

# Conflito armado na atenção básica: desafios para a formação e prática profissional

*Armed conflict at primary care: challenges for practice and training*

*Conflicto armado en la atención primaria: desafíos para la formación y práctica profesional*

**Raphael Sampaio dos Santos<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6250-4712

**Lucia Cardoso Mourão<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-7058-4908

**Ana Clementina Vieira de Almeida<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-9342-6179

**Katerine Moraes dos Santos<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-2064-5207

<sup>I</sup>Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro,  
Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro,  
Rio de Janeiro, Brasil.

## Como citar este artigo:

Santos RS, Mourão LC, Almeida ACV, Santos KM.  
Armed conflict at primary care: challenges for practice and  
training. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180179.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0179>

## Autor Correspondente:

Raphael Sampaio dos Santos  
E-mail: [enfe.raphael@gmail.com](mailto:enfe.raphael@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Maria Saraiva

**Submissão:** 19-03-2018    **Aprovação:** 22-10-2018

## RESUMO

**Objetivos:** analisar a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família em territórios perigosos afetados pelo conflito armado e seus desdobramentos, em sua prática. **Métodos:** pesquisa-intervenção, com abordagem qualitativa, realizada com treze profissionais de saúde, utilizando como referencial teórico-metodológico a socioclinica institucional. **Resultados:** são apresentados e discutidos, a partir de duas características da socioclinica institucional: a análise das implicações do pesquisador e participantes com a formação, e as práticas profissionais e as transformações que ocorreram no contexto à medida que o trabalho de intervenção avança. **Considerações finais:** sinaliza-se que as estratégias de aprendizagem deverão ser pensadas de maneira a incorporar os saberes empíricos e os cientificamente comprovados, para ampliar o espectro desse conhecimento, de maneira dinâmica, onde a situação da violência em sua manifestação de conflito armado seja entendida como uma questão social e política e não apenas uma lacuna na formação.

**Descritores:** Conflitos Armados; Violência; Formação Profissional em Saúde; Prática Profissional; Atenção Básica à Saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze the training of Family Health Strategy health professionals who work in dangerous territories affected by the armed conflict and its consequences in their practice. **Methods:** a qualitative-intervention research carried out with thirteen health professionals, using as a theoretical-methodological framework the institutional socioclinic. **Results:** they present and discuss from the analysis of implications of researcher and participants with training, and professional practices and transformations that occurred as intervention work progresses. **Final considerations:** learning strategies should incorporate empirical and scientifically proven knowledge. Thus, the spectrum of this knowledge would expand dynamically where the situation of violence in its manifestation of armed conflict is a social and political issue and not just a gap in training.

**Descriptors:** Armed Conflicts; Violence; Professional Training in Health; Professional Practice; Primary Health Care.

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar la formación de los profesionales de salud que actúan en la Estrategia Salud de la Familia en territorios peligrosos afectados por el conflicto armado y sus desdoblamientos, en su práctica. **Métodos:** investigación-intervención, con abordaje cualitativo, realizada con trece profesionales de salud, utilizando como referencial teórico-metodológico la socioclinica institucional. **Resultados:** se presentan y discuten, a partir de dos características de la socioclinica institucional: el análisis de las implicaciones del investigador y participantes con la formación, y las prácticas profesionales y las transformaciones que ocurrieron en el contexto a medida que el trabajo de intervención avanza. **Consideraciones finales:** se señala que las estrategias de aprendizaje deberán ser pensadas para incorporar los saberes empíricos y los científicamente comprobados para ampliar el espectro de ese conocimiento de manera dinámica donde la situación de la violencia en su manifestación de conflicto armado sea entendida como una cuestión social y política y no sólo una laguna en la formación.

**Descriptorios:** Conflictos Armados; Violencia; Formación Profesional en Salud; Práctica Profesional; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é definida como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, através da prevenção de agravos pelo diagnóstico precoce, pelo tratamento singular e pela reabilitação. É a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), definida na Política de Saúde, norteando-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, longitudinalidade, humanização e participação social. Constitui-se como pilar principal para a mudança na organização e nos modos de cuidar, expressos na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>(1)</sup>.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) garante a cobertura da população e atribui às equipes de Saúde da Família a responsabilidade sanitária pelo seu território. Essa política tem como objetivo reorganizar a assistência à saúde tradicional biologicista e hospitalocêntrica, voltando o foco do processo de trabalho para o cuidado aos indivíduos, no contexto em que está inserido o seu núcleo familiar, facilitando, assim, a integralidade nas ações das equipes de saúde. Busca, ainda, a redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto, um modelo de mudança na prática clínico-assistencial dos profissionais do setor<sup>(1)</sup>.

A ampliação da Atenção Básica tem produzido novas formas de gerar saúde e, conseqüentemente, uma aproximação com as nuances de cada território. No município do Rio de Janeiro, essa cobertura passou de 3,5%, em 2008, para 70,0%, em 2016, por meio da ampliação do número de equipes de Saúde da Família e a implantação de Clínicas da Família<sup>(2)</sup>.

Em decorrência dessa expansão, algumas equipes de Saúde da Família foram inseridas em territórios perigosos, definidos como espaços em que podem ocorrer situações que ameaçam a integridade das pessoas que ali vivem e trabalham<sup>(3)</sup>. Observa-se que os territórios habitados pelos mais pobres estão inclinados para manifestações de violência, como os conflitos armados. A violência urbana se manifesta nestes espaços, principalmente através dos conflitos armados entre traficantes e policiais<sup>(4)</sup>.

Pela sua inserção em cenários atravessados por complexidades sociais, a ESF pode sofrer uma redução no potencial de suas ações, o que pode interferir na sua eficácia em substituir o modelo tradicional de cuidar em saúde, destacando-se ainda os desdobramentos desta violência nas práticas dos profissionais de saúde.

No Brasil, a violência social que ocorre se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais, tendo demonstrado magnitude e intensidade sem precedentes maiores até do que as observadas em países em situação de guerra. Essa violência afeta de forma desigual a população, gerando riscos diferenciados não só para os indivíduos de todas as cores e gêneros, mas também no espaço social em que as pessoas estão inseridas<sup>(5)</sup>. Indicadores de morbimortalidade por violência, no Brasil, mostram que a maior parte dos óbitos, cerca de 80%, ocorre nos centros urbanos e está vinculada à existência de tráfico de drogas, acidentes de trânsito e agressões interpessoais. No que diz respeito às agressões interpessoais, entre os anos de 1980 e 2012, o índice teve um crescimento em torno de 61%, apresentando um aumento de 387% das mortes por arma de fogo. Esse dado é ainda mais grave entre os jovens, cujo percentual foi superior a 460%. Esse crescimento exponencial é quase exclusivamente devido aos homicídios, que cresceram 556,6%<sup>(5)</sup>.

A violência urbana é um fenômeno social que ocorre na dinâmica de uma sociedade manifestando-se de diversas formas. Uma delas é o conflito armado que pode influenciar no trabalho das equipes de saúde, localizadas, em sua maioria, nas periferias urbanas, interferindo na continuidade do cuidado às famílias<sup>(6)</sup>. Este é um desafio para os profissionais de saúde em territórios que são acometidos, frequentemente, pela violência<sup>(4)</sup>. Levando-se em consideração esta perspectiva, torna-se necessário pensar na formação e na prática dos profissionais que desenvolvem suas atividades nesses territórios violentos, possibilitando a aquisição de competências e habilidades para articularem as ações de saúde de acordo com a complexidade local<sup>(7)</sup>.

Com relação ao perfil dos profissionais de saúde da ESF, tem-se observado certo despreparo para atuar em territórios onde os conflitos armados gerados pelo tráfico de drogas são uma constante. Em estudo realizado pelo autor, que já atuou como enfermeiro em territórios violentos, tal observação sustentou a hipótese de ocorrência de uma formação frágil na perspectiva teórica e prática relacionada ao tema da violência, justificando-se, assim, a importância da discussão dessa problemática na formação profissional em saúde<sup>(8)</sup>.

A formação dos profissionais de saúde vem sendo motivo de constantes mudanças curriculares, de maneira a atender às transformações observadas na política, na economia e também na ideologia, nos diferentes contextos históricos. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que vieram definir o perfil, as habilidades e as competências dos diferentes profissionais, foram estabelecidas com o objetivo de assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, baseando-se em princípios que, de forma geral, referem-se à liberdade das Instituições de Ensino Superior (IES) em relação à carga horária para integralização dos currículos; à indicação dos campos de estudo e experiências de ensino-aprendizagem; ao estímulo à sólida formação geral que permita ao graduado o enfrentamento dos desafios do mundo profissional, bem como em relação à produção de conhecimento; ao estímulo à autonomia profissional e intelectual; e ao fortalecimento da articulação teoria e prática, com valorização dos estágios e atividades de extensão<sup>(9)</sup>.

As DCN dos cursos de graduação na área da saúde não tratam especificamente do tema das violências, mas visam em seu escopo, à garantia de uma sólida formação básica que prepare o graduando para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional<sup>(9)</sup>. Apesar de fazerem referência, em vários momentos, que o aluno em formação deve adquirir seu conhecimento em diferentes contextos, dificilmente, se aplicam esses princípios, pois sempre são excluídos os campos de estágio em locais onde a violência pode colocar em risco a vida do aluno e do preceptor, o que, de certa maneira, inviabiliza a prática dos estudantes nestes campos.

No que diz respeito à Atenção Básica, as DCN dos cursos de Enfermagem, publicadas em 2001, não trazem explícita a priorização da mesma como foco do aprendizado teórico-prático, mas fundamentam a necessária formação de um profissional apto a interferir no processo saúde-doença, com responsabilização e qualidade do cuidado ofertado nos diferentes níveis de atenção à saúde, por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência<sup>(10)</sup>.

Nesse contexto, percebe-se que a formação dos profissionais de saúde não específica, como necessidade, a abordagem do tema da violência, mas explicita a formação de acordo com conteúdos que apórtam subsídios para uma prática profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, em seu contexto social. De forma geral, observa-se que os profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, não tiveram aproximações com territórios violentos na sua formação, o que pode não ter possibilitado aos mesmos a criação de habilidades e competências para atuar nessa realidade, além do conhecimento adquirido, empiricamente. Detectar fatores de risco a um determinado agravo assegura uma análise fundamental das estratégias que sustentam as práticas preventivas em saúde<sup>(11)</sup>.

Um avanço considerável na formação de enfermeiros deve-se às recentes discussões realizadas entre 2015 e 2017, em 25 fóruns de educação, resultando em uma minuta que destaca algumas recomendações, como a maior integração entre teoria e prática, a formação interdisciplinar para o trabalho interprofissional, a participação dos enfermeiros dos serviços na formação dos estudantes em campos diversificados de prática, destacando a necessidade de que o ensino em campo deverá contemplar aspectos que promovam a intervenção profissional eficaz no contexto real dos serviços de saúde. Estas mudanças nos levam a pensar que a nova formação proposta para os enfermeiros vai aproximá-los dos problemas da realidade, podendo trazer para debates e reflexões a questão do desenvolvimento de atividades profissionais em territórios perigosos<sup>(12)</sup>.

Considerando a perspectiva da formação e a prática profissional no contexto da Atenção Básica em territórios perigosos permeados pela violência na sua manifestação de conflito armado, entende-se ser necessário ampliar a reflexão sobre essa temática.

## OBJETIVOS

Analisar a formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família em territórios perigosos afetados pelo conflito armado e seus desdobramentos, em sua prática.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro/Universidade Federal Fluminense, como instituição proponente, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme o CNS, sob Resolução nº466/2012 e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como instituição coparticipante, sendo aprovada.

### Referencial teórico-metodológico

Neste estudo, utilizou-se como referencial teórico-metodológico, a Análise Institucional (AI) na vertente socioclínica institucional proposta por Gilles Monceau, por considerar que sua metodologia pode constituir-se em um potente dispositivo capaz de

promover reflexões e debates coletivos sobre a formação dos profissionais e de suas práticas em territórios onde se faz presente a violência em sua manifestação de conflito armado, levando em consideração, portanto, a dinâmica institucional. O movimento da AI teve início na década de 1960, na França, difundindo-se no Brasil, na década seguinte. Toma-se, aqui, como referências do institucionalismo francês, os autores René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari, responsáveis pela constituição dos fundamentos da AI e da Socioanálise<sup>(13)</sup>.

Cabe elucidar que os estudos de Monceau organizam uma nova abordagem de intervenção chamada socioclínica institucional<sup>(14)</sup>, a partir da análise crítica dos resultados dos estudos dos autores supracitados. Um dos objetivos dessa intervenção é produzir um processo de autoanálise de todos os participantes em um modo de funcionamento de grupo sujeito. Grupo-sujeitado e grupo-sujeito não configuram dualidades mutuamente excludentes, mas são concebidos como polos, entre os quais, qualquer grupo oscilaria. Faz-se necessário, entretanto, o estímulo à concepção de grupo que opere como resistência aos modos individualizantes e prescritivos de relações, superando a “totalização, a unidade, a generalização, a intimização e a identidade [que] acabou por transformá-lo em mais um dentre outros indivíduos”<sup>(15)</sup>.

O vetor grupo-sujeito e grupo-sujeitado visa problematizar o potencial autogestionário dos grupos. Para Regina Benevides de Barros, os grupos-sujeitados recebem sua lei do exterior, são caracterizados pela hierarquia, pela organização vertical ou piramidal, conjuram qualquer inscrição de morte e dissolução, preservam mecanismos de auto conservação, operando por totalizações e por unificação. Já o grupo-sujeito, propõe-se a pensar suas posições, abrindo-se à alteridade e aos processos criativos; conjura as totalizações e unificações; permite que sua prática os leve ao confronto com seus limites, sua finitude. Não buscam garantias transcendentais e se definem pelo aumento em seus coeficientes de transversalidade<sup>(15)</sup>.

Durante a intervenção socioclínica institucional, podem-se vivenciar diferentes momentos, onde as oito características propostas por Monceau podem ser evidenciadas. As características socioclínicas institucionais propostas por Monceau, são: a “Análise da encomenda e das demandas; a Participação dos sujeitos nos dispositivos; o Trabalho dos analisadores; a Análise das transformações à medida que o trabalho avança; a Aplicação de modalidades de restituição; o Trabalho das implicações primárias e secundárias; a Intenção da produção de conhecimentos; a Atenção aos contextos e as interferências institucionais”<sup>(14)</sup>. É importante salientar que estas características não se constituem em passos a serem seguidos, mas todas elas podem ser contempladas no processo de intervenção.

### Tipo de estudo

O estudo qualitativo, que deu origem a este artigo, considerou que esse formato de análise responde às questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”<sup>(16)</sup>.

## Procedimentos metodológicos

### Cenário do estudo

O cenário escolhido foi uma clínica da família na região Oeste de um município do estado do Rio de Janeiro.

### Fonte de dados

Teve como participantes treze profissionais, sendo sete enfermeiros, dois dentistas e quatro médicos. Todos desenvolviam suas atividades em suas respectivas equipes, em territórios perigosos. Seus nomes foram substituídos por pseudônimos, a saber: enfermeiros de 1 a 7; dentistas 1 e 2; e médicos de 1 a 4.

### Coleta e organização dos dados

Como proposta teórica-metodológica, utilizou-se a intervenção nos moldes da socioclínica institucional em dois encontros de cerca de duas horas. A coleta de dados aconteceu em 2017 e, durante o processo de intervenção, utilizou-se um roteiro com cinco questões como dispositivo para que o grupo pudesse abordar coletivamente o problema da violência, da formação, da prática profissional e de medidas preventivas e educativas para que os profissionais pudessem desenvolver com mais segurança suas atividades na ESF. Neste artigo, foram escolhidas duas questões que permitem invocar reflexões sobre a formação e a prática profissional. São elas: na opinião do grupo, como a situação da violência (armada, tráfico de drogas ilícitas) foi abordada na sua formação profissional? De que maneira a equipe organiza o processo de trabalho em um local com episódios de violência armada? As demais questões, que fogem ao escopo deste artigo, serão abordadas em outras publicações.

### Análise dos dados

As falas foram gravadas e, depois de transcritas, apresentadas aos participantes em um segundo encontro, que na socioclínica institucional é chamada de restituição. Nesta fase, outras questões surgiram, dando origem a novas reflexões e debates. Os dados transcritos passaram por sucessivas leituras, momento em que as falas foram alocadas nas características da socioclínica institucional, onde uma mesma fala pode pertencer à mais de uma característica decorrente do entrecruzamento que existe entre as mesmas. Das oito características da socioclínica institucional, as que permitiram ampliar as reflexões sobre o questionamento realizado foram a análise das implicações do pesquisador e dos participantes e as transformações que ocorrem no grupo enquanto o trabalho de intervenção avança.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa enfermeiros, médicos e dentistas, sendo sete mulheres e seis homens. Em relação à faixa etária, a mesma variou entre 27 e 45 anos. Com relação à média de tempo de formação, todos tinham mais de sete anos de formados. Quanto ao tempo de experiência profissional no contexto da Atenção Básica, encontramos uma média de quatro anos.

A análise das falas a partir do referencial teórico da socioclínica institucional permitiu gerar duas categorias analíticas: a violência urbana e a análise das implicações do pesquisador e dos participantes, que trata das implicações e sobreimplicações dos profissionais inseridos em contexto de violência urbana, na sua manifestação de conflito armado, bem como as questões relacionadas à formação em saúde e à prática dos profissionais; e as transformações que ocorreram no contexto à medida que o trabalho de intervenção avança, na qual são abordados pelos participantes o distanciamento teoria-prática e a importância que os espaços fora da academia possuem no processo ensino-aprendizagem.

### A violência urbana e a análise das implicações do pesquisador e dos participantes

Os resultados desse eixo serão apresentados a partir do depoimento dos participantes, destacando suas implicações e sobreimplicações com a formação e prática profissional. Abaixo a fala do pesquisador, que juntamente com os demais participantes, é colocada em análise durante o processo de intervenção, revelando sua implicação profissional e pessoal com a pesquisa, com o processo de trabalho e com a formação.

*Importante [...] acho que todos aqui participaram aí dessa caminhada [...] eu queria agradecer de verdade. E o objetivo não é nem a gente fazer uma entrevista individual nada disso, a gente, [...] o trabalho ele tem a finalidade de analisar tudo que a gente tem vivenciado até agora com essas questões da violência urbana, e como isso atrapalha o processo de trabalho da gente e como é que a gente percebe, tem essa percepção não só nos nossos processos de trabalho, mas em relação a nossa formação também. (Pesquisador)*

Após a fala do pesquisador, os debates têm início e os participantes colocam seus depoimentos onde se pode perceber suas implicações pessoais e profissionais, referindo-se às dificuldades em se inserir em um contexto permeado pela violência, reconhecendo esta lacuna durante sua formação.

*Eu, sinceramente, na minha formação acadêmica [...] nunca me passou sobre violência [...] como gestor da unidade, eu fui pegando junto com eles o que a gente podia estar fazendo, como seria a melhor maneira de estar se protegendo. Mas, na formação acadêmica, não me lembro em nenhum momento de algum professor conversar sobre trabalhar em área de risco, o que tem que ser feito o que não tem que ser feito [...] eu não lembro, sinceramente. (Enfermeiro 1)*

*A gente falava sobre violência no núcleo familiar [...], mas não de violência no território. (Enfermeiro 2)*

A outra participante traz para debates como deveria ser a formação nas universidades:

*Então, eu acho, assim ... que, na universidade, você ter esse preparo psicológico e emocional de como saber lidar com esta questão da violência. É importante porque quando a gente estiver na prática diária, a gente vai conseguir aplicar, e vai ter o entendimento do*

*que aquele paciente espera de mim uma determinada reação. Aquele paciente, ele precisa de mim de alguma forma. Por exemplo, eu estou aí fazendo uma obturação, não é que eu vou continuar fazendo a obturação, é tentar promover um abrigo tanto emocional quanto físico para nós dois. (Dentista 1)*

Este depoimento revela as tensões existentes no cotidiano desses profissionais, que têm que pensar na própria segurança e ainda ter competências e habilidades para lidar com as inseguranças dos pacientes, trazendo suas implicações profissionais, ideológicas e afetivas, ao colocar suas demandas de que é necessário que as instituições de ensino e serviço se preocupem com os aspectos psicológicos tanto dos profissionais em formação quanto daqueles que já desenvolvem a prática em territórios perigosos, responsabilizando ambas instituições no preparo permanente desses profissionais. A esse respeito complementam os participantes abaixo:

*[...] eu acho que é muito deficiente esta parte da formação acadêmica [...] A gente, da Odonto, teve um ou dois períodos. Eu, na realidade, tive um ou dois períodos desta disciplina, mas é muito superficial. Não te ensina a pensar no outro, você ter um equilíbrio emocional que é um conjunto de coisas. Na hora que acontece um tiroeteio, é uma coisa assim [...] você não consegue reagir de forma pensada, você acaba [...] é inconsciente, sobreviver [...] eu acho que a agregação dos seus valores, a experiência que você já teve, te ajuda no que você vai fazer naquela hora, entendeu? Eu acho que essa parte é muito deficiente dentro das universidades, durante a formação. (Dentista 1)*

*[...] eu acho que o principal desafio, déficit de formação da gente é como a gente se prepara psicologicamente para enfrentar essa realidade que a gente não sabe como é, quando a gente está na cadeira da faculdade, vendo lá junto com os outros colegas e o professor falar determinada doença, determinado tratamento. E aí? Chegou lá na hora no contexto do ambiente que tem violência [...] a gente não foi psicologicamente formado para atuar. (Médico 1)*

Porém, enquanto alguns profissionais conseguem colocar em análise suas implicações, outros tem mais dificuldade por se encontrarem sobreimplicados com a questão da violência em sua manifestação de conflito armado. Os depoimentos abaixo revelam que o sofrimento psíquico a que esses profissionais estão submetidos no trabalho os tornam incapazes de perceber a complexidade da violência na sua manifestação de conflito armado. No primeiro depoimento, pode-se perceber que o profissional de saúde aceita os riscos à integridade física e psíquica relacionados ao trabalho por precisar do emprego e do dinheiro; e no segundo, percebe-se que o profissional coloca essa problemática como uma simples questão de melhor adequação do processo de trabalho:

*Essa questão de não viver isto durante a formação, na verdade, fragiliza muito a gente; e olha que a gente fala [...]. Então, eu acho que é isso, a gente sofre essa violência. Além da violência na sua manifestação do conflito armado, existe uma violência institucional que a gente sofre, fragiliza a gente, sim [...]. Infelizmente, é isso, a gente precisa do emprego, precisa do dinheiro. (Pesquisador)*

*Eu acho que o principal aqui de alguma forma é poder contribuir, é você organizar seu processo de trabalho de maneira mais*

*eficiente. Talvez em termos de fortalecimento psicológico, talvez até contribua para alguma coisa. Mas o que pode contribuir de uma forma mais eficaz e a organização do trabalho. (Médico 1)*

Pode-se perceber, nas falas dos participantes, que a análise coletiva dos problemas relacionados à formação e à prática profissional em um contexto permeado pela violência na sua manifestação de conflito armado, deixaram transparecer as lacunas na formação e o atravessamento das instituições de ensino e serviço no desenvolvimento de suas práticas, evidenciando, dentre outros, os comprometimentos psicológicos na vida pessoal e profissional desses trabalhadores.

### **As transformações que ocorreram no contexto à medida que o trabalho de intervenção avança**

Durante o desenvolvimento da intervenção nos moldes da socioclínica institucional, as transformações dificilmente são percebidas pelo pesquisador e pelos participantes, no entanto, à medida que a intervenção avança, reposicionamentos sucessivos acontecem nas situações e nas dinâmicas institucionais que podem ser percebidos nas mudanças de posicionamento dos participantes durante os debates coletivos. Daí ser importante entender esta característica como dinâmica, presente durante todo processo de intervenção<sup>(15)</sup>.

Ao darem seguimento aos debates sobre o processo formativo, onde enfocavam o distanciamento entre a teoria e prática, os participantes referem-se que ofertar apenas uma disciplina durante a formação não seria suficiente para prepará-los para o desenvolvimento da prática. Salientam-se que o que se aprende em livros e sala de aula é rapidamente modificado quando o profissional de saúde entra em contato com a realidade:

*Eu acho, assim: é muito diferente você ter uma coisa na teoria e na prática. Eu acho que ter uma disciplina na faculdade, abordando a teoria, na prática, é totalmente diferente. Essa é minha opinião, eu não sei se seria válido você ter uma disciplina específica. (Enfermeira 3)*

Ao que outro participante acrescenta:

*Eu acho que a gente é formado. Pelo menos, dentro da minha formação acadêmica, eu não tive realmente nenhuma abordagem disso, da influência que a violência armada, salvo exceção da violência intrafamiliar, criança, mulher, [...] familiar [...] eu tenho impressão que a gente é formado para praticar a nossa função profissional em circunstâncias ideais onde a gente aprende nos livros as aulas tal quando a gente vai para o mundo e começa atuando em centros seja no hospital, seja na Atenção Básica, a gente adapta àquilo que a gente aprendeu na formação. Mas a realidade modifica rapidamente a nossa prática pelo menos [...] academicamente [...] pelo menos, essa é a minha experiência. (Médico 1)*

Os participantes iniciam um repensar sobre para quem caberia a responsabilidade no preparo dos futuros profissionais para o desenvolvimento de suas práticas em territórios perigosos, e os depoimentos começam a revelar novos posicionamentos com relação à formação, trazendo-a para fora dos espaços acadêmicos, conforme se observa nas falas:

*São coisas que a própria comunidade está ensinando ao profissional de saúde como lidar com a realidade. (Pesquisadora)*

*Mas é isso, eu acho que tem uma perspectiva que as universidades e as escolas podem trazer pra que a gente tenha essa postura de se associar às outras pessoas que estão no território. Sejam elas trabalhadores, moradores, para construir essa forma de lidar com a violência, com essa violência armada, com essa violência policial principalmente; mas, sem dúvida, não é a universidade que vai te dar a receita de bolo. (Pesquisadora)*

Na fala abaixo, pode-se perceber que mudanças começam a ocorrer na maneira como o participante percebe a violência: não mais como um fenômeno local, mas como um fenômeno mais amplo que envolve outras instituições e organizações.

*Outra coisa que me ocorre agora é o seguinte, um dos contextos da atenção básica é fortalecer os profissionais que vão atuar em área de risco, mas eu acho que em nenhuma sociedade do mundo a violência vai ser derrubada em questão de poucos dias, ou meses, é uma questão de mentalidade, de educação, de saúde no seio da sociedade ao longo de gerações... não é uma coisa de curto prazo, a violência durante muitos anos ainda vai influenciar e vai afetar nossa prática, vai afetar a prática da educação, ou seja, a gente tem que tentar promover a mudança de alguma forma. É difícil! Não estou dizendo que é uma coisa fácil. (Médico 1)*

Pode-se perceber que, durante os debates coletivos, as reflexões avançam ao colocar a formação e o desenvolvimento das práticas em territórios perigosos no âmbito de outras instituições e organizações, trazendo a necessidade de ampliar os espaços de diálogo para além das instituições de ensino e serviços envolvendo os usuários dos serviços e a sociedade como um todo.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontaram para duas características da socio-clínica institucional que permitiram analisar a violência urbana em sua manifestação de conflito armado, a formação dos profissionais de saúde, bem como suas práticas. São elas: a análise das implicações e as transformações no contexto à medida que o trabalho de intervenção avança. A implicação é um conceito bastante utilizado na AI, sendo considerada como um:

[...] engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento. Pressupõe a autoanálise, por parte do analista institucional, para compreender suas motivações para desenvolver-se em tal área e como estas motivações se envolvem com o projeto organizacional no qual está intervindo<sup>(17)</sup>.

O conceito de implicação vem negar a presunção da neutralidade científica na pesquisa. O mito do analista é desconstruído, desmontado. Este deve envolver-se, falar dos seus problemas e desejos no campo de intervenção. Produtor e produto estão ligados um ao outro<sup>(18)</sup>. O conceito de implicação é um dos mais relevantes

para a AI, referindo-se ao nosso envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos<sup>(19)</sup>.

A implicação possui três dimensões: a afetivo-libidinal, a existencial e a estruturo-profissional. Considerando a complexidade de tratar o tema da violência, tendo em vista que estamos o tempo todo envolvidos com as instituições que nos atravessam, pode-se dizer que a implicação afetiva dos participantes pode estar relacionada com a escolha de sua profissão e com sua formação. A estruturo-profissional pode ser percebida no aceite em desenvolver sua prática na Atenção Básica e a implicação existencial com a necessidade de ser reconhecido como profissional no desenvolvimento de suas atividades. Porém, o fato de desenvolverem sua prática em territórios violentos, evidenciou o atravessamento de outras instituições, possibilitando que colocassem em análise as implicações com formação escolhida e com o desenvolvimento de suas atividades na ESF. Com relação ao pesquisador, pode-se dizer que a análise de suas implicações profissionais e estruturais podem ser representadas pela escolha com a prática de pesquisa, com seu trabalho, com intervenções que se propôs a fazer, com o campo teórico-metodológico e com a sociedade em geral<sup>(17)</sup>.

Com relação à sobreimplicação, faz-se necessário entender conceitualmente este termo. A sobreimplicação pode ser definida como uma impossibilidade de analisar a implicação. Isso ocorre, por exemplo, quando o pesquisador está muito vinculado à instituição onde desenvolve a pesquisa, impedindo que veja outros aspectos importantes que permeiam o contexto; ou quando um participante está comprometido a todo custo com a concretização dos propósitos das políticas das organizações de saúde e de educação a que pertencem.

A sobreimplicação geralmente é percebida no decorrer da intervenção, durante os debates, quando o pesquisador e/ou demais participantes terão condições de avaliar suas implicações e/ou suas sobreimplicações, o que poderá enriquecer o estudo e a compreensão da realidade<sup>(19)</sup>.

Neste estudo, a sobreimplicação pode ser percebida nos depoimentos que revelam quase uma aceitação ou mesmo uma banalização da situação de violência permeada pelo conflito armado, desconsiderando a complexidade vivenciada em seu cotidiano. Isso revela a dificuldade que alguns profissionais encontram para enfrentar seu dia-a-dia em território perigoso, sendo mais confortável deslocar o problema para uma dimensão pessoal e/ou operacional, de maneira a evitar maiores sofrimentos no desenvolvimento de suas atividades naquele território.

Pode-se dizer que os resultados, obtidos com a análise das implicações dos participantes, levaram a uma aproximação com outros estudos já realizados sobre a temática. O primeiro estudo, realizado com egressos do curso de graduação de uma universidade pública destaca que durante a formação o professor deve propiciar situações de ensino-aprendizado que estimulem a reflexão sobre problemas da realidade. Referem-se ser particularmente importante que essas reflexões aconteçam no aprendizado da Saúde Coletiva, para que, ao serem inseridos no mercado de trabalho, não se sintam impotentes perante situações nunca vivenciadas durante a graduação<sup>(20)</sup>.

O segundo estudo, realizado com estudantes do último ano de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, revelou que a inserção do

tema de violência, durante a formação, foi abordada de maneira superficial, acontecendo, esporadicamente e evidenciando mais os agravos físicos contra as pessoas, e não a violência relacionada à conflitos armados, havendo necessidade de ampliar as discussões sobre essa temática<sup>(21)</sup>.

Nota-se, nesses resultados, e também em alguns depoimentos do presente estudo, que os debates sobre a formação dos profissionais de saúde para atuarem em territórios violentos ainda é bastante incipiente, ficando focalizada nos centros formadores como os responsáveis para preparar os profissionais de saúde para o desempenho de suas funções nesses locais.

Com relação ao que os participantes gostariam de ter recebido das instituições de ensino e serviços, referente ao preparo psicológico, foi possível constatar, com outros estudos, que deve-se pensar em maneiras de suprir essas lacunas no processo de formação dos futuros profissionais e daqueles que já atuam em territórios perigosos. Pesquisas realizadas nessa temática revelam ser um fenômeno complexo o enfrentamento dessa realidade, trazendo problemas psicológicos pelo estresse constante, gerando exaustão emocional, prejuízo em diferentes áreas da vida pessoal e profissional e acentuada diminuição da satisfação profissional no ambiente de trabalho<sup>(4)</sup>.

Outro estudo complementa que a violência no trabalho da Enfermagem e dos demais profissionais de saúde, tem repercussões em diferentes áreas da Saúde, mas principalmente na Saúde Mental. Esta aumenta à medida que os profissionais se sentem ameaçados em um ambiente de trabalho violento, elevando os níveis de sofrimento psicológico. Essas repercussões vão além do local de trabalho, já que os eventos danosos à saúde repercutem também na vida social e familiar do trabalhador, trazendo sentimentos de irritabilidade, crises de choro, angústia e tristeza, com repercussões profundas para a saúde destes trabalhadores<sup>(22)</sup>.

Diante dos resultados deste estudo e de outros, pode-se dizer que os problemas relativos à formação e à prática dos profissionais de saúde que atuam em territórios perigosos foram bastante similares. O diferencial deste estudo, deve-se à utilização da metodologia da socioclínica institucional, que possibilitou colocar em análise as implicações e as sobreimplicações dos participantes, de maneira que reconhecessem a necessidade de ampliar os debates sobre a violência e o conflito armado no cotidiano de sua prática, iniciado durante a coleta dos dados. Espera-se que tenha continuidade pelos profissionais de saúde. Durante os debates coletivos, também foi possível evidenciar uma demanda para os centros formadores e a gestão dos serviços de saúde. É necessário um olhar mais humanizado e efetivo durante a formação e desenvolvimento das práticas dos profissionais de saúde que trabalham em territórios perigosos.

Com relação aos resultados apontados na análise das falas que retratam as transformações que ocorreram no contexto, à medida que o trabalho de intervenção avança, pode-se observar a preocupação dos participantes no que diz respeito ao distanciamento entre teoria e prática. Estas dificuldades vêm sendo motivo de diferentes estudos, sempre que o assunto formação é colocado em foco. Em todas elas, percebem-se as lacunas existentes entre o que se aprende nos centros formadores e o que se encontra nos serviços de saúde, revelando as dificuldades de aproximações entre as instituições de saúde e as IES.

Esse tema vem sendo destacado nas discussões realizadas nos Fóruns de Educação da ABEn, apontando para a necessidade de mudanças nas diretrizes curriculares<sup>(12)</sup>.

Em meio a um cenário de mudanças e exigências crescentes na atuação dos profissionais de saúde, observa-se ainda que a articulação teórico-prática não ocorre como deveria, seja por problemas relacionados aos campos de estágio, seja relacionado à prática dos profissionais de saúde, falta de estrutura física e material, dentre outras; e acarreta assim um distanciamento entre teoria e prática. Isso pode ser identificado quando o profissional recém-formado precisa enfrentar algumas situações que, em um primeiro momento, parecem absolutamente novas, pois não foram vivenciadas durante a formação ou ocorreram de modo diferente da realidade profissional. Destaca-se que algumas temáticas e/ou procedimentos, por não corresponderem aos conteúdos propostos na grade curricular, são abordados com mais superficialidade e, mesmo quando são abordados, dificilmente existe oportunidade para a vivência dos mesmos na prática durante o processo formativo<sup>(21)</sup>.

Ressalta-se que a diferença dos resultados obtidos, neste estudo, é que, por se tratar de territórios onde existe o conflito armado, não é viável que eles se constituam em campo de prática. Nesse caso, não se pode dizer que há falta de integração teoria e prática, mas uma impossibilidade de realizar essa integração, considerando-se os riscos à integridade física e psicológica a que estariam submetidos os profissionais de saúde em sua formação. Então, cabe questionar: como preparar os futuros profissionais de saúde para atuarem em territórios perigosos onde estão inseridas as unidades da ESF? Por certo, não existe uma única resposta, mas fica para aprofundamento em futuros estudos. Os centros formadores deverão considerar as nuances desse tema para serem abordados transversalmente em diferentes momentos da formação. Dessa maneira, haveria mais oportunidades para debater a questão da violência em situação de conflito armado ao longo da formação, possibilitando ao futuro profissional de saúde atuar nestes locais e estar mais preparado técnica e psicologicamente.

Percebe-se, nos resultados deste estudo, que está havendo um esforço por parte dos participantes para adaptar-se ao espaço em que desenvolvem suas atividades práticas. Essa questão está diretamente relacionada a novas maneiras de produzir o conhecimento, que não ocorre exclusivamente na academia, mas no interior das diversas instituições, sejam elas de pesquisa ou de serviços de saúde<sup>(22)</sup>.

Fica evidente que, quando o profissional se insere no mercado de trabalho, deverá ter uma nova formação, ou uma nova construção e estruturação de conhecimentos, adquiridas a partir de conceitos criados por sua experiência isolada vivida durante o curso, a cultura e a filosofia dos novos cenários onde desenvolve seu trabalho como profissional de saúde<sup>(23)</sup>.

Ampliando esta questão, pode-se dizer que os profissionais que trabalham em territórios perigosos, necessitam desenvolver uma ampla compreensão do local onde desenvolvem suas práticas, a partir de experiências individuais e sociais, o que exige dos mesmos uma constante "visão e revisão da realidade"<sup>(24)</sup>.

Coerente com outras pesquisas, este estudo traz para reflexão que deve-se pensar em implementar propostas pedagógicas inovadoras, na busca por uma construção coletiva de saberes, agregando aqueles adquiridos nas instituições de ensino com outros favorecidos pelos cenários de prática e pela própria

comunidade. A formação deve dialogar e aproximar os saberes científicos e populares, despertando o exercício da transformação, da construção de saberes instituintes que possam estar de acordo com a realidade de saúde vigente no país.

Pretende-se, com esta soma de saberes, uma melhor compreensão do fenômeno da violência na sua manifestação do conflito armado, possibilitando a busca de estratégias com diferentes instituições da sociedade, além das de ensino e de serviço de saúde. Isso abriria espaço para que a situação da violência, em sua manifestação de conflito armado, fosse entendida como uma questão social e política, e não apenas como mais um conteúdo a ser transmitido na formação dos futuros profissionais de saúde.

### Limitações do estudo

A respeito das limitações do estudo, o fato de os participantes serem de uma equipe de Saúde da Família localizada na região Oeste de um município do estado do Rio Janeiro, os resultados apontam a compreensão deste grupo, suas implicações e sobreimplicações acerca da temática de violência urbana, em sua expressão de conflito armado e com particularidades próprias deste contexto de estudo. A ampliação desta discussão pode ser realizada por meio de outros estudos, em outras realidades, com outros participantes, ampliando as evidências sobre os resultados aqui encontrados.

### Contribuições para a área da Saúde

Este artigo buscou trazer para debates e reflexões a formação dos profissionais de saúde que desenvolvem sua prática em

territórios perigosos. Os resultados obtidos da análise coletiva, das falas dos participantes, permitiram ampliar a compreensão acerca do tema e refletir sobre a necessária articulação teoria-prática na formação em saúde, destacando-se a especificidade dos territórios violentos e ampliação dos espaços de formação para além da academia.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou identificar e discutir a formação profissional recebida em relação à promoção do cuidado em saúde em territórios onde ocorre a violência urbana, a partir do estudo da atual situação vivenciada pelos profissionais de saúde na ESF atuantes em uma clínica da família localizada em área de conflito armado.

As estratégias de aprendizagem deverão ser pensadas de maneira a incorporar os saberes empíricos e os cientificamente comprovados para ampliar o espectro desse conhecimento de maneira dinâmica, onde a situação da violência em sua manifestação de conflito armado seja entendida como uma questão social e política, não apenas uma lacuna na formação.

Destaca-se a relevância da metodologia proposta pela socioclínica institucional, que permitiu aos participantes e pesquisadores, que analisassem suas implicações com a questão da violência em territórios perigosos, abrindo espaço para que pudessem falar livremente sobre a formação e a prática profissional que desenvolvem naquele contexto, revelando, dentre outras questões, os seus medos, inseguranças e como são afetados técnica e psicologicamente nos cuidados que oferecem à população.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Dec 05]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1327-38. doi: 10.1590/1413-81232015215.01022016
3. Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV). Descubra o CICV [Internet]. Genebra: CICV; 2013. [cited 2018 Jan 01]. Available from: [https://www.icrc.org/por/assets/files/other/icrc\\_007\\_0790.pdf](https://www.icrc.org/por/assets/files/other/icrc_007_0790.pdf)
4. Machado CB, Daher DV. Violence in the area and its repercussions upon health care actions: descriptive-exploratory study. *O Braz J Nurs*. 2013;12:674-6. doi: 10.17665/1676-4285.2013v12n0
5. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11:1211-22. doi: 10.1590/S1413-81232006000500011
6. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1499-510. doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015
7. Fiúza TM, Miranda AS, Ribeiro MTAM, Pequeno ML, Oliveira PRS. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 28];6 (18):32-9. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/119>
8. Santos RS, Mourão LC, Almeida ACV, Brazolino LD, Leite ICM. A formação de profissionais de saúde e a violência no âmbito do território da unidade de saúde da família: uma análise das práticas profissionais. *Rev Pró-UniverSUS* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 01]; 8(2):145-7. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1123>
9. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº 583, de 4 de abril de 2001a. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [cited 2018 Jan 01]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>
10. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº 1133, de 7 de agosto de 2001.



Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [cited 2018 Jan 01]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>

11. Peres MFT, Ruotti C. Violência urbana e saúde. *Rev USP*. 2015;(107):65-78. doi: 10.11606/issn.2316-9036.v0i107p65-78
12. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). ABEn lidera movimento de construção das novas DCN para graduação em enfermagem [Internet]. Brasília: ABEn; 2017 [cited 2018 Jan 01]. Available from: [http://www.aben-df.com.br/noticias/2017/aben\\_lidera\\_dnc/ABEn%20lidera%20movimento%20DCN-final-2.pdf](http://www.aben-df.com.br/noticias/2017/aben_lidera_dnc/ABEn%20lidera%20movimento%20DCN-final-2.pdf)
13. L'Abbate S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadoras. *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 31-88.
14. Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina Editora, Editora da UFRGS; 2007.
15. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadoras. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 91-103.
16. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(3):621-6. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007
17. Barbier R. Pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.
18. Lourau R. Objeto e Método da Análise Institucional: um novo espírito científico In: Altoé, S, organizador. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 199-211.
19. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev Epos* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 04];5(1):156-81. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2014000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009)
20. Valença CN, Germano RM, Malveiram LMNA, Oliveira AG. Articulating theory and practice in health education in face of the Unified Health System. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(6):830-5. doi: 10.12957/reuerj.2014.3104
21. Baragatti DY, Audi CAF, Melo MC. Abordagem sobre a disciplina violência em um curso de graduação em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(2):470-7. doi: 10.5902/2179769211265
22. Bordignon M, Monteiro MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):939-42. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0133
23. Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Education of nurses: detachment between undergraduate courses and professional practice. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013;12(2):331-7. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.19643
24. Moraes RCP, Anhas DM, Mendes R, Frutuoso MFP, Rosa KRM, Silva CRC. Pesquisa participante na estratégia saúde da família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):205-22. doi: 10.1590/1981-7746-sol00035