro do seu escopo de intervenção do CAPS. A

presente pesquisa contribuirá para elaboração de uma dissertação de mestrado que poderá resultar em artigos científicos sobre o tema.

5– BREVE PANORAMA DO CAMPO

5.1 - A FAVELA DA ROCINHA

Na perspectiva de Santos (2002) do território como objeto sócio histórico dinâmico, faremos um breve panorama com o desafio de descrever brevemente a Rocinha como território. A Rocinha possui visibilidade nacional, seja pelos aspectos negativos da violência e tráfico de drogas, seja pelas características sócio históricas, geográficas, e pela diversidade de sua população.



Foto: Felipe Donat. O globo. 01/03/2018

Figura 1: Foto panorâmica da Rocinha

Segundo o IBGE (2010), a Rocinha é um conjunto de “áreas de aglomerados subnormais e setores censitários”, também conhecida como “favela da Rocinha”. A Rocinha ainda é a maior favela do Rio em número de habitantes. Em 2010, eram 69.156 moradores em 23.347 casas. Por tanto, no último censo, Rocinha possui mais moradores que 92% dos municípios brasileiros, ou seja, 5.138 cidades. Se compararmos a Rocinha à favela denominada Morro do Alemão (4 322 domicílios), é necessário somar nove aglomerados contíguos com um total de 16 359 domicílios para aproximar-se do tamanho da Rocinha. Bem próximo da Rocinha, encontra-se outro “aglomerado anormal” chamado Vidigal, que possuía, em 2010, 3 235 domicílios, com uma população de 9 678 mil. Ambos são território de abrangência do CAPS Maria do Socorro. As duas favelas são consideradas pelo IBGE aglomerados subnormais de grande porte, ocupando encostas deixadas de lado pela urbanização formal, e possuem elevada densidade de moradias e acessibilidade precária, através de vias irregulares. Também é uma das favelas que, nas últimas décadas, esteve marcada pela disputa em facções criminosas e a polícia.

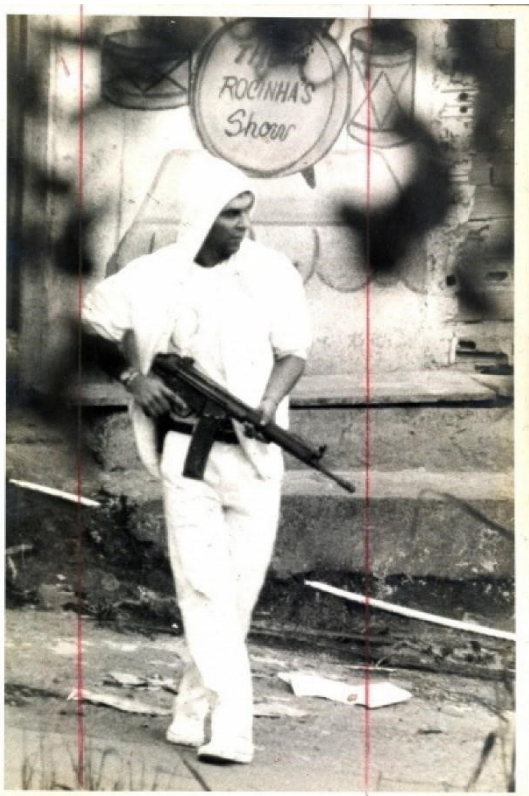


Figura 2: Traficante com metralhador nos anos 80

Fonte: Acervo o Globo. PUBLICIDADE EM FOCO: ROCINHA, O INÍCIO DO SÉCULO XX E HOJE



Fonte: Acervo o Globo. PUBLICIDADE EM FOCO: ROCINHA, O INÍCIO DO SÉCULO XX E HOJE

Figura 3 : Tanque de guerra em ocupação de 2018

A Rocinha possui diversos problemas estruturais ligados às condições precárias de saneamento básico, habitação, educação. Por outro lado, possui uma rede relativamente consistente de assistência à saúde. A favela recebe imigrantes de todo o Brasil, mas a maioria, vem da região Nordeste, fugindo das precárias condições de vida, em busca de trabalho e melhores condições de subsistência. É relativamente comum receber no acolhimento do CAPS de recém-chegados da região Nordeste em busca de atendimentos à saúde mental. Há quem chame a Rocinha de “a terceira maior cidade do Ceará, depois de Sobral” (LEITÃO, G. 2009.p.7), tamanho o volume de migração cearenses.

Muito além de uma favela repleta de pobreza e violência, a Rocinha é um território complexo, heterogêneo e dinâmico. Sua diferença com as outras favelas se destaca em maior grau pelo contraste que a compõe internamente, e em relação aos territórios adjacentes. A é um grande espaço territorial heteróclito em contraste com os bairros mais ricos da zona sul do Rio. Os dados apresentados, em março de 2001, pelo Relatório de Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro – elaborado pela Organização das Nações Unidas em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – confirmam essa polarização social: a Gávea tem o maior IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) da cidade – 0,970, numa escala de 0 a 1 –, enquanto a Rocinha tem o sétimo pior IDH, entre os 126 Bairros do Rio– 0,732. Ainda assim, o IDH da Rocinha é considerado alto e superior ao de muitas cidades nordestinas de onde vem os boa parte dos habitantes da Rocinha. Se a Rocinha fosse uma cidade do Ceará, por exemplo, teria o segundo maior IDH do estado. Perderia apenas para Fortaleza que possui IDH 0,754.

Em 1986, a favelada Rocinha foi transformada em bairro pelo governo Saturnino Braga – prefeito da cidade do Rio em exercício – através do Decreto nº 6011 de 04 de agosto. No entanto, a delimitação de sua área foi regulamentada apenas em 1993, pelo então prefeito Cesar Maia e aprovada através de um projeto de lei dois anos depois. O território da Rocinha constitui, hoje, a XXVII Região Administrativa do Município. Apesar de ser oficialmente um dos bairros da cidade do Rio de

Janeiro, sua configuração estrutural mudou pouco. Até hoje possui inúmeras características de favela, como a falta de saneamento básico e luz regularizada; o que a distância – e muito – de bairros nobres que se localizam em suas proximidades, como Gávea, São Conrado e Jardim Botânico.



Fonte:Foto do autor

Figura 4:Foto de viela da Rocinha

Dentro do espectro urbano do Rio de Janeiro, a favela vai muito além das características demográficas e geográficas formais que caracterizam os chamados aglomerados subnormais. A denominação “favela” possui bagagem histórica e características singulares que podem contribuir para contornar e caracterizar a Rocinha como território dentro do espaço urbano.

Há mais de um século que as favelas vêm se constituindo como importante subdivisão do tecido urbano da Cidade do Rio de Janeiro. Mas o que é uma favela e qual a origem dessa palavra? O termo “favela” desperta polêmica e muitas vezes contrasta com o termo “comunidade”, comumente empregado nas mídias em geral. No artigo, “Gênese da favela carioca: a produção anterior às ciências sociais”, Valladares (2000) faz uma relação de criação dessa lógica no “mito de origem” da favela. A autora identifica as ascendências dos vínculos feitos entre o termo “favela” e seu recorte no espaço urbano no contexto dos debates atuais do final do século XIX, quando os combatentes da Guerra de

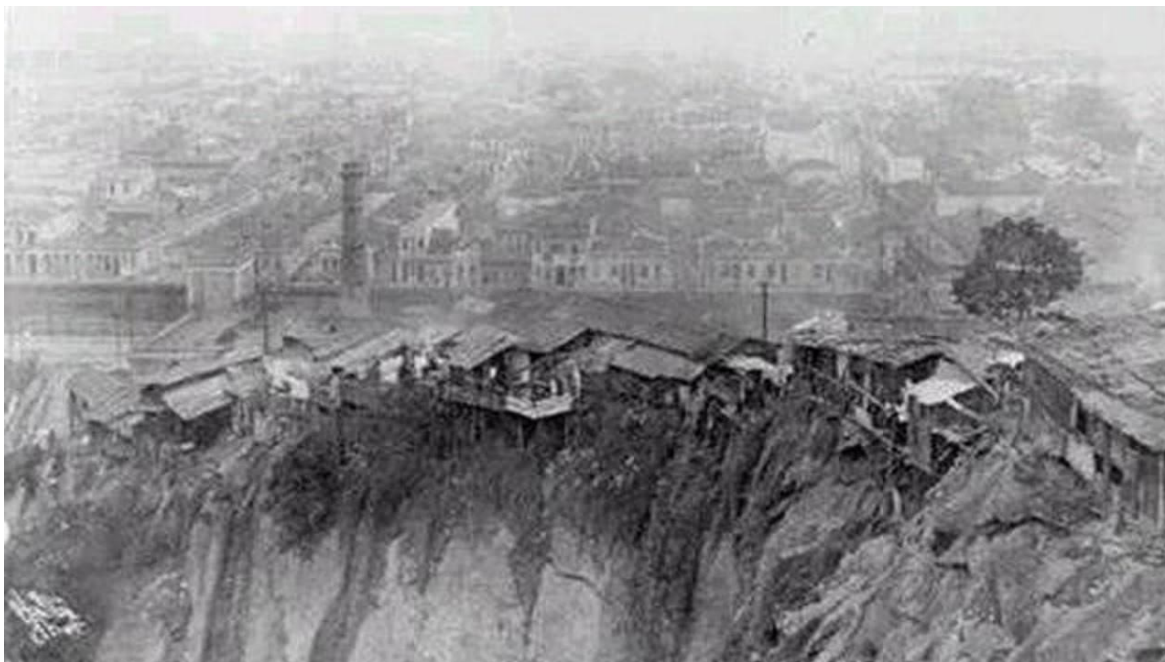
Canudos ocuparam o Morro da Providência, logo depois chamado “Morro da Favela”. A partir dessa história, que se tornou um mito nacional no livro ‘O sertão’, de Euclides da Cunha, surgiu a imagem impactante de um sertão reconstruído no centro urbano, representando uma dualidade sertão-litoral, depois transposta para o contraponto favela cidade.

A noção de comunidade, explicitamente presente no arraial de canudos mitificado por Euclides da Cunha, acaba se transmuta para a favela, servindo como modelo aos primeiros observadores que tentaram caracterizar a organização social dos novos territórios da miséria na cidade. (Valladares, 2005, p.44)

A questão também foi abordada por Velho (2005). Segundo o autor (IDEM, p. 13), os soldados retornaram da guerra foram enviados para a capital e grande parte das tropas não pode se estabelecer no espaço de habitação do morro da conceição que pertencia a polícia do exército. Por essa razão se estabeleceram nas encostas do Morro da

Providência, ou “Morro da Favela” em função do tipo de mata que crescia naquele local. E passou-se a chamar favela os espaços identificados como ocupações miseráveis, situada nas encostas de morro, em condições precárias de moradia, infraestrutura e serviços urbanos. Há outra explicação na historiografia (VALLADARES. 2000, p.9.), de que o termo “favela” pertence originalmente uma planta da região onde os soldados da Guerra de Canudos estiveram acampados, na Bahia - o morro da Favella do Município de Monte

Santo, na Bahia. Esse morro teve um importante papel na guerra, “cuja feroz resistência retardou o avanço final do exército da República sobre o arraial de Canudos” (ABREU, 2010, p.66.). Nesse sentido, “a denominação morro da Favella vem revestida de um conteúdo simbólico marcante que remeteria à resistência, à luta dos oprimidos contra um oponente forte e dominador” (VALLADARES, 2000, p.9). O Morro da Providência passou, então, a ser centro das atenções e para as autoridades da época, como destaca Valladares (2000, p.8).



FONTE: Arquivo Nacional. Fundo Correio da Manhã.

Figura 5: Morro da Providência no início do século XX

Por tanto, a representação da favela enquanto comunidade, espaço de resistência e de subversão seria uma construção histórica. Na relação entre a imagem entre Canudos e a noção de favela é deslumbrada uma comunidade de miseráveis “com extraordinária capacidade de resiliência para sobreviver diante de condições de vida extremamente adversas e inusitadas, marcados por uma identidade comum” (VALLADARES, 2000, p.10). Correspondendo a essa imagem, nos precedentes históricos da urbanização das favelas do Rio de Janeiro, as favelas teriam se tornado na visão da cidade, indesejáveis na paisagem urbana.

“Já nos anos 1920 e 1930, são consideradas “manchas” na paisagem urbana da cidade, sendo invariavelmente recomendada a sua extinção. Os planos e regulamentos urbanísticos (incluindo o plano Agache, finalizado em 1930) as colocavam fora da legalidade urbana e indicavam sua remoção sob argumentos inspirados principalmente no sanitarismo, mas também em aspectos funcionais e estéticos” (CARDOSO e ARAUJO, 2007, p.278).

A partir da dissonância orientação das políticas urbanas com o “mito da origem” de Valladares (Idem, 2000), essa representação coletiva da favela como comunidade à parte sofreu uma inversão da lógica de liberdade e segurança descrita por

Burgos (2006), “com fortes implicações políticas, e, sobretudo, para a percebida desordem e imoralidade dos moradores”(p.123)

Se verificarmos a proposta de urbanização (incluindo o plano Agachei, de 1930) que as colocavam fora da legitimidade e legalidade do espaço territorial e social urbano e indicavam a necessidade de remoção sob argumentos sanitaristas, funcionais e estéticos (Cardoso, 2007.p.9).

Gondim (1982), ao analisar estigma imposto a favela na política habitacional do Rio de Janeiro, conclui que “o estigma não se esgota na situação geográfica urbana, pois está associado a uma condição de pobreza e a uma relação hierárquica na estrutura social, as quais permitem a sua manipulação no âmbito da política habitacional” (IBIDEM, p.92). Por consequência, esse estigma relacionado à pobreza e ao crime interfere em diversos aspectos da vida dos moradores das favelas, como, por exemplo, a busca por trabalho, a relação com a polícia ou até mesmo a simples aproximação com a pessoas em outros espaços da metrópole. Então, objetivando amenizar esse estigma, o termo “comunidade” é frequentemente utilizado para exteriorizar, tanto para os representantes do poder público quanto para os moradores diretamente afetados pelo processo de estigmatização, uma alternativa simbólica pertinente.

Encontramos em Birman uma outra forma de expressão que pode ter o uso do termo “comunidade”, pois além da intenção de evitar mencionar a identificação, por aquele que fala, sobre o lugar estigmatizante da favela; pode também exteriorizar as intenções de identificar a favela com o ideal de harmonia e de tradição, de salientar as experiências pessoais positivas, associando-as aos lugares de ocorrência e, ainda, de mostrar “o outro lado” desses territórios, que se revela contrário e mesmo antagônico à visão totalizante que os identifica “de fora”. (BIRMAN e ZYGMUNT, 2004. p.7)

Para Valladares (2000), com um *modus vivendi* determinado pelas circunstâncias singulares desse território, a favela é percebida como espaço de liberdade e como tal valorizada por seus habitantes. Viver na favela “corresponderia a uma opção, do mesmo modo que ir para Canudos dependeria da aspiração individual de cada um” (IBIDEM,p.18). E como comunidade organizada, tal território compõe uma ameaça à ordem moral e à ordem social na qual está inscrita: “Por suas regras próprias, por sua persistência em continuar favela, pela coesão entre seus moradores e por simbolizar, assim como Canudos, um espaço de resistência” (IBIDEM, p 22). Foi por meio desta marca que a autora

afirma que a favela se transformou verdadeiramente em uma ameaça para a ordem urbana e social estabelecida (IBIDEM,p.24). A consequência foi uma forma de política pública nas favelas marcada por intervenções excludentes. O “favelado”, por sua vez, passou a ser identificado como migrante pobre, semianalfabeto, biscateiro, incapaz de se integrar.

Na segunda década do século XX, a imprensa passa a utilizar o termo favela para “designar as aglomerações pobres, de ocupação ilegal e irregular, geralmente localizadas em encostas” (VALLADARES, 2000, p.7); e não mais se referindo exclusivamente ao

Morro da Favella. A mesma época, de acordo com a autora, as favelas passam a ser reconhecidas como problema. A elite carioca não economizava esforços no sentido de, assim como ocorrido anos antes com os cortiços (NÓBREGA JR, 2007), livrar a cidade desse “mal”. Representante cabal dessa visão, de acordo com o autor, seria o urbanista Mattos Pimenta, que, em 1926, afirmava:

é mister que se ponha um paradeiro imediato, se levante uma barreira profiláctica contra a infestação avassaladora das lindas montanhas do Rio de Janeiro pelo flagelo das favelas – lepra da estética, que surge ali no morro, entre a estrada de ferro Central do Brasil e Avenida do caes do Porto e foi se derramando por toda a parte, enchendo de sujeira e de miséria preferentemente os bairros mais novos e onde a natureza foi pródiga de beleza (Nóbrega Jr., 2007, p.24).

A denominada “lepra da estética”, intitulada assim por Pimenta, não se limitou ao discurso, fazendo constituindo uma campanha muito mais ampla contra as favelas, que ganhou impulso e foi conduzida com sucesso nos anos posteriores, tendo inclusive, de acordo com Valladares (2000), influência explícita em plano de urbanização que viriam a ser desenvolvidos em seguida.

Diversas foram as propostas que tentaram resolver a questão das favelas como espaço urbano. No entanto uma apresentação geral de todas elas corre o risco fugir ao escopo desta dissertação. No entanto, pode ser interessante realizar alguns destaques.

Valladares (2000) aponta que o urbanista francês Alfred Agache, que chegou ao Rio pela primeira vez em 1927, foi convidado para elaborar o Plano de Remodelação da Cidade do Rio de Janeiro. E as favelas se transformaram em um tema central. Ele ensaiou definições:

Construída contra todos os preceitos da higiene, sem canalizações d'água, sem esgotos, sem serviço de limpeza pública, sem ordem, com material heteróclito, as favelas constituem um perigo permanente incêndio e infecções epidêmicas para todos os bairros através dos quais se infiltram. A sua *lepra* suja a vizinhança das praias e os bairros mais graciosamente dotados pela natureza, despe os morros do seu enfeite verdejante e corre até as margens da mata na encosta das serras” (apudValladares, 2000, p.17).

A mesma autora sinaliza que por consequência, Agache corroborou a noção das favelas como um espaço marginal, sugerindo que fossem construídas habitações adequadas, simples e econômicas para sua população, que deveriam ser erguidas de acordo com as normas de higiene e regulações das autoridades.

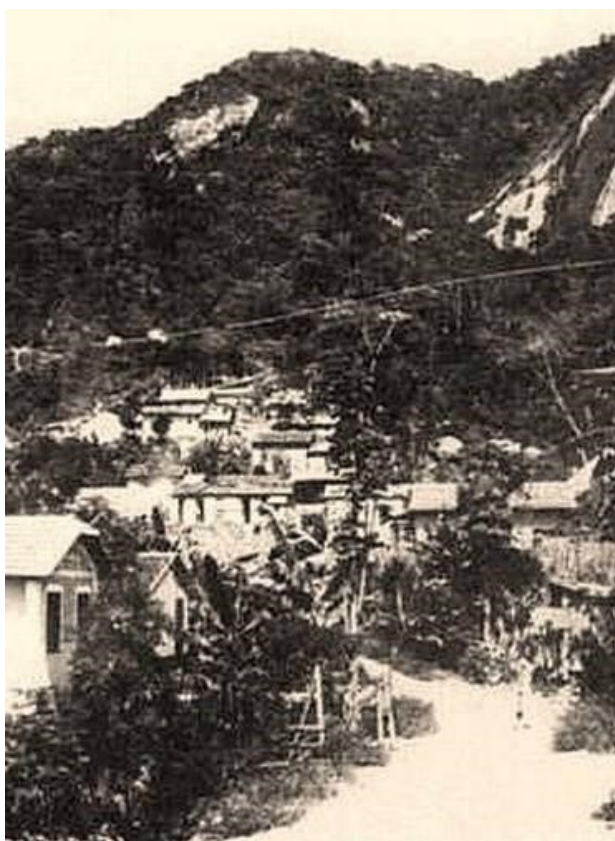
Os estudos acadêmicos iniciais sobre as populações faveladas, demonstravam sua origem no próprio estado do Rio de Janeiro (NÓBREGA JR., 2007) Esse panorama começou a se transformar na década de 50 quando as ondas de migrantes do Norte e Nordeste do Brasil passaram a chegar ao Rio em busca de melhores condições de vida. É nesse momento histórico que a favela da Rocinha tem sua grande expansão.

Muitos dos nordestinos que integraram o êxodo rural, por sua vez, se instalaram na Rocinha, o que lhe rendeu até mesmo o título de “capital do Nordeste no Rio de Janeiro” segundo as palavras de uma diretora da UPMMR (LEITÃO, 2004,).

Antes da chegada dos migrantes nordestinos, a Rocinha foi habitada por diversas populações. A Rocinha teria sido parte de uma fazenda, em que os “capitães do mato” permitiram a construção de alguns barracos, que culminaram no iniciando no processo de favelização entre o final do século XIX e o início do XX (cf. ARAGÃO, 2010). Segundo

Caldas (2011, p.16), “havia uma grande fazenda denominada Fazenda Quebra Cangalha onde hoje é a Rocinha, que entre 1927 e 1930, com a intensificação da ocupação dos territórios mais próximos ao mar”. A fazenda teria sido dividida pela Companhia Castro Guidon em lotes de 270m², destinados a pessoas de baixa renda (KLINTOWITZ, 2008, p.82). Posteriormente a fazenda foi adquirida por imigrantes portugueses e espanhóis, tornando-se, por volta da década de 1930, um centro fornecedor de hortaliças para a feira da Praça Santos Dumont (Gávea), que abastecia a Zona Sul da cidade.

Segundo Andrade (2002) os ocupantes iniciais dos terrenos foram, em sua maioria, imigrantes estrangeiros e operários de indústrias instaladas nas proximidades da atual Rocinha, principalmente Gávea e Jardim Botânico, contando também com famílias que faziam parte do êxodo rural resultante da crise do café da década de 1930. No lugar de engenhos de açúcar, havia, agora, pequenas plantações cultivadas pelas pessoas que passaram a depender da venda de suas frutas, legumes e verduras nas feiras livres da Zona Sul do Rio de Janeiro (ENAPUR, 2009, p.8).



Fonte: Arquivo Nacional: autor desconhecido

Figura 6: Rocinha no início do século XX

É interessante destacar que o próprio nome da favela pode ter sua origem relacionada a , de maneira que, quando perguntados sobre a procedência das hortaliças, os vendedores respondiam que tudo vinha de uma “rocinha que ficava ali no Alto Gávea”. A horta que teria existido até 1960 (FERREIRA, 2003; LEITÃO, 2007; ARAGÃO, 2010).



Fonte: Museu Sankofa Rocinha - Memória e História, Rio de Janeiro, Brazil.

Figura 7: Rocinha vista de São Conrado nos anos 40

A favela da Rocinha está localizada entre as zonas sul e oeste da cidade do Rio de Janeiro, situada no morro Dois Irmãos, na Zona Sul do Rio de Janeiro; próximo a bairros elitizados, como Gávea e São Conrado. Klintowitz (2008) destaca, até meados da década de 20, a cidade ainda estava concentrada entre Zona Sul e o Centro, demarcando a região onde hoje se encontra a Rocinha de certo modo como periférica. Na Rocinha, situada entre o morro Dois Irmãos e a Floresta da Tijuca.

Nos anos iniciais da década de 1930, a Rocinha ainda era carente de infraestrutura urbana e era de difícil acesso. De acordo com ANDRADE (2002), apenas em 1935 foi erguida, na Estrada da Gávea, principal via da favela, uma rede elétrica – fato que promoveu a venda dos lotes que ainda restavam. E, em 1937, como afirma a autora, a companhia Castro Guidon, responsável pelo loteamento, decretou falência. A venda de lote foi, então, abandonada e a favelização iniciada.

Por tanto, a Rocinha não foi resultado de uma invasão ilegal, mas de povoamento de uma terra desprezada, uma vez que nem os compradores dos lotes iniciais receberam suas escrituras e a posse foi questionada. Essa observação histórica contrasta o surgimento da Rocinha com a versão defendido pelo senso comum, que supõe que todas as favelas como resultado de invasões ilegais. A ocupação geográfica da Rocinha é diferente até mesmo do tipo de povoamento que se deram nas primeiras favelas do Rio– Morro da Providência e Santo Antônio. (KLINTOWITZ, 2008).

O território tornou-se, então, propício para colonização de uma população pobre, recém-chegada à cidade. Ainda na década de 30, como afirma ANDRADE (idem), apesar de já possuir energia elétrica, a Rocinha tinha aspecto rural, era dispersa e constituída por casas de madeira. Apenas em 1938, segundo a autora, a Estrada da Gávea – que corta a Rocinha de uma ponta a outra – recebeu pavimento; fato que consolidou a atração de cada vez mais pessoas. (KLINTOWITZ, 2008).

O crescimento do contingente populacional no território, entre o final da década de 1930 e nos anos 1940, “foi parte de um crescimento global de todo o tecido urbano da cidade, tendo sido a década de 40 também o período de maior proliferação de favelas no Rio de Janeiro” (ABREU, 2010, p.106). Até o final da década de quarenta, no entanto, as populações da Rocinha concentravam-se em apenas três regiões: “no sopé do morro, em uma faixa ao longo da Estrada da Gávea e nos lotes situados na primeira rua da comunidade, o Caminho dos Boiadeiros” (KLINTOWITZ, idem, p.90). A partir dessa época ocorreram importantes mudanças em decorrência da intensificação do processo das migrações internas desde Minas Gerais e principalmente do Nordeste do Brasil, sendo grande parte desses fluxos do tipo rural-urbano. A melhoria dos meios de transporte e dos meios de comunicação de massa serviu para impulsionar a “ilusão migratória”, facilitando os fluxos pela circulação das informações e pelo fortalecimento das redes sociais que articulavam o local de partida com o de destino (ARAGÃO, 2010; BARBOSA, 2009).

Andrade (2002) observa que, aproximadamente em 1950, a metrópole do Rio de Janeiro como um todo passou a abrigar grandes levadas de retirantes

nordestinos, que chegavam em busca de melhores condições de vida e de trabalho. No entanto, o descaso do poder público em relação às moradias para os recém-chegados criou uma nova crise habitacional, tornando as favelas a única opção para a grande maioria que não possuía meios de pagar por casas formais, ao passo que não podiam morar longe de seus trabalhos.(NÓBREGA JR., 2007)

Segundo Klintowitz (IDEM), por volta de 1950 a cidade como um todo passou a receber grandes levas de migrantes nordestinos, que chegavam em busca de melhores condições de vida e de trabalho. No entanto, o descaso do governo em relação às habitações para os recém-chegados criou uma nova crise habitacional, tornando as favelas a única opção para aqueles que não tinham condições de pagar pelas casas formais, mas que ao mesmo tempo não podiam morar longe de seus trabalhos(NÓBREGA JR., 2007).

Por conta de tal aumento populacional, a Rocinha presenciou grande expansão territorial, sendo a maior parte da nova população proveniente do êxodo rural. Na mesma época, essa área “já se caracterizava como um dos grandes núcleos de moradores nordestinos na cidade” (KLINTOWITZ, idem, p.87). Além de presenciar um crescimento de cerca de 200% na década de 60 (NÓBREGA JR., idem, p.30).

Ainda de acordo com Andrade. (2002. p. 123), entre o final da década de 60 e o início dos anos 70, a cidade do Rio de Janeiro iniciou sua expansão Rumo à Barra da Tijuca, com a construção do Túnel Dois Irmãos e da Autoestrada Lagoa-Barra, possibilitando acesso mais fácil à Rocinha e, conseqüentemente, atraindo cada vez mais retirantes nordestinos que também trabalhavam nas obras. Nesse mesmo período, era possível perceber a melhoria gradual nas casas da favela.



Museu Sankofa Rocinha - Memória e História, Rio de Janeiro, Brazill

Figura 8: Mulheres Lavando Roupas na Rocinha dos anos 70

Tal processo, no entanto, foi interrompido durante o governo Carlos Lacerda

(1960-65). De acordo com Andrade (idem, p.109), “a política de remoções de favelas se intensificou com o Golpe Militar de 1964 e a Rocinha acabou sofrendo três remoções parciais: 1968, 1971 e 1975”. A política de remoção perdurou na cidade até a década de 70, e, como afirma Abreu (1997), reduziu absurdamente a oferta de moradias para as classes mais baixas e elevou o número de moradores das favelas remanescentes, como é o caso da Rocinha.

Acompanhando drástico aumento demográfico nos anos de 1970, Klintowitz (2008, p.92) aponta que diversos serviços foram sendo criados e a Rocinha deu início a construção de uma infraestrutura própria, que possibilitou uma nova organização sócia espacial do território. No final da década 1970, a defasagem de serviços entre diferentes partes da favela começou a produzir ocupação e valorização de algumas áreas em detrimento de outras, consolidando definitivamente a heterogeneidade internado da Rocinha.

Nos anos de 1980, já era possível observar grandes diferenças entre os territórios mais altas e mais baixos:

na parte de baixo, estão os moradores mais antigos, morando em casas de alvenaria e com melhor infraestrutura e serviços urbanos, se beneficiando, ainda, da proximidade e facilidade de acesso a outros bairros da cidade; no alto do morro estão os moradores mais recentes, que moram, na sua maioria, em barracos de madeira, sem infraestrutura e com difícil acessibilidade” (Drummond, 1981 *apud* Klintowitz, 2008, p.93).

Nesse período, portanto, conforme destaca Klintowitz (*idem*, p.96), houve a possibilidade de melhoramento nas condições de vida de parte da favela, assim como o aprimoramento em termos da construção de casas, uma vez que já podiam ser encontrados sobrados erguidos com alvenaria e diminuía as construções improvisadas de madeira.



Museu Sankofa Rocinha - Memória e História, Rio de Janeiro, Brazil.

Figura 9 Crianças da Rocinha pedem área de lazer durante manifestação (1981).

De acordo com Klintowitz (*idem*), os anos 90 deram início a nova alargamento do território em direção à Floresta da Tijuca e o processo de verticalização, com o acréscimo de novos pavimentos às construções já existentes ou até mesmo a construção de prédios modernos de alvenaria. A verticalização passou a ser uma das únicas alternativas de expansão das habitações e em muitas regiões pode até mesmo ser encontrado maior número de edificações verticais que horizontais.

Apesar do crescimento vertical, que poderia aproximar o visual da Rocinha aos de seus bairros vizinhos, uma mesma construção muitas vezes é gerenciada por pessoas diferentes, o que pode imprimir a um único prédio, por exemplo, andares com fachadas completamente distintas. Dessa forma, mesmo sob posse de status de bairro, a Rocinha possui não só as irregularidades sanitárias ou de energia elétrica características às favelas, como também a forma pela qual as favelas são reconhecidas e percebidas por quem passa.

“O Espaço dentro da favela apresenta grande diversidade social e econômica” (Klintowitz, *idem*, p.111).

Quanto mais próximos às vias de acesso e a outros bairros da cidade, maior a diferenciação das áreas e dos imóveis. A autora afirma que as áreas próximas a São Conrado são as mais valorizadas e isso ocorre pela facilidade de acesso interno e externo, uma vez que há elevada circulação de ônibus nessa região. Ao mesmo tempo, a Estrada da Gávea, via que corta a Rocinha, também se apresenta como eixo de valorização devido à ampla atividade comercial. A heterogeneidade social dentro da Rocinha foi destacada por Leitão (2004):

Como em qualquer outra cidade fluminense, nessa também existem lugares onde moram os que têm maior renda e outros onde vivem aqueles que são mais pobres. Isto pode ser verificado não apenas na aparência de ruas e edifícios. Pode ser observado, também, nas palavras dos próprios moradores: quando alguém diz que mora neste ou naquele lugar, está dando mais informações do que somente seu endereço (...) num de seus bairros, o valor do aluguel de um apartamento, só para citar um exemplo, equivale ao de um imóvel com características semelhantes nos bairros da Glória, Catete e Flamengo, na zona sul da cidade do Rio de Janeiro (LEITÃO, 2004, p 14).

A Rocinha não apresenta homogeneidade em suas características. Muito pelo contrário. Sua diversidade, como ilustração, foi bem resumida pelo arquiteto Luiz Carlos Toledo, do escritório MT, responsável pelo projeto de urbanização da Rocinha:

Não existe um degrau igual ao outro. Quando encontro dois parecidos, mando fotografar. Isso vale também para as pessoas. Não existe um perfil de morador. Ele varia de indigente a classe média, de analfabeto a universitário, de honesto, pacífico, religioso e trabalhador a bandido. Esta última categoria é uma porcentagem pequena da comunidade, mas tem poder, armas e dinheiro. Por isso, impõe medo e respeito. (TOLEDO, 2007, p. 4)

O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) foi última intervenção urbana ampla impetrada na Rocinha. Sua elaboração em 2009 contou estudos sobre aspectos socioeconômicos, culturais e formas de organização comunitária, sua organização espacial, a infraestrutura urbana instalada e as principais necessidades e carências da população em relação à infraestrutura, além da problemática ambiental vivenciada pela população da favela. (TOLEDO, 2007).



Fonte: foto do autor

Figura 10 Conjunto Construído pelo PAC em 2019

Em 2007, no Rio de Janeiro, o PAC foi implementado no contexto da disputa para a cidade sediar os jogos olímpicos de 2016. Nesse mesmo ano, Sergio Cabral Filho tomou posse do governo do Estado do Rio de Janeiro, e nomeou José Mariano Beltrame como Secretário de Segurança. Os três níveis de governo - governos federal, estadual e municipal - depois de décadas de disputas intensas, estavam trabalhando conjuntamente. A violência era destaque como um dos principais problemas e desafios a serem assumidos no Estado e, principalmente, na cidade do Rio de Janeiro. Aquele era um contexto de crescimento econômico. Não obstante, os índices de violência e, em especial, de homicídios eram, no Rio de Janeiro, tidos como um dos pontos decisivos que precisavam ser melhorados

para que se garantisse a recepção dos grandes eventos e de investimentos internacionais. Segundo Menezes (2018), foi nesse contexto mais amplo que, em novembro de 2008, começou a ser testado, então, um novo modelo de “policiamento comunitário”. Projeto que, pouco tempo depois, receberia o nome Unidade de Polícia Pacificadora (UPP).

Em 2008 teve início o Programa de Polícia Pacificadora, com a ocupação da favela Santa Marta, em Botafogo, pela Polícia Militar. Entre 2009 a 2014, outras 36 favelas da cidade seriam militarmente ocupadas através desse programa, recebendo progressivamente as UPPs.

Em 13 de novembro de 2011, aconteceu a ocupação do território da Rocinha pelas Forças Armadas e pelas Polícias da Polícia militar visando preparar o terreno para a futura instalação da UPP (ESTADÃO, 2013). A comunidade passou a ser patrulhada por policiais diariamente. A UPP é inaugurada com 700 policiais militares, uma sede administrativa, oito bases avançadas e cerca de 80 câmeras de vigilância. Também são inauguradas obras do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) como a Passarela da Rocinha (com projeto de Oscar Niemeyer), o Parque Ecológico e a Biblioteca Parque.



Fonte: (Foto: Tasso Marcelo/AE)

Figura 11 Policiais monitoram do alto região da Favela da Rocinha, na inauguração da UPP

Um ano após os jogos olímpicos de 2016 e menos de uma década depois da implantação da primeira UPP e após alguns anos de alardeado êxito da ocupação policial de favelas, tornou-se frequente alusão à decadência da UPP. Os índices de violência voltaram a subir e multiplicaram-se os conflitos nas favelas ocupadas.

Em setembro de 2017, quando ocorreram intensos tiroteios na Rocinha – após Rogério Avelino, o Rogério 157, ter rompido com o chefe do tráfico no morro, Antônio Francisco Bonfim Lopes, o Nem –, a Rocinha passou a sofrer o processo de disputa e transição do domínio de facções criminosas. Rogério 157 rompeu com a facção ADA e filiou a organização criminosa no morro ao CV. Nem, que se encontrava preso, ordenou a invasão pelo ADA à favela. Rogério foi preso, mas o CV prevaleceu na Rocinha. A disputa entre facções ainda ronda o morro até os dias atuais.

Durante a guerra entre facções na Rocinha, a favela foi ocupada pelas forças armadas. A ocupação se prolongou por meses, no contexto da intervenção militar na secretaria de segurança do Estado do Rio de Janeiro. Segundo os dados apresentados pelo Observatório da Intervenção Militar, em apenas 6 meses após o início da guerra entre facções na rocinha 54 mortes foram registradas, 17 operações foram realizadas e 6 violações de direitos Humanos foram reportadas.



Figura 12: Fuzileiros navais com mascaras de caveira na Rocinha em 2008

5.2 O CAPS MARIA DO SOCORRO: REDE, FLUXOS E DESAFIOS.

Segundo Dutra (2015) o nome Maria do Socorro Santos foi escolhido em homenagem à usuária e militante do Movimento Antimanicomial, que por diversas vezes esteve internada em instituições psiquiátricas tradicionais. Maria do socorro aprendeu a arte da pintura ao longo dos anos de tratamento. A pintura e a militância foram apontadas por ela como um caminho para o tratamento em sua saúde mental e superação. Faleceu em 2005, mas deixou obras e uma história de luta pela inclusão das pessoas que portadoras de sofrimento psíquico grave. Algumas de suas obras estão expostas desde de a inauguração no espaço de convivência do CAPS.



Fonte: Foto copiada do painel de acesso da unidade

Figura 13: Fotografia de Maria do Socorro

A inauguração do CAPSIII MSS constituiu a primeira experiência de uma CAPS III na cidade do Rio de Janeiro, que recebe essa designação por oferecer atendimento 24 horas por dia, durante os sete dias da semana e a possibilidade de acolhimento noturno em situações de crise. Sua inauguração se deu no dia 8 de março de 2010, pelo Presidente da República, acompanhado de cinco Ministros, juntamente com a Unidade Clínica da Família (ESF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um pequeno Complexo Esportivo.



Fonte: foto do autor

Figura 14: Complexo de Saúde da Rocinha

O CAPS III Maria do Socorro, que faz parte do Complexo de Saúde da Rocinha: CAPS, UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e Clínica da Família (Unidade da Estratégia Saúde da Família). A construção das três unidades de saúde foi da Política de Estado intitulado: Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Nesta ocasião, a Rocinha foi beneficiada com investimentos superiores a 231,2 milhões de Reais (O GLOBO, 2013).

A obra de construção do espaço iniciou-se em julho de 2007 como parte do conjunto de melhorias urbanas e sanitárias do PAC. Toledo (2007) descreve a realização do planejamento do PAC na Rocinha. O programa realizou-se com importante participação de lideranças locais e da Associação de Moradores que historicamente reivindicavam, além das melhorias urbanas, a implantação do Programa de Saúde da Família, de uma UPA 24 horas e um CAPS no território. O planejamento das obras contou com extensa construção de diálogo, consenso e controversas com organizações locais e moradores da favela para decisões e estudo de aspectos culturais, planejamento e participação nas obras.

Foram estudados os aspectos socioeconômicos, culturais e formas de organização comunitária, sua organização espacial, a infraestrutura urbana instalada e as principais necessidades e carências da população em relação à infraestrutura, além da problemática ambiental vivenciada por essa população. (TOLEDO, 2007, p.22).

A participação dos moradores propiciou a contratação de diversos trabalhadores moradores da favela que integraram posteriormente algumas das equipes do complexo de saúde em geral e do CAPS: Seguranças, porteiros, copeiros, ACS, oficinairos, profissionais de nível superior, etc.

O CAPS MSS foi construído na localidade central da Rocinha, conhecida como “Curva do S” na divisa entre a região conhecida como Cachopão e Vila Verde. O espaço anteriormente abrigava uma imensa garagem de ônibus e uma quadra na qual se realizavam bailes nos finais de semana. Trata-se de uma área central da Rocinha, próximo ao acesso à São Conrado e as principais vias de comércio da favela.



Fonte: Museu Sankofa Rocinha - Memória e História, Rio de Janeiro, Brazil.

Figura 15: Garagem de ônibus onde se contruiu o complexo de saúde

O CAPS é responsável por cobrir o Território Dois Irmãos que corresponde à metade da área programática 2.1 e possui 237.130 de habitantes e 11 favelas. Trata-se de um território amplo, heterogêneo e com grandes diferenças socioeconômicas. Contrastam no Território dois Irmãos o sexto melhor e sétimo pior Índice de Desenvolvimento Humano, respectivamente, Gávea e Rocinha.

O Território Dois Irmãos possuía em 2018 aproximadamente 92% de cobertura de serviços de atenção primária, sendo três Clínicas de Saúde da Família e três Centros Municipais de Saúde. Acessavam esses serviços por cadastro 93.753 pessoas. O CAPS MSS é responsável pela assistência à população, matriciamento e ordenação da rede de saúde mental de todas as clínicas da família desse território. Contava em 2018 com um NASF para cada clínica.

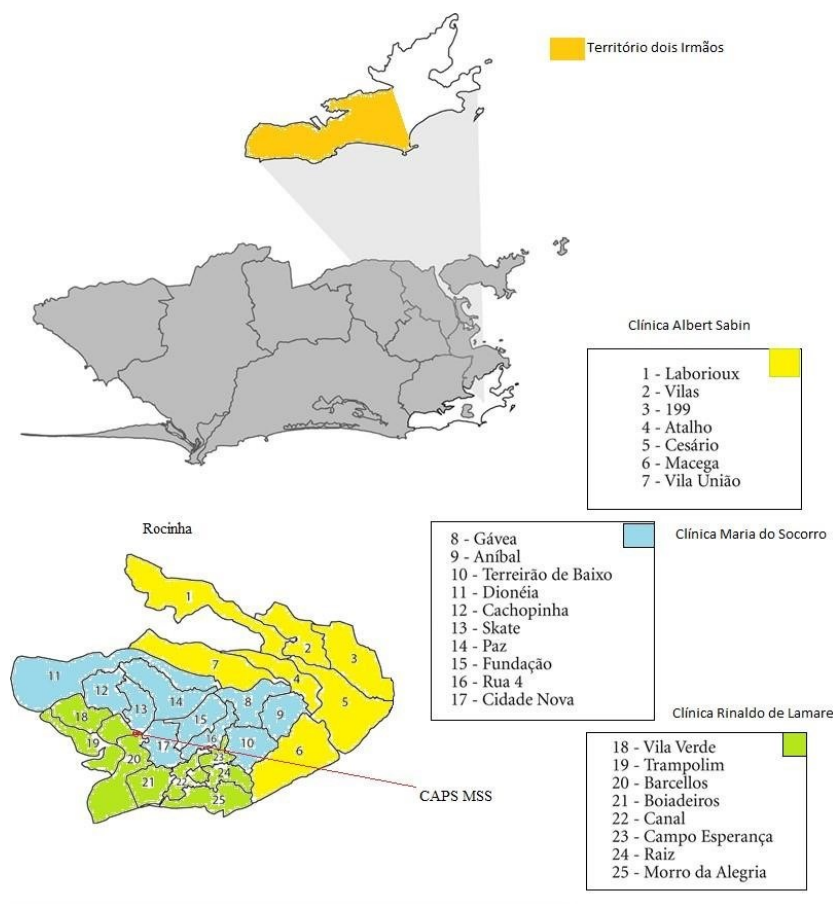


Figura 16: Mapa das Áreas de Planejamento em Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (com destaque para AP 2.1) e mapa das 25 Equipes de Saúde da Família da comunidade da Rocinha – 2016.

Fonte: Elaboração própria a partir dos Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde (CEMAPS) do município do Rio de Janeiro.

O CAPSIII MSS dispõe atualmente de 9 leitos para acolhimento noturno. Seu quadro de funcionários conta com 43 profissionais subdivididos em quatro equipes para acompanhamento dos casos. A equipe do CAPS MSS está constituída, em 2018, por 2 copeiros, 3 auxiliares administrativos, 1 coordenador técnico (enfermeiro), 1 coordenador administrativo, 3 oficineiros, 1 educador físico, 2 assistentes sociais, 1 técnico de farmácia, 1 terapeuta ocupacional, 12 técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros, 3 psicólogos, 4 psiquiatras e 1 coordenadora geral (Psicóloga). As miniequipes se dividem para acompanhar e realizar matricialmente nos territórios por referências de serviço da atenção primária.

TABELA 3. NÚMERO DE PROFISSIONAIS DO CAPS POR ESPECIALIDADE

Quadro de profissionais: Categoria x ESF

CF Rinaldo De Lamare + São Conrado + Vila Canoas	
Psiquiatra	1
Enfermeiro	2
Assistente Social	1
Psicólogo	1
Tec. enfermagem	2
Oficineiro	1
Copeira	1
Total	9

CF Maria do Socorro Silva e Souza + Gávea + Vila Cruzada	
Psiquiatra	1
Enfermeiro	2
Assistente Social	1
Psicólogo	1
Tec. enfermagem	4
Oficineiro	2
Aux. Administrativo	1
Copeira	1
Total	13

CF Maria do Socorro + CMS Rodolpho Perissé + Chácara do céu + Ipanema	
Psiquiatra	1
Enfermeiro	2
Assistente Social	1
Psicólogo	2
Tec. de enfermagem	3
Educador Físico	1
Aux. Administrativo	1
Total	11

CMS Sabin + Leblon + Parque da Cidade	
Psiquiatra	1
Enfermeiro	1
Assistente Social	1
Psicólogo	1
Tec. enfermagem	3
Terapeuta Ocupacional	1
Aux. Administrativo	1
Aux. de farmácia	1
Total	10

Os usuários acessam ao CAPS por diversas demandas: Procura espontânea; encaminhamento pela clínica da família; encaminhamento de unidades de emergências próximas – UPA Rocinha, CER Leblon e Hospital Miguel Couto; Pedido de suporte da família; Demanda de institucionalização de paciente de longa permanência em internação psiquiátrica pela Secretária de saúde; solicitações de acompanhamento pelo ministério público por via judicial ou no sistema prisional; etc.

No CAPS, a dinâmica do serviço acontece de forma interdisciplinar, onde profissionais com diversas formações dialogam para o objetivo da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que incluem ainda o usuário, e em uma parte considerável dos casos sua família, em alguns casos vizinhos, outros a ESF, entre outros atores sociais. Os profissionais reúnem-se para discutir casos e intercambiar informações e percepções sobre determinada situação. Os diferentes colaboram, o que permite uma construção da assistência no modelo de atenção e intervenção do “campo da atenção psicossocial”. Desta forma, é desejável a

valorização dos diferentes atores que participam do processo da produção do projeto terapêutico, em que procurasse consolidar consensos sobre as ações clínicas, permitindo a responsabilização, construção de vínculos e a participação coletiva nas práticas do serviço. As visitas domiciliares também fazem parte das estratégias de atuação do CAPS no Território, elas são agendadas pela equipe, na maioria das vezes de acordo com a necessidade de cada usuário ou quando o mesmo não comparece ao serviço. As visitas domiciliares são dispositivos muitas vezes utilizados para Os profissionais reúnem-se para discutir casos e intercambiar informações e percepções sobre as diversas situações do acompanhamento. As reuniões são realizadas duas modalidades distintas: reuniões diárias, semanais e eventuais.

As reuniões diárias acontecem no início e final do turno, no geral às 8 horas e às 18 horas respectivamente. Nessas reuniões são discutidos os casos dos pacientes em crise que se encontram eventualmente em acolhimento noturno no CAPS, no território na emergência psiquiátrica do IMPP que compõe a rede de assistência com o CAPS. As reuniões de início e final de turno definem o cronograma de atividades do dia: realização de atividades, responsabilidade de cada profissional nos turnos e encaminhamento dos casos.

As reuniões semanais acontecem no geral às quartas-feiras pela manhã. A primeira reunião é de miniequipe. Essa reunião é realizada pela equipe segmentada em quatro miniequipes e quatro reuniões concomitantes. Na reunião de miniequipe são discutidos e encaminhados dos casos por cada uma das miniequipes e seus respectivos território. A reunião de equipe é realizada em seguida. Essa reunião conta com toda a equipe, a gestão e um supervisor clínico institucional. Na reunião geral são discutidas as demandas burocráticas e gerenciais do serviço, os casos clínicos e o processo de trabalho. As discussões se dão com a participação da supervisão clínica institucional. A supervisão clínico-institucional é uma função estratégica nos CAPS. Vem sendo implantada nos CAPS desde 2005 e tem o objetivo de fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental, a partir dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2005).

Na reunião geral diferentes profissionais cruzam seus saberes, o que permite uma construção do modelo de atenção e intervenção. Desta forma, há a

valorização dos diferentes atores que participam do processo da produção do projeto terapêutica, em que procurasse consolidar consensos sobre as ações clínicas, permitindo a corresponsabilidade, formação de vínculos e a participação coletiva nas práticas do serviço. As visitas domiciliares também fazem parte das estratégias de atuação do CAPS no Território, elas são agendadas pela equipe, na maioria das vezes de acordo com a necessidade de cada usuário ou quando o mesmo não comparece ao serviço.

As visitas domiciliares dependem do Protocolo de Acesso Mais Seguro (PAMS) e da articulação com a clínica da família. O protocolo do CAPS foi criado a partir de uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a Cruz Vermelha, firmada em 2014. O CAPS MSS foi o primeiro CAPS do município a adotar o protocolo. Na ocasião os Protocolos do Acesso Mais Seguro já tinham sido implementados em todas as clínicas de saúde da família do território.

Segundo relato da equipe, o PAMS foi implementado no final de 2013 após CAPS ser alvejado por tiros de fuzis durante uma troca de tiros entre policiais e traficantes. O protocolo é baseado em um esquema de signos construído pela a equipe da unidade, que indicam em conjunto um nível de risco do território e o funcionamento do CAPS: O nível verde indica que o funcionamento normal do CAPS e ausência de conflito armado no território. O nível amarelo indica alerta e funcionamento reduzido da unidade, sem oficinas e espaço de convivência, por risco de conflito; o nível laranja indica conflito próximo a unidade e redução da equipe e do funcionamento; O nível vermelho indica fechamento da unidade.

O CAPS faz parte da mesma estrutura arquitetônica das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Clínica da Família, sendo que os dois últimos estão localizados no primeiro andar e o CAPS no segundo andar. Os usuários acessam o serviço pela Clínica da Família e depois por rampas que são localizadas na parte posterior do serviço. Com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários e suas famílias nos três serviços e garantir a articulação e integração, os profissionais fazem contato com outros serviços conforme a demanda. Quanto à infraestrutura, o CAPS conta com 1 sala de cuidados, 4 salas de repouso, 9 salas consultórios, sala de convivência, 2 sanitários (masculino e feminino para os pacientes), 1 sanitário para os funcionários, sala de administração, sala da 74

direção, 2 salas de grupo, 1 oficina, refeitório, 1 auditório utilizado pelos 3 serviços (UPA, CAPS e Clínica da Família).

Neste CAPS, o acolhimento se dá 24 horas. Uma equipe mínima de profissionais sempre atua no acolhimento ou pronto atendimento. Os usuários vinculados ao CAPS têm consultas periódicas com Técnico de referência, médicos, Psicólogo, etc dependendo do PTS. A partir do primeiro atendimento são definidas as principais condutas a serem implementadas, e estas são avaliadas nos atendimentos posteriores, bem como o Técnico de Referência (TR) e PTS. Os acolhimentos noturnos significam que o usuário passa a noite sob cuidados e da equipe de plantão, no entanto, existe a direção de que o usuário não ultrapasse sete dias no acolhimento noturno, uma vez que o objetivo é que ele se insira novamente no seu território e preserve sua autonomia.

A primeira consulta do usuário admitido no CAPS no geral com psiquiatra e um profissional de saúde da miniequipe que será inserido, é colhido o histórico e discutidas as propostas terapêuticas, como também características pessoais, já pensando em inserilo em alguma oficina do CAPS ou no território. A participação do familiar nas consultas, na construção e acompanhamento do PTS é de suma importância, já que este será peça fundamental no tratamento do usuário. Além das consultas, as famílias são convidadas a participar da Reunião de Família, atividades festivas ou culturais do CAPS, também são realizadas visitas domiciliares. A realização das oficinas contribui bastante no tratamento e desempenho pessoal dos usuários.

Diversas oficinas ocorrem quotidianamente, por exemplo: —Bom dia, Desabafando, Assembléia, Artesanato, Pintura, Jornal. Nestas oficinas são abordados temas atuais, dificuldades encontradas por cada usuário, desenvolvimento de habilidades, atividades lúdicas e de expressão. As atividades permitem a mediação do sofrimento psíquico através de objetos, interação e fala. Na porta de entrada do CAPS, a que é acessada pelos usuários através da rampa, os mesmos ficam neste ambiente em intervalos das atividades, às vezes conversando ou fumando cigarro, que é o hábito de muitos deles. Assim que os usuários chegam à Unidade, perto da sala de convivência tem um armário no qual podem guardar pertences. Desse modo, podem passar o dia no CAPS. As salas de repouso atendem à demanda dos pacientes que estão em acolhimento noturno,

em cada repouso há uma cama, um banheiro e um armário onde eles podem guardar seus objetos pessoais. Em uma das salas de grupo acontecem as reuniões de final de turno com todos os profissionais e também onde são feitos os registros nos livros e cadernos de anotações pela equipe multidisciplinar. O som ambiente é agradável, sendo normalmente da televisão, que comumente permanece ligada para a distração dos usuários do CAPS ou dos funcionários.

É possível perceber em quase toda a unidade a presença de quadros de pintura, desenhos, quadros de fotos, artesanatos, tudo criado pelos usuários. Estes materiais são bem distribuídos de forma a não deixar o ambiente saturado, muito pelo contrário, torna o ambiente em geral alegre, acolhedor e chamam atenção por serem sempre coloridos. A área externa dispõe de um estacionamento que é dividido para os funcionários do CAPS, Clínica da Família e UPA. Há também a presença de uma horta criada e mantida pelos funcionários e usuários do CAPS.

6 ANÁLISE DE RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 SÍNTESE DA PESQUISA DE CAMPO

Faz-se necessário uma ponderação inicial sobre os limites interpretativos da pesquisa de campo. Conforme apresentamos no Percorso Metodológico (capítulo III), para coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais, entrevistas coletivas e observação participante.

A entrevistas coletiva foi realizada no CAPS e teve uma participação do entrevistador o menos interveniente possível no debate desenrolado entre os participantes. Quatro participantes se dispuseram a participar da entrevista coletiva, dispostos em uma sessão gravada em áudio.

As entrevistas individuais também se deram de maneira mais aberta possível. Ao todo 12 profissionais, em um universo de aproximadamente 48 profissionais, participaram da pesquisa (houve variação do número de profissionais do CAPS durante o trabalho de campo). A pergunta “Quais são as

repercussões da violência no território para o cotidiano do CAPS? ” deu início às entrevistas individuais e a coletiva de profissionais de múltiplas formações, tempo de vinculação e diferentes visões sobre o serviço. A aposta metodológica foi de construção de narrativas baseadas na confiança e sigilo, que permitissem aos participantes falarem livremente.

A organização da apresentação dos resultados da pesquisa foi elaborada a partir de recortes de eixos narrativos identificados na coleta de dados, que circunscrevem o cotidiano: recorte espacial, recorte interacional e recorte temporal. O recorte espacial consiste no eixo narrativo que circunscreve a posição do CAPS no território. A localização no interior da favela foi apresentada como fator importante da relação da violência com o cotidiano nas três etapas da pesquisa. O recorte interacional diz respeito às narrativas sobre relação que o CAPS constrói com o território. Esse recorte apresenta nuances de relações entre os profissionais, usuários e diversos atores do território. O recorte sobre temporalidade circunscreve a dinâmica das ressonâncias da violência no CAPS ao longo do tempo, apresentadas a partir do período de realização da pesquisa empírica. É importante levar em conta que as entrevistas se deram no período entre junho de 2018 e abril de 2019, mas o recorte temporal apresenta um eixo narrativo que inclui retrospectivas sobre outros períodos cronológicos coletadas a partir das ferramentas de pesquisa.

6.2 RECORTE ESPACIAL: “O CAPS NO FOGO CRUZADO”

Na pesquisa de campo, constatou-se que as circunstâncias do território frente a localização do CAPS reverberam diariamente no seu funcionamento e constituem aspecto de preocupação frequente da equipe.

A localização geográfica no interior da favela parece conferir ao serviço uma contradição, que frequenta as narrativas do trabalho de campo: por um lado, destaca-se o CAPS como dispositivo de produção de bem-estar social, inserido em um território marcado pela exclusão; por outro lado configura o assujeitamento do CAPS as condições da exclusão que balizam o território. O CAPS, por ter sido construído no interior da favela, tornou oportuna a realização

do trabalho psicossocial naquele território – não como dispositivo exótico-, mas como agente familiar que convive e interfere no cotidiano, possibilitando em alguma medida a cidadania da assistência em saúde mental. No entanto, conforme demonstrou o trabalho de campo, o CAPS precisa lidar diariamente com a sociabilidade violenta e não oficial do território.

Por ser localizado na Rocinha, O CAPS está por consequência submetido à interlocução constante com o tráfico, à violência cotidiana dos conflitos armados e à preocupação como o “clima” do território.

A intercessão entre as ressonâncias da violência e a localização do CAPS também apresenta um fato decisivo para o Protocolo de Acesso Mais Seguro (PAMS). Como o CAPS está localizado dentro da favela, o PSMS foi justamente elaborado para responder as condições no interior da Rocinha. O PAMS estabelece as condições para o funcionamento do serviço, conforme as diferentes classificações de risco no território. Em períodos dias ou períodos em que o território é a cenário de constantes operações, as atividades do CAPS são reduzidas ou suspensas.

No último ano [2018] ficamos quase todos os dias em amarelo. Estavam acontecendo incursões e operações diárias. E para piorar tinha a possibilidade estourar uma nova guerra novamente [...]. Aquilo foi horrível. Porque a guerra [de facções] é diferente da operação normal da polícia. Por essa razão, quase não fizemos visitas domiciliares. Muitas vezes suspendíamos as visitas domiciliares suspendíamos as atividades. [Entrevistado F]

A localização do CAPS possibilita que seja alvo de conflitos em diferentes partes da Rocinha. Com efeito, o CAPS já foi alvejado por tiros de fuzil inúmeras vezes. Nas entrevistas os profissionais citaram diversas vezes que as paredes do serviço foram construídas contêineres e pré-moldados de lata e isopor, o que aumentaria a insegurança da equipe. Na visão dos entrevistados, o CAPS é ainda mais vulnerável por sua localização e estrutura. Também foram citados nas entrevistas episódios no qual o CAPS foi alvejado por tiros de fuzil.



Figura 17 Reportagem: “Fotos mostram marcas de tiros no interior da UPA da Rocinha, alvejada por traficantes no domingo”)Fotos: Jornal Extra. 17/02/14.

A preocupação com a vulnerabilidade da estrutura do serviço a tiros aparece nas entrevistas como elemento de preocupação constante dos profissionais. Destaca-se como a percepção de que o CAPS não é um abrigo seguro para situações de conflito. A vulnerabilidade do CAPS aos tiros apresenta-se no material de pesquisa como preocupação cotidiana e objeto de diversas estratégias para a segurança da equipe.

Acho que quando fizeram esse serviço pensaram que a UPP daria certo. Eles pensaram que a Rocinha seria um ‘mar de rosas’ e que equipe do Complexo de saúde não teria que se preocupar com os tiroteios aqui dentro. A verdade é que essas paredes são de papel. Nós vivemos com medo de um tiro desse atravessar mais uma vez uma parede e encontrar um paciente ou um profissional. Acabar com uma vida. Sabe como é? Ou como uma amiga nossa dizia: “Eles fizeram tudo de container para ser mais fácil um dia trazer um guindaste e tirar de dentro da favela”. Quando a gente está trabalhando aqui e começa uma operação ou escutamos barulhos corre toro mundo lá para baixo porque aqui em cima somos alvos fáceis. Não tem como manter o CAPS funcionando normalmente em dia de tiroteio. Mesmo quando o tiroteio é só pela manhã a preocupação fica durante o dia e a noite. Nos que ficamos no plantão noturno

ficamos preocupados com nossa segurança e a segurança dos usuários aqui dentro. (Entrevistado E)

Por consequência, a fragilidade da estrutura do CAPS diante do fogo cruzado, a localização e vulnerabilidade do serviço passou a fazer parte de decisões cotidianas sobre o grau de funcionamento do CAPS segundo o Protocolo

de Acesso Mais Seguro. E também de articulações e interlocução com outros agentes do território.

Alguns dias ainda vemos viaturas da polícia na porta ou aqui dentro do Complexo de Saúde. Já foram feitas várias conversas ao longo dos anos para evitar isso. As viaturas aqui acabam fazendo do serviço um alvo para os tiros. E as paredes não oferecem proteção alguma para quem está trabalhando aqui dentro. Por essa razão, no nosso Protocolo de Acesso Mais Seguro ¹(PAMS) fala que em caso de tiros próximos a equipe deve se dirigir para o primeiro andar onde está localizada a UPA e a sala de Raio X. Lá no corredor da UPA é mais seguro. Aqui não temos muita segurança. Também as vezes temos que pensar junto com outros serviços da rede em transferir os pacientes do acolhimento noturno para outro lugar. [...] (Entrevistado F)

No entanto, as repercussões da localização geográfica do CAPS não foram apenas articuladas à estrutura do serviço ou a violência materializada no fogo cruzado. A localização e suas interseções com as ressonâncias da violência compõem na pesquisa também repercussões da relação com o território, com a população atendida e com o acesso ao CAPS.

Em um trecho da mesma entrevista vemos que a localização do CAPS no interior da favela também traz consequências no que se refere aos limites de atuação e interlocução do serviço com o território. Por estar localizado dentro da favela, o CAPS aparece submetido a lógica que permeia a violência no território.

[...] Não é porque está aqui dentro do CAPS que o usuário está protegido. Se por acaso ele fez algo lá fora, o usuário pode ser cobrado aqui dentro no acolhimento mesmo. Já teve casos de o paciente ter roubado um celular ou uma bolsa e ter vindo para o acolhimento. A pessoa veio aqui cobrar e ameaçar. E teve o caso do [nome do paciente omitido] que escreveu umas besteiras no muro para a mulher de um bandido. Claro que ele escreveu quando estavam em surto. Ele estava completamente inapropriado Persecutório. [...] O maior risco era acontecer algo com ele aqui dentro mesmo no acolhimento. [...] A gente não sabe qual é o limite. Até que ponto podemos contar com quem pode dialogar e até que ponto não tem diálogo com o movimento. Até o momento acho que estamos dando sorte (Entrevistado D)

Entrevistador: Você falou em relação ao tráfico. Mas e com a polícia? E com os usuários e familiares?

¹ O CAPS possui um Protocolo de Acesso Mais Seguro implantando em 2014, em uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Cruz Vermelha. Os detalhes desse protocolo serão aprofundados no tópico 4.4 do Presente capítulo.

Entrevistado D: Em relação ao o que já aconteceu? Ou em relação ao que pode acontecer?

Entrevistador: Em relação a essa questão das ressonâncias da violência aqui no CAPS por ele estar dentro da Rocinha...

Entrevistado D: Cara, acho que sim! Acho que os usuários lidam com o CAPS como se estivessem na casa deles. E na verdade estão! Porque aqui [na Rocinha] é onde eles moram. Então já teve episódios de ameaça aqui dentro. O usuário é um paciente nosso, mas ele ou a família tem um certo poder ou status lá fora por conta do envolvimento que tem ou teve com o tráfico. Ou como aconteceu mais recentemente, o caso do envolvimento com a polícia mesmo. Se ele tem essa questão lá fora então ele pode trazer aqui para dentro. Nesse caso não temos a quem recorrer e temos que dialogar... até falamos com nosso Articulado de Território. Mas isso é depois. Na hora contamos apenas com o diálogo para mediar. O familiar é a mesma coisa. Se o CAPS fosse lá fora eu acredito que seria diferente. Acho que você não vai ver uma pessoa ligada ao 'Movimento' ou um paciente mais truculento agindo dessa maneira, querendo colocar medo e etc. lá no Miguel Couto. E também, se o CAPS fosse fora, muitas vezes nos tomaríamos decisões diferentes. Nós não pensaríamos em primeiro lugar no quanto estamos vulneráveis e quanto os pacientes estão vulneráveis. Aqui não é Trieste (risos). O que nós decidimos em equipe, em relação a uma situação de crise, pode custar uma vida ou pode custar a integridade física do paciente se não for levado em conta que estamos dentro da favela.

Durante a fase preliminar e a fase de imersão profunda, nas quais se realizou a observação participante, também contatamos no funcionamento diário do CAPS a preocupação frequente dos profissionais com a possibilidade de acontecimentos disruptivos no território. A possibilidade de operação policial ou a presença de viaturas próximas a unidade, o eventual não funcionamento das bocas de fumo próximas, podem balizar o funcionamento do CAPS ao longo do dia. Em determinadas circunstâncias de períodos de maior instabilidade do território, a possibilidade de conflitos baliza as decisões de acolhimento noturno. A equipe preocupa-se diariamente com a possibilidade de o CAPS ser alvejado e por essa razão nos períodos de maior tensão procura organizase para esvaziar o serviço. O esvaziamento nem sempre segue a lógica do Protocolo de Acesso Mais Seguro. Muitas vezes segue estratégias informais e a percepção difusa de equipe, de que ao longo de um período determinado o CAPS entra-se mais vulnerável aos conflitos no território.

Em relação ao acesso ao serviço, a localização do CAPS parece trazer aspectos positivos e negativos. O acesso ao CAPS aparece na pesquisa de campo sendo mais fácil para os moradores da Rocinha e mais difícil para os moradores de outros bairros da área de assistência do serviço, por consequência da violência

no território. No diário de campo, observamos que os usuários do CAPS que são moradores de outras favelas da área de abrangência do serviço, eventualmente não acessam ao CAPS devido a diferença circunstancial entre facção da Rocinha e seu respectivo território de moradia. E notadamente os familiares e usuários moradores de bairros nobres como São Conrado, Leblon e Gávea eventualmente não acessam o serviço em função de sua localização na favela. Na vinheta do diário de campo apresentada a seguir, vemos como o estigma da localização na favela se apresenta como empecilho para o acesso ao serviço.

Realizei uma visita hospitalar a usuário internado na emergência do IMPP. Tratava-se de um usuário esquizofrênico bastante jovem, de classe média alta e morador do Leblon. Era sua primeira experiência de internação e Bruno no primeiro estande de contato perguntou se poderia sair da internação. Parecia entender claramente a sua maneira que estava passando por um processo de “crise” e que tinha se colocado em risco dias antes tentando pular da janela de seu apartamento. Disse que tinha medo das “vozes” que o atormentavam havia anos, mas que não suportaria ficar internado nas condições em que estava. Nesse momento fez referência à o uniforme do hospital e a impossibilidade de ir em casa, ainda que acompanhado, cuidar do cachorro. Acordei com Bruno sua transferência para o acolhimento noturno no CAPS com o combinado de uma saída breve para visitar o apartamento e cuidar do cachorro. Ao discutir o caso com a equipe do IMPP, a psicóloga responsável se mostrou preocupada com a aceitação da transferência pela família. No final do dia tive notícias que a família recusou a transferência do paciente para o CAPS dizendo que o usuário jamais poderia se tratar no CAPS devido ao risco de entrar na favela. (Diário de Campo, novembro de 2019)

A dificuldade de acesso ao CAPS apareceu de outras maneiras nas entrevistas. Por ser responsável pela cobertura de área ampla e heterógena do Território Dois Irmãos, o CAPS atende populações de diferentes favelas. A assistência a usuários de favelas dominadas circunstancialmente por outras facções eventualmente inviabiliza a presença desses usuários no serviço e na Rocinha. Na constatação da equipe, o usuário que tenha tido envolvimento com o tráfico pode ser posto em risco de vida no caso de ficar no acolhimento noturno do CAPS ou frequentar as atividades diárias do serviço. Vejamos um exemplo no trecho a seguir.

Na época em que a cruzada era CV e a Rocinha era ADA os pacientes de lá que eram usuários de drogas ou que tinham envolvimento raramente vinha ao CAPS. Até hoje acho que pessoal da cruzada vem pouco aqui. Porque acabava sendo um risco de vida. Se o paciente

que é de área de outra facção ou envolvido for apanhado aqui fazendo algo errado ...talvez apenas por estar circulando aqui e não ser conhecido no Morro, o paciente poder correr o risco de sofrer alguma agressão ou coisa pior. (Entrevistado J)

Por outro lado, as entrevistas indicam que a localização do CAPS facilita o acesso dos usuários moradores da Rocinha ao serviço e a circulação dos profissionais do CAPS no território, tanto em atividades terapêuticas externas (oficinas, rodas de conversa, etc.) como em visitas domiciliares e assistência a crise no território. A presença constante da equipe no interior da favela parece ter permitido a construção de uma “leitura de clima” para a circulação e de estratégias para lidar com as adversidades do cenário. Segue um exemplo em entrevista.

Eu acredito na importância do CAPS aqui dentro! Acredito na importância da saúde dentro da favela. E temos brigado para manter isso. Da para fazer a diferença aqui dentro, mesmo com todas as dificuldades. No final, acho que acaba valendo a pena. Se não fosse o fato de estarmos aqui não conheceríamos a família, o tio, o primo, o dono da barraca que vende cigarro. Aqui dentro sabemos quem é quem e somos reconhecidos como profissionais de saúde. Nem sempre (risos). Mas faz diferença por ir com um usuário que está morando em uma casa depauperada, como é caso da família da dona Fabiana. Nos colocamos todo mundo no acolhimento noturno. Elas eram acumuladoras e a casa estava cheia de lixo. A assistente social organizou dinheiro, conversamos com a vizinhança. Até contratamos um pedreiro para reformar a casa. Hoje eles estão bem. Mas para isso precisamos estar aqui dentro e conhecer bem onde estamos pisando. (Entrevistado F)

Durante a observação participante, ficou claro que a circulação em determinados locais e a interlocução com agentes do território, só foi passível de ser integrados às estratégias psicossociais da equipe mediante à “leitura de clima” adquirida com a convivência constante no cotidiano da favela que se estabeleceu a partir da localização do CAPS. Embora o CAPS disponha formalmente do suporte da ESF e intermediação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - principalmente para as visitas domiciliares, a construção de estratégia específicas para clínica do CAPS mostraram-se particulares e decisivas em situações complexas representadas em vinhetas dos três métodos de coleta de dados. Por outro lado, não emergiu nos instrumentos de coleta de dados a disposição de estratégias semelhantes para as outras oito favelas que compõem a área de abrangência do

CAPS. Trataremos melhor do conjunto da interação entre o CAPS e a favela no item

4.3 desse capítulo.

No que se refere às estratégias de “leitura de clima”, nos três instrumentos de pesquisa a localização do CAPS aparece como fator importante. A vinheta a seguir demonstra uma situação de percepção de eventuais mudanças no território na qual leitura do contexto para intervenções clínicas só é possível porque a localização do CAPS possibilita a observação do cotidiano do território. E nesse sentido permite visualizar mudanças e aprofundar estratégias baseadas na lógica de cada contexto, no que se refere ao binômio território e violência.

Entrevistado: Geralmente quando chego a Rocinha já vejo como está o moto taxi. Se moto taxi está cheio ou está vazio. E se tem viaturas do choque ou do exército aqui dentro. Fico ligado se for sair para almoçar também. Acho que com o tempo a gente se acostuma a perceber o que está ‘rolando’ assim como quem mora aqui. Da para perceber se as coisas estão estranhas ou algo está para acontecer.

Entrevistador: Sim, nos momentos mais tensos. Mas e nos momentos mais comuns do dia a dia e do acompanhamento dos casos?

Entrevistado: No dia a dia também. Acaba que aprendemos a lidar com as tensões. Porque dependendo do momento que está Rocinha a coisa é diferente. Se vamos fazer uma visita para buscar um paciente em crise tem que saber bem qual é o lugar, como é o dia a dia. E muitas vezes não é o ACS que vai dar essa informação melhor. Porque nossa “clientela” é especial. Sabe como é ?! Muitas vezes trata-se de um usuário de drogas. Também poder estar ameaçado porque fez alguma coisa em um surto ou em uma situação complicada em função do delírio. E usuário pode nem mesmo estar em casa. Pode estar pela rua ou no Valão. Pode ser o caso de procurar. Só estando aqui dentro para saber. Quem é de fora não tem clareza de como as coisas estão. [Entrevistado C]

O exemplo acima é apenas uma das muitas circunstâncias que aparecem na pesquisa de campo nas quais a relação entre observação diária e localização do CAPS no interior do serviço aparece. Por várias vezes, nas referências a outras favelas que o CAPS presta assistência, mas não está localizado, a não observação diária da equipe e a “leitura de clima” menos apropriada surge como questão para a elaboração do projeto terapêutico. Essa condição pode ser verificada durante o período de observação participante nas reuniões de equipe do CAPS. A título de exemplo, podemos destacar uma discussão na reunião de equipe no qual se procurava definir a estratégia para elaboração do projeto terapêutico de uma usuária moradora do Vidigal. A usuária não acessa o CAPS com frequência e é

refratária ao uso de medicações. Frequentemente a usuária apresenta-se em mania e se coloca em risco, ora provocando vizinhos, ora andando nua pela favela do Vidigal ou interrompendo o trânsito na avenida em frente à favela. Em determinada situação de crise a equipe discutia qual seria a melhor intervenção para a proteção da usuária nesses momentos; de que maneira poderia garantir a continuidade do uso da medicação fora do acolhimento noturno e melhor aproximação com a usuária e família. Embora as visitas domiciliares fossem agenciadas pela ESF, a equipe não podia realizar visitas e intervenções frequentes nas situações em que a usuária se encontrava em mania em função do risco de conflitos no território. A leitura não muito apropriada do contexto de violência do território não possibilitava para a equipe a elaboração de estratégias psicossociais mais arrojadas. Segue uma vinheta da discussão:

Durante a discussão do caso, a técnica de referência chamou a atenção para a maneira como a equipe estava lidando com os episódios de crise. Quase sempre que a família da paciente ou a ESF solicitava suporte do CAPS em função de a usuária estar se colocando em risco, a intervenção do CAPS se limitava ao acionamento da Emergência Psiquiátrica pelo SAMU. Em contrapartida, em situações clínicas análogas que ocorriam na Rocinha a equipe fazia considerável esforço para garantir a medicação e assistência aos usuários no território, evitando desse modo o acolhimento noturno ou internação de emergência. No entanto, demais pessoas da equipe assistente argumentaram não ter clareza do risco ao qual usuária estava eventualmente se expondo por não ter uma “leitura de clima” diária da usuária do Vidigal, enquanto que na Rocinha a leitura de clima diária é imposta pela localização do CAPS. Um profissional que acompanha o caso disse que “dependendo de como estiver o Vidigal, a crise pode não significar nada de mais grave em função da compreensão dos próprios moradores” [sobre da condição psíquica da usuária] e em outros momentos de conflito repentino ou endurecimento do território “o fato de perambular pela favela ou desrespeitar alguém pode colocar a vida da usuária em risco”. (Diário de Campo)

A localização do CAPS, conforme apontado nos instrumentos de coletas de dados, também tem repercussões para a formação da equipe técnica, estabilidade e rotatividade de profissionais. Os entrevistados apontaram em alguns momentos a localização do CAPS na favela como fator de escolha para trabalhar na unidade. No entanto, em outro momento, a localização na favela foi apontada como importante fator para a saída e dificuldade de contratação de profissionais. A

localização em um território marcado constantemente pela violência é apontada como fator de sobrecarga.

Já nem sei mais quantas pessoas trabalham aqui por ano. São muito técnicos de enfermagem que passam na unidade. E também tem muita gente que não consegue ficar muito tempo. Não é porque quer sair ou porque não gosta do trabalho aqui. Mas é porque acaba adoecendo. E algumas pessoas acabam tendo medo de vir trabalhar aqui no CAPS... Tem miniequipe que fica anos sem médico. E tem pessoas que começam e não suportam. Essa questão acaba refletido aqui no nosso trabalho. A gente acaba brigando uns com os outros [risos]. As pessoas escutam o nome “Rocinha” e já ficam assustadas e não querem vir trabalhar aqui. [Entrevista coletiva]

Às repercussões da violência no CAPS, decorrentes do recorte do cotidiano referente a

“localização” foram relatadas de diversas maneiras nos três métodos de pesquisa. Fica claro que a mediante a localização do CAPS no interior da Rocinha, o cenário de violência se desdobra em configurações específicas que compõe o funcionamento do CAPS e suas estratégias psicossociais.

6.3 RECORTE INTERACIONAL: “ O CAPS NÃO TEM PAREDES”

A localização do CAPS na favela propicia a interação entre o serviço e o território. Tal interação se estabelece a partir de vínculos formais e informais construídos pela equipe no território e na interlocução com seus agentes. No cotidiano, eventualmente a interação pode se estabelecer através da lógica da sociabilidade violenta presente no território. Essa lógica assume aspectos análogos à condição de “vida sobe cerco” destacada por Machado da Silva (2008), sob as condições contingentes da violência nesse território.

O convívio com a violência no cotidiano do serviço expõe os técnicos a situações de risco que podem gerar a percepção de desamparo diante da violência no território, não reconhecimento dos esforços realizados, convívio com situações de violência social, medo do risco de exposição à lógica da violência no território, sensação de integridade física e moral ameaçadas. Como consequência, essas situações podem gerar sentimento de vulnerabilidade, sofrimento psíquico e a rotatividade dos profissionais.

A violência baliza constantemente o funcionamento do serviço, interferindo em horários de atividade, ações territoriais, visitas domiciliares e oficinas, o acolhimento noturno e as intervenções em situações de crise.

A violência atravessa a clientela assistida pelo o CAPS de várias maneiras. Na percepção da equipe, os diversos sofrimentos impostos pela violência compõem e agravam o sofrimento psíquico e a vulnerabilidade dos usuários do CAPS. Por tanto, o CAPS assiste um número considerável de pessoas vítimas de violência.

A presença constante da violência no cotidiano do CAPS faz com que a equipe crie estratégias formais e informais para antecipar situações eventuais de risco, tais como: O protocolo de acesso mais seguro, a interlocução a partir dos trabalhadores que moram no território, e a “leitura de clima” do território adaptada permanentemente atualizada de acordo com ao contexto de conflito no território, etc.

As estratégias para lidar com a violência no território também compõem as intervenções psicossociais do CAPS. Os profissionais utilizam estratégias informais e para lidar com a violência no território. A resiliência acumulada pela equipe permite lidar com questões clínicas complexas, que vão desde a intermediação com agentes da violência para intervir em situações de vulnerabilidade dos usuários em crise, até a decisões clínicas como acolhimento noturno e afastamento dos usuários do território.

O convívio com a violência no cotidiano do serviço expõe os técnicos a situações de risco que podem gerar a percepção de desamparo diante da violência no território, não reconhecimento dos esforços realizados, convívio com situações de violência social, medo do risco de exposição à lógica da violência no território, percepção de integridade física e moral ameaçadas. Como consequência, essas situações podem gerar sentimento de vulnerabilidade, sofrimento psíquico e a rotatividade dos profissionais vinculados ao CAPS.

O Protocolo de Acesso Mais Seguro constitui a principal estratégia formalizada da equipe para lidar com a violência na Rocinha. No entanto, restringe-se a graus de funcionamento do serviço e ao risco imediato diante do conflito no território. Não existe estratégia formal formulada para enfrentar a dinâmica complexa da conjuntura da violência no território, seus riscos, suas

consequências e impasses cotidianos. E mesmo o Protocolo de Acesso Mais Seguro não integra os diversos serviços

A clientela do CAPS eventualmente se relaciona com o serviço a partir da lógica da violência. Essa forma de relação se apresenta através de ameaças, imposições de agentes do tráfico, agressões, roubos, uso de drogas no serviço, intervenções do tráfico, etc. Os recursos para lidar essas adversidades exigem um equilíbrio delicado entre a formalidade do CAPS enquanto serviço público e a relação de desfiliação na qual se encontra na dinâmica da violência no território. Nesse sentido, na percepção da equipe, recorrer a meios formais de suporte, por exemplo a polícia, pode agravar a vulnerabilidade dos profissionais à violência no território. A equipe tem lançado mão de estratégias de articulação com o território a partir de moradores vinculados ao serviço e da assembleia de usuários.

Nesse tópico apresentaremos um recorte dos resultados obtidos nas diferentes ferramentas de pesquisa, referentes a interação entre o CAPS e o território que circunscrevem as ressonâncias da violência no cotidiano do serviço.

No tópico anterior destacamos aspectos referentes ao recorte espacial do cotidiano do CAPS, destacando as ressonâncias da violência que advém da favela. No entanto, cabe ainda no que se refere a localização do serviço, aprofundar a interlocução entre CAPS e território propiciada pela localização do serviço na favela. Esse recorte sinalizou diversas ressonâncias da violência no cotidiano do CAPS.

Nas três ferramentas de coletas de dados o CAPS aparece como um ator que é sujeito à lógica da violência do território pela sua localização. Por um lado, o serviço prestado pelo CAPS parece em certos momentos poder propiciar no diálogo com agentes do território, o de que a condição psíquica dos usuários é passível de acompanhamento clínico, acolhimento e proteção oferecido naquele serviço. E nesse sentido, possibilita agenciamentos e encaminhamentos que podem furar a lógica da violência. Podemos ver no trecho da entrevista a seguir, um exemplo da percepção dos profissionais de que agentes do território em certa medida reconhecem o trabalho realizado CAPS e respondem influenciados por sua presença.

As pessoas, até o movimento [tráfico] em geral, já sabem que aqui tem um CAPS. Aliás, acho que nem sabem o que é "CAPS". As pessoas chamam "tudo isso aqui" [se referindo ao Complexo de Saúde] de UPA. Mas sabem que se alguém está doído o lugar dele é aqui no

CAPS. Mesmo o tráfico sabe que pode encaminhar aqui para cima [para o CAPS] se estiver doido. Acho que até o pessoal da boca aqui em frente sabe mais ou menos o que é isso aqui [O CAPS] e que podemos ajudar. E o paciente que está desorganizado também sabe de alguma maneira, mesmo no surto, que o lugar que vai tolerar as maluquices dele o que vai acolher é o CAPS. As pessoas reclamam quem tem usuário que faz baderna aqui dentro, mas não faz no Valão e na porta da boca. Reclama que tem pessoas que roubam aqui dentro, mas lá foram não roubam ou que ‘se crescem’ com a equipe, mas não ‘se crescem’ com o traficante. O usuário, o que está psicótico, mesmo no surto, muitas vezes tem endereçamento do que faz. E muitas vezes sabe que o CAPS vai tolerar as maluquices aqui dentro ou até explicar lá fora. Justificar mesmo! Justificar o sofrimento dele para a família ou através de um ACS...um parente... para os vizinhos. [Entrevistado D]

Eventualmente o trabalhador morador do território negocia o acesso de pacientes que temem sua exposição em função envolvimento com o tráfico, intermedia situações de ameaça e de risco para a equipe em geral.

[...] O rapaz veio aqui e mandou liberar o [nome de paciente omitido] que estava em crise no acolhimento e ligou para ele. Ele [O traficante] era de outra favela. Se não fosse o [nome de trabalhador omitido] falar com ele, a situação podia ter sido pior. Porque ele mora aqui e é conhecido dos ‘meninos’ da Cachopa. Porque então o [nome de paciente omitido] na verdade precisava ficar aqui para se tratar. Não estava nada bem. E não explicou a ele [o traficante], que pensou que estamos prendendo atoa. Ele veio ao CAPS para soltar o paciente em uma postura bastante intimidaria e se não fosse o fato de o rapaz que trabalha aqui ser também morador talvez algo pior pudesse ter acontecido [Entrevistado A]

Com efeito, a condição de trabalhador do CAPS e morador da Rocinha ainda constitui aspecto importante no diálogo e percepção do território. Frequentemente, profissionais que vivem no território participam de visitas domiciliares (ainda que não exerçam funções técnicas que tenham essa finalidade), interlocuções com tráfico e posição privilegiada para facilitar a “leitura do clima” do território e prevenir eventuais tensões. Trata-se de um elemento central nas estratégias informais do CAPS para lidar com adversidades da violência no território.

No período de observação participante, por diversas vezes a figura do trabalhador morador foi essencial para o desdobramento de situações complexas. Adotaremos o tempo “trabalhador nativo” para se referir aos trabalhadores do CAPS que também moram na Rocinha. Em determinada ocasião um usuário do

CAPS psicótico relatou para as referências estar ameaçado no território e devendo um valor em dinheiro para um agente do tráfico. O “trabalhador nativo” solicitou a um amigo que intermediasse a questão com o agente do tráfico a pedido da equipe. O agente acabou sendo sensibilizado pela condição psíquica do paciente e anulou a dívida que era fruto de um mal-entendido. Sem o conhecimento do território e as relações interpessoais para a interlocução.

Em outra ocasião, um usuário psicótico encontrava-se amarrado por fios e prestes a sofrer uma punição violenta quando um trabalhador do CAPS que também é morador do território foi até o local e negociou a possibilidade de o usuário ficar internado no serviço até que estivesse bem o suficiente para não produzir incômodos. Ainda em uma terceira ocasião foi necessária a interlocução com uma sena de uso que fica localizada próxima ao CAPS para evitar ingerências externas no serviço. Exemplos análogos a esses ao longo da observação participante foram inúmeros. Apresentaremos em detalhes a seguir um trecho do diário que apresenta um exemplo claro de como o trabalhador do CAPS que também é morador do território é fundamental para a articulação, estratégias de segurança da equipe e cuidado com os usuários.

Deveria ser um segunda-feira de rotina no CAPS. No entanto, no início do plantão, às 7h e 30, um usuário jovem, psicótico e bastante desorganizado psiquicamente, que estava no acolhimento do CAPS, saiu correndo pela rampa e não pode ser dissuadido pelo técnico de enfermagem que se encontrava responsável naquele momento. O usuário de apenas 22 anos estava em surto há mais de 15 dias e, segundo o relato da família, vinha sendo agredido tanto pelo tráfico quanto pelos policiais da UPP no Vidigal por não se comportar de maneira adequada. Apresentava-se na boca para exigir drogas sem pagar e frequentemente acusava aos as policiais da UPP de corrupção. O tráfico fez um ultimato exigindo que a família levasse o usuário para tratamento ou aplicaria uma punição severa. O usuário correu pela estrada da Gávea até à Via Ápia quando foi derrubado por policiais da UPP. Sai correndo atrás do paciente juntamente com outros dois profissionais do CAPS. Ao chegar na Via Ápia, me deparei com a sena do usuário caído no chão com o policial pisando em seu pescoço. Me apresentei como psicólogo do CAPS e relatei aos policiais a condição do paciente. Um policial segurou meu crachá e remessou ao chão. Em seguida disse que eu também seria preso de continuasse atrapalhando. No mesmo momento começaram a se aglomerar moradores e moto-taxistas em torno da sena. Alguns gritavam “ladrão!” e outros pediam para soltar o rapaz. Os policiais estavam cada vez mais tensos e exigiam que eu apresentasse um documento com foto do paciente para solta-lo, ou levariam o usuário para averiguação na delegacia ou na UPP. Diziam em tom irônico “não perderemos a viagem”. Um outro policial dizia em voz alta: “É LADRÃO! ESTAVA ROUBANDO NO VIDIGAL SEMANA

PASSADA! A situação no entorno se complicava porque recentemente corriam boatos de pequenos furtos na Rocinha e no Vidigal. Tentei explicar que não seria possível naquele momento apresentar o documento do usuário que eu poderia acompanhá-lo para averiguação. Eles recusaram minha intermediação. Os policiais estavam cada vez mais tensos com a aglomeração no entorno e o comandante destacou dois militares para irem até o CAPS verificar se a história tinha procedência e solicitar o número da identidade do paciente. De repente, um telefonema fez o policial mudar de ideia e disse que liberaria o usuário pois já tinha verificado seus antecedentes. Pedi aos policiais que ajudassem a levar o paciente ao CAPS na viatura. A situação parecia ter ficado mais complexa, pois estávamos na principal via comercial da Rocinha e a população no entorno já se aglomerava em uma tenção cujo os resultados não eram previsíveis.

Naquele momento, chegou a senu um trabalhador de nível médio que também era morador da Rocinha e bastante conhecido na Favela. Imediatamente pediu ajuda de alguns moto-taxistas e dispersou a aglomeração de pessoas explicando a situação. Levamos o paciente de volta ao acolhimento do CAPS. [Diário de Campo Preliminar. Segundo semestre de 2018]

Diversos exemplos eventuais podem ser considerados quanto a “leitura de clima” do território e estratégias informais do serviço: É comum perguntar aos trabalhadores moradores ao chegar e sair do serviço “como está o morro?” ou “o que está acontecendo?”

Eu procuro ajudar porque moro aqui na Rocinha e acabo sabendo antes. Sempre que fico sabendo que está mais complicado, ou até mesmo que não dá para subir, eu falo para a gestão dizer no grupo do CAPS. O fato de ser morador faz com que eu saiba das coisas de outra forma. Mas não só o fato de ser morador, porque é necessário ter a visão que aprendemos trabalhando no serviço para saber o que interfere. [...] E também eventualmente posso ajudar quando alguém vai ao CAPS querendo intimidar ou falar algo desrespeitoso. Sabendo que sou morador e que o morro tem suas regras a coisa é diferente. [Entrevistado D]

Desse mesmo modo, na pesquisa de campo apareceu com frequência situações na qual foi necessário pedir ajuda do trabalhador do território para melhor compreensão e intermediação de situações onde o usuário ou familiar apresenta-se em postura ameaçadora com a equipe. Pode-se concluir que desde o início do CAPS, a construção de estratégias e conhecimento informal sobre o território, articulações a aproximação na - conforme os relatos das entrevistas e diário de campo - apontam para a intermediação com os trabalhadores que eram também moradores da favela.

6.4 RECORTE TEMPORAL: “PISANDO EM OVOS E CONVIVENDO COM GATO E RATO NO MESMO NINHO”.

A temporalidade é fator central nos relatos sobre a lógica das violências do território, nas estratégias da equipe e nas suas repercussões no CAPS. A percepção da violência é diferente nas referências a momentos distintos do território. A percepção da intensificação da violência na Rocinha demarca do trabalho de campo, e as ressonâncias da violência contemporâneas a pesquisa em um período de transição do território, que convoca a reflexão sobre o dinamismo e atualização constante das estratégias utilizadas pela equipe do CAPS para lidar com as adversidades no território em diferentes momentos de configurações da violência na Rocinha.

A violência no território assume dinâmicas distintas conforme os novos arranjos dos agentes que protagonizam sua configuração dependendo do recorte temporal. Novos arranjos do tráfico (disputa entre facções, organização espacial do tráfico), arranjos do poder repressivo do estado como a decadência da UPP e o contexto de intervenção militar ensejam percepções diferentes da violência no território. Por consequência, exigem leituras de clima e estratégias para lidar com a violência no território adaptadas a extrema volatilidade do território. Por tanto, a dinâmica exige a apropriação constante da lógica do território e impõe a impermanência dos acúmulos decorrentes a apropriação. Por consequência, a relação com o dinamismo da violência no território exige o refazer constante das relações com o território.

Em 2010, o tráfico na Rocinha era comandado pela facção criminosa ADA (Amigo dos Amigos) e o morro era gerenciado pelo mesmo traficante havia quase 10 anos. Os trabalhadores entrevistados, que trabalhavam no CAPS desde o início, relatam que naquele momento que precede a UPP, a presença do tráfico era muito mais ostensiva e a intervenção dos traficantes, tanto no CAPS como nos outros serviços do Complexo de Saúde era mais frequente. Era comuns solicitações de atendimento e ou esclarecimentos sobre o acompanhamento vindas diretamente do tráfico ou mediadas por “trabalhadores nativos”. Por outro lado, a interlocução com o tráfico parecia ser mais fácil e direta, visto que era possível acessar as lideranças do tráfico através de “trabalhadores nativos”. Agressões eventuais aos usuários do CAPS parecem raros nos períodos que

antecedem a UPP, bem como ameaças e tensões entre a equipe do CAPS e o tráfico no território.

A percepção da violência referente ao período que sucede a inauguração do CAPS em 2010 aparece na fala dos profissionais e associada ao desconhecimento da lógica do território e ao medo de operações policiais repentinas.

[...] lembro que no início não era assim. Chegamos a sofisticação de o dono do morro encaminhar usuários para o CAPS (risos). O [nome de paciente omitido] foi até a boca. Até o Quartel General! Foi durante um jogo da copa do mundo... Ele disse para o dono do morre que era ele que mandava na favela. Estava totalmente delirante! Chegou a botar o dedo na cara do [nome de liderança do tráfico omitido] e dizer que quem mandava na Rocinha inteira era ele. Logo tivemos notícia e o [nome do paciente] foi trazido amarrado ao CAPS. Amarrado suavemente! Ele não se machucou. Disseram a ele que era para ficar em acolhimento aqui e que era para tomar os remédios direitinho ou levaria umas porradas. [...] cheguei a atender pessoas do movimento, mas eles tinham maior respeito. Deixavam a arma do lado de fora e vinham aqui apenas como um “sujeito” que demandava tratamento. [Entrevistado O]

A percepção da violência do confronto entre polícia e tráfico ou entre facções são mencionadas raramente nas referências ao período imediatamente posterior a inauguração do CAPS. As preocupações estavam mais centradas na percepção de risco na relação com o território, mediante as regras de sociabilidade impostas pelo crime. O relato da relação com território nesse período, apareceu apenas em algumas entrevistas individuais. Não houve referências nas entrevistas coletivas. Possivelmente porque poucos dos profissionais entrevistados estavam no CAPS desde sua fundação do CAPS. Não contabilizamos e especificamos os profissionais entrevistados quanto as funções e tempo de serviço em função da garantia do anonimato.

No início do CAPS não se falava em guerra de facção como se fala agora. Também não existia a tenção com a UPP que existe hoje e nada disso. Se é que ainda existe UPP. Sabíamos que na Rocinha e Vidigal apenas o ADA mandava e já fazia muito tempo que não acontecia uma tentativa de invasão do Comando Vermelho (VC). Existia o medo de uma operação do BOPE com o Caveirão. Mas não lembro de ver operação. Só teve operação mesmo quando a UPP entrou. Antes entrou o exército e o BOPE. Teve maior burburinho. Falaram que seria um genocídio a entrada da UPP. Mas não foi nada disso. O CAPS fechou no dia que entraram para tomar a Rocinha. Mas não teve tiroteio algum. Foi tudo tranquilo. [...] O medo maior no início era quanto a “lei do morro”. Não sei se era medo! Acho que tínhamos o mesmo receio que temos agora de que alguém seja

cobrado, mesmo um paciente nosso, por que fez algo que é contrário as regras do território. [Entrevistado O]

A entrada da UPP foi relatada em uma das entrevistas. O entrevistado informou que o período que antecedeu ao acontecimento foi marcado por uma grande tensão da equipe e dos usuários em relação a um possível conflito entre o tráfico e as forças armadas. No entanto esse conflito direto não aconteceu. A gestão do CAPS na acordou com a equipe o fechamento da unidade. Como não houve conflito, logo em seguida o CAPS foi reaberto. Por outro lado, apreensão parece ter seguido no intervalo posterior a ocupação militar. Principalmente porque nesse momento a possibilidade de diálogo com a polícia era escassa. Embora o CAPS também representasse o estado, enquanto serviço público instituído com mandato social e responsabilidades sanitárias, a relação com a polícia não refletiam a harmonia e legitimidade esperada. Pelo contrário, a Ação da polícia foi relatada como autônoma e imprevisível, sem coordenação com os demais serviços Públicos. Ao menos, na percepção dos entrevistados que tocaram no tema, a devida proteção não foi estabelecida. Talvez por essa razão, na fala dos entrevistados, o período de “desamparo” na relação com a polícia que antecedeu a instalação da UPP foi comparado com período da guerra entre facções e intervenção militar. Justamente a comparação exemplifica que a intervenção não representaria uma novidade, porque o caos para a “leitura de clima” sobre o território, as estratégias de segurança e de mediação da equipe parecem ter sido análogos nesses períodos.

Você não sabe o que nos sentimos na época. Na mesma semana que entrou o exército. Entrou primeiro o exercício e o BOPE colocou uma base aqui dentro. Na frente [do complexo de saúde] onde agora é aula de educação física virou a base do BOPE. E nós ficamos desesperados porque eles espancaram um paciente nosso dentro do Complexo. Os porteiros todos ficaram desesperados. O [nome do Paciente suprimido] foi parar na sala vermelha da upa. Quase morreu por uma ignorância dos policiais. Agora acho que está acontecendo o mesmo. Eles pegavam paciente que nem tinha como responder por si mesmo. Que possuía algum retardo... O que era muito doidinho e não entendia direito nada. Eles pegavam, a UPP mesmo, e fazia de X9. Colocava o paciente para dizer onde era a boca e quem era quem. Com essa coisa do exercício entrar de fachada aconteceu a mesma coisa. A polícia entrou aqui desesperada na semana da invasão. Depois teve um dia que apontou um fuzil para o rapaz da portaria do CAPS porque ele estava com um celular na mão. [Entrevistado D]

O diálogo com a polícia parece ter continuado difícil após a implementação da UPP. No entanto, justamente nesse período inicial da UPP, que parece ter havido alguma iniciativa de diálogo. Um dos entrevistados relatou que se estabeleceu o diálogo pela Organização Social (OS) que gerenciava o CAPS na ocasião, a Viva Rio. Essa OS possuía um setor chamado informalmente de “articulação” que inclui funcionários específicos para dialogar tanto com os agentes do tráfico, lideranças comunitárias e a polícia. Através da “articulação territorial” se possibilitou algumas iniciativas de diálogo com o comando da UPP para resolver impasses, por exemplo a permanência de policiais e viaturas no Complexo de Saúde, que ocasionalmente expõe os serviços a maior risco no fogo cruzado. A questão da exposição com a presença militar também apareceu em comparação com o período de intervenção militar em 2018.

[...] na época da guerra nós tínhamos um blindado do exercício em frente ao Complexo de Saúde. O nosso Acesso mais seguro diz que com viatura blindada aqui não podemos estar funcionando. Era para ficar em vermelho. Mas o blindado que está no Acesso Mais seguro é o “caveirão” e não um tanque de guerra. O tanque ficou parado aqui e gerou muitos problemas com os profissionais. Porque causava insegurança. [...] os policiais da UPP no início queriam comer no refeitório e beber água aqui dentro o tempo todo. Ficavam dormindo no banheiro. Isso não pode porque aí nós viramos alvo. Mas aí tinha um diálogo. Dava para falar. Uma vez veio [Patente do PM suprimido] para explicar o que era uma figura [da PM] que se chamava “mediador de conflito” que existia logo no começo. Eles acreditavam mesmo que daria certo [a UPP]. O [Patente militar] disse que podíamos avisar quando tivesse visita domiciliar e que se precisasse até parava a operação [risos]. Eles estranhavam a quantidade de crianças na rua. Um até disse que quando é troca de tiro não tem jeito e só Jesus salva. (Entrevistado C)

As estratégias para lidar com as adversidades da violência no território foram se constituindo ao longo do período de funcionamento da UPP. A equipe criou estratégias formais e informais para “prever” as situações de maior risco e para evitar ultrapassar barreiras da sociabilidade impostas pela violência no território. As estratégias aos poucos parecem ter sido incorporadas também as ações clínicas do CAPS na favela. Através das estratégias informais a equipe passou a eventualmente mediar situações de crise ou risco do usuário e estabelecer meios para ações complexas com o território e família. Essas estratégias informais são aprimoradas e reinventadas cotidianamente, conforme a configuração da violência no território.

[...]. Nós aprendemos a conviver com o gato e o rato dentro da mesma sala. Dava para saber bem antes quando a coisa estava para ficar feia. Quando ‘a chapa estava fincada quente’... Mas dava para falar. Dava para ver ‘qual era’, sabe? Tínhamos um diálogo com o movimento. Eles até encaminhavam paciente que fazia merda [risos]. O paciente roubava ou falava merda e ao invés de passar um corretivo eles enviavam para o CAPS. E com a polícia? Não sei se tinha muita conversa. Eles respeitavam aqui. [...] Mas do território em geral sempre era possível andar mesmo que em ovos. Agora ninguém mais sabe quem é quem. Na época, até...acho que antes da UPP...uma vez um paciente nosso...O [nome omitido] foi até um gerente do Morro na Copa e disse que era o dono do Morro e um monte de maluquice. O cara pegou e mandou trazerem aqui e disseram que ele tinha que tomar remédio para ele se tratar. Tinha um comando geral. Sabe? Depois que a UPP foi caindo e tudo ficou uma zorra não tem mais nada central. A mudança de facção também. A violência agora é pior com o usuário e até mesmo com os moradores em geral. (Entrevista J) No período da observação participante, durante a observação das reuniões de equipe, pôde-se registrar inúmeras situações nas quais as estratégias informais de segurança da equipe e de relação com o território foram implementadas nas ações clínicas do serviço. Por exemplo, alguns membros da equipe passaram a participar de grupos de WhatsApp de moradores que tem objetivo de informar sobre o clima no território e a emenecia de conflitos. As intervenções dos “trabalhadores nativos” na articulação com agentes do tráfico e lideranças informais também se fizeram presentes em inúmeros momentos para mediar situações de crise e para evitar situações de risco, ameaças e ou exposição da equipe e ou usuários. (Entrevistado D)

Em setembro de 2017, com a deflagração da guerra entre facções e escalada da violência na Rocinha, O CAPS passou a conviver com momentos extremos de agilização dos conflitos no território. A instabilidade no território levou o serviço para outro nível de vulnerabilidade. Nas referências a essa ocasião nas entrevistas, o aumento substancial do número de conflitos aparece com fator determinante na mudança na rotina no CAPS. O cotidiano passou a ser frequentemente atravessado pela violência, o que gerou interrupção das atividades de rotina em períodos maiores do que tradicionalmente os conflitos propiciavam. O momento de início da guerra entre facções se deu durante o registro do diário de campo preliminar.

Nunca vou me esquecer daquele dia. A gente escutava rumores, mas não acreditava [choro]. Eu vi nos olhos do policial que ele estava com muito medo. Eles vieram desesperados se esconder aqui na UPA. Vieram correndo no dia lá da invasão e voltaram depois a noite. Passaram por cima atropelando. E a gente via e ouvia o barulho de tudo. Um policial chegou a perguntar se o rapaz que trabalhava aqui ...o [nome omitido] que estava sem uniforme na portaria queria morrer...Ele [o policial] disse que daria um tiro na cara dele porque tinha pensado que era bandido mesmo”. [entrevistado C]

Durante o conflito a permanência do funcionamento do CAPS no território tornou-se insustentável. Os profissionais e usuários foram transferidos para o CAPS Franco Basaglia em Botafogo. Quando o serviço retornou para a Rocinha dias depois, a tensão no território pareceu atenuada.

Na fase final da pesquisa de campo, quando estava sendo concluída a observação participante e realizadas as últimas entrevistas, em abril de 2018, a ocupação militar através da intervenção e a presença maciça e constante da tropa de choque na favela já tinha sido descontinuada. A ameaça de invasão da facção ADA foi se arrefecendo e o CV se consolidando como facção organizadora do tráfico de drogas na favela.

A consolidação da facção CV no território trouxe novos elementos para a lógica da violência na Rocinha e para as estratégias do CAPS para lidar com nova conjuntura. No relato da equipe, a consolidação do CV no território vem se estabelecendo de maneira extremamente violenta. A maior parte dos traficantes que passaram a dominar a Rocinha são moradores de outras favelas e não possuem vínculos com o território. Por consequência, para impor respeito através da intimidação, a atuação da facção parece ser mais violenta. Segundo a equipe a percepção da violência do tráfico contra os usuários tece uma escalada considerável. O serviço passou a receber com frequência relatos de usuários e familiares sobre situações nas quais sofreram violência pelo tráfico.

5 SÍNTESE DAS DOS RESULTADOS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação, procuramos descrever o contexto do CAPS MSS diante da violência no território da Rocinha, e de que maneira esses aspectos poderiam repercutir no cotidiano do CAPS, tendo em vista tratar-se a articulação do tema violência e saúde mental de questão de alta relevância como objeto de estudos de inúmeras pesquisas, tanto nacionais como internacionais.

O estudo de caso foi apresentado situando o CAPS no território “favela”. Esses territórios, no Rio de Janeiro das últimas décadas, têm configurado uma

espécie de ponto de concentração urbana da violência, através das redes de varejo do tráfico e suas relações com o poder público. Compreendida as formas de estruturação social da violência, é possível voltar-se para os desdobramentos na organização da vida cotidiana da população que é afetada (e vitimada) pela sociabilidade violenta (Machado da Silva, 2004). Emparedada, a população da favela assistida pelo CAPS vive, de um lado, atochada pela violência criminal e policial que desestabiliza a sociabilidade no território de moradia (e de trabalho, para muitos) e dificulta o prosseguimento regular das interações nas diferentes localidades internas e externas a favela. Para Machado da Silva (ibidem), a condição da inserção no contexto de violência da favela impõe dupla inserção na sociabilidade urbana; de um lado a condição participantes da ordem institucional-legal e, paralelamente, da sociabilidade de violenta imposta pelo paradigma de exclusão da favela. A contiguidade territorial em que vivem leva a uma “experiência de confinamento”, chamada pelo autor de “vida sob cerco”. Caberia aos analistas “perceber os sentidos e as representações que eles [“seres humanos empurrados para situações extremamente difíceis de lidar”] operam para ficar de pé e seguir vivendo” (IDEM, p. 15). Os dados da pesquisa apontam um possível posicionamento do CAPS no contexto de sociabilidade urbana análoga ao referido pelo autor.

A sensação de estar constantemente “pisando em ovos” ou vivendo em um “campo minado”, conforme descreve Menezes (2013), indica uma característica da vida cotidiana no atual contexto da Rocinha, após a desestruturação da UPP. Isso significa que, nesse contexto, os profissionais do CAPS precisam fazer cálculos cotidianamente e antecipar os riscos envolvidos antes que um passo seja dado no território, pois um simples passo em falso pode, pode ter por consequência uma situação crítica que pode acabar envolvendo um desfecho violento.

O principal achado da pesquisa trata justamente da identificação do conjunto de estratégias construídas pelo CAPS MSS para implementar intervenções psicossociais complexas no território da Rocinha. Todos os instrumentos de pesquisa apontam para a construção dinâmica de estratégias adaptadas à conjuntura do território para lidar com as adversidades da violência no cotidiano do CAPS e sua clínica.

Pode-se afirmar que, por mais complexa que seja a atenção psicossocial no território violento da Rocinha, a resiliência dos agentes envolvidos permitiu a construção de estratégias psicossociais complexas, ancoradas fundamentalmente nos profissionais, moradores da Rocinha e nos usuários do serviço, através dos vínculos pessoais e informais que estabelecem entre si. Tal achado é alarmante, pois vem ocorrendo no município um processo de redução dos profissionais dos serviços de atenção psicossocial, que são aqueles que constituem e sustentam esses vínculos como operadores de uma tecnologia psicossocial complexa e ainda incipiente. Na ausência deles, é possível que esta rede de saúde mental fique ainda mais frágil e pouco efetiva.

As estratégias para lidar com a violência são implementadas de maneira cotidiana, mas as suas construções ainda são pouco sistematizadas. Para a grande maioria dos profissionais entrevistados e, nas constatações do diário de campo, a construção de consensos na equipe multiprofissional, a inclusão do protagonismo dos usuários nas mediações coletivas através das assembleias, a participação de moradores da favela e a discussão em supervisão são os principais encaminhamentos que compõem as referidas estratégias. A construção de uma rede de apoio com diversos agentes, inclusive aqueles fora da área da saúde e da legitimidade estatal, é colocada como estratégia de intervenção psicossocial que possibilita enfrentar e mediar situações de violência no território. O principal desafio nessa atenção refere-se à inconstância da dinâmica no território e a precarização do trabalho. As ações realizadas não geram análises sistemáticas na equipe e construção de consensos com o restante da rede de saúde. A inclusão destas ações poderia auxiliar o planejamento e as intervenções, além de enriquecer estratégias já formalizadas como o Protocolo de Acesso Mais Seguro. Por fim, é fundamental ampliar o debate da violência e capacitar os profissionais que atuam na rede, pois o conhecimento formalizado possibilita a construção de novas estratégias de intervenção.

Os resultados desta dissertação apontam a necessidade urgente de enfrentar os desafios e implementar medidas e políticas públicas para enfrentar as consequências danosas da violência sobre a vida da população que frequenta os serviços de atenção psicossocial. Seria necessária uma ampla mobilização social e esforço permanente do poder público para transformar essa complexa realidade

experenciada por parcela da população, nas quais suas condições de saúde e assistência sugerem estar negativamente atravessadas pela violência.

A gravidade da percepção de sofrimento social com as altas taxas de violência, a questão do tráfico de drogas e suas relações com agentes públicos, a desigualdade social histórica, a crescente precarização dos direitos sociais, a problemática do estigma que incide sobre pessoas com sofrimento psíquico grave e a consequente sobreposição de violências a que está submetida essa parcela da população requer novas pesquisas que compreendam as consequências do impacto da violência na saúde mental dos usuários de serviços de tratamento no território.

Desse modo, esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir para a realização de novas pesquisas voltadas para investigação das ressonâncias da violência urbana no campo da atenção psicossocial, na medida em que a compreensão desse fenômeno adquire importância estratégica, visto tratar-se de cotidiano circundante a que estão submetidos vastos segmentos da população e dos CAPS responsáveis por sua assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. C. F. . Violência, sofrimento social e a saúde pública. **Serviço Social & Saúde** (UNICAMP) , v. 9, p. 1-25, 2010. Disponível em:

<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634877>>.

Acesso em 4 abr.2019

ABREU, Maurício de Almeida. *Evolução Urbana do Rio de Janeiro*. 4 ed. Rio de Janeiro: **IPP**, 2010.

AMEIDA, Ronaldo de. “Deus acima de todos”. In: Vários autores. (Org.). *Democracia em risco? 22 ensaios sobre o Brasil hoje*. 1ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 1, p. 23 33.

ANDRADE, L. S. – Espaço Público e Favelas: Uma análise da dimensão pública dos espaços coletivos não edificados na Rocinha. Tese de Doutorado. Programa de PósGraduação em Geografia – UFRJ ,Rio de Janeiro, 2002.

ANDREOLI, S. B. ; ANDREOLI, S. B. ; QUINTANA, M I ; RIBEIRO, Wagner Silva ; Guindalini, C. ; Breen, G. ; BLAY, Sergio Luis ; COUTINHO, E. ; Harpham, Trudy ; in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. **BMC Psychiatry**, v. 9, p. 34, 2009. Disponível em:

<<https://psycnet.apa.org/record/2009-10926-001>>. Acesso em 4 abr.2019

BARBOSA, ANTONIO RAFAEL . “Considerações introdutórias sobre territorialidade e mercado na conformação das Unidades de Polícia Pacificadora no Rio de Janeiro”. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, : v. 6, n. 2, p. 256–265, ago./set., 2012. Disponível em :

<<http://pesquisadores.uff.br/academicproduction/considera%C3%A7%C3%B5es-introdu%C3%B3rias-sobre-territorialidade-e-mercado-na-conforma%C3%A7%C3%A3o-das>>. Acesso em 22 abr.2019

BEATO FILHO, Cláudio Chaves, *Crime e Cidades*. Belo Horizonte, Editora da UFMG. 2012

BELTRAME, JOSÉ MARIANO. *Todo dia é segunda-feira*. Rio de Janeiro, Sextante, 2014.

BENDEN and EWBANK. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. **HEALTH TRANSITION REVIEW** VOL. 4 NO. 1 1994.

BENICIO, L. F. S. ; Barros, J.P.P . *Estratégia Saúde da Família e Violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão*. SANARE (SOBRAL) , v.16,p.102-112,2017Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1146>>. Acesso em 4 abr.2019

BLANK, Javier; BRITO, Felipe; VILLAR, André. Será guerra?. In: BRITO, Felipe e ROCHA, Pedro (Org.). Até o último homem: visões cariocas da administração armada da vida social. São Paulo: Boitempo, 2013.

BOLTANSKI, LUC & THÉVENOT, LAURENT. De la justification: les économies de la grandeur. Paris, **Gallimard**, 1991

Brasil . **Ministério da Saúde**. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 4 abr.2019

BRASIL, Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2010. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-publicacaooriginal-127199-pe.html>. Acesso em 22 abr.2019

BRASIL, Lei 10216, de 6 de Abril de 2001. Brasília: UNESCO. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em 10 abr.2019

BRETAS, Marcos Luiz. Ordem na Cidade. O exercício cotidiano da autoridade policial no Rio Janeiro: 1907-1930. R.J: **Ed Rocco**. 1997

BRODEUR, J.-P. Por uma sociologia da força pública: considerações sobre a força policial e militar. **Cadernos CRH**, v. XVII, n. 42, 2004. Disponível em:

<<https://rigs.ufba.br/index.php/crh/article/view/18507>>. Acesso em 10 abr.2019

BURGOS, M. T. B. . Segregação urbana e institucional: a relação entre as escolas públicas e as favelas. **Desigualdade & Diversidade (PUCRJ)** , v. 2, p. 39-57, 2008. Disponível em:

<http://desigualdadediversidade.soc.pucRio.br/media/Burgos_desdiv_n2.pdf> Acesso em 10 abr.2019

BURGOS, Marcelo; Pereira, Luiz Fernando ALMEIDA; CAVALCANTI, Mariana; Brum, Mario & Amoroso, Mauro (2012), “O efeito upp na percepção

dos moradores das favelas”. **Desigualdade & Diversidade**, 11: 49-97. Disponível em:

<<http://desigualdadediversidade.soc.pucRio.br/media/4artigo11.pdf>>. Acesso em 14 abr.2019

CANO, I. Letalidade da Ação Policial no Rio de Janeiro: A Atuação da Justiça Militar. Rio de Janeiro: **ISER**, 1999.

CARDOSO FLMG, CECCHETTO FR, CORRÊA JS, SOUZA TO. Homicídios no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise da violência letal. **Ciênc Saúde Coletiva**; 21: 1277- 88. 2016

CAVALCANTI, mariana., “Tirroteios, legibilidade e espaço urbano: notas etnográficas de uma favela consolidada”. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito de Controle Social**, P 35-59.2008 Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/viewFile/7134/5715>> Acesso em 14 abr.2019

CERQUEIRA, D. R. C. et al. Indicadores multidimensionais de educação e homicídios nos territórios focalizados pelo Pacto Nacional pela Redução de Homicídios. Rio de Janeiro: **Ipea**, . (**Nota Técnica, n. 18**). 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6518>> Acesso em 14 abr.2019

CORRÊA, Diogo Silva.,Anjos de fuzil: uma etnografia da relação entre Igreja e tráfico na Cidade de Deus. Rio de Janeiro, tese de doutorado em sociologia, **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2015

CUNHA, Neiva Vieira da & Mello, Marco Antonio da Silva. , “A upp e o processo de urbanização na favela Santa Marta”. In: Mello, Marco Antonio da Silva et al. Favelas cariocas: ontem e hoje. Rio de Janeiro, **Garamond**. 2012.

DELGADO, P. G. G. . Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano XV, n. 28, 2º sem. 2012, p. p. 187-198. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf> Acesso em 10 abr. 2019

DELGADO, P. G. G., P. . Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia (Online)*, v. 63, p. 114-121, 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012> Acesso em 14 abr.2019

DELGADO, P. G. G., P. Por uma clínica da reforma. **Caderno Saúde Mental - ESP MG**, v. 1, p. 59-66, 2007. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionasus/2007/27336/27336-283.pdf>> Acesso em 22 abr.2019

DELGADO, P. G. G., P.. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Revista Trabalho, Educação e Saúde** (vol. 7, n. 2, 2019). Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200> Acesso em 14 abr.2019

FRANCO, Marielle. UPP – A redução da favela a três letras: uma análise da política de segurança pública do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Universidade Federal Fluminense. 2014.

FERRAZ, Joana D'Arc Fernandes. Do 'Mal Necessário' à 'Metáfora Bélica': A lógica dual do Estado Autoritário. **Maracanan**, vol. IV, n. 4, 2007. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/maracanan/article/view/13233> Acesso em 20 julho.2019

FIÚZA, T. M., Miranda, A. S., RIBEIRO, M. T. A. M., Pequeno, M. L., & Oliveira, P. R. S. (2011). Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade**, 6(18),32-39.

FM SOUZA, E VALENCIA, C Dahn, M. T Cavalcantil. A violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**. v.20, n.2, p.363-376. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010412902011000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 14 ago .2019

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 15, n.1, p. 94-115, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180842812015000100007&script=sci_abstract> Acesso em 14 abr.2019

GOLDBERG, J.I. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. 756 p. **Tese Doutorado**, Universidade de São Paulo, 1998.

GOODE, William J.; HATT, Paul K. Métodos em pesquisa social. **São Paulo: Nacional**, 1989.

HIRATA, D.V. ; GRILLO, C. C. . Sintonia e amizade entre patrões e donos de morro: perspectivas comparativas entre o comércio varejista de drogas em São Paulo e no Rio de Janeiro. **TEMPO SOCIAL (ONLINE)** , v. 29, p. 75, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010320702017000200075&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 14 abr.2019

KEBIAN, Luciana Valadão A. ; CECCHETTO, F. Violência urbana, saúde e 'sentimento': percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública** , v. 41, p. 224-235, 2017. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877258>> Acesso em 14 abr.2019

KLINTOWITZ, Danielle. A (re)invenção da praça: a experiência da Rocinha e suas fronteiras. 2008. 201 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Exatas, Ambientais e Tecnológicas) – **Pontifícia Universidade Católica de Campinas**, São Paulo.

KRUG, E. G. et al. WHO report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. - Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, **E.P.U.**, p 99. 1986.

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B. & LOZANO, R.. Relatório mundial sobre violência e saúde **Genebra**: Retrieval. 2002. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf> Acesso em 21 abr.2019

LEAL, E.; DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: **Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco**, p.137-5. , 2007. Disponível em:

<<http://www.psicologia.uerj.br/pdf/Leal%20E%20M%20e%20Delgado%20P%20G%20G%20-%20Clinica%20e%20cotidiano%20-%20o%20CAPS%20como%20dispositivo%20de%20desinstitucionalizacao%202007.pdf>>. Acesso em 14 abr.2019

LEITÃO, G. (2004). Dos barracos de madeira aos prédios de quitinetes: uma análise do processo de produção da moradia na favela da Rocinha, ao longo de cinquenta anos. Tese de **Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Geografia. Rio de Janeiro**, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LEITE, Márcia Pereira., “Entre a ‘guerra’ e a ‘paz’: Unidades de Polícia Pacificadora e gestão dos territórios de favela no Rio de Janeiro”. **Dilemas**, P 625-642. 2014

LEITE, Márcia Pereira. "Da 'metáfora da guerra' ao projeto de 'pacificação': favelas e políticas de segurança pública no Rio de Janeiro". **Revista Brasileira de Segurança Pública**, P:374-389. 2012. Disponível em: <http://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/126/123>. Acesso em 23 abr.2019

LUCENA, Carlos; PREVITALI, Fabiane Santana, LUCENA, Lurdes. A crise da democracia brasileira. Uberlândia: **Editora Navegando**, 2017.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **São Paulo: EPU**, 1986.

LUZ, MARIANA PIRES; COUTINHO, EVANDRO S. F.; BERGER, WILLIAM; MENDLOWICZ, MAURO V.; VILETE, LILIANE M. P.; MELLO, MARCELO F.; QUINTANA, MARIA INES; BRESSAN, RODRIGO A.; ANDREOLI, SERGIO B.; MARI, JAIR J.; FIGUEIRA, IVAN. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. **JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH**, v. 72, p. 51-57, JAN 2016.

MACHADO DA SILVA, Luiz Antonio (org.). Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, **Nova Fronteira**. 2008

MACHADO DA SILVA, Luiz Antonio . “‘Violência urbana’, segurança pública e favelas: o caso do Rio de Janeiro atual”. **Caderno CRH**, P 283-3 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01034979201000020006. Acesso em 23 abr.2019

MACHADO DA SILVA, Luiz Antonio Luiz Antonio. , “A experiência das upps: uma tomada de posição”. **Dilemas**, 8: 7-24. 2015

MACHADO, C. B. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 254 -258, 2016. Disponível em:

<<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/25458>> Acesso em 23 abr.2019

MACHADO, CYNTHIA BRAZ ; Daher, Donizete Vago . Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma Unidade de Saúde da Família / Urban violence: effects and consequences on health care in a Family Health Unit . *CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE (ONLINE)* , v. 14, p. 1445, 2016.

MENEZES, Palloma. , “A pobreza turística no mercado de pacificação: reflexões a partir da experiência da Favela Santa Marta”. *Cadernos do crh*, 29: 571-586. 2017 . Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010349792016000300571&lng=pt&tlng=pt> Acesso em 22 julho.2019

MENEZES, Palloma. “Os rumores da ‘pacificação’: a chegada da upp e as mudanças nos problemas públicos no Santa Marta e na Cidade de Deus”. *Dilemas*, 7: 665683.2014

MENEZES, Palloma. Entre o “fogo cruzado” e o “campo minado”: uma etnografia do processo de “pacificação” de favelas cariocas. Rio de Janeiro, tese de doutorado em sociologia, **Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2015

MINAYO, M. C. S. ; SOUZA, EDINILSA RAMOS DE (Org.).Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira. 1a.. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. v. 1. 382p

MINAYO, M. C. S., O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: **Hucitec**; 2006.

MINAYO, M. C. S. . VIOLÊNCIA E SAÚDE COMO UM CAMPO INTERDISCIPLINAR E DE AÇÃO COLETIVA. *HISTÓRIA, CIÊNCIA SAÚDE-MANGUINHOS*, RIO DE JANEIRO, v. IV, n.3, p. 513-531, 1998.

MINAYO, M. C. S. Violência, um problema social que afeta a saúde pública. *Saúde em Debate* , Rio de Janeiro, n.35, p. 23-35, 2006. Disponível em:

< <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/356696>> Acesso em 20 julho.2019

MINAYO, M. C. S É POSSÍVEL PREVENIR A VIOLÊNCIA. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. IV, n.1, p. 7-32, 1999. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381231999000100002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 20 julho.2019

MARTA MARIA ALVES DA. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2007-2016, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000602007> Acesso em 20 julho.2019

MISSE, M. ; GRILLO, C. C. ; NERI . Letalidade policial e indiferença legal: A apuração judiciária dos autos de resistência? no Rio de Janeiro (2001-2011). **Dilemas**, v. E, p. 4371, 2015.

MISSE, MICHEL. Crime e violência no Brasil contemporâneo: estudos de sociologia do crime e da violência urbana. Rio de Janeiro, **Lumen Juris**. 2006

MISSE, MICHEL, “Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro”. *Estudos Avançados*, 21: 139-157.2007

MISSE, MICHEL. Crime organizado e crime comum no Rio de Janeiro: diferenças e afinidades. **Rev. Sociol. Polit.** vol.19, n.40, pp.13-25. 2011. Disponível Em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010444782011000300003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 20 julho.2019

MUSUMECI, LEONARDA; MOURÃO, BARBARA M.; LEMGRUBER, JULITA & RAMOS, SILVIA. “Ser policial de upp: Aproximações e resistências”. **Boletim Segurança e Cidadania**, 14: 1-28. 2013 . Disponível em: <https://cesecseguranca.com.br/boletim/ser-policial-de-upp-aproximacoes-e-resistencias/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Violência y Salud. Resolución nº XIX. Washington D.C. : Opas; 1994.

PRATA, N. I. S. S. et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Revista Trab. Educ.** Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2017. Disponível em : <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462017000100033&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 23 abr.2019

PRONER, Carol; CITTADINO, Gisele; TENENBAUM, Marcio; RAMOS FILHO, Wilson (Orgs.). A resistência ao golpe de 2016. Bauru: **Canal 6**, 2016.

DIANE E. Davis . Review: The Age of Insecurity: Violence and Social Disorder in the New Latin America. **Latin American Research Review** Vol. 41, No. 1 pp. 178-197 . 2006,

MARCELO FEIJÓ ; Prince, Martin ; Ferri, Cleusa P. ; COUTINHO, EVANDRO SILVA FREIRE ; ANDREOLI, SÉRGIO BAXTER . The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **Plos One** , v. 8, p. e63545, 2013.

ROCHA, L. M. . Uma favela sem tráfico?. In: Luiz Antonio Machado da Silva. (Org.). Vida sob cerco: violência e rotinas nas favelas do Rio de Janeiro.. 1ed.Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**, v. 1, p. 191-225, 2008

SANTOS, Milton. Da totalidade ao lugar. São Paulo: **Edusp**. 2005

SANTOS, Milton. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: **Publifolha**. 2002

SANTOS, Milton. Por uma geografia nova. São Paulo: **Edusp**. 2012

SCAFUTO, J. C. B. ; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, p. 350-358, 2018. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf > Acesso em 20 julho.2019

SILVA, L.L. CEVIC: a violência denunciada. 2005. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Luiz Antonio Machado da ; LEITE, Márcia Pereira . Violência, crime e polícia: o que os favelados dizem quando falam desses temas?. **Sociedade e Estado** , v. 22, n3, p. 545-592, 2007.

SOARES, Luiz Eduardo . Insegurança Pública: diagnóstico e soluções. **Ajuris** (Porto Alegre) , v. 097, p. 57, 2005.

Soares, Luiz Eduardo. (2011), “Além do bem e do mal na cidade sitiada”. **O Estado de S. Paulo**, caderno Aliás, 20 nov.

SOARES, Luiz Eduardo. Rio de Janeiro: histórias de vida e de morte. São Paulo: Companhia das Letras, 2015

SOUZA, Jessé. A radiografia do golpe: entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: **LeYa**, 2016.

TELLES, VERA DA SILVA & HIRATA, DANIEL VELOSO., “Illegalismos e jogos de poder em São Paulo”. **Tempo Social**, 22 (2): 39-59. 2010

TELLES, Vera. A cidade nas fronteiras do legal e ilegal. Belo Horizonte, **Fino Traço**. 2010

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínicoqualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. (4a ed.). Petrópolis: **Vozes**. 2010.

VALADARES, Fabiana Castelo ; SOUZA, E. R. . A violência que interroga a rede de saúde mental a partir da visão dos seus conselhos profissionais. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 7, p. 96-116, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68846>

VALADARES, Fabiana Castelo ; SOUZA, E. R. . Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011). **Physis**, v. 23, p. 1051-1077, 2013.

Valladares, Lícia do Prado. (), A invenção da favela: do mito de origem a favela.com. Rio de Janeiro, **FGV**. 2005

VASCONCELOS, E. M. (Org.). Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: **Hucitec**, p. 17-74. 2010.

VASCONCELOS, E.M. (org.). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: **Hucitec**, 2010.

VELHO, Gilberto; ALVITO, M. (Org.). Cidadania e violência. Rio de Janeiro: UFRJ: **Ed. FGV**, 1996.

Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo [Internet]. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO; 2016. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2015_armas.p

KRUIJT, Dirk; KOONINGS, Kees. Introducción: la violencia y el miedo en América Latina. In: KRUIJT, Dirk; KOONINGS, Kees (Ed.). *Las sociedades del miedo: el legado de la guerra civil, la violencia y el terror en América Latina*. Salamanca: **Ediciones Universidad de Salamanca**, p. 37. 2001.

YASUI S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>> Acesso em 20 julho.2019

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2005.

ZALUAR, Alba; ALVITO, Marcos (orgs.). Um século de favela. Rio de Janeiro: **Editora FGV**, 2004, p. 209-232

ZALUAR, Alba. Dilemas da Segurança Pública no Brasil. In: Konrad Adenauer. (Org.). **Cadernos Adenaur VI - Desarmamento, Segurança Pública e Cultura da Paz.** v. 3, p. 11-23. 2005

Zuenir Ventura; Cidade Partida. Editora: **companhia das letras**. Ano: 1994

ANEXOS**ANEXO I -ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB**

Projeto de Pesquisa: O território como desamparo: estudo de caso de um
CAPS III em contexto de violência

Coordenador: Thiago Ferreira dos Santos

Funções:

Pesquisador 1: Mediador

Pesquisador 2: Operador de gravação e observador

Critério de inclusão de participantes: Serão convidados para a realização do grupo focal profissionais vinculado ao CAPS Maria do Socorro Santos. Adotaremos como critério de exclusão o não interesse ou indisponibilidade de participar do estudo.

Objetivos

- A. Identificar as principais ressonâncias da violência urbana para a atuação do CAPS no território, no ponto de vista dos profissionais do CAPS;
- B. Identificar os possíveis desafios e barreiras de acesso produzidos pela violência urbana no território de responsabilidade sanitária do CAPS.
- C. Identificar as percepções e impressões dos profissionais sobre os problemas envolvendo a violência urbana no território de atuação do CAPS e sua repercussão para a atenção psicossocial.
- D. Constatar as estratégias dos profissionais do CAPS diante do desafio, barreiras de acesso produzidos pela violência urbana no território do CAPS.
- E. Identificar quais propostas os profissionais apresentam para melhorar a atuação do CAPS diante do desafio da violência.

F. Temas abordados: Atenção psicossocial, violência e território.

Quadro 1 -Roteiro de condução do Grupo Focal sobre atenção psicossocial, território e violência com profissionais vinculados ao CAPS III Maria do Socorro Santos.

Etapas	Grupo focal
	Duração estimada: 2 horas.
Abertura do grupo focal	Recepção, agradecimento pela participação, apresentação dos pesquisadores e objetivo da pesquisa.
	Esclarecimentos acerca Informações acerca do desenvolvimento da sessão e guia da dinâmica de discussão de temas. Participativa
	Estabelecimento do diálogo sobre aspectos relacionados à logística e setting para dinâmica das sessões, pontualidade, horário de término, conversas paralelas, uso de equipamentos eletrônicos. Destacou-se o compromisso dos participantes e equipe de coordenação com o caráter confidencial da pesquisa. Por fim, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas demais sessões, este acordo foi retomado quando necessário.
Debate	Apresentação do tema e condução do debate
Síntese	Retomada e validação das ideias centrais da discussão Participativa
Encerramento da sessão	Agradecimento pela participação, combinações para a próxima sessão.
Encerramento da sessão	Agradecimento pela participação, combinações para a próxima sessão.

Anexo II – Roteiro para realização de entrevista individual
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

Projeto de Pesquisa: O território como desamparo: estudo de caso de um CAPS III em contexto de violência

Coordenador: Thiago Ferreira dos Santos **Funções:**

Pesquisador 1: Entrevistador

Critério de inclusão de participantes: Serão convidados para a realização do grupo focal profissionais vinculados ao CAPS Maria do Socorro Santos. Adotaremos como critério de exclusão o não interesse ou indisponibilidade de participar do estudo.

Previsão de duração: 1 hora

Metodologia da entrevista : Entrevistas em Profundidade. o entrevistador terá liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção, explorando mais amplamente e aprofundando as questões apresentadas pelo entrevistado. As perguntas serão realizadas em tom informativo a partir dos temas propostos e aprofundadas conforme a explanação do entrevistado.

Temas

- A. Principais ressonâncias da violência urbana para a atuação do CAPS no território, no ponto de vista dos profissionais do CAPS;
- B. Possíveis desafios e barreiras de acesso produzidos pela violência urbana no território de responsabilidade sanitária do CAPS.

- C. Percepções e impressões dos profissionais sobre os problemas envolvendo a violência urbana no território de atuação do CAPS e sua repercussão para a atenção psicossocial.
- D. Estratégias dos profissionais do CAPS diante do desafio, barreiras de acesso produzidos pela violência urbana n território do CAPS.
- E. Identificar quais propostas os profissionais apresentam para melhorar a atuação do CAPS diante do desafio da violência.

Temas abordados: Atenção psicossocial, violência e território.

Roteiro:

Contato inicial: clima amistoso; apresentação do TCLE;

Apresentação objetivos da pesquisa e temas da entrevista: deixar entrevistado explicar livremente sobre o tema e aprofundar as perguntas conforme a explanação; 3) Registro das respostas por gravador (conforme explicita o TCLE).

4) Término entrevista: clima de cordialidade; agradecimento pela colaboração com a pesquisa.