

A VIOLÊNCIA QUE INTERROGA A REDE DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DA VISÃO DOS SEUS CONSELHOS PROFISSIONAIS

The violence that issues mental health network from their professional advice vision

Fabiana Castelo Valadares¹

Edinilsa Ramos de Souza²

Artigo encaminhado: 23/10/2013
Aceito para publicação: 05/05/2015

RESUMO

Adotou-se os referenciais da pesquisa qualitativa, a partir da compreensão e contextualização dos sentidos atribuídos ao fenômeno violência e sua inserção como objeto da atenção dos profissionais de saúde mental representados por seus respectivos Conselhos Profissionais. Foram abordados por meio de entrevistas semi-estruturadas um representante dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP 05), Medicina (CREMERJ), Enfermagem (COREN-RJ), Serviço Social (CRESS RJ 7ª região), e Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO 2). Identificou-se a inserção do tema violência no debate e orientação das distintas categorias profissionais, bem como a integração do tema nos respectivos cursos de graduação. Entretanto a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) parece pouco consolidada frente aos discursos expressos pelos informantes desta pesquisa. Conclui-se que falta uma maior apropriação por parte dos Conselhos Profissionais quanto a PNRMAV, uma vez que esta também parece ainda pouco implementada no município do Rio de Janeiro, e em especial no âmbito da atenção a saúde mental, parece menos expressiva.

Palavras-chave: Violência. Saúde mental. Medicina. Serviço social. Psicologia. Enfermagem. Terapia ocupacional.

¹ Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública - Centro Latino-Americano de Estudo de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ). E-mail: fabianacastelo@yahoo.com.br

² Fundações Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública - Centro Latino-Americano de Estudo de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ). E-mail: edinilsaramos@gmail.com

ABSTRACT

We adopted the reference of a qualitative research, based on the understanding and contextualization of meanings attributed to the phenomenon 'violence' and its place as the object of attention of mental health professionals represented by their respective Professional Councils. Were addressed through semi-structured interviews, a representative of the Regional Councils of Psychology (CRP 05), Medical (CREMERJ), Nursing (COREN-RJ), Social Services (CRESS RJ 7th region), and Physiotherapy and Occupational Therapy (CREFITO 2). The insertion of the issue violence in debate and orientation of the different professional categories were identified as well as the theme of integration in their undergraduate courses. However, the Morbidity and Mortality Reduction National Policy for Accidents and Violence (PNRMAV) has not consolidated a front to the speeches expressed by the informants of this research. As a conclusion, it lacks a greater ownership by the Professional Councils as PNRMAV, since this also seems poorly implemented in the municipality of Rio de Janeiro, especially in the context of mental health care seems less significant.

Keywords: Violence. Mental health. Medicine. Social servisse. Psychology. Nursing. Occupational therapy.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde pública brasileira, vários estudos têm demonstrado o impacto das violências e a crescente demanda de suas vítimas diretas e indiretas por serviços de saúde mental, com repercussões na diminuição da qualidade de vida das pessoas, pelos sentimentos de medo, insegurança, desesperança e alienação, frequentemente relacionados ao surgimento de quadros psicopatológicos (MINAYO; SOUZA, 1998; REICHENHEIM, 2009; RIBEIRO et al, 2009; ASSIS; AVANCI, 2009; MARTIN et al, 2007). Entretanto, os estudos (SANTOS, 2005; FERREIRA; SCHRAMM, 2000; SOUZA et al, 2009) também apontam as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde diante da falta de preparo e capacitação para lidar com esses casos, ausência ou insuficiente rede de apoio e serviços especializados para atenção e prevenção, além de questões pessoais como seu próprio medo e insegurança para lidar com a complexidade do tema e os desafios impostos por ele.

Por muitos anos a área da saúde mental acolheu as vítimas das mazelas sociais (violência, pobreza, desemprego, entre outros) promovendo uma atuação muitas vezes normatizadora da ordem social (VASCONCELOS, 2010), cuja maior expressão era as longas internações psiquiátricas de pessoas majoritariamente pobres, com baixa escolaridade e de cor negra ou parda (RESENDE, 1989; JACOBINA, 2002 e 2004). Esta forma de atuação frente aos problemas sociais mais amplos sofreu mudanças profundas ao longo das últimas décadas no Brasil, tendo como um dos principais marcos regulatórios a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que defende a promoção da cidadania dos usuários da saúde mental e a construção da atenção voltada para a superação da exclusão social (AMARANTE, 1998; DELGADO; GOMES, 2001; COUTO, 2004; DELGADO, 2006; TYKANORI, 2009; PITTA, 2011). A partir dessa lei constituiu-se um novo modelo de atenção, de base territorial, integrado à Atenção Básica e vinculado às redes de saúde e proteção social, assim como são novos os problemas vivenciados pelos profissionais da saúde, o enfrentamento da violência é um exemplo (PINHEIRO, 2006).

Na área da saúde, este fenômeno social complexo que é a violência vem sendo abordado como objeto de intervenção no país desde meados do século passado, quando, por iniciativa de profissionais da área médica, principalmente pediatras, a violência contra crianças e adolescentes foi identificada como passível não somente do cuidado, mas também de prevenção (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2005; MINAYO, 2008; SOUZA; LIMA, 2006). Essa nova abordagem do tema veio no bojo de movimentos sociais relacionados aos direitos de grupos específicos (mulheres, idosos, portadores de transtornos mentais, entre outros) e também ancorada no crescimento dos índices das denominadas causas externas (acidentes e violências) situando-as entre as principais causas de internação e morte no país, desde os anos 1980. Desse modo, a temática da violência foi gradativamente sendo inserida como objeto de intervenção da área da saúde, cuja formalização se deu somente em 2001, com a aprovação da Portaria GM 737 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violências - PNRMAV. Nela, a violência é definida como: “ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (BRASIL, 2001). A PNRMAV enfatiza a prevenção, o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas no setor saúde, a priorização do processo político e social representado pela promoção da saúde, a sensibilização da sociedade, a partir do fornecimento de dados e informações, e a atuação por meio de planos, programas, projetos e atividades integrados a todos os níveis de atenção. Um amplo conjunto de

estratégias foi produzido desde então com o objetivo de ampliar a abordagem do tema violência no âmbito da saúde a partir da construção de redes de prevenção, projetos e programas direcionados a públicos e problemas específicos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; MISTÉRIO DA SAÚDE *et al*, 2010). Diante deste cenário a atenção a saúde mental passou a ser gradativamente convocada a intervir nas situações de violência, uma vez que os usuários dessa rede também são reconhecidamente vítimas preferenciais da violência em suas diversas formas de expressão (MARTIN *et al*, 2007).

Frente ao importante papel que os profissionais de saúde da saúde mental têm na atenção às vítimas e na prevenção da violência, buscamos identificar como as diferentes categorias profissionais atuam nesse nível da atenção a partir da visão de seus representantes nos Conselho Profissionais. Os Conselhos Profissionais são órgãos supervisores da ética profissional formados por representantes de cada respectiva categoria, eleitos para desempenhar as atribuições de registrar seus profissionais, fiscalizar o exercício destes e aplicar as penalidades cabíveis, quando necessário. Segundo autores da sociologia das profissões (FREIDSON, 1996; BONELLI, 2002; PEREIRA; NETO, 2003), uma profissão reconhecida é identificada pelo Estado e pela sociedade como relevante e fundamental para estes a partir de uma perspectiva histórica, pois uma profissão considerada relevante no passado pode não ser entendida como tal nos dias de hoje, assim como, novas profissões podem ser criadas e formalizadas atendendo a novas demandas da sociedade. Este caráter dinâmico na construção do exercício profissional deve ser constantemente atualizado de acordo com as mudanças sociais, científicas, culturais e políticas vigentes. Desta forma, como os Conselhos profissionais existem para servir à sociedade, garantindo um bom exercício das profissões e resguardando o cidadão, deveriam estar na pauta destes órgãos temas e demandas que a sociedade considera relevantes como o é a violência.

Por entender que um órgão regulador, como o Conselho, normatiza as práticas profissionais e as orienta frente às questões sociais, e a saúde é uma delas, que demandam o conhecimento especializado dos mesmos, definindo, assim, novas atuações e novas políticas de atenção, realizamos este artigo. Seu objetivo central foi investigar como, a partir dessas entidades, o tema da violência vem sendo inserido, enquanto objeto de intervenção nas práticas dos profissionais que atuam no campo da saúde mental.

2. METODOLOGIA

Neste estudo apresentamos parte dos resultados de uma pesquisa maior que teve como objetivo realizar uma análise diagnóstica da atenção em saúde mental às vítimas de violência no município do Rio de Janeiro (SOUZA; VALADARES, 2012). Trata-se de um estudo exploratório que focaliza e investiga as percepções dos representantes de entidades profissionais da saúde sobre a inserção do tema violência no âmbito da atenção à saúde mental. Esta análise é complementada por duas outras feitas anteriormente: uma sobre os marcos regulatórios da Política de Saúde Mental e outra sobre a visão dos profissionais da rede de serviços de saúde mental no município do Rio de Janeiro, também parte da pesquisa citada. Nas três produções buscamos abordar um mesmo objeto a partir de distintos olhares, ou seja, como vem ocorrendo a inserção do tema da violência e da sua Política específica nas práticas e na Política de Saúde Mental.

Neste artigo adotamos os referenciais da pesquisa qualitativa, entendida como práticas de interpretação que contemplam os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto das relações em que estão inseridos (DESLANDES; GOMES, 2004). Esta abordagem se fundamenta na hermenêutica-dialética que articula uma atitude voltada para o sentido do que é consensual da mediação e do acordo, e um posicionamento orientado para a diferença (MINAYO et al, 2005). Assim, buscamos a compreensão e a contextualização dos sentidos atribuídos ao fenômeno violência e sua inserção como objeto da atenção dos profissionais de saúde.

Foram eleitos como interlocutores os representantes dos Conselhos Profissionais de cinco categorias de nível superior atuantes na área da saúde mental conforme preconiza a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002). Abordamos um representante de cada um dos seguintes Conselhos Regionais: de Psicologia (CRP 05), de Medicina (CREMERJ), de Enfermagem (COREN-RJ), de Serviço Social (CRESS RJ 7ª região), e de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO 2). A autorização para participação na pesquisa foi dada pelos presidentes de cada Conselho após contato prévio e indicação da pessoa a ser entrevistada. A escolha do informante foi determinada em alguns casos por sua experiência na área da atenção a saúde mental, por seu papel na gestão do Conselho ou ainda por sua área de formação profissional.

Foram aplicadas cinco entrevistas individuais, usando um roteiro semi estruturado que abordou temas relacionados: ao processo de implementação e articulação entre as políticas de Saúde Mental e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no município do Rio de Janeiro; a contribuição do Conselho neste processo; a concepção de violência compartilhada por sua categoria profissional; os limites e potencialidades da

formação profissional relativos ao tema da violência; suas impressões sobre a atenção as vítimas da violência e a sua prevenção na área da saúde mental.

As entrevistas duraram em média 30 minutos e foram gravadas e transcritas com a autorização prévia dos informantes. Buscamos evitar a identificação dos entrevistados não mencionando o Conselho por ele representado nos trechos dos depoimentos apresentados. No entanto, pelo número reduzido de entrevistados e pela especificidade dos seus discursos, há o risco de eles serem identificados, mesmo que seus nomes e cargos tenham sido omitidos.

A análise dos depoimentos compreendeu os seguintes passos: 1) realização da leitura compreensiva do acervo buscando apreender a visão do conjunto e das particularidades; 2) realização do recorte temático dos depoimentos acerca das concepções sobre violência compartilhadas por cada categoria profissional, da inserção desse tema nos respectivos processos de graduação e formação profissional, das percepções sobre o processo de implementação da PNRMAV e de Saúde Mental e da articulação entre elas, e como percebem o papel do Conselho nesses processos, no município; 3) diálogo entre os discursos observados e outros estudos acerca do assunto.

A pesquisa contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (55/10) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (194/10), em cumprimento aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

2.1 O que é violência e o que isso tem a ver com a profissão?

Os entrevistados desta pesquisa foram convidados a expor o que consideram ser violência – seu entendimento e percepção acerca do conceito - e como este fenômeno vem sendo abordado, como objeto de intervenção de sua categoria profissional, na área da atenção a saúde mental.

Assim, segundo os entrevistados, a violência foi percebida como um fenômeno complexo que acarreta impactos diretos na saúde física e mental de suas vítimas. Em geral, as lesões e traumas ocorridos no trânsito e nas relações interpessoais, principalmente os abusos sexuais, foram as expressões mais facilmente identificadas como violência. Além disso, alguns profissionais reconheceram, também, a violência estrutural e institucional como objetos de atenção. Tal entendimento demonstra a percepção da violência como um fenômeno de expressão concreta, onde as lesões e

traumas, os sinais da negligência e do abandono, as intimidações e ameaças relacionadas, por exemplo, ao constrangimento do trabalhador da saúde, foram elencados como expressões mais freqüentes. Chamou a atenção o fato dos profissionais aqui entrevistados citar a violência no trânsito uma vez que, historicamente, o campo da saúde mental tem pouco envolvimento com o tema sendo raras suas contribuições no país apesar da magnitude do problema (LINS; SCARPARO, 2010). Este dado parece ratificar impacto de recentes estudos científicos e políticas de enfrentamento à violência no trânsito que exploram a associação entre álcool e direção, merecendo maior aprofundamento em novas pesquisas.

Para a maior parte dos entrevistados, a violência foi identificada como objeto de intervenção das práticas das distintas categorias profissionais, alinhando-se aos achados na literatura científica (ASSIS; AVANCI, 2009; MINAYO; SOUZA, 1999) que apontam que a prevenção da violência pode e deve ser realizada em todos os níveis (primária, secundária e terciária) da atenção em saúde, a partir da delimitação de fatores de risco e proteção. Apenas um único representante registrou não considerá-la objeto de intervenção de sua profissão, entendendo que sua área atua mais efetivamente na reabilitação e, por isso, a identificação dos casos e a realização de ações direcionadas à proteção social e à prevenção estariam mais relacionadas a outras categorias profissionais. Este entendimento sugere uma compreensão restrita das possibilidades de atuação no âmbito da saúde.

Parte dos entrevistados mencionou haver maior dificuldade em identificar a violência psicológica uma vez que esta não deixa sinais físicos observáveis. Os relatos a seguir expressam parte destes entendimentos:

[...] os médicos que trabalham na emergência têm muito claro a violência de trânsito, a violência interpessoal. Na pediatria, a violência contra a criança que chega vítima de violência física, que muitas vezes é identificada no raio X, onde você tem várias fraturas, a violência sexual, [...]. A violência que eu acho que ainda é muito pouco trabalhada, e é muito mais difícil de ver, é a violência psicológica, é aquela violência da ameaça.; [...] pronto socorro, no hospital geral, no ambulatório, contra a criança, eu acho que eles têm um olhar mais sensível [...] a mais difícil mesmo é essa violência psicológica, porque a violência física você vê ali um machucado.

De acordo com os depoimentos, a violência psicológica foi, majoritariamente, entendida como constrangimentos e ameaças que se expressa na negação de direitos. Principalmente para os profissionais das áreas humanas, esta violência foi constantemente identificada como objeto de intervenção de suas práticas. Para estes

profissionais, a violência intrafamiliar, institucional e estrutural tem grande visibilidade, como apresentado nos relatos:

Essa da violação, da violação de direitos [...] violência nas escolas, nos abrigamentos, da retirada de crianças das suas famílias.[...] A pobreza ta ai, você produz desqualificação, você produz a família negligente e o Estatuto da Criança e do Adolescente já diz que pobreza não é questão da destituição do poder familiar.; O Conselho trabalha na linha da questão dos direitos humanos, porque aí ele atinge a uma população, várias populações específicas: usuários de saúde mental, crianças e adolescentes, da vítima mulher, da homofobia, nesses temas mais gerais e mais transversais. [...] muito embora para a maioria dos assistentes sociais a violência ainda tem sido compreendida como violência física, de família, pra lidar com os usuários. Do ponto de vista do Conselho essa é a base, a violação de direitos.

Os relatos apresentados apontam que em especial, as categorias profissionais das áreas humanas, vêm sendo orientadas a abordar o tema da violência a partir de uma visão ampliada da realidade social, fundamentada principalmente na perspectiva da violação de direitos. No entanto foi possível perceber que no campo das práticas de assistência estas ações ainda são muito restritas e focadas em casos específicos, como a violência na família, por exemplo. Essas práticas de abrangência ainda pontual, caso a caso, expõem a necessidade do fortalecimento das condições de atuação destes profissionais na rede, mas também sinalizam a ausência de uma análise sistemática das informações de saúde e de um planejamento das ações de intervenção comunitária a partir dessas informações.

Observamos ainda que o processo de formação pode tornar o profissional mais ou menos sensível e atento às diferentes manifestações de violência. Por isso investigamos como cada categoria percebe a inserção do tema nos respectivos currículos de graduação. Como respostas, ouvimos relatos que valorizam a recente inclusão do tema nas grades de formação, o que diverge dos resultados de outras pesquisas (SANTOS, 2005; SOUZA *et al*, 2009). Essa divergência entre os achados e a literatura, aponta para uma recente sensibilização da Academia ao tema. Tal processo pode ser relacionado à inserção da questão da violência no âmbito das políticas públicas de saúde (SOUZA, 2012), principalmente junto a Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2004), e a crescente produção de pesquisas científicas nos últimos anos como apontam vários autores (MINAYO; CAVALCANTE, 2010; RIBEIRO *et al*, 2009; BENETTI *et al*, 2007; FONSECA; GONÇALVES, 2003).

Foi possível perceber que algumas categorias têm acumulado mais experiências em relação à temática da violência, como é o caso dos profissionais do Serviço Social, para os quais a formação profissional trata sistematicamente do tema. Por sua vez, a formação em medicina e enfermagem foi avaliada pelos depoentes como precária por ser fundamentada no processo de fragmentação do conhecimento adquirido na especialização que não contempla uma visão de saúde mais generalista. Neste contexto, temas transversais como a violência são pouco abordados e quando o são, acabam restritos às áreas de psiquiatria, ginecologia e pediatria. Estes achados aproximam-se dos resultados apontados por Souza et al (2008), que observaram nos currículos de graduação de medicina e enfermagem a inserção da temática da violência ainda de forma pontual nas áreas de clínica cirúrgica, saúde mental e saúde coletiva. No entanto percebemos um processo que amplia o olhar destas formações visando também a atenção à saúde de crianças, adolescente e mulheres como temas recentemente incorporados.

Apesar de apresentar um caráter generalista, a formação em psicologia foi relatada como não homogênea entre as instituições de ensino, o que provoca formas de inserção diferenciadas do tema violência nas grades. O relato a seguir representa esse entendimento: *“tem muito curso de psicologia que promove uma formação de clínica muito restrita onde as pessoas pensam o indivíduo sob um prisma muito individualizado”*. Segundo esse informante, a formação em psicologia pode promover práticas que naturalizam a violência, levando seus profissionais a identificarem que este objeto não compete à sua intervenção, ou pode assumir uma proposta crítica que fornece ao profissional a capacidade de dar visibilidade a problemas amplos relacionados à vida humana, a capacidade de criar redes, programas e espaços de articulação. No que diz respeito à violência, o representante da categoria expressou: *“[...] é importante reconhecer que há violência, reconhecendo que trançar pessoas, que arrombar portas, que deixar pessoas morrendo na fila é violência, e se implicar com isso, implicar com essa questão, que eu posso não dar conta sozinho, mas que isso é meu”*.

Identificamos que a inserção do tema violência nos debates e orientações das distintas categorias profissionais encontra aproximações com os corpos teóricos que constituem o campo de conhecimento que as fundamenta. Assim, as profissões mais relacionadas ao cuidado do corpo e da saúde física mostraram mais habilidade em identificar as violências nestes aspectos, como é o caso dos profissionais da medicina e da enfermagem. Por sua vez, as categorias que discutem mais diretamente o campo das relações sociais, como é o caso da psicologia e do serviço social, reconheceram mais

facilmente também as violências presentes nesse meio, como as violências psicológica e institucional. Foi possível perceber ainda que de forma pontual um processo de inserção do tema violência nos cursos de graduação de todas as categorias abordadas. Mesmo que essa inserção não esteja ocorrendo de forma hegemônica durante todo o processo de formação, esta foi percebida como um tema que gradativamente vem ganhando espaço, segundo os entrevistados.

2.2 Percepções sobre as políticas públicas ligadas ao tema

Inicialmente é necessário esclarecer que o processo de implementação de uma política pública pode ser entendido como um conjunto de intenções presentes na legislação, nos fóruns acadêmicos, nas publicações científicas e técnicas, nas práticas institucionais e espaços de assistência, nos anseios populares e movimentos sociais. Nesse sentido, as duas políticas abordadas nesta pesquisa, a Política de Saúde Mental e a PNRMAV, embora contemporâneas, parecem seguir distintas dinâmicas nos seus processos de implementação, sobretudo no território analisado, a cidade do Rio de Janeiro.

Frente aos discursos expressos pelos informantes desta pesquisa foi possível compreender que a PNRMAV é menos conhecida, pois apenas três deles souberam discorrer sobre o tema. Esta menor visibilidade pode estar relacionada às lacunas identificadas na formação acadêmica, pontuadas por grande parte dos entrevistados e expressa na literatura científica, que só recentemente vem inserindo a questão como objeto de intervenção dos profissionais da saúde (MINAYO; SOUZA, 1998). Além disso, a polissemia do tema violência que envolve um amplo conjunto de atores e áreas do conhecimento torna mais complexa a abordagem integrada da questão. Nesse sentido, a forma de organização dos movimentos sociais que impulsionaram a construção desta política contou com atores de áreas muito diversas e ligadas a questões específicas como os direitos da mulher, a violência contra crianças e adolescentes e outros grupos vulneráveis contribuindo assim para maior fragmentação das abordagens (MINAYO, 2008). Tais questões passaram a ser pautadas principalmente em políticas específicas para cada grupo de vítimas dificultando a identificação da PNRMAV na abordagem integrada do tema.

Problemas na implementação de ambas as políticas foram citados pelos entrevistados. Para entendê-los melhor, investigamos como as diretrizes dessas políticas foram abordadas e sob que argumentos foram fundamentadas.

Quando perguntados sobre o processo de implementação da PNRMAV, os informantes apresentaram dois temas. O primeiro relacionado às ações em desenvolvimento na cidade do Rio de Janeiro como a prevenção dos acidentes de trânsito, a Lei Seca (BRASIL, 2008), a Política de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006), a proteção social de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990), e as mudanças na política de segurança representada pelas Unidades de Polícia Pacificadora/UPP. Estas iniciativas, apesar de se configurarem como complementares à PNRMAV explicitando a fragmentação e pontualidade de suas ações se relacionam à diretriz “promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis”. Ainda assim reconhecemos a importância de tais ações na promoção da maior visibilidade do problema.

O segundo tema abordado foi o “monitoramento e vigilância dos acidentes e violências”, relacionado unicamente ao uso da ficha de notificação dos casos de violência, qualificada pelos informantes como discretamente implementada nas unidades de saúde do município. De acordo com estes, o uso do instrumento nas unidades de saúde enfrenta resistência dos profissionais que atuam diretamente com os pacientes em situação de risco. Resistência esta atribuída a precária estrutura, organização e recursos institucionais capazes de viabilizar a notificação das violências sem que essa ação leve a consequências individuais e sociais, como retaliações aos profissionais, questões estas também muito presentes na literatura (VELLOSO et al, 2005; RÜCKERT et al, 2008).

Foi avaliado como precário o processo de implementação relacionado às demais diretrizes com ênfase nas ações da assistência como: sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência multiprofissional às vítimas de violências e acidentes; e a estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação. O relato a seguir expressa parte dessas observações: “[...] *na verdade, você não tem uma política de atendimentos às vítimas[...] você pega o pronto socorro principalmente, ele chega lá, medica, trata e vai pro nada, porque não tem um serviço que dê conta desses pacientes[...]*”. Esse relato expõe problemas na formação de uma visão de rede e da atenção integral preconizadas pela PNRMAV o que também condiz com outros estudos (LIMA et al, 2009).

Já a Política de Saúde Mental foi discutida e avaliada por todos os informantes demonstrando seu maior conhecimento. Em relação ao processo de implementação dessa política no que se refere às diretrizes “desinstitucionalização” e “atenção territorializada e integral a saúde”, no município do Rio de Janeiro, foi consensual a avaliação dos entrevistados quanto a sua fragilidade. Tal percepção foi relacionada às

deficiências na rede de atenção que tem um número insuficiente de serviços para a demanda existente na cidade, como demonstra o relato:

[...] no Rio de Janeiro tem pouquíssimos CAPS, você na área da AP 4 [tem] um CAPS, por exemplo, e tem quase 1 milhão de habitantes. Não teve um investimento em ambulatórios, as residências terapêuticas, que são alternativas fundamentais pros pacientes graves que moram nos hospitais há 40 anos, são poucas e os pacientes que conseguem sair do hospital não conseguem competir no mercado de trabalho.

Esta defasagem de serviços extra-hospitalares na rede de saúde mental do município foi constatada por Souza (2012) identificando também a superlotação dos serviços CAPS e a sobrecarga de trabalho de seus profissionais. Ainda em relação à atenção prestada pelas distintas categorias profissionais, foram compartilhados impasses quanto à falta de recursos humanos, físicos e tecnológicos para a atenção de qualidade, questões agravadas pela política de terceirização que reduz salários, fragiliza os vínculos institucionais e leva a alta rotatividade dos trabalhadores como já pontuado por outros autores (GOUVEIA, 1999).

Perguntados sobre a articulação entre as duas políticas citadas, percebemos que a atenção às vítimas da violência no município, no âmbito da saúde mental, ocorre de forma precária. Segundo os entrevistados, isto se dá por diversas razões: a ausência de uma rede estruturada e mesmo de fluxos de atendimento definidos e capazes de prover atenção integral a saúde, falta de serviços de saúde na rede (CAPS, ambulatórios, emergências, e dispositivos residenciais) suficientes para atender a população, ausência de profissionais capacitados e habilitados para lidar com o tema, o que foi também evidenciado nas demais etapas desta pesquisa (SOUZA, 2012).

Apesar desses problemas, para a maior parte dos entrevistados os profissionais de sua categoria foram sensibilizados e compreendem sua responsabilidade na atenção aos casos de violência, o que novamente diverge dos resultados de pesquisas anteriores (SANTOS, 2005; SOUZA *et al*, 2009). Apenas um dos entrevistados afirmou que este tipo de atenção não existe para sua categoria. Como já citado a implementação de um conjunto de ações ainda que pontuais e específicas sobre tema da violência a longo dos últimos anos produziu uma maior visibilidade do assunto, contribuindo para essa mudança da percepção dos profissionais da área.

A articulação entre a PNRMAV e a Política de Atenção a Saúde Mental no município do Rio de Janeiro, foi compreendida pela maioria dos informantes a partir do processo de desinstitucionalização cujo norte é a garantia de direitos aos usuários da saúde mental. Apenas um dos entrevistados, citou a Portaria GM/MS nº 1.8076 (BRASIL,

2006) que define a orientação para acolhimento e atenção às vítimas de tentativas de suicídio, compreendendo esse como o principal problema em que ambas as políticas intervêm conjuntamente.

A prevenção da violência no campo da atenção à saúde mental, foi citada por parte dos informantes quanto a questões como a regulamentação de práticas de técnicas como, por exemplo, a contenção física e medicamentosa, além das condições físicas, políticas e estruturais para a garantia da atenção e aos usuários. O seguinte relato expressa parte destas questões:

A questão específica da prevenção da violência em saúde mental, a gente tem uma violência que pode ser desde aquela objetiva física como aquela mais sutil. Hoje a gente tem um estrangulamento da rede, a meu ver previsível, porque a gente tem poucas portas de entrada e quase nenhuma porta de saída do sistema. Não tem retaguarda pra política, pra nova perspectiva de política que a gente tem, são raríssimos os serviços de moradia, tem uma fragilidade absurda na área de geração de renda, de trabalho, tem uma fragilidade absurda na área de lazer e cultura.

Tal relato representa a ampliação do olhar sobre as violências que interrogam a atenção a saúde mental ao identificar as práticas profissionais e as condições de trabalho como espaços onde violência pode ocorrer.

2.3 Contribuições dos Conselhos para a implementação das políticas

Todos os entrevistados identificaram formas e estratégias para a promoção do processo de implementação de ambas as políticas junto a suas categorias. Perguntados sobre “qual a contribuição de seu Conselho para a implementação destas políticas” apresentaram uma diversidade de ações sintetizadas a seguir.

No que diz respeito ao enfrentamento da violência foi citada pela maior parte dos entrevistados a promoção do exercício ético da profissão. Tais ações foram realizadas a partir de atividades educativas e de orientação como cursos, palestras, eventos e seminários abordando questões pontuais como a violência contra mulheres, o suicídio, a violência nas relações de trabalho, ou questões mais amplas voltadas para a organização política e cultural da cidade. Esta estratégia prevê que muitas vezes seus profissionais podem ser autores da violência cometendo abusos, negligências, silenciamentos e naturalizações que comprometem o exercício ético da profissão. Tais atividades também visaram oferecer aos profissionais ferramentas para identificar, agir e encaminhar casos de violência possibilitando a operacionalização das políticas. Especificamente quanto à

PNRMAV um único representante citou, entre as ações realizadas por seu conselho, a realização de seminários que discutiam o uso da ficha de notificação de violências padronizada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de sensibilizar seus profissionais para o preenchimento correto e cumprimento dessa ação. No entanto cabe destacar que o termo empregado foi “denúncia” e não “notificação” o que pode trazer questões importantes para a compreensão do papel do profissional de saúde nessas ações. Assim, os momentos de reflexões críticas sobre essas práticas, promovidas pelas ações dos Conselhos foram vistos como formas de prevenção e orientação que, na visão dos entrevistados, fortalece a implementação de ambas as políticas junto a sua categoria profissional.

A fiscalização das atividades profissionais foi citada por todos os informantes como uma ação importante para a garantia de um exercício profissional em consonância com as políticas, diretrizes e normativas que orientam as práticas de cada categoria. Tal ação, de norte técnico e muito relacionado à função disciplinadora dessas instituições, determina que os Conselhos fiquem atentos ao cumprimento das diretrizes e normas que regem sua profissão, fiscalizando o exercício profissional, identificando situações em que há o descumprimento das normas, que no caso das políticas analisadas podem ser: o uso a ficha de notificação, a promoção da atenção integral, o encaminhamento dos casos para a rede de proteção, o acompanhamento pós-alta, a prevenção da violência, a desinstitucionalização e a integração familiar e comunitária. Entretanto a aproximação entre as normas que regulamentam a profissão e as políticas públicas que orientam as práticas no campo da saúde mental, tem sido timidamente articuladas. Foi possível perceber que estes órgãos exercem pouco a função de fomentar a implementação das políticas públicas da área através da fiscalização e acompanhamento das ações citadas, restringindo-se ao cumprimento dos respectivos códigos de ética.

Muitas entidades assumiram também uma função política de atuação através da identificação de problemas que podem facilitar a ocorrência de deslizes éticos no exercício profissional, como a sobrecarga de trabalho, a falta de estrutura e organização dos serviços, a não integração da rede de atenção em saúde e proteção social. Assim suas ações visaram a construção de reflexões críticas sobre a saúde do trabalhador e suas condições de trabalho, além da articulação de denúncias contra os gestores públicos principalmente das áreas da saúde, proteção social e segurança pública.

De forma geral os discursos apresentados oscilaram entre uma visão global que se operacionaliza ora em ações pontuais ora em ações macropolíticas. Entretanto pensando a implementação destas políticas como um processo sempre parcial, fragmentário e

nunca definitivo foi visível o engajamento e os esforços perpetrados por estas entidades em relação ao tema.

3. CONCLUSÃO

A partir dos relatos apresentados nessa etapa da pesquisa foi possível perceber que o tema da violência vem sendo abordado como objeto de intervenção das práticas profissionais nas categorias entrevistadas. Tal processo de inclusão do tema indica o alinhamento com o conjunto de políticas públicas criadas nos últimos anos assim como a ampliação dos estudos e pesquisas. Nesse sentido a formação profissional parece ter uma função importante na construção desses entendimentos, sendo observada a gradativa inclusão da temática da violência ao longo dos últimos anos nos cursos de graduação, apesar de ainda voltada para grupos e prioritários e questões específicas como a violência contra crianças, adolescentes, mulheres, portadores de transtornos mentais e vítimas de acidentes. Essa visão ainda restrita das possibilidades de abordagem do tema pelo setor saúde parece relacionada ao fato da violência ser um tema novo no âmbito da saúde, sendo seus profissionais ainda pouco capacitados a respeito, apesar de mudanças estarem em curso. Outra questão muito presente diz respeito à cultura uma vez que a violência é um tema cheio de tabus e resistências e que os próprios profissionais de saúde tem receio em enfrentá-lo, o que também se reflete na pouca prioridade dada a este, do ponto de vista das políticas públicas. Assim, por ser um tema transversal em várias políticas sua política específica ainda tem muito a avançar.

As informações levantadas nesta pesquisa apontam que há uma demanda por maior apropriação, por parte dos Conselhos Profissionais, quanto a PNRMAV que também parece ainda pouco implementada no município do Rio de Janeiro segundo estes. Isso pode ser explicado pelo pouco investimento do setor saúde do município na divulgação e implementação das ações a ela relacionadas. Seu incipiente processo de implementação no município parece contribuir para este desconhecimento uma vez que, segundo os depoentes, observam-se poucas ações práticas relacionadas à implementação de suas diretrizes, sobretudo no que compete à organização e estruturação da rede de atendimento às vítimas.

Os impasses da rede foram também apresentados como principais problemas identificados na implementação da política de saúde mental que convive com a escassez de serviços, recursos humanos e técnicos. Nesse sentido é fundamental que haja uma maior divulgação da PNRMAV entre os profissionais e serviços de saúde, assim com a

ampliação dessa rede de atendimentos uma vez que são flagrantes suas limitações. A capacitação continuada dos profissionais também é fundamental para a melhora da qualidade da atenção aos usuários, planejamento das ações realizadas pelos serviços e prevenção da violência no município. Assim é importante que estes profissionais tenham vínculos empregatícios estáveis, uma vez que a alta rotatividade de profissionais compromete o estabelecimento do vínculo paciente-profissional, o que é reconhecidamente contraproducente na atenção as vítimas da violência, dificulta a integração das equipes e da rede, além limitar avanços na produção do conhecimento.

Para a maior parte dos entrevistados o êxito na articulação entre ambas as políticas ocorre principalmente no processo de desinstitucionalização em saúde mental, que compreende a garantia de direitos e qualidade no tratamento do usuário. Outro tema que promove a articulação entre ambas as políticas é o suicídio, por exigir um engajamento das equipes de atenção à saúde mental no acompanhamento as vítimas diretas e indiretas.

De forma geral os Conselhos tem abordado a temática da violência em suas estratégias de fiscalização, sensibilização e orientação de seus profissionais, no entanto a partir de questões específicas principalmente relacionadas à saúde do trabalhador. Tal abordagem prevê que más condições de trabalho podem facilitar a ocorrência de abusos e negligências por parte de seus profissionais e por isso têm apresentado um papel ativo reivindicando maiores investimentos no setor saúde junto aos órgãos governamentais, ação esta que deve ser fortalecida. O pouco conhecimento da PNRMAV assim como a precária integração dos Conselhos na construção de um plano municipal de enfrentamento da violência parece contribuir para a limitação das ações promovidas por estes órgãos.

Por fim ressaltamos que o município do Rio de Janeiro apresenta condições muito adversas em relação ao processo de implementação das duas políticas analisadas nesta pesquisa. Em relação a PNRMAV, as elevadas taxas de morbimortalidade por causas externas registradas, já desde a década de 1980 no município, o credenciaram para implantação dos primeiros projetos de prevenção apoiados pelo Ministério da Saúde ainda no início dos anos 2000. No entanto, problemas na gestão municipal (SOUZA et al, 2009; SOUZA et al, 2012) e falta de apoio político limitaram a implementação das ações o que se reflete na percepção dos profissionais da rede, assim com nos dados apresentados neste texto. Por sua vez a Política de Saúde Mental no município também enfrenta entraves importantes, uma vez que esta foi sendo construída a reboque do processo de desinstitucionalização e com precário investimento na rede extra-hospitalar

de atenção ao longo das últimas duas décadas (LIBÉRIO; ALBUQUERQUE, 2008). O cenário atual desta última política ainda expressa a insuficiência de serviços tanto extra-hospitalares quanto da Atenção Básica e Especializada, além de agregar problemas contemporâneos como a nova demanda de internação de usuários e álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K. et al (org). *Impactos da Violência na Saúde*. 2ed – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. p.79-104

BENETTI, S.P.C.; RAMIRES, V.R.R.; SCHNEIDER, A.C. Adolescência e Saúde Mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007, 23(6), 1273-1282.

BONELLI, M.G. *Profissionalismo e política no mundo do Direito*. São Paulo: Edufscar. 2002.

BRASIL. *Lei 10.216/2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. D.O.U. de 9.4.2001.

BRASIL. *Lei no. 11.705 de 19 de junho de 2008*: Altera a Lei no. 9.503 de 23 de setembro de 1997, que institui o Código Brasileiro de Trânsito, e a Lei no. 9294 de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições do uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias, e defensivos agrícolas, nos termos do §4º. Do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor e dá outras providências. 2008. Site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm Acesso: em julho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 737/2001* - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília, Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1.8076 de 14/08/2006*. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2607 de 10/12/2004*. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. [online] 1996. [acesso 20 set. 2008] Disponível: conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc

COUTO, M.C.V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (org) *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Ed autêntica/ FHC-FUMEC. 2004, p.61-74.

DELGADO, P.G.G.; GOMES, M.P.C. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001, 17(3), 452-453.

DELGADO, P.G.G. Prefácio: O cuidado em saúde mental no território. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas In: BOSI, MLM & MERCADO, FJ (org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes. 2004.

FERREIRA, A.L.; SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais da saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2000, 34(6),650-665.

FONSECA, M.M.; GONÇALVES, H.S. Violência contra o idoso: suportes legais para intervenção. *Interação em Psicologia*, 2003, 7(2), 121-128.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: ANPOCS, 1996, 31(11). CD-ROM.

GOUVEIA, R.; PALMA, J.J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estud. av.* [online]. 1999, 13(35), 139-146.

JACOBINA, R.R. O silêncio dos inocentes: estudo do Hospício S. João de Deus, 1912-1930 (I): crises e reformas. *Rev. baiana saúde pública*, 2002, 26(1/2), 41-56.

JACOBINA, R.R. O silêncio dos inocentes III: o cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício São João de Deus. *Rev. baiana saúde pública*, 2004, 28(1), 50-64.

LIBÉRIO, M., ALBUQUERQUE, P. (org). 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental*. 2008, 1(1).

LINS, M.R.S.W.; SCARPARO, H.B.K. Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias, e serviços tecendo redes de complexidade. *Rev. Psicol. Argum.*, Curitiba, 2010, 28(62), 261-271.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saude Publica*, 2007, 41(4), 591-597.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*, 2010, 44(4), 750-7.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. (pp.71-103). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005, p.71-103.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões à partir do campo da Saúde Pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999, 4(1), 7-32.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência e Saúde. Manguinhos*, 1998, IV (3), 513-531.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2008.

MINAYO, M.C.S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Rev. bras. educ. méd*; 2005, 29(1),55-63.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, MINISTÉRIO DAS CIDADES, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES, SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, SECRETARIA-GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Projeto VIDA NO TRÂNSITO Plano de Ação Componente Nacional*.http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vida_transito_plano_acao_nacional_25_05_11.pdf Acesso em 22/10/2013.

NASCIMENTO, L.C. Profissionalismo: expertise e monopólio no mercado de trabalho. *Perspec. Contemp.*, Campo Mourão, 2007, 2(1).

PEREIRA, M.P.; NETO, A.P. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2003, 8(2), 19-27.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudos e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO. 2006, p.41-66.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(12), 4570-4589.

REICHENHEIM, M.E. Considerações sobre o texto "Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência". *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009, 14(2), 365-369.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: editora Vozes. 1989, p.15-73.

RIBEIRO, W.S.; ANDREOLI, S.B.; FERRI, C.P. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*, 2009, 31(supl.2), S49-S57.

RÜCKERT, T.R.; LIMA, M.A.D.S.; MARQUES, G.Q.; GARLET, E.R.; PEREIRA, W.A.P.; ACOSTA, A.M. Assistência às vítimas de violência em unidades básicas de saúde na concepção de enfermeiras. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008, 7(2),180-6.

SANTOS, N.C. *Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso*. Tese de Doutorado, Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro: s.n. 2005.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006, 11(supl), 1211-1222.

SOUZA, E.R.; PENNA, L.H.G.; FERREIRA, A.L.; TAVARES, C.M.M.; SANTOS, N.C. O tema da violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2008, 16(1),13-9.

SOUZA, E.R.; RIBEIRO, A.P.; PENNA, L.H.G.; FERREIRA, A.L.; SANTOS, N.C.dos; TAVARES, C.A.M.de. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14(5),1709-1719.

SOUZA, E.R.; VALADARES, F.C. Análise diagnóstica da atenção às vítimas de violência nos centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. [*Relatório pesquisa*]. Claves/ENSP/Fiocruz. 2012 p.92.

TYKANORI, K. Saúde mental e ,a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Caderno Brasileiro Saúde Mental*. 2009, 1(1). (CD Rom)

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

VELLOSO, I.S.C.; ARAÚJO, M.T.; ROCHA, A.D.M.; ALVES, M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *REME: Rev Min Enferm*. 2005, 9(4), 302-8.

