

Tiro que mata, tiro que “cura”, tiro que fere: notas etnográficas sobre violência armada e direito à saúde

Shootings that kills, shootings that “heals”, shootings that hurts: ethnographic notes on armed violence and right to health care

Natália Fazzioni

Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Antropologia Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/IFCS/UFRJ, 2018) e pós-doutoranda no Laboratório de Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Laces/ICICT/Fiocruz). ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1497-9737>. E-mail: nataliafazzioni@gmail.com.

Resumo

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a relação entre violência armada e políticas públicas de saúde a partir de uma etnografia realizada em uma unidade de atenção primária à saúde, localizada em um conjunto de favelas da zona norte do Rio de Janeiro, o Complexo do Alemão. Considera-se fundamental essa política pública, para efetivação da saúde como direito humano, e procura-se problematizar alguns pressupostos em torno da relação entre violência e saúde a partir de situações observadas durante trabalho de campo realizado nos anos de 2015 a 2017. Buscou-se compreender quais sentidos são dados à experiência da violência armada em sua interface com a saúde, a partir da interlocução com profissionais e usuários de um serviço de saúde, além de representantes dos movimentos sociais.

Palavras-chave: Etnografia, Saúde, SUS, Favela, Violência.

Recebido em 10 de junho de 2019

Avaliador A: 10 de julho de 2019

Avaliador B: 27 de julho de 2019

Aceito em 27 de julho de 2019

Abstract

This article analyzes the relationship between armed violence and public health policies, based on an ethnography conducted in a primary healthcare center located in a set of slums in Complexo do Alemão, northern Rio de Janeiro. Such public policy is considered essential to the conduction of health as a human right and therefore this investigation questions some assumptions around the relationship between violence and health, based on situations observed during fieldwork performed between 2015–2017. We thus intend to verify what meanings are assigned to the experience of armed violence in its interface with health and in dialogue with professionals and users of a health service, as well as local activists.

Keywords: Ethnography, Health Care, SUS, Slums, Violence.

INTRODUÇÃO

Este artigo traz uma reflexão sobre a relação entre violência armada e políticas públicas de saúde, a partir de uma etnografia realizada em uma unidade de atenção primária à saúde (APS) localizada em um conjunto de favelas da zona norte do Rio de Janeiro, o Complexo do Alemão. Considerando que essa política é compreendida como fundamental para efetivação do acesso à saúde enquanto direito constitucional da população brasileira¹, procuro problematizar alguns pressupostos em torno da relação entre violência e saúde e as implicações desses achados para a garantia do direito à saúde enquanto direito humano.

A APS é, hoje, a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, sua eficácia como política pública prioritária de acesso aos serviços de saúde no Brasil tem enfrentado diferentes desafios universais e locais. No país, a importância atribuída a esse primeiro nível de atenção à saúde² se deu, sobretudo, após o processo de reorientação do SUS, a partir de 1996³.

¹ Constituição Federal (Artigos 196 a 200).

² Os demais seriam o secundário, com serviços ambulatoriais e hospitalares, e o terciário, com serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e pelas clínicas de alta complexidade.

³ Como aponta Octavio Bonet (2014), essa reorganização – que ficou conhecida como a “reforma da reforma” – a partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, teve ênfase no Programa de Agentes

Esse processo foi inspirado em experiências nacionais e em uma discussão já vigente internacionalmente, desde a passagem dos anos 1960 para os 1970, em que se buscou o foco em modelos de atenção à saúde que visassem à superação de um modelo fragmentado de medicina. Tais princípios ganharam relevância a partir da Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata (Cazaquistão) em 1978, que proclamava a centralidade da atenção primária para os sistemas de saúde.

Nos anos 1990, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no país – um modelo de atenção primária com foco na figura do médico de família – configurou um momento central no qual tais ideias passaram a ganhar mais espaço no cenário nacional, sobretudo a partir de questionamentos sobre a prática médica com foco no corpo e nas doenças, visando uma concepção de saúde relacionada à integralidade dos sujeitos⁴. No Rio de Janeiro – assim como em boa parte do Brasil –, no entanto, o PSF, depois chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), avançou timidamente ao longo dos anos 2000 durante o segundo governo de Cesar Maia (2001-2004)⁵, e mais intensamente na década seguinte, durante a gestão de Eduardo Paes na Prefeitura (2009 – 2017), fazendo a cobertura da ESF na cidade passar de 3,5% da população para 56,8% até setembro de 2016⁶.

A implementação e a expansão desse modelo no Rio de Janeiro e em todo o Brasil têm sido acompanhadas por uma série de desafios – que perpassam questões de formação profissional, estrutura dos demais níveis de atenção do sistema, inequidades da sociedade brasileira de modo geral, entre outros. Esses temas têm figurado como agenda permanente e prioritária de pesquisas e discussões no campo da saúde coletiva e em outras áreas de forma pontual,

Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa de Saúde da Família (PSF), iniciados em 1991 e 1994, respectivamente.

⁴ No cenário internacional, a literatura sobre APS reconhece que a prática médica na atenção básica deve sustentar alguns pilares, chamados por eles de atributos. Constituem atributos primários a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação dos níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

⁵ Para induzir a expansão da ESF nas cidades de grande porte e capitais, o Ministério da Saúde (MS), apoiado pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird ou Banco Mundial), criou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). O Programa consistia em uma transferência trimestral de orçamento do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, visando atingir a meta de 30% de cobertura da população carioca pela ESF até 2007.

⁶ No período eleitoral, o índice de 70% de cobertura da ESF na cidade foi citado pelo então candidato à prefeitura, Pedro Paulo Carvalho (PMDB), entretanto não encontramos a confirmação de que esse número foi concretizado.

como na antropologia⁷. O tema da violência, contudo, pouco aparece associado especificamente ao campo da atenção primária à saúde, tendo sido mais recorrente em pesquisas na área da saúde realizadas em serviços de urgência e emergência – que lidam diretamente com o resultado de acidentes ou agressão, em instituições outras que não os serviços de saúde (escola, asilos, igrejas etc.) e em contextos não institucionalizados, como populações em situação de rua, violência familiar, mídia, entre outros⁸.

Assim, a pesquisa que originou este artigo procurou contribuir para esse debate, sob um ponto de vista etnográfico, ao tentar compreender quais seriam os sentidos dados a experiências da violência armada em sua interface com a saúde, a partir de situações observadas com profissionais e usuários de um serviço de APS em um conjunto de favelas carioca⁹. É importante esclarecer, contudo, que o objetivo deste artigo não é esmiuçar uma discussão acerca da violência urbana no Rio de Janeiro – o que já tem sido realizado por diferentes pesquisadores nas ciências sociais¹⁰ – mas contribuir etnograficamente para a compreensão de como tal fenômeno atravessa as políticas públicas de saúde em diferentes níveis, com impacto específico na consolidação da APS e da efetivação do direito à saúde pela população moradora de favelas no Rio de Janeiro.

Assim, a violência armada é entendida aqui como aquilo que o espaço em questão – o Complexo do Alemão – parece ter de mais peculiar quando comparado a outras áreas de pobreza na cidade e no país: o fato de ser considerado lócus central para o conflito com o crime organizado, sobretudo a partir dos anos 1990¹¹. Tal constatação se refere não apenas ao número de tiros dispara-

⁷ Ver, por exemplo, a coletânea organizada por Fleischer e Ferreira (2014) com alguns importantes exemplos de pesquisas realizadas na APS.

⁸ Para uma síntese dessa produção, conferir a coletânea de Minayo e Assis (2017).

⁹ Tese de doutorado orientada pelo prof. Octavio Bonet no PPGSA/IFCS/UFRJ (FAZZIONI, 2018a). A pesquisa foi realizada com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e obteve apoio da School of Social Sciences da Cardiff University, para realização de um estágio de pesquisa no Centre for the Development and Evaluation of Complex Interventions for Public Health Improvement (Decipher) na qualidade de doutoranda visitante, no ano de 2017.

¹⁰ Por exemplo, o trabalho de Silva (2016) ao longo das últimas décadas, além de seus orientandos e colaboradores.

¹¹ Não pretendo, aqui, discutir profundamente a segurança pública e os motivos que fazem do Complexo do Alemão esse lugar central, assim como outros conjuntos de favelas, como Rocinha e Maré. No entanto vale destacar que o Complexo do Alemão é localizado de forma estratégica, conectando diferentes e

dos semanalmente e de mortes e ferimentos por eles causados, mas também ao fato de que a chamada “violência armada” se transformou no principal demarcador dos discursos público-políticos sobre o Complexo do Alemão¹². Para além dos números existentes hoje¹³ e que evidenciam essa realidade, o histórico desse conjunto de favelas também é marcado por eventos violentos que ganharam relevância internacional¹⁴.

Esses episódios não serão abordados em detalhes, entretanto proponho pensá-los como “eventos críticos” no sentido proposto por Veena Das (1995), compreendendo que eles compõem uma memória coletiva e traumática para esse lugar e seus habitantes e carregam, em comum, as marcas da violência do Estado. No entanto, como aponta Das (1995), os “eventos críticos” são marcados não apenas pela dor e pelo sofrimento, mas também pela forma como se inserem nos processos históricos: alterando identidades sociais e transformando a forma pela qual essas comunidades se constituem em atores políticos.

A proposta de Das encontra similaridade com a defendida por Judith Butler (2015) anos mais tarde, quando examina como o “enquadramento” que certas vidas recebem publicamente interfere em suas existências, na diferenciação entre aquilo que chamou de precariedade e “condição precária”. Para a autora, a precariedade é a condição de existência de qualquer vida – “não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há vida sem necessidade de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade” (BUTLER, 2015, p. 45).

importantes bairros da zona norte carioca, e abrigou por muito tempo alguns dos principais traficantes ligados ao Comando Vermelho (principal facção criminosa da cidade).

¹² Procurei, entretanto, não recorrer à ideia de que esta pesquisa teria sido realizada em um contexto de guerra, como me foi sugerido diversas vezes ao apresentar os resultados deste trabalho em ocasiões distintas. Márcia Leite (2012, p. 379), ao refletir sobre o tema, afirma que a “metáfora da guerra” que ronda os discursos públicos sobre as favelas do Rio de Janeiro há quase três décadas “implica acionar um repertório simbólico em que lados/grupos em confronto são inimigos e o extermínio, no limite, é uma das estratégias para a vitória”.

¹³ Em 2017, o aplicativo criado pela Anistia Internacional chamado “Fogo Cruzado” – que se utiliza de dados inseridos pelos próprios usuários sobre a ocorrência de tiroteios nas áreas em que estão passando – divulgou que o Complexo do Alemão foi, entre 2016 e 2017, a região com maior número de tiroteios registrados na cidade. Foram ao menos 225 tiroteios entre 5 de julho de 2016 e o mesmo dia de 2017.

¹⁴ Destaco pelo menos três desses episódios: as chacinas de Nova Brasília em 1994 e 1995, a chacina do Pan em 2007 e, finalmente, a intervenção militar de 2010.

Ou seja, não há vida sem cuidar ou ser cuidado. Já a condição precária “designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte” (BUTLER, 2015, p. 46).

Desse modo, busquei não me atentar a essas grandes rupturas que demarcam a história pública desse conjunto de favelas, mas pensá-las a partir da forma pela qual as políticas públicas em saúde, a rotina da unidade de saúde, os atendimentos médicos e os debates em torno do direito à saúde no Complexo do Alemão eram atravessados por tal “enquadramento”, evidenciando simultaneamente “o lugar” no mundo designado a essas pessoas, mas sobretudo suas próprias formas de viver e construir esse espaço. “Tiro que mata”, “Tiro que ‘cura’” e “Tiro que fere” são as três seções que dividem o texto e tratam de situações observadas durante o período de realização da pesquisa, ao longo do qual acompanhei diferentes atividades de rotina na unidade de saúde, assim como debates públicos e reuniões com movimentos sociais no Complexo do Alemão em torno do tema da saúde entre os anos de 2015 e 2017. Portanto a seguir relato algumas das situações que observei por meio desses contatos e espaços¹⁵, procurando ao final amarrá-las a uma problematização em torno da relação entre violência e saúde e as contribuições desta etnografia para esta agenda de pesquisa.

TIRO QUE MATA

Durante os primeiros meses de meu trabalho de campo, em abril de 2015, Eduardo de Jesus Ferreira, de apenas dez anos, foi morto por um tiro de fuzil da polícia¹⁶. A morte de Eduardo foi a quarta no Complexo do Alemão em um período de 24 horas. No entanto acabou ganhando proporções midiáticas

¹⁵ Observo que minha entrada em campo ocorreu a partir de contatos preestabelecidos com profissionais de saúde e movimentos sociais organizados, durante um período anterior ao ingresso no doutorado, quando trabalhei como assistente local no programa UPP Social, parceria entre a prefeitura do Rio de Janeiro e a Organização das Nações Unidas (ONU)/Habitat em 2012.

¹⁶ Ver a reportagem “Menino de dez anos é quarta vítima no Complexo do Alemão em 24 horas”, publicada na *Folha de São Paulo* em 2 de abril de 2015. Disponível em: <http://bit.ly/309KOoV>. Acesso em: 6 ago. 2015.

maiores por se tratar de uma criança que brincava em frente de casa quando foi assassinada, também pelo fato de várias pessoas terem testemunhado os tiros dados pelo policial em direção a ela¹⁷. A morte de Eduardo foi uma das poucas no Complexo do Alemão a ganhar os noticiários nacionais. Ainda assim, pouco mais de um ano depois, o processo foi arquivado e nenhum policial foi indiciado. De lá para cá, as mortes causadas pelo conflito armado, sobretudo na ocasião de operações policiais e militares, têm sido praticamente semanais. A morte no noticiário, com exceção daquelas com maior visibilidade, como a de Eduardo, são anunciadas na mídia sem grande alarde.

Quando se compara o caso de Eduardo e sua pequena visibilidade com a de centenas de mortos nem sequer nomináveis, revela-se que as vidas do Complexo do Alemão, nos termos propostos por Butler (2015), não são passíveis de luto. Tais mortes, pelo contrário, na maior parte dos casos geram um efeito de agravar ainda mais a “condição precária” dos que permanecem, porque muitas vezes os conflitos armados se tornam ainda mais intensos, a truculência policial ganha mais força e a circulação e a oferta de serviços ficam prejudicadas após esses episódios.

Entre os casos mais emblemáticos sobre como os serviços de saúde nesse espaço eram afetados pelo conflito armado, está o da Clínica da Família das Palmeiras. A Clínica foi inaugurada no final de 2014, atendendo a uma demanda da população por uma unidade no ponto mais alto do morro, dentro da Estação do Teleférico, hoje extinto¹⁸. Sua construção foi simultânea ao fechamento de uma biblioteca pública que, antes, ocupava esse mesmo espaço – outra demanda da população atendida há pouco tempo¹⁹. O argumento da Prefeitura era de que esse seria o único espaço viável para a instalação da unidade na área. Então era necessário escolher entre a biblioteca e a Clínica da Família, e o espaço cultural acabou sendo fechado e, com ele, cessaram suas atividades:

¹⁷ Ver a matéria sobre o ocorrido disponível em: <https://glo.bo/2Fs9vmC>. Acesso em: 22 dez. 2017.

¹⁸ Matéria sobre o fechamento do teleférico do Alemão disponível em: <http://bit.ly/2tI63ld>. Acesso em 30: jun. 2017.

¹⁹ Matéria sobre o fechamento da biblioteca que deu lugar à Clínica da Família disponível em: <https://glo.bo/39K9J6B>. Acesso em: 18 dez. 2017.

aulas de dança e teatro, turmas de educação de jovens e adultos, empréstimos de livros, entre outros serviços.

Entretanto, no final de 2016, com o acirramento do conflito armado na comunidade, o fechamento do teleférico do Alemão e o subsequente sucateamento das estruturas das estações que abrigavam serviços públicos e salas para uso da comunidade, a Clínica da Família acabou encerrando as atividades naquele local. Suas equipes foram incorporadas a outra unidade, bem mais distante da área de cobertura²⁰. Em matéria do jornal *Extra*, nota-se um claro conflito na situação que deu fim à unidade de saúde:

A Secretaria Municipal de Saúde afirma que a suspensão das atividades foi uma recomendação da Unidade de Polícia Pacificadora Fazendinha, o que a própria UPP nega. Não há previsão para que a clínica volte a funcionar.

– No dia do tiroteio, os policiais invadiram a clínica e começaram a dar tiros de dentro da cozinha da unidade. Depois disso, os funcionários não voltaram mais e ninguém deu satisfações para os moradores – afirma o presidente da Associação de Moradores das Palmeiras, Marcos Valério Alves (LINS, 2017, não paginado).

Assim como as mortes causadas pelos conflitos armados, o fechamento dessa unidade de saúde teve pouca visibilidade na mídia, além dessa pequena matéria no jornal *Extra*. Do mesmo modo que o conturbado processo de sua implantação no local onde existia a biblioteca, seu fechamento também se deu sem “satisfações”, como afirma o presidente da Associação de Moradores das Palmeiras. Afinal, do mesmo modo como ocorrido com o teleférico, a Clínica da Família também foi desativada com pouco ou nenhum diálogo com a população, a partir de justificativa baseada na violência, como pode ser visto na reportagem apresentada.

Embora eu não tenha realizado nenhuma observação nessa unidade específica, no caso da outra unidade de saúde onde a pesquisa foi realizada – situada em área mais próxima à avenida principal que margeia o Complexo do Alemão, ou

²⁰ Matéria sobre o fechamento da Clínica da Família disponível em: <https://glo.bo/2Fve8ws>. Acesso em: 18 dez. 2017.

seja, mais distante de onde ocorrem os conflitos – ainda que tenha permanecido em funcionamento durante todo o período da investigação, um dos principais impactos observados em decorrência dos tiroteios foi a dificuldade de realizar visitas domiciliares (VD) com os médicos em diversas ocasiões. Essa atividade – que é central para o desenvolvimento da ESF – deveria ocorrer ao menos quinzenalmente para os pacientes acamados e asilados, impossibilitados de chegarem até a unidade de saúde, o que na maior parte das vezes não acontecia. Para muitos médicos, sobretudo os que haviam começado a trabalhar ali há pouco tempo e que nunca haviam atuado na atenção primária em áreas de favela, a relação com as visitas aos pacientes no território era marcada por cautela e por evitação. Em diversas situações cheguei à unidade para acompanhar um profissional médico em visita domiciliar que me informou que não faria a visita naquele dia pois o “território estava complicado”, o que muitas vezes também se atrelava ao excesso de demandas dentro da unidade e à ausência de outros profissionais médicos que pudessem atender no consultório naquele dia.

Essas decisões pareciam flutuar entre o que de fato ocorria no território naquele momento, o desejo dos médicos de adentrar a favela e a rotina de atendimentos bastante sobrecarregada na unidade. Embora oficialmente todas as unidades de saúde na cidade seguissem um protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Cruz Vermelha, o “Acesso Mais Seguro”²¹ – para deliberar em torno de seu funcionamento em situações de conflito armado – na prática, o conjunto desses fatores acabava sendo mais determinante com relação à possibilidade de sair ou não. Uma ferramenta importante nesse sentido eram os grupos de WhatsApp e as mensagens repassadas sobretudo pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Esses profissionais, além de também serem moradores, eram os que ficavam mais tempo circulando pela área e, assim, enviavam as notícias para os demais.

Desse modo, com a ausência ou inconstância das visitas, a morte chegava mais rapidamente ou de forma mais dolorosa também para aqueles que

²¹ Para isso, contavam com o apoio de uma “articuladora local” que, no caso dessa unidade, era Lúcia Cabral. Ao conversar com Lúcia sobre o assunto, ela revelou que era responsável por avisar as unidades de saúde sobre a situação de violência no Complexo do Alemão, no Complexo da Penha e no Jardim América.

aguardavam em casa pelo atendimento de um médico que muitas vezes nunca chegaria ou chegaria tarde demais²². Vê-se, portanto, que a bala que matou Eduardo e tantos outros matava silenciosamente outras pessoas que dependiam da circulação de profissionais de saúde pelos becos e vielas da favela. Embora fosse evidente que a violência armada tivesse um impacto profundo na rotina de funcionamento das unidades de saúde, a compreensão de como esse fenômeno se replicava em diferentes níveis – da morte de uma criança, passando pelo fechamento de uma unidade de saúde à ausência de atendimento médico a idosos acamados – possibilitou que outras formas de reação a essa realidade fossem também percebidas e analisadas, permitindo um diálogo com a literatura já existente sobre as relações entre violência e saúde.

TIRO QUE “CURA”

Em artigo já clássico, Maria Cecília Minayo (1994) afirma que as questões relativas à violência se colocaram como agenda decisiva para a Saúde Pública a partir da década de 1990, sobretudo na América Latina, e tais estudos têm ocupado desde então um lugar cada vez mais importante na construção desse campo. Cynthia Sarti (2005), contudo, em artigo posterior, observa que, nas discussões sobre saúde pública no Brasil, avançou-se no campo de uma vigilância epidemiológica da violência, no qual a preocupação com a violência recai sobretudo no preparo dos profissionais de saúde ao depararem com “lesões por causas externas” ou “lesões autoprovocadas”. A autora afirma, no entanto, que “a identificação entre violência e doença remete à concepção de doença. Questão clássica para a Antropologia da doença, o foco médico na doença e não no doente acentua a universalidade em detrimento da singularidade tanto individual como cultural” (SARTI, 2005, p. 111). A dificuldade de superação do enfoque biomédico no sistema de saúde brasileiro e, sobretudo, na formação médica no país, pautada sobretudo no corpo e na doença, e não no indivíduo como ser complexo e social, teria levado também a discussão sobre violência e saúde para um

²² Em outro artigo tratei desses casos, os quais chamei de situações precárias (FAZZIONI, 2018b).

caminho inevitável: sua redução aos aspectos corporificados e palpáveis, tais como acidentes e agressões físicas, incluindo, eventualmente, a chamada “violência psicológica” e deixando de lado as diferentes formas de violência, sobretudo as menos visíveis²³.

Quando iniciei a pesquisa na unidade, pretendia compreender como a violência do território afetava os processos de saúde-doença da população e tinha como hipótese a ideia de que estes seriam ainda mais evidentes no campo da chamada saúde mental, isto é, na manifestação da violência como forma de um sofrimento que poderia ser decodificado como transtorno mental nos serviços de saúde. Entretanto, apesar de ter deparado com inúmeros diagnósticos de doenças mentais ao longo da pesquisa, notei que raramente tais transtornos eram explicitamente associados ao fato de se viver em uma área marcada pelo conflito armado. De algum modo, eu estava também à espera de uma materialização da violência em doença, como problematizou Sarti (2005) e, no entanto, fui surpreendida pelo fato de que isso raramente ocorria. Por outro lado, o assunto era recorrentemente utilizado para fazer brincadeiras e piadas entre os que tinham maior familiaridade com aquele cotidiano.

Em uma das primeiras vezes em que acompanhei um médico em uma visita domiciliar a pacientes acamados, combinei de encontrá-lo na sala da administração após o almoço. Logo que cheguei, ele me perguntou se eu o acompanharia na visita naquele dia. Eu já havia escutado pelo caminho que uma operação policial tinha ocorrido naquela manhã e que o “clima” no morro não estava bom, por isso estava na dúvida se a visita ocorreria mesmo assim. Então indaguei: *“Mas a situação está boa lá em cima?”*, ao que ele me respondeu: *“Boa não está, mas você trouxe seu colete à prova de balas, né?”*, e começou a rir. Junto com ele outras pessoas que estavam na sala riram e ficou evidente que eles estavam rindo não daquela circunstância, mas utilizando aqueles códigos compartilhados para rirem de mim – uma pesquisadora, branca, paulista e moradora da zona sul da cidade – e da minha falta de familiaridade com aquela situação.

²³ Nesse sentido, o trabalho de Paul Farmer (2006) com a noção de “violência estrutural” tem sido aquele com maior destaque nas pesquisas em antropologia e saúde, embora, a meu ver, seus desdobramentos necessitem de maiores problematizações, para além das menções de contextos marcados por esse tipo de violência.

A maior parte dos médicos que atuavam ali também estavam muito mais próximos do meu perfil social, entretanto aquele era o médico mais antigo na unidade e, além de ser de origem popular e não branco – como a maior parte da população que atendia – conhecia muito bem a área onde trabalhava e os pacientes. Era um profissional conhecido por sua dedicação exemplar ao trabalho, pelo longo tempo de permanência atuando na região (algo bastante incomum), além da proximidade com os demais profissionais de sua equipe e com os pacientes que atendia. Raramente ele deixava de realizar suas visitas domiciliares, exceto nos dias em que os agentes informavam que a situação no território era de fato perigosa.

Com o tempo passei a notar que o tom de brincadeira para falar sobre a violência, como no caso da situação narrada, não era incomum entre os profissionais da unidade e os usuários. Em uma consulta com uma idosa, sua filha, que a acompanhava, falava sobre o problema nas pernas e a dificuldade de locomoção da mãe. Ela contou que certo dia, enquanto a mãe estendia roupas na laje da casa onde viviam, iniciou-se uma troca de tiros intensa e a mãe logo saiu correndo e desceu para dentro da casa. Ao contar a história, a filha riu e disse: “*Tá vendo, doutor? Aqui no morro nem precisa de fisioterapia, o tiro cura!*”. Mãe e filha riram juntas, enquanto eu, ainda sem graça, começava a me dar conta de que o riso era mesmo uma reação possível à violência dali.

No mesmo sentido, a falta de “seriedade” para tratar do assunto também estava presente quando alguns pacientes se desculpavam pela ausência em uma consulta agendada, alegando que “*estava dando muito tiro*” e por isso não foram. Embora fosse inegável que em muitos dias o trajeto até a unidade de saúde era arriscado devido aos tiroteios, um sorriso no canto de boca deixava transparecer que não necessariamente aquilo tivesse ocorrido no momento da consulta. O contrário também ocorria, quando médicos e agentes se justificavam por não terem realizado as visitas domiciliares. A desculpa funcionava quase como aquela tão usada quando o excesso de trânsito, a falta de ônibus ou a demora no trem se tornam responsáveis por todo e qualquer atraso em grandes metrópoles – violências tão corriqueiras que mobilizamos a nosso favor quando necessário.

Em outras situações, o medo e o riso se misturavam de forma inesperada. Durante uma visita domiciliar, também com um médico, fomos à casa de uma das ACS, que vivia com o marido, o filho, a mãe e a avó. O motivo da visita era a avó, que tinha problemas de locomoção e cuja pressão havia subido muito após um episódio vivido pela família no domingo anterior. A família assistia à televisão quando uma troca de tiros começou a ocorrer com a casa localizada exatamente no meio, entre a polícia e os traficantes. Quando os tiros começaram a se aproximar, a família resolveu se recuar para a parte de trás da casa e, justamente nesse momento, um homem baleado entrou na casa. Segundo a família, ele entrou, se escondeu e, logo depois, saiu. Ainda que não tenha havido maiores consequências, toda essa situação deixara a família bastante abalada e, segundo a agente, desde então sua avó, não estava se sentindo muito bem e parecia mais abatida do que de costume. Quando o médico começou a examiná-la, sutilmente perguntou sobre o episódio de domingo e como havia sido. Ela olhou para a neta e disse: “*Eu nem liguei, mas essa daí e o marido dela se borraram todos*”. Todos começaram a rir e ela continuou dizendo que os filhos e os netos eram muito medrosos, mas ela não se importava com essas situações.

Apesar do tom de brincadeira da senhora, era perceptível que a situação havia sido difícil para ela também e que provavelmente a neta tinha razão ao atrelar o aumento de pressão da avó à situação vivida. No entanto, diante do ocorrido, na fala da avó era mais importante ressaltar sua coragem quando comparada à dos outros familiares mais jovens, a cujo medo ela se referia de forma jocosa. Tal reação evidenciava que brincadeiras e piadas sobre essa condição ocorriam não porque efetivamente eles achassem graça dos tiroteios, mas porque, como atenta Claudia Fonseca (2004, p. 80) ao analisar contexto similar, “o humor licencioso poderia ser analisado, por exemplo, à la Radcliffe-Brown, como instrumento usado para amenizar tensões latentes na estrutura social”²⁴. Pierre Clastres (2003, p. 104), ao escrever sobre os Chulupi do Chaco, indaga: “De que riem os índios?” – pergunta que deu nome a um de seus mais importantes ensaios –, argumentando que os índios riem das mesmas coisas que

²⁴ A mesma reflexão está no livro de Donna Goldstein (2003) acerca de moradores de favela na Baixada Fluminense.

temem: xamãs e onças, especialmente. No caso do Complexo do Alemão, em que pese a diversidade social e cultural de seus moradores, a violência causada pelo conflito armado parecia fazer parte de suas vidas de forma estrutural, integrando aquilo que pode ocasionar riso, mas, igualmente, medo.

Tais situações foram reveladoras não para reforçar, mas, sim, para questionar uma ideia constantemente repetida no senso comum: a de que moradores de favela naturalizariam ou banalizariam a violência armada devido à proximidade extrema com essa realidade. Ao contrário disso, os casos narrados revelam que, ao fazerem piadas com a situação, os moradores não naturalizariam ou banalizariam o que ocorre, pois, se assim fosse, as brincadeiras quase não teriam sentido ou graça. A não naturalização dessa realidade não implicaria em sua imediata transformação em adoecimento, como é possível supor e, assim, piadas e brincadeiras sobre o tema – que só podiam ser motivo de riso entre os que tinham intimidade com aquele espaço – desvelavam quão intrincado e incômodo era viver em meio a tamanha brutalidade e a diversidade de formas possíveis de se expressar e extravasar a tensão.

TIRO QUE FERRE

É interessante notar que apenas no final do segundo ano de pesquisa deparei com um caso em que uma mulher relatou estar totalmente paralisada diante da situação de violência. Foi no final de 2016, quando três agentes de saúde fariam visitas domiciliares com o psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)²⁵. André era responsável pelo “apoio matricial”²⁶ de duas

²⁵ Os CAPS são “serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, e são substitutivos ao modelo asilar”. Informação disponível em: <http://bit.ly/2N7PypL>. Acesso em: 28 ago. 2018.

²⁶ O modelo de apoio matricial foi formulado por Gastão Wagner Campos (1999) e, hoje, é utilizado em boa parte do país, estruturando a relação entre atenção primária e saúde mental. Nesse modelo, pressupõe-se que o profissional de saúde mental ofereça apoio à equipe da ESF para solucionar as questões de saúde mental. Não se trata, portanto, de um trabalho de encaminhamento para especialista, mas de um apoio para a equipe de saúde (CHIAVERINI, 2011).

equipes apenas nessa unidade, além de cumprir com seu expediente dentro do CAPS e com o suporte a outras equipes em mais duas unidades básicas de saúde, também no Complexo do Alemão. O psicólogo andava pelo morro demonstrando ter intimidade com aquele espaço e com as ACS. Trabalhava ali há muitos anos e tinha uma relação de bastante proximidade e descontração com as profissionais.

Ao chegar na segunda residência visitada, encontramos uma mulher de menos de quarenta anos sentada na porta. Logo descobri que ela era o motivo de nossa visita. Ela nos contou que, para estar mais perto do filho, havia conseguido um trabalho dentro do morro, em um restaurante. Antes, costumava trabalhar fora do Complexo, “na cidade”, e o deslocamento a fazia perder muito tempo. O restaurante onde agora trabalhava ficava na Grota, umas das regiões de conflito armado mais intenso no Alemão. Quando os tiroteios voltaram a ser intensos, após a pacificação, ela começou a ter crises de ansiedade, vomitava com frequência e sentia tonturas, até que começou a não conseguir mais sair de casa e parou de trabalhar. A agente solicitou a visita do psicólogo para ajudá-la a conseguir sair de casa.

Na conversa com André, a paciente repetia várias vezes: “*Eu queria achar isso normal, continuar vivendo normal que nem as outras pessoas. Mas não consigo*”. No fim de semana, havia conseguido ir ao batizado de um sobrinho, em outra área do morro, mas estava em companhia do marido e de toda a família – sozinha não conseguiria, ela disse. André e a agente que havia nos levado até ali insistiam para que ela tentasse sair mais vezes, sugerindo que pelo menos levasse o filho ao posto para vacinar, já que estavam em época de campanha. “*Você tem que fazer pelo seu filho, tem que sair, fazer esse esforço, você vai né?*”, perguntou o psicólogo. Seus olhos marejaram e ela respondeu sem muito entusiasmo: “*Vou tentar*”. O psicólogo suspirou e disse: “*Olha, vou pedir para a Glória [médica da equipe] te receitar uma fluoxetina²⁷, vai te ajudar a melhorar, a sair*”. “*Será? Eu tenho medo de tomar esses remédios*”, a mulher respondeu. “*Toma sim, vai te ajudar, não precisa tomar para sempre, é*

²⁷ Fluoxetina é um dos medicamentos psiquiátricos mais comercializados no Brasil. O uso exagerado desse medicamento na atenção básica no Brasil já foi tema de pesquisa antropológica. Cf. Becker, Diehl e Manzini (2010).

fraquinho”, concluiu o psicólogo enquanto as agentes já começavam a se despedir e caminhar rumo à próxima casa que visitaríamos.

Tal situação evidenciou que, em certas ocasiões, a violência geraria situações de sofrimento, às quais o serviço de saúde tinha dificuldades em responder. No caso narrado, a mulher explicitava a existência de um sofrimento atribuído à situação de violência do Complexo do Alemão. Os profissionais, empenhados em resolver o problema, se encontravam, por um lado, sobrecarregados de tarefas e, por outro, com poucos recursos para auxiliá-la. Para isso, lançaram mão de algumas estratégias para motivá-la – como os cuidados com seu filho e sua responsabilidade de mãe –, mas, ao receberem como resposta um olhar cheio de lágrimas, recorreram a um medicamento como solução temporária para a situação.

Em outra circunstância que acompanhei, visitávamos a casa de um menino tetraplégico quando se iniciou uma troca de tiros, vindos de um local próximo. A avó do garoto, sua principal cuidadora, aproveitou para perguntar ao médico sobre uma dor no peito que sentia em todas as vezes que o tiroteio começava. O médico sugeriu que ela agendasse uma consulta para que eles pedissem alguns exames de coração, mas que, a princípio, lhe parecia ser apenas uma situação causada pela tensão do momento. Ela aceitou a sugestão e seguiu comentando que uma vizinha apresentava os mesmos sintomas durante os tiroteios. Nesse caso, como a questão não ocasionou uma reação de sofrimento mais profunda, a situação foi compreendida como uma circunstância qualquer geradora de tensão, sem maiores aprofundamentos sobre o tema nem necessidade de medicação.

Ao indagar os psicólogos que ofereciam apoio às equipes de saúde da família sobre a relação entre saúde mental e violência, eles revelaram pouco interesse no tema. Um deles me disse: *“Aqui eu vejo muitos problemas de transtornos na infância e na adolescência, problemas na escola e, também, muita violência doméstica, mas não acho que tenha nada específico com relação à violência do território”*. Nessa mesma conversa, contudo, ele me revelou que havia chegado recentemente uma demanda da coordenação de área para que os profissionais do CAPS organizassem “grupos de escuta” em todas as unidades de atenção primária no Complexo para tratar da temática da violência. Segundo

ele, era uma demanda dos movimentos sociais, mais especificamente manifestada pela articuladora local da saúde de parte da CAP 3.1 (Coordenação de Área Programática da Saúde)²⁸, moradora contratada pela organização social gestora das unidades para fazer a articulação entre os territórios e a gestão.

A proposta foi recebida com bastante desconfiança pelos profissionais. Eles alegavam que um grupo de escuta sobre violência era ineficaz, já que ninguém estaria disposto a falar sobre isso em grupo, ainda mais em um local como o Complexo do Alemão, onde havia rivalidades e tensões entre os moradores. Na unidade de saúde, duas edições do grupo foram organizadas sem muito entusiasmo e poucas pessoas estiveram presentes, de forma que o projeto rapidamente se desfêz. Ao encontrar com a articuladora local em um debate, conversamos rapidamente sobre o assunto. Ela também revelou achar o modelo de grupo insatisfatório, mas relatou que havia sido o único oferecido pela CAP diante da estrutura existente no sistema. De todo modo, ela insistia que o impacto da violência na saúde mental dos moradores era um assunto que precisava ser priorizado pela saúde, já que, para ela, como articuladora, esse era um grande problema entre a população do Alemão. Ela manifestou que, após a saída dos Médicos sem Fronteiras do Complexo do Alemão²⁹, a Cruz Vermelha assumiu por um período a tarefa de oferecer atendimento psicológico individualizado para os moradores. Com o fim do projeto da Cruz Vermelha, a própria articuladora passou a recrutar psicólogos voluntários para que fizessem esse atendimento no Espaço Democrático de União, Convivência, Aprendizagem e Prevenção (Educap), organização não governamental coordenada por ela, e isso ocorre ainda hoje.

O impasse estabelecido entre os movimentos sociais e os profissionais do CAPS, além de minha experiência como pesquisadora na unidade de saúde, revelaram algumas questões cruciais ao pensar sobre esse tema. Em certa hierarquização dos sofrimentos, a violência armada ocupava um lugar menor, quase

²⁸ Compõem a AP 3.1 as seguintes regiões administrativas: X RA – Ramos; XI RA – Penha; XXIX RA – Complexo do Alemão; XXX RA – Complexo da Maré.

²⁹ Os Médicos Sem Fronteiras – organização não governamental, humanitária e internacional que leva ajuda médica a contextos de desastres naturais e humanos, exclusão social e pobreza extrema – atuaram no Complexo do Alemão por mais de dois anos, a partir de 2007, durante os quais, além do atendimento médico de emergência, proveram aos moradores atendimento psicossocial.

um pano de fundo ou cenário para outros dramas (exceto em casos de familiares diretamente envolvidos ou afetados pelos conflitos). Aqui, apenas no caso da mulher paralisada pela violência vemos essa questão como central na subjetivação de seu sofrimento; os demais agregavam essa preocupação em meio a outras várias que lhes causavam sofrimento. Tais situações aproximavam-se daquilo que foi denominado por Victor Valla (2002) de “sofrimento difuso”, no qual o sofrimento derivado da condição social é atravessado por uma série de questões, sem motivo específico, e é também manifestado por uma confusão de sintomas. Ao analisar contexto similar a esse em outra favela carioca, o autor considera que:

os profissionais têm condições limitadas de atender a um problema que vem sendo levado pelas classes populares aos serviços de saúde: a queixa designada pelo nome de “sofrimento difuso”, apresentada, segundo alguns profissionais, por seis em cada dez pacientes. Não se trata de uma queixa nova, mas de algo que está crescendo no país. Queixa sobre dores de cabeça, dores em outros locais do corpo, medo, ansiedade – sintomas para os quais o sistema de saúde não dispõe nem de tempo, nem de recursos para tratar (VALLA, 2002, p. 64).

Concordando com Valla, observei que, mesmo havendo impacto direto ou indireto das questões de violência nos sintomas manifestados nas consultas e profunda medicalização da população, a estrutura do serviço de saúde não era adequada para abordar o problema, diferentemente daquela do atendimento individualizado oferecido, por exemplo, pelos Médicos Sem Fronteiras ou no próprio Educap. Diante da demanda, a proposta de um “grupo de escuta” era a única possível dentro da rotina dos matriciadores que, além de todo o trabalho no CAPS, ainda prestavam assistência às equipes de saúde da família. Além disso, o impasse também chamava atenção para outro problema: o fato de que os médicos que atuavam na atenção primária, em sua maioria, não lidavam com questões de saúde mental.

A atenção primária tem como um de seus princípios funcionar como o primeiro acesso ao sistema de saúde, inclusive colhendo as demandas de saúde mental (BRASIL, 2013). No entanto é necessário observar a tendência à falta de treinamento ou interesse dos profissionais desse setor em lidar com o

assunto, o que não necessariamente requereria formação específica em saúde mental, mas, sobretudo, uma formação voltada para a atenção primária, contribuindo no manejo desses casos, como observa Leandro Wenceslau (2017)³⁰. Segundo o autor, a falta de formação apropriada para atuar na atenção primária à saúde explicaria a dificuldade desses profissionais em acolher adequadamente as demandas de saúde mental. A pressão dos movimentos sociais por mais atendimento em saúde mental no Complexo do Alemão seria, nesse sentido, principalmente uma reação a essa lacuna nos atendimentos médicos. Porém, ao tentarem exigir reconhecimento para os impactos da violência, os movimentos sociais precisam transformá-lo, ao menos discursivamente, em doença, e não apenas em sofrimento.

Pode-se entrever nesse movimento algo similar àquilo analisado por Didier Fassin (2005) sobre os imigrantes no contexto francês, em que seu reconhecimento como cidadãos se dá a partir de um processo duplo e contraditório: a negação do asilo por um lado, mas a garantia da vida biológica pelo Estado francês, por outro. Esse processo permite pensar na construção das próprias identidades dos sujeitos a partir de uma condição médica contemporânea, como já apontado por Paul Rabinow (1999), quando propõe a noção de biossocialidade. E, mais além, pode se desdobrar na mobilização de indivíduos ou grupos em torno da reivindicação de direitos específicos em função de sua condição biológica – como sugere o conceito de “cidadania biológica” formulado por Adriana Petryna (2002) e também trabalhado por Nikolas Rose (2013) –, demonstrando que os indivíduos aderem a essa formação cidadã por meio da hegemonia biomédica, mas também se movimentam através desse saber e são capazes de contestar pressupostos, barganhar tratamentos, entre outros (ROSE, 2013). O caso da mobilização dos movimentos sociais no Alemão,

³⁰ De acordo com Wenceslau (2017, p. 58), “Os cuidados em saúde mental oferecidos pela Estratégia Saúde da Família no Brasil têm sido um tema de pesquisa de grande destaque nos últimos anos, mas a complexidade das questões envolvidas está longe de ser esgotada [...]. Em geral, estes estudos apontam para dificuldades dos profissionais da ESF em acolher e oferecer estratégias de cuidado para o sofrimento mental e exploram o potencial do matriciamento em saúde mental como dispositivo para qualificação das ofertas da ESF [...]. A resistência, ou mesmo desconhecimento sobre como abordar queixas e preocupações de saúde mental, tem como potencial hipótese explicativa, não testada em estudos nacionais, o fato da maioria dos profissionais médicos e de enfermagem, que atuam na ESF, não serem especializados em atenção primária à saúde”.

em torno do reconhecimento de que a violência seria uma das responsáveis pelos problemas de saúde mental da população, aponta nessa mesma direção.

Mas a resposta para a demanda dos movimentos sociais no Alemão nunca chegou, pois ela foi recebida pelos profissionais, já bastante sobrecarregados, com desconfiança. A proposta da coordenação de realizar um “grupo de escuta” recebeu pouca adesão e credibilidade por parte de usuários e profissionais, deixando claro que mesmo a estratégia de recorrer a uma “condição biomédica” como dispositivo para mobilização de direitos não obteve êxito diante das dificuldades já enfrentadas para efetivar a APS no local.

Essa situação finalmente colocaria em perspectiva dois importantes conceitos na compreensão das sociedades ditas modernas, revelando, de um lado, a “biopolítica” (FOUCAULT, 1979) do Estado de bem-estar social, *fazendo viver* aqueles que reivindicam o direito de acessar e se beneficiar das políticas públicas de saúde oferecidas pelo Estado brasileiro a partir de suas condições biológicas, e a vida “matável” daqueles que vivem em áreas de favela no Rio de Janeiro – sob o “enquadramento” de vidas não passíveis de luto (BUTLER, 2015). Assim, a demanda pelo direito à saúde e as políticas públicas de saúde situadas nesse espaço são, necessariamente, atravessadas e afetadas por essa realidade, cujos diferentes sentidos atribuídos foram demonstrados nos tópicos apresentados anteriormente, na tentativa de complexificar e problematizar pressupostos em torno da relação entre violência e saúde.

ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES À DISCUSSÃO SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE

Procurei narrar algumas situações observadas ao longo do trabalho de campo realizado no Complexo do Alemão, onde busquei compreender os sentidos dados à situação de conflito armado vivenciada de forma permanente pelos moradores desse conjunto de favelas a partir da rotina de um serviço de saúde. A APS – a partir do modelo da ESF – é entendida aqui como mecanismo fundamental de acesso e garantia de direito à saúde pela população usuária do

SUS. Entretanto, ao considerar sua execução em áreas marcadas pela violência armada, algumas peculiaridades se somam aos desafios já enfrentados para realizar essa política de modo mais amplo.

Assim, iniciei este texto a partir da experiência da morte em sua face mais perversa e cruel – o assassinato de uma criança que brincava em frente de casa pelas forças de segurança pública do Estado. Eduardo e, mais recentemente, Ágatha³¹ são nomes que ecoam Brasil afora pela brutalidade de suas mortes e pelo fato de serem crianças. Porém busquei evidenciar, a partir da noção de “enquadramento” de Butler (2015), como a imagem pública desse espaço e dos que vivem ali – perfeitamente ilustrada por essas duas mortes – contribui para uma precariedade ainda maior também da vida daqueles que nunca serão diretamente atingidos por uma bala perdida ou dirigida: aqueles que aguardam a visita de um médico, aqueles que encontram a unidade de saúde de portas fechadas devido a mais um tiroteio.

A complexificação desse ciclo entre violência e saúde que extrapola as categorias epidemiológicas de mortalidade e morbidade (MINAYO, 1994) permite questionar a relação de causa e consequência entre esses dois polos, violência e saúde. Ao encontrar no riso uma reação possível a essa realidade, eu mesma, como antropóloga, precisei me permitir ser afetada (FAVRETT-SAADA, 2005) por essa manifestação, sem com isso deixar que um “projeto de conhecimento”, nos termos da autora, se perdesse. Assim foi possível questionar a analogia mais imediata e baseada no senso comum entre riso e naturalização da violência e compreender esse mecanismo como uma reação possível a algo que é tão incômodo quanto estrutural.

Por fim, por encontrar em poucos casos a verbalização desse incômodo em forma de adoecimento, deparei com uma estrutura do serviço de saúde pouco disponível para o acolhimento dessa demanda. Mais além, a tentativa de transformação da violência em noção estratégica para acesso aos dispositivos de garantia de direitos, como o atendimento em saúde mental, por parte dos

³¹ Ágatha foi assassinada por um policial, no dia 20 de setembro de 2019, quando estava dentro de uma kombi com sua mãe voltando para casa. Não havia registro de confronto naquele momento. Informação disponível em: <https://glo.bo/35D0jGK>. Acesso em: 9 out. 2019.

movimentos sociais locais desvelou novamente as limitações de um sistema, por um lado, totalmente sobrecarregado e, por outro, ainda pautado em pressuposições biomédicas, apesar dos esforços notáveis de transformação do modelo de atendimento médico oferecido na atenção primária à saúde a partir da ESF.

Como dito anteriormente, ao iniciar a pesquisa, esperava encontrar o adoecimento como principal resultado da situação de violência vivida pelos moradores do Alemão nos serviços de saúde. Entretanto a violência, a partir desse ponto de vista, se revelou de forma muito mais pulverizada e, ao mesmo tempo, intrínseca a esse cotidiano do que minhas hipóteses iniciais poderiam prever. Fazendo, portanto, parte dessa realidade em um contínuo que se estabelecia desde as conversas de corredor, passando pelos diagnósticos, pelas piadas, pela rotina dos procedimentos médicos, pelo sofrimento explícito ou “difuso”, pelas estratégias utilizadas para exigir serviços de saúde e, sobretudo, pela própria possibilidade de garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECKER, Marina; DIEHL, Eliana; MANZINI, Fernanda. A minha melhor amiga se chama fluoxetina: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. *In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen Susana. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-367.
2. BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
3. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
4. BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
5. CAMPOS, Gastão. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
6. CHIAVERINI, Helena (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

7. CLASTRES, Pierre. **A sociedade contra o Estado**: pesquisas de antropologia política. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
8. DAS, Veena. **Critical events**: an anthropological perspective on Contemporary India. Delhi: Oxford University Press, 1995.
9. FARMER, Paul *et al.* Structural violence and clinical medicine. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 3, n. 10, p. e449, 2006.
10. FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 13, p. 155-161, 2005.
11. FASSIN, Didier. Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. *In*: SAILLANT, Francine Saillant; GENEST, Serget. **Anthropologie médicale**: ancrages locaux, défis globaux. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2005. p. 383-399.
12. FAZZIONI, Natália. **Nascer e morrer no Complexo do Alemão**: políticas de saúde e arranjos de cuidado. 2018. Tese (Doutorado em Antropologia Cultural) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
13. FAZZIONI, Natália. Situações Precárias: políticas de saúde e experiências de cuidado na favela. *In*: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa (org.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília, DF: Sobrescrita, 2018b. p. 37-51.
14. FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
15. FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
16. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
17. GOLDSTEIN, Donna. **Laughter out of place**: race, class, violence, and sexuality in a Rio shantytown. Berkeley: University of California, 2003.
18. LEITE, Márcia. Da “metáfora da guerra” ao projeto de “pacificação”: favelas e políticas de segurança pública no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 374-389, 2012.
19. LINS, Marina. Clínica da Família no Alemão está fechada por recomendação da UPP, diz prefeitura. **Extra**, Rio de Janeiro, 7 jan. 2017. Disponível em: <https://globo/2Fve8ws>. Acesso em: 18 nov. 2018.
20. MINAYO, Maria Cecília. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.
21. MINAYO, Maria Cecilia; ASSIS, Simone Gonçalves. **Novas e velhas faces da violência no século XXI**: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

22. PETRYNA, Adriana. **Life exposed**: biological citizens after Chernobyl. Princeton: Princeton University Press, 2002.
23. RABINOW, Paul. Artificialidade e Iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. *In*: RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.
24. ROSE, Nikolas. Cidadãos biológicos. *In*: ROSE, Nikolas. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.
25. SARTI, Cynthia. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 107-126, 2005.
26. SILVA, Luiz Antonio Machado da. **Fazendo a cidade**: trabalho, moradia e vida local entre as camadas populares urbanas. Rio de Janeiro: Mórula, 2016.
27. STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002.
28. VALLA, Victor. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 63-75, 2002.
29. WENCESLAU, Leandro. **Saúde mental global e atenção primária à saúde no Brasil**: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.