

ESCOLA DE HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO E SERVIÇO SOCIAL

KARINA ROSA DA ROSA

MAIS LAÇOS E MENOS NÓS: A TEIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO  
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.

Porto Alegre  
2020

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

**KARINA ROSA DA ROSA**

**MAIS LAÇOS E MENOS NÓS:  
A TEIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Maria Isabel Barros Bellini.

Porto Alegre  
2020

## Ficha Catalográfica

D111m Da Rosa, Karina Rosa

Mais Laços e Menos Nós : a teia da rede de atenção à saúde  
no enfrentamento da violência / Karina Rosa Da Rosa . – 2020.

115 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Trabalho. 2. Saúde. 3. Violência. I. Bellini, Maria Isabel  
Barros. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

“Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela.”

*Angela Davis, 2017*

Ao meu esposo, Luís Sirangelo,  
com amor e gratidão, dedico este sonho!

## AGRADECIMENTOS

Com gratidão, dedico esse trabalho a Deus, por me dar forças e me permitir chegar em lugares outrora inimagináveis para as condições que, a priori, me foi determinada. Obrigada Senhor, por permitir um caminhar leve, de encontros singulares, acompanhado de pessoas especiais.

À minha família, por me estimular, apoiar e entender as minhas constantes ausências e, por acreditar em mim, mais do que ninguém. A vocês, porque certamente são os que mais compartilham comigo a chegada desta etapa.

À minha mãe, uma mulher essencialmente forte, persistente e à frente de seu tempo. Mesmo em condições desiguais, cumpriu a missão de compartilhar conosco valores para sermos mulheres fortes e íntegras e não desistir mesmo numa sociedade refratária e de valores solúveis. Esta conquista é nossa!

Ao meu Esposo, meu companheiro de longa caminhada, por sempre acreditar que minha “estrela tem que brilhar”, por ser meu lugar de afeto, leveza e de loucura. Por ser meu cúmplice e se lançar comigo em todos os meus sonhos.

Às minhas irmãs, mulheres que exalam amor e transparecem sensibilidade e afeto em cada ato, nas quais me inspiro e teço um admirável orgulho. Obrigada Manas, por me ensinarem as delicadezas da vida.

Aos meus Amigos, Amores e Afetos, tecidos através dos “laços e nós”, aproximados no período do mestrado. À Gessiane e Kathiana, Mulheres maravilhosas que teci uma linda rede de afeto, solidariedade e amizade verdadeiros. Obrigada por compartilhar desses laços comigo, fortalecendo ainda mais a minha teia.

À minha orientadora Maria Isabel, por compartilhar comigo seus conhecimentos e resistir na aposta do trabalho em saúde pública. O meu respeito.

Aos meus semelhantes. A todos aqueles que hoje me faço representar, os quais não puderam acessar esse e outros lugares e, talvez, alguns deles nunca ocupem. A vocês dedico a força que inspirou cada passo para a movimentação dessa estrutura, resistindo a identidade que nos atribuíram. Eu escrevo nesse momento nova história, ocupando novos espaços.

À CAPES, pelo incentivo à pesquisa que possibilitou a realização deste estudo. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 (“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001”).

## RESUMO

Esta dissertação permeia, no campo da saúde pública, a atenção à saúde no enfrentamento da violência vivenciada envolvendo a Atenção Primária em Saúde/Básica em (APS/AB) de Porto Alegre com o objetivo de: conhecer e analisar como os trabalhadores da rede municipal de saúde de Porto Alegre vem enfrentando a violência vivenciada no cotidiano do trabalho; analisar as atribuições e responsabilidades da rede de saúde no atendimento às situações de violência, bem como os recursos disparados para o cuidado dos trabalhadores; e conhecer a organização da rede de saúde em relação aos encaminhamentos de situações de violência. Para tanto, nove trabalhadores e gestores da Atenção Básica de Porto Alegre foram selecionados como participantes da pesquisa, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão, exigiu-se que o universo de participantes fosse definido por profissionais de saúde, trabalhadores e gestores, da rede municipal de Porto Alegre, efetivos no cargo e/ou função ou empregados públicos há mais de cinco anos. Compuseram à amostra, a rede municipal de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois trabalhadores de cada uma de três Gerenciais Distritais (GD): Glória, Cruzeiro e Cristal (GCC); Centro e Partenon Lomba do Pinheiro (PLP). O Grupo focal foi composto por três gestores eleitos das oito GD de UBS foi selecionado. Nas análises dos depoimentos dos participantes foi possível compreender responsabilidades, atribuições e percepção quanto aos protocolos, em especial quanto ao instrumento de notificação de violência acionado em casos de suspeita ou confirmação de situações de violência. Além disso, buscou-se conhecer, também, os modos de produção de cuidado dos trabalhadores nos territórios da Atenção Básica. Foi observado que os múltiplos efeitos da violência podem ser percebidos nas relações sociais e, por esta razão, torna-se cada vez mais difícil compreendê-los num único conceito dada a abrangência das suas formas de manifestação. A violência parece ser naturalizada como forma de linguagem e um modo de comunicação muito singular da sociedade capitalista, tendo na violência estrutural a expressão mais radicalizada na contemporaneidade e percebida como raiz dos processos de fragmentação e desigualdades sociais. Os múltiplos efeitos desses processos são sentidos e percebidos, de modo mais extremado, nos territórios que, historicamente, vivenciam situações de vulnerabilidade. Nestes territórios há um vazio assistencial resultado da desassistência do poder do Estado, expresso por desigualdades e pobreza, definindo a concepção de direito na lógica neoliberal. A violência, portanto, além de precarizar e segregar os sujeitos em suas relações sociais, se caracteriza como uma concepção de “direito” unilateral, que reflete nas condições e padrões de vida e trabalho na sociedade.

**Palavras-chave:** Trabalho. Saúde. Violência.

## ABSTRACT

In the field of public health, this dissertation permeates health care in coping with violence by workers and managers of the health care network. In this field, the discussions presented here unfold on important issues involving Primary/Basic Health Care of Porto Alegre: knowing and analyzing how workers of the municipal health network of Porto Alegre have been facing violence in the daily work; analyze the attributions and responsibilities of the health network in the care of situations of violence, as well as the resources raised for the care of workers; and to know the organization of the health network in relation to the referrals of situations of violence. To this end, nine workers and managers of The Primary Care of Porto Alegre were selected as participants of the research, respecting the inclusion and exclusion criteria. As inclusion criteria, it was required that the universe of participants be defined by health professionals from the municipal network of Porto Alegre, staff in office and / or function or public employees for more than five years, being workers and managers. On the other hand, the fact that workers had less than two years in the municipal health network was defined as an exclusion criterion. Thus, from the Municipal Health Network, in the Basic Health Units (UBS), five workers were elected by each of three District Managers (GD): Glória Cruzeiro and Cristal (GCC); Center; and Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) Cruzeiro. In addition to these, a focus group represented by three elected managers of the eight UBS GD was selected. It was possible, through the participants workers and managers of this research, to understand their responsibilities, attributions and perception of protocols, especially regarding the instruments for reporting violence triggered in cases of suspicion or confirmation of situations of violence. In addition, we also sought to know the ways of producing workers' care in the territories of Primary Care. It was observed that the multiple effects of violence can be perceived in social relations and, for this reason, it becomes increasingly difficult to understand them in a single concept given the scope of their forms of manifestation. Violence seems to be naturalized as a form of language and a very unique mode of communication of capitalist society, having in structural violence one of its most radicalized expressions in contemporaneity and perceived as the root of the processes of fragmentation and social inequalities. The multiple effects of these processes are felt and perceived, more extremely, in territories that historically experience situations of vulnerability. In these there is a care void motivated by the disassistance of the power of the State, that expressed by inequalities and poverty, defining the conception of law in neoliberal logic. Violence, therefore, in addition to precarious and segregating subjects in their social relations, is characterized as a conception of unilateral "right", which undoubtedly reflect on the conditions and standards of life and work in society.

**Keywords:** Work. Health. Violence.

## LISTA DE SIGLAS

AP	-	Áreas de Planejamento
APS	-	Atenção Primária em Saúde
CF	-	Constituição da República Federativa do Brasil
CICV	-	Comitê internacional da Cruz Vermelha
CLT	-	Consolidação das Leis do Trabalho
DS	-	Distritos Sanitário
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
GD	-	Gerências Distritais
GHC	-	Grupo Hospitalar Conceição
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LNCI	-	Lista de Notificação Compulsória Imediata
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OP	-	Orçamento Participativo
PEC	-	Proposta de Emenda Constitucional
PMPA	-	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNPS	-	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSST	-	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PUCRS	-	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RIS	-	Residência Integrada em Saúde
RJ	-	Rio de Janeiro
SINAN	-	Serviço de Informação de Agravos de Notificação
SMSPMPA	-	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SMSRJ	-	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SVS	-	Secretária de Vigilância em saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade de Atenção Básica
VIVA	-	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>TERRITÓRIO</b> .....	<b>18</b>
2.1	PORTO ALEGRE: UM TERRITÓRIO .....	22
2.2	ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE .....	24
<b>3</b>	<b>VIOLÊNCIA</b> .....	<b>28</b>
3.1	A GÊNESE DOS PROCESSOS DE VIOLAÇÕES .....	28
3.2	A ENGRENAGEM DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL .....	35
3.3	AS TRANSVERSALIDADES DA VIOLÊNCIA E AS RELAÇÕES INVISIBILIZADAS .....	38
<b>4.</b>	<b>MUNDO DO TRABALHO: AS TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL</b> .....	<b>49</b>
4.1.	NEOLIBERALISMO E AS SUAS FACETAS NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO .....	49
4.2	O TRABALHO NA SAÚDE: CONTRADIÇÕES DO CUIDADO NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	57
<b>5.</b>	<b>SAÚDE</b> .....	<b>68</b>
5.1	A SINGULARIDADE DO CUIDADO E A POTENCIALIDADE DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA .....	71
5.2	A POTENCIALIDADE DO TRABALHO EM REDE .....	76
5.3	MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	78
<b>5.3.1</b>	<b>Protocolos e Notificações: Estratégias da Política de Saúde nos territórios vulneráveis</b> .....	<b>79</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE A – TABELA COM AS CATEGORIAS TEÓRICAS E INICIAIS E EMERGENTES DA PESQUISA</b> .....	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE ..</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL COM GESTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE .....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....</b>	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE E – QUADRO METODOLÓGICO</b> .....	<b>107</b>
	<b>ANEXO A- PROTOCOLO FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA – SINAN MS</b> .....	<b>108</b>
	<b>ANEXO B – FORMULÁRIO ORIENTADOR PARA PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO SINAN</b> .....	<b>110</b>
	<b>ANEXO C – PROTOCOLO 2- NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA</b> .....	<b>112</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa teve como motivação as aproximações e familiaridades relacionadas às experiências de trabalho iniciadas durante a graduação em Serviço Social, somada à experiência como trabalhadora residente no programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com duração de 2 (dois) anos de trabalho, ensino e aprendizagem na Ênfase de Saúde Comunitária. As atividades ocorreram em Unidade de Saúde, em comunidade localizada na zona norte de Porto Alegre, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Costa e Silva. Assim, configura-se uma trajetória profissional desenhada na área da saúde, com intersecções de experiências que enriquecem e complementam o contínuo percurso profissional que contribuiu nesta dissertação.

O destaque fundamental e provocador deste estudo, foi o trabalho realizado em equipe multiprofissional na Atenção Básica (AB), o qual se caracteriza como um trabalho interdisciplinar possibilitador de uma construção singular de conhecimentos. Um exercício profissional que convoca por meio do compartilhamento de saberes, superação e a fragmentação das fronteiras disciplinares, e imprime significativas formas de pensar e conceber a saúde. Fomentado por estas experiências, este estudo tem a pretensão de discutir elementos que subsidiem e qualifiquem, ainda mais, a construção de um conjunto de possibilidades no processo de atenção do cuidado em saúde.

Soma-se a essas experiências, a atuação como Assistente Social, no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF/RJ), no período de 2015 a 2017, na cidade do Rio de Janeiro, a qual traz a singularidade do trabalho em um território com diferente lógica de organização da atenção em saúde em que quase a totalidade das Unidades Básicas de Saúde contam com equipes apoiadoras nas ações e serviços de saúde. O ordenamento do trabalho no Rio de Janeiro organiza-se em 33 Regiões Administrativas com diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, assimetrias na distribuição e utilização dos recursos disponíveis. O planejamento da Saúde do Município é organizado com a divisão em 10 (dez) Áreas de Planejamento (AP). A experiência descrita teve como cenário o trabalho realizado na AP 3.3, uma das áreas mais populosas do Município, conformando uma das regiões que contemplam o maior percentual de moradores que vivem em favela (PMS, 2014).

A diversidade de território de trabalho, tanto em Porto Alegre como no Rio de Janeiro, apontou atravessamentos de processos de violações de diversas ordens, como o acesso à saúde, à educação, ao pleno exercício de cidadania, transversalizando direitos básicos. Como observa Chauí, “a sociedade brasileira está longe da concretização de direitos, pois está polari-

zada entre as carências das camadas populares e os privilégios das camadas dominantes e dirigentes” (2017, p.48).

Nesse cenário de mutação do perfil territorial das cidades, com o aumento da violência, a redução da assistência das políticas sociais públicas, o desemprego diariamente crescente e as recentes modificações de direitos trabalhistas, fatores como estes, entre outros, afetam diretamente o cotidiano dos trabalhadores da área da saúde nos territórios da Atenção Básica, foco deste estudo.

A Atenção Básica utiliza como estratégias de cuidado no enfrentamento da violência, diversos dispositivos de trabalho, tais como: a ficha de notificação de violência, protocolos de segurança, trabalho em rede, entre outros, cuja finalidade é produzir registros, monitorar e planejar estratégias de intervenção frente às situações de violência nos territórios adscritos. Estas e outras estratégias se desenham como formas de cuidado e são incorporadas ao cotidiano do trabalho em saúde, apontando com maior visibilidade as regiões mais afetadas por situações de violências, a fim de propor processos de cuidado e proteção, específicos as demandas sinalizadas nos territórios adscritos.

Um dos protocolos destacados pelo Ministério da Saúde (MS) é a *Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada*, que compõe o Serviço de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), órgão responsável pelo processamento de informações de agravos ocorridos em todo o território nacional do MS. Esta ferramenta diagnóstica passou a integrar o SINAN no ano de 2009, sendo obrigatório o fornecimento de informações para a base de dados do Sistema pelos Municípios, Estados e o Distrito Federal. Assim, toda ocorrência de violência também compõe o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA. Sua aplicabilidade tem como objetivo,

Captar informações sobre o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais) em unidades de saúde, caracterizando o perfil das pessoas que sofreram violências, o tipo, o local, o perfil do (a) provável autor (a) da agressão, dentre outros. Visa, ainda, articular e integrar com a “Rede de Atenção e de Proteção Social às Pessoas em Situação de Violências”, garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos (BRASIL, 2019, p. 4).

Isto é, sinaliza regiões com maior incidência de situações relacionadas às desigualdades sociais, oriundas de processos de exclusões e violações de direitos básicos e está profundamente articulada aos profissionais da Atenção Básica. Este estudo evidenciou esta e outras potentes ferramentas nos territórios, principalmente no que diz respeito às articulações possíveis nas situações de violência. A priori, o protocolo preconizado pelo MS, como diretriz para

o trabalho em saúde frente às questões de violência, ganha reforço de outros protocolos notificados e sinalizadores no cotidiano das ações em saúde, articulados pela política municipal de saúde de Porto Alegre. Também, especialmente aponta que este protocolo é apenas um dos mecanismos de registro nos territórios que se soma a outros, dada a singularidade das relações compostas em rede e a possibilidade de respostas efetivas.

Estes dispositivos são comumente articulados nas unidades de Atenção Básica por estas estarem presentes nos territórios e por essa ser a porta de entrada e contato preferencial de acesso aos serviços de saúde, próximo às vinculações e movimentos de territorialização. Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, pode-se entender que os dispositivos em saúde são como um “arranjo de elementos que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo” (BRASIL, p. 57, 2010). Esta orientação do Ministério da Saúde acrescenta, ainda, os demais dispositivos existentes no campo da saúde que podem ser operacionalizados nas ações e serviços de produção e promoção, coletivos, tendo em vista mudanças nos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2010).

Cabe destacar que a Ficha de Notificação do MS pode ser preenchida por qualquer profissional de saúde que teve conhecimento do agravo e/ou que esteja à frente do cuidado nos serviços de saúde e, ainda,

Ser preenchida por outros serviços, como Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena ou Centro Especializado de Atendimento à Mulher – dependendo da organização da rede local – quando da suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas (BRASIL, 2019, p. 4).

Estes e alguns outros dispositivos, sobrelevam as *Regiões de Saúde* “invisibilizadas” pelo poder público, demandando a necessidade de fortalecer o processo de articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a construção coletiva de políticas e dispositivos garantidores de acesso aos direitos.

A partir destas aproximações e experiências, pretendeu-se nessa pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUCRS, perquirir como a rede de assistência à saúde se organiza e responde aos processos da violência, em nível de Atenção Básica, tendo como pano de fundo a violência estrutural. Esta é compre-

endida como raiz das contradições históricas, presente na trama da estrutura social, econômica e política expressas no contexto das relações sociais.

O *Atlas da Violência (2018)* contém informações acerca dos acontecimentos e aumento da violência no território nacional e, nesta pesquisa, sobreleva recordes históricos negativos alcançados que serão tratados em maiores detalhes no capítulo da violência.

São dados que revelam como a violência se metamorfoseia nos seus modos de expressões na contemporaneidade, caracterizando-se como um problema de determinação social e frequentemente naturalizada nos processos cotidianos dos territórios mais vulneráveis. Assim posto, apontamos Chauí (2017) quando afirma que a violência está de tal modo interiorizada nas desigualdades que figura no dia a dia, banalizada diante de assimetrias, tais como nas relações salariais entre homens e mulheres, brancos e negros, aceitação da exploração do trabalho infantil e de idosos, entre outras. Com efeito, acrescenta:

Graças ao mito da não violência, deixamos na sombra o fato brutal de que vivemos numa sociedade oligárquica, verticalizada, hierárquica, autoritária e por isso mesmo violenta, que bloqueia a concretização de um sujeito ético e de um sujeito político, isto é, de uma subjetividade e de uma intersubjetividade verdadeiramente éticas e da cidadania verdadeiramente democrática. (CHAUÍ, 2017, p. 48).

Ou seja, as particularidades desse processo maior radicalizam-se em diversos espaços, sobretudo nos territórios com escassos e contraditórios acessos e condições sociais. Metamorfoseadas em “desigualdades sociais particularizadas e fundamentadas, sob condições objetivas oferecidas pelo capitalismo (a apropriação privada da produção social), possibilitam a materialização de diferentes formas de violência” (SILVA, 2008, p.270). Assim, a qual se compreende como expressões de violência enraizadas na estrutura social.

Nesse contexto, em análise dos dados informados no Atlas da Violência, pressupõe-se que os níveis de organização de saúde estão intimamente ligados aos processos que precederam violações de direitos e expressos em distintas formas de desigualdades sociais.

É com base nessas evidências que esta pesquisa pretendeu problematizar a dimensão e a transversalidade da violência no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da AB, revelando a priori, como os “*Laços*”, dispositivos e estratégias individuais e coletivas, articuladas em rede, operacionalizam possibilidades de enfrentamento das situações de violência. Metaforicamente, compreende-se como “*Nós*”, presentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), as contradições tanto na política de saúde como nas condições e concepções de trabalho e também nas expressões da violência.

Assim este conjunto de contradições no decorrer do presente trabalho, protagonizaram as falas e o fazer dos trabalhadores frente às formas possíveis de resistência às violações cotidianas. Isto é, assim como estes, os “Nós” num primeiro contato se mostram como limitadores e/ou barreiras no acesso as construções coletivas, longitudinais, também ratificam as contradições do complexo das relações sociais na sociedade capitalista.

O lócus de investigação desta pesquisa encontra-se na região sul, em Porto Alegre, um território com histórico de militância dos mecanismos de fiscalização e controle das ações em saúde, por meio das plenárias do Orçamento Participativo (OP)<sup>1</sup>. O panorama atual da capital tem se aproximado exponencialmente dos índices de ocorrência de violência em comparação às grandes metrópoles (IPEA, 2019). Hoje, a capital dos gaúchos ocupa o oitavo lugar no ranking nacional das capitais mais violentas, fazendo-se necessário um olhar crítico para esta realidade.

Como finalidade deste estudo, aspira-se contribuir com reflexões e discussões que fortaleçam os laços nos modos de produção de cuidado em saúde na RAS, tendo em vista fortalecer as ações e serviços do Sistema Único de Saúde, na instância de nível municipal.

O projeto de pesquisa “Mais Laços e Menos Nós: A Teia da Rede de Atenção à Saúde no Enfrentamento da Violência” tem como objetivo conhecer e analisar como os trabalhadores da rede municipal de saúde de Porto Alegre têm enfrentando a violência no cotidiano do trabalho. Além disso, busca identificar as atribuições e responsabilidades da rede de saúde no atendimento às situações de violência, bem como quais os recursos disparados para o cuidado dos trabalhadores, especificamente na Atenção Primária/Básica de Porto Alegre. Ademais, se propõe a identificar e analisar como se dá a organização da Política Municipal de Saúde na relação e articulação com outras políticas e programas que promovem ações intersetoriais para o enfrentamento das violências e analisar como se dão os encaminhamentos e o percurso de situações de violências e, qual é a compreensão dos trabalhadores e gestores quanto aos protocolos e instrumentos de notificação de violência acionados em casos de suspeita ou confirmação de situações de violências.

Trata-se de uma pesquisa em ciências humanas e sociais que utiliza questões norteadoras para auxiliar nas respostas do objetivo central, como também nas indagações provocadas pelos objetivos específicos, tais como: como está organizada a rede da Atenção Básica de Por-

---

<sup>1</sup> Orçamento Participativo (OP) foi implantado em 1989. O Ciclo do OP se caracteriza por três grandes momentos prioritários: as reuniões preparatórias, a Rodada Única de Assembleias Regionais e Temáticas e a Assembleia Municipal. Se importante instrumento de participação popular, o OP é referência para o mundo. Conforme a ONU, a experiência é uma das 40 melhores práticas de gestão pública urbana no mundo. O Banco Mundial reconhece o processo de participação popular de Porto Alegre como um exemplo bem-sucedido de ação comum entre Governo e sociedade civil.

to Alegre para enfrentamento das situações de violência presente nos territórios?; qual o percurso e acolhimento na RAS às situações de violência e as demandas que dela surgem?; qual a compreensão e utilização pelos trabalhadores e gestores da rede de saúde dos instrumentos de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada e quais protocolos existentes na Atenção Básica no enfrentamento da violência?; como os processos de violência são abordados quanto ao acesso à saúde e como está organizada a atenção em saúde nos territórios adscritos da Atenção Básica?; quais as atribuições e responsabilidades dos profissionais da rede de saúde no atendimento às situações de violência e quais dispositivos encontrados na política para amparo deste trabalhador?

Portanto, foi desenvolvida uma pesquisa de direcionamento social num “processo que utiliza a metodologia científica por meio da qual se podem obter novos conhecimentos no campo da realidade social” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 18). A proposta é trazer à discussão as contradições presentes no modo relacional específico das relações na sociedade capitalista e os modos geradores de desigualdades e resistência expressos nos processos organizativos sociais, em especial na rede de saúde de Porto Alegre.

Assim, tem como fundamento e se desenvolve à “Luz” do Método Dialético Crítico, o qual melhor se aproxima e decifra a realidade em constante interação, enquanto concepção de mundo.

A perspectiva dialética consiste, antes de tudo, em ver a vida como movimento permanente, como processo e provisoriedade, o que precisa ser contemplado na análise das formas e fenômenos sociais, de modo a superar uma visão estagnada de estados na medida em que se reconhece o movimento, o devir, que será novamente negado para que o próprio movimento siga seu curso (MENDES; PRATES, 2007 apud PRATES, 2012, p. 118).

Isto é, uma diretriz que pressupõe a transformação por meio da conexão dos fatos, os quais ao mesmo tempo são produtos e produtores de “uma realidade objetiva fora da consciência, produto resultado da evolução do material” (TRIVIÑOS, 2007, p. 73). Este estudo define-se por uma abordagem qualitativa na qual alguns dados quantitativos serão explicitados, em quadros e tabelas. Assim, temos como instrumentos e técnicas de pesquisa a entrevista estruturada em que

o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas aos indivíduos são predeterminadas. [...] O motivo da padronização é obter, dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas, permitindo “que todas elas sejam comparadas com mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 94 apud LODI, 1974, p.16).

Foi utilizada a técnica de entrevista com objetivos, roteiros e formulário estruturado previamente determinado, que constava perguntas abertas e fechadas, a fim de compor uma padronização que facilitasse a análise sem perder o fio condutor. O intuito foi identificar e compreender as assimetrias/simetrias entre os trabalhadores e gestores da rede de atenção à saúde quanto aos efeitos da violência no território profissional.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de 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 [...] e, aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2002, p. 21).

Realizou-se a técnica de Grupo Focal, combinada com a técnica de entrevistas individuais a fim de compreender a transversalidade do processo de violência no cotidiano e nos modos de produção de cuidado, bem como as percepções destes trabalhadores.

[...] Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizada também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (TRAD, 2009, p.780).

Para o tratamento e análise dos dados quantitativos, estes foram tabulados e, então, apresentados em quadros e tabelas. Já em relação aos dados qualitativos, como forma de evidenciar e detalhar a relação entre a investigação e os demais fatores, investiu-se na metodologia de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016). Ou seja, um método que compõe

[...] um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 48).

Esse método de análise de conteúdo possui três fases: “[...] pré- análise, exploração do material e tratamento dos dados”. (BARDIN, 2016, p.126)

A amostra da pesquisa corresponde a 06 Trabalhadores do Universo da Rede Municipal de Saúde, destacadas em 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes a distintas Gerenciais Distritais (GD), das quais foram eleitos 2 trabalhadores de cada GD, sendo e-

las: GD Centro, GD Partenon e Lomba do Pinheiro (PLP) e GD Glória, Cruzeiro e Cristal (GCC). Além destes, um grupo focal composto por 03 gestores foi eleito entre as 08 (oito) Gerências Distritais da Política Municipal de Saúde. Com isso, totalizamos 09 (nove) o número de participantes desta pesquisa. Além destes critérios, foram estabelecidos, também, critérios de inclusão e exclusão. Em se tratar do critério de inclusão, foram admitidos profissionais de saúde da rede municipal de Porto Alegre, efetivos no cargo e/ou função ou empregados públicos há mais de 5 (cinco) anos, sejam eles trabalhadores ou gestores. Já em relação ao critério de exclusão, foram excluídos do estudo, aqueles trabalhadores que apresentassem menos de 5 (cinco) anos de exercício na rede municipal de saúde.

Considerando os aspectos éticos, um pressuposto imprescindível para realização de pesquisa em ciências humanas, este trabalho tem como diretriz a Resolução nº. 510/2016 do Ministério da Saúde (MS). Esta resolução dispõe sobre normas e procedimentos metodológicos aplicáveis em pesquisas integrando seres humanos. Dentre estes, o destaque é para a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa como um documento que resguarda tanto os participantes como o pesquisador, pelo fato de formalizar a prestação de esclarecimentos em relação às etapas da pesquisa, bem como assegura ao entrevistado o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento sem que lhe acarrete qualquer prejuízo.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) seguindo o percurso de submissão e aprovação no Sistema de Pesquisa da PUCRS (SIPESQ) e no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS, criado em 1990 sob as normas e diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. Este último legitima a existência do referido CEP como órgão que zela pelos padrões éticos dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Assim, após a apreciação nessas instâncias e registrado na Plataforma Brasil sob número CAAE 04644818.9.0000.5336, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP-SMSPA) para autorização do estudo na Coordenadoria Geral de Atenção Primária.

O segundo capítulo contempla a discussão acerca do território, situando o território do qual fez parte esta pesquisa, explorando as características geográficas e as simbólicas que conforma esse espaço de produção de sentidos.

O terceiro capítulo aborda a conceituação de violência, suas tipologias e seus modos relacionais inseridos no contexto da saúde que afetam o cotidiano dos trabalhadores e, assim, demarcam os territórios.

O quarto capítulo, contextualiza as transformações societárias como produtoras primeiras dos processos de fragmentação e exclusão da violência e como ela se expressa no universo do trabalho. Já o quinto capítulo compõe a discussão sobre a construção histórica de saúde pública, as contradições da materialização da política de saúde, especificamente no recorte do trabalho, a área de Atenção Primária em Saúde. Assim, é problematizado o modelo da saúde, bem como as atribuições e condições para realização do trabalho em saúde. Em última seção de discussões, faz-se uma retomada dos objetivos propostos nesta pesquisa com as impressões problematizadas através das análises dos dados coletados, respondendo as questões que se propôs a alcançar. Por fim, apresentam-se as conclusões que refletem o fechamento do presente estudo.

No decorrer dos capítulos, a pesquisa observa que os múltiplos efeitos da violência podem ser percebidos nas relações sociais e, assim, torna-se cada vez mais difícil compreendê-los num único conceito dada a abrangência das suas formas de manifestação. Deste modo, podemos pensar conforme Misse (2016), ao afirmar que a violência ultrapassa os muros conceituais, traduzindo-se enquanto uma categoria. Para Lima, a violência se traduz como *linguagem* e como uma das *características societárias do país* (2019, p.54), um modo de comunicação prioritário da sociedade capitalista, tendo na violência estrutural, a expressão mais presente nos dias atuais. Esta produz rebatimentos nas populações e territórios, nos quais há um vazio assistencial, desassistido pelo poder do Estado expresso por desigualdades e pobreza.

São evidenciadas nestes cenários ações efêmeras, descontinuadas, as quais não trazem desacomodações e tensionamento às raízes históricas das demandas apresentadas. Os aspectos percebidos neste estudo quanto à extensão do alcance assistencial das políticas no território, mostraram as fragilidades de um sistema de proteção diante do cenário de fragmentação frente à complexidade dos impactos da violência.

## 2 TERRITÓRIO

O território mostra a complexidade envolvida nas relações que o conformam, pois para além da questão funcional, estão contidas e emaranhadas neste espaço, as relações hegemônicas e simbólicas de afeto, resistência e formação de culturas que promovem as cidades e, são traduzidas por um conjunto de territórios. “Compreendê-las é um exercício de linguagem intenso e aprofundado, pois implica construir diferentes narrativas para um mesmo território” (LIMA, 2019, p. 53-54). Interpretar as narrativas dos territórios para além do efêmero e implicado nas particularidades, permite um descortinar do aparente das relações que emergem no dia a dia e se traduzem por relações de poder.

As relações de poder emaranhadas nos territórios, segundo Haesbaert, em qualquer concepção:

Tem a ver com poder, mas não apenas com o tradicional poder político. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação. Lefebvre distingue apropriação de dominação (“possessão”, “propriedade”), o primeiro sendo um processo muito mais simbólico, carregado das marcas do vivido, do valor de uso, o segundo mais objetivo, funcional e vinculado ao valor de troca. (2014, p.57)

Assim pôde-se identificar na fala e descrições dos trabalhadores e gestores, aspectos simbólicos de pertencimento, principalmente históricos, que fazem com que os territórios se inter-relacionem por meio de histórias de vidas compartilhadas, como também pelas necessidades comuns entre os moradores, compondo, de certa forma, continências simbólicas de proteção. O processo de contenção territorial, ao mesmo passo que traz uma sensação de proteção e cria relações mútuas de afinidades, também segrega, criando em determinados espaços, guetos limitadores, os quais obstaculizam a entrada de um novo em razão do espectro das relações de poder pré-estabelecidas e, assim, ratificam específicos modos de proteção e política local.

As regras, ao longo de gerações, são naturalmente reproduzidas no cotidiano por aqueles em que lá constroem vidas e famílias sem a criticidade na problematização do caráter paradoxal. Não por acaso, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado integram os pressupostos e a diretriz de cuidado da AB. O território é tecido para Atenção Básica, como veremos adiante nas discussões do Modelo de Atenção em Saúde, a primeira linha da rede e, portanto, um local privilegiado de intervenções. “A luta por território, no nosso caso, é sempre uma luta, ao mesmo tempo, pela sobrevivência material e pela efetiva expressão de nossos espaços

vividios” (Haesbaert, 2015, p.92). E, neste espaço de pertencimento e contradições, é possível apreender na sua dinâmica viva as intersecções relacionadas aos processos anteriores de violações de direitos, caracterizando-se como o cerne de uma realidade complexa não linear, de raízes estruturais.

Nas histórias narradas pelos sujeitos, a concepção de proteção foi unânime, mesmo tendo em vista a complexidade espacial e as situações de violências. Ainda assim, o que mais se fez destaque é a conformação de um espaço vivo, do território relacionado como lugar de cuidado. As raízes históricas que contam como um dia se desenharam alguns territórios, sustentam as heranças que influenciam a definição e direcionamento das ações e dos serviços. Vê-se a longevidade dos projetos constituídos a partir das necessidades coletivas, em plena operacionalização, elencadas com exemplos e conquistas, viabilizados pela participação comunitária.

As relações de poder entre os líderes comunitários, pessoas eleitas pela própria comunidade dentre os seus moradores, fidelizam um espaço privilegiado de decisão que ainda resiste e se faz presente nas articulações com o poder público na construção de diretrizes locais. As análises mostram que a representatividade atribuída às lideranças comunitárias, seja pela questão legal ou do protagonismo desses sujeitos no território, possuem papéis fundamentais nas decisões da política de saúde, se materializando como porta-vozes do desejo coletivo nos territórios.

Ainda que o contexto contemporâneo carregue como signo o desmonte pelo desincentivo de recurso, o território é vivo e busca pela sobrevivência diária, através das teias de representatividade e participação popular, nos espaços de decisão de poder, a exemplo dos Conselhos. Nestes, é possível perceber uma gestão democrática com a finalidade de garantir acesso ao exercício de cidadania de seus moradores, resistindo as ofensivas estatais neoliberais de desmonte.

As contenções ou barreiras, marcas de alguns territórios, também podem estar associadas ao vazio consentido pelo poder do Estado na sua forma de atuação neoliberal, gestado pelas ausências, bem como a “tolerância” da movimentação dominante do poder paralelo do tráfico dentro das comunidades. Este ocupa, contraditoriamente, espaços de atuação do poder público, principalmente na constituição de espaços de lazer, na “segurança” dos moradores por determinação do poder paralelo, ao mais crítico, como na ação de determinados incentivos e recursos aos moradores. O poder de polícia ainda é a política pública mais efetiva nos territórios em situações de vulnerabilidade. É a segurança pública no seu modo mais radicalizado, negligenciando a importância de outras articulações políticas, sociais e públicas.

É preciso, mais que tudo, entender segurança pública com a complexidade que o tema exige, como resultado das ações anteriores: dos investimentos em educação, assistência social, moradia, emprego e renda, assim como entender o papel das forças de segurança como fundamentais na prevenção, com a constituição de elos com as comunidades. Políticas públicas de segurança se fazem com informação pública e uma perspectiva multidimensional. (MELCHIONNA et al., 2015, p.09)

As relações desiguais e a constituição de territórios vulneráveis figuram como discussões persistentes e reiteradas. Estereotipadas nos noticiários, não são submetidas à devida problematização da essência dessas relações ainda existentes nos grandes aglomeramentos de favelas do país, moralizando e reduzindo-as para o campo das punições.

A exemplo das favelas e das “comunidades” do Rio de Janeiro, caricaturadas na tele-dramaturgia, o seu conceito de “comum”, além da nomenclatura, carrega a semelhança da expressiva radicalização da pobreza, também percebido no “vazio assistencial”, vazio da rede assistência local e nos serviços públicos dispostos de modo precarizados. O mesmo ocorre nas vilas de Porto Alegre, locais semelhante as favelas do RJ, nomeclarurados de vilas os bairros periféricos da capital, onde as relações de poder ilícitas dominam o controle dos territórios de vilas e morros. Alguns trabalhadores destacaram a proteção do tráfico aos trabalhadores de territórios em situação de vulnerabilidade, outros revelaram uma relação imposta como condição de manutenção dos postos de trabalho traduzida, por exemplo, num pacto constrangedor de silenciamento, como bem distinguiu Lefevbre (1986) em relação às relações distintas de dominação e apropriação.

O território se configura assim, por relações vivas e contraditórias, Milton Santos (2006), de forma ainda mais precisa, nos brinda de uma forma singular com o seu conceito de território como um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá” (SANTOS, 2006, p. 63). É um espaço que se materializa como lugar de proteção e cuidado, como supracitado, o qual é também o mesmo lugar que expõe às ameaças e riscos, descortinado na pesquisa, constituído por múltiplas relações. Ligações solidárias, de empatia, de cumplicidade e de articulações diárias.

A materialização simbólica, a partir da análise narrada por um trabalhador, morador do território, como um conjunto *Contraditório*, foi percebida no seguinte trecho.

Se vier aqui alguém da polícia e começar a conversar com a gente, a gente já não pode ficar ali na rua, senão na cabeça deles a gente está falando deles. Eles não têm noção disso. Então a gente acaba ficando mais para cá. A gente até fala, mas não fala o que não pode (TRABALHADOR B).

A impossibilidade de conversar com agentes de polícia e, até mesmo, o medo de estar próximos a eles no território, por temerem ser identificados, na comunidade, de informantes, é tão crítico como as divisões informais no espaço definido através das fronteiras de circulações delimitadas pelo tráfico, inclusive para o uso dos serviços, o acesso e a circulação das pessoas é segregado, dada as rivalidades das facções nestes territórios.

As análises trazem a lume algumas das contradições, percebidas nesse processo que se entrelaçam entre as possibilidades de enfrentamento e resistências. Estas são possíveis dadas as expressões de violência e a inconformidade da forma de presença do Estado nos territórios vulneráveis, expressas no “modus operandi” das políticas sociais públicas ofertadas.

Ao mesmo tempo, o território é um espaço complexo, de conflitualidades que nele se tecem e se alimentam por relações e laços solidários, conforme destacado pelo trabalhador.

Mas a gente tem o aparato do movimento. Eles até dizem para pessoal não mexer com o “postinho”. Quando mexem chamam no “apito” o pessoal e chamam de “canto” para não fazerem isto. Dão uma proteção para nós. (TRABALHADOR B).

A sensação de proteção pode ser expressa nos momentos em que a comunidade avisa e protege os trabalhadores nas situações de violência, na organização e reconhecimento do poder local. Como exemplo, há valorização dos serviços de saúde nos territórios, por meio da constituição de redes solidárias, redes intersetoriais para a decisão de melhoria dos serviços, entre outras. Neste contexto, segundo Lefebvre (1986), o território é o espaço do vivido, do relacional, o qual carrega consigo simbolismos e história que constituem os sujeitos que neles vivem.

*O uso reaparece em acentuado conflito com a troca no espaço, pois ele implica “apropriação” e não “propriedade”. Ora, a própria apropriação tempo e tempos, um ritmo ou ritmos, símbolos e uma prática. Tanto mais o espaço é funcionalizado, tanto mais ele é dominado pelos “agentes” que o manipulam tornando-o unifuncional, menos ele se presta à apropriação. Por quê? Porque ele se coloca fora do tempo vivido, aquele dos usuários, tempo diverso e complexo (HAESBAERT 2014, p 57 apud LEFEBVRE, 1986, p.411-412, destaque do autor).*

Os fragmentos acima expressam, de modo mais complexo, que há o reconhecimento da importância das relações solidárias na comunidade. O entendimento dos autores, reitera que o território é múltiplo, carregado de sentidos, histórias e das relações que nele se correlacionam para além de meramente um espaço admitido na lógica capitalista hegemônica. O

complexo lugar do dia a dia, reúne partes de um todo que, ao mesmo passo que acolhe, exclui e segrega. Essencialmente contraditório, suscitando ações seletivas, individualizadas, para questões de natureza coletiva. Assim, também marcam nos sujeitos o sentimento de pertencimento aos movimentos de territorialização pelos pares.

## 2.1 PORTO ALEGRE: UM TERRITÓRIO

A cidade de Porto Alegre tem como data oficial de fundação 26 de março de 1772, mas o início de povoamento da cidade se deu em 1752. A expansão e povoamento da cidade iniciou em 1824, período em que se recebeu imigrantes vindos de diversos países, como os povos italianos, espanhóis, africanos, poloneses, judeus e libaneses, o que desenha hoje um mosaico cultural na nossa capital, composto por diferentes etnias, religiões, culturas e idiomas. Atualmente, segundo estimativa do IBGE (2019), o tamanho populacional é de 1.483.771 habitantes. A Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), no portal histórico da cidade, destaca que a capital do Rio Grande do Sul é também nomeada como “a capital dos Pampas” dada a vasta região de fauna e flora formada por extensas planícies que dominam a paisagem do Sul do Brasil (PMPA, 2019).

A área de Porto Alegre, segundo dados do portal da PMPA, é de 496,684km<sup>2</sup>, formada por pequenos morros de cume arredondados que dominam a paisagem da capital. Outra parte do território da capital, cerca de 44km<sup>2</sup>, estão distribuídos em 16 ilhas do Lago Guaíba sob jurisdição do município.

A partir de 1957 ocorreram as subdivisões do território da capital por bairros, conformando hoje a marca de 81 bairros oficiais e demais sem denominação oficial conforme registro da PMPA. Os bairros estão deslocados em quatro zonas territoriais, como a zona sul com a concentração maior de bairros, seguida pela zona norte, o segundo maior território de concentração de bairros, zona Central e, por último, a zona leste.

O primeiro bairro a ser criado foi o Medianeira, em 1957. Outros 57 bairros surgiram por força da Lei nº 2022 de 7 de dezembro de 1959. Entre 1963 e 1998 foram criados diversos outros e alguns dos primeiros tiveram limites retificados. Os últimos a serem criados foram o bairro Jardim Isabel, em 2009, enquanto os bairros Chapéu do Sol e Campo Novo, foram criados ainda mais recentemente, ambos em 2011. Os bairros mais populosos são o Rubem Berta (87,367 mil habitantes), Sarandi (59,707 mil habitantes), Restinga (51,569 mil habitantes) e Lomba do Pinheiro (51,415 mil habitantes). Em relação à área ocupada, o mais extenso é o Arquipelago, com 4.718 hectares e, o menor, bairro Bom Fim, com 38 hectares. Ainda existem algumas áreas sem denominação oficial, descritas como Zona Indefinida e que são co-

nhecidas por nomes atribuídos popularmente, como é caso do Morro Santana, Passo das Pedras e Aberta dos Morros.

Esta pesquisa tomou como recorte, regiões distintas da capital, as quais apresentam diferentes características locais e de acesso aos serviços. Optou-se pela escolha de duas Gerências Distritais (GD) presentes em território popularmente mais vulnerável, localizadas na zona leste e sul, e outra gerência localizada na região central em que, teoricamente, apresenta-se menor atravessamento de situações de violência nos serviços de saúde de atenção básica do município. Contudo, no decorrer da pesquisa, através das falas dos sujeitos e descrição dos movimentos nos territórios, percebemos que os impactos da violência são além-fronteiras, afetando os territórios da capital indistintamente. O que se pode perceber são articulações e acesso aos serviços mais efetivos na região central, um pouco mais definida e autônoma em comparação aos serviços e articulações nos territórios que ficam mais à margem.

O município de Porto Alegre conta com uma população de aproximadamente 1,5 milhão de habitantes (IBGE, 2019). O Estado do Rio Grande do Sul conta com trinta regiões de saúde, as quais compõem o mapa de organização e distribuição de serviços saúde, seguindo a diretriz de organização da saúde conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Trataremos desta temática sob a luz do Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Esta dispõe acerca da organização do SUS, da assistência à saúde nas três esferas de governo, além da articulação interfederativa que compõe as comissões intergestores, assim como também define o planejamento das ações em saúde com rol exemplificativo sobre como deve ocorrer a promoção das ações de saúde (BRASIL, 2011). Esse Decreto, de modo taxativo, delimita as regiões de saúde para o SUS, traduzindo-as como:

O espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011, s/p).

As Regiões de Saúde são instituídas pelo Estado em articulação com os municípios e, em sua caracterização, devem apresentar minimamente alguns grupos de serviços como Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011). São denominadas como “região sanitária” para fins de organização do Sistema Único de Saúde e referência para transferência de recurso pelo Ministério da Saúde.

Partimos do entendimento que o direito à saúde é construído em “*teias*” pela via da promoção do exercício de cidadania, interligando setores, mobilizando ações em saúde e a educação permanente. A pesquisa possibilitou aproximar-se das discussões realizadas pela RAS no fortalecimento das políticas, frente ao enfrentamento da violência em tempos de fragmentações, retrocessos e flexibilização de direitos históricos conquistados.

A cidade de Porto Alegre integra o território de abrangência da segunda Coordenadoria Regional de Saúde conforme a Secretaria Estadual de Saúde e a 10ª Região de Saúde, responsável pela gestão de todos os serviços de saúde que compreende seu território. De acordo com o último relatório municipal de saúde, o município conta com 143 Unidades de Saúde, subdivididas em 8 (oito) núcleos administrativos denominados de Gerências Distritais (GD).

As Gerências são estruturas responsáveis, entre outros, pelas Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde, sob a coordenadoria de Atenção Primária em Saúde, distribuídas em 17 Distritos Sanitários (DS). A organização por Distritos Sanitários tem por finalidade orientar a tipologia de serviços a serem ofertados para cada território do Distrito Sanitário, considerando as necessidades regionais.

O território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898).

Assim, o município conta com uma organização administrativa para as práticas e operacionalização das estratégias em Atenção Primária em Gerências, as quais compõem os seguintes distritos: Centro, Centro-Sul, Cristal, Cruzeiro, Eixo Baltazar, Glória, Humaitá/Navegantes, Ilhas, Leste, Lomba do Pinheiro, Norte, Nordeste, Partenon, Restinga e Extremo-Sul e Sul. O perfil de cada distrito denota especificamente as necessidades demográficas e populacionais das regiões de saúde.

## 2.2 ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Segundo dados dos Planos Municipais de Saúde de 2014 a 2021, o modelo de atenção assistencial primário de Porto Alegre é ofertado por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Algumas são pertencentes a um mesmo território, os quais compõem os principais serviços em rede de Atenção Primária. Atualmente, além de outros serviços, a organização do Município conta com 55 UBS e 88 USF (PMPA, 2019, s/p).

As UBS operam na lógica de assistência por especialidades que incluem clínica geral, pediatria, ginecologia, enfermagem, serviço social, odontologia, nutrição, serviço administrativo, entre outros (PMS, 2013, p. 148).

Já a Estratégia de Saúde da Família (ESF), percebida com a reorientação do modelo assistencial definido pelo Ministério da Saúde (MS), é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012, p.55).

Esta lógica investe no modo assistencial mais amplo de atenção à saúde, com modos diferenciados de intervenção junto ao usuário, a família e a comunidade, concebendo o território como base fundamental das suas ações.

Desde 2011, pouco mais da metade da rede básica de saúde de Porto Alegre era gerida pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública que atua no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, consoante aos princípios e diretrizes do SUS, sendo coordenada diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde. A criação do IMESF foi idealizada pelo poder executivo Municipal de Porto Alegre, para gestar e qualificação as Equipes de Saúde da Família, e assim, ampliar o acesso aos serviços de Atenção Básica, conforme a lei municipal nº. 11.062 de abril de 2011, que legitima a operacionalização das ações em serviços de saúde em nível de atenção básica. Nesse contexto,

sob a forma de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, e deverá, também, desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica que favoreçam a melhoria e o aperfeiçoamento dessa Estratégia, revertendo em benefício da qualidade assistencial oferecida a população. (PMPA, 2011).

O Instituto tinha como responsabilidade a prestação de serviço público a 77 dos 140 postos de saúde do município. Acerca dos processos díspares existentes nas políticas públicas, em agosto de 2019, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), mais de 88 mil pessoas foram afetadas com a decisão de extinção do Instituto. Com isso, além das demissões em massa de aproximadamente 1.840 trabalhadores nas diversas áreas, tais como médicos, enfermeiros e agentes comunitários, entre outros, um expressivo quantitativo de 88 mil pessoas ficaram desassistidas. Esta decisão que já se temia desde 2011, quando da criação inconstitucional do IMESF, se materializou na ação judicial movida pelo sindicato de saúde do município que impetrou a demanda

judicial, alegando irregularidades na composição desta criação, entendendo que a criação fere a lei suprema, com a concessão de personalidade jurídica de direito privado prestar serviço essencialmente público. Legalmente a participação de instituições privadas, deveria existir apenas de forma complementar na prestação de serviço. Segundo a Constituição Federativa, no Artigo 197, “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

As disputas judiciais se polarizaram em razão do entendimento de que a prestação de serviço de saúde é prerrogativa exclusiva do Município, contrapondo a decisão de gestão outorgada ao IMESF, que concedia de forma integral a participação de uma entidade de direito privado do sistema de saúde de forma exclusiva e não complementar, violando as normas constitucionais. Uma lógica perversa, já identificada pelo poder executivo há pelo menos (08) oito anos, contudo nada foi articulado efetivamente.

Destaca-se um dos propósitos que se almeja alcançar com as discussões desta pesquisa, o de problematizar e pensar em contribuições para construção de política permanentes, que independam de programa de governo e, que de fato, se consolidem em políticas de Nação, que tenham continuidade e se sustentem na responsabilidade de um projeto Estatal.

Para assegurar a sustentabilidade do SUS se faz necessário prosseguir com a reforma do Estado e do modelo de gestão objetivando corrigir diversos obstáculos estruturais e funcionais. Um destes desafios é encontrar um desenho organizacional que, ao mesmo tempo, que permaneça dentro da racionalidade da coisa pública (centrado nas necessidades de saúde), consiga operar com importante autonomia em relação ao mercado, ao poder executivo e aos partidos políticos. Em linhas gerais, seria importante reorganizar o SUS reforçando seu caráter de sistema nacional (não apenas federal, mas tripartite), assegurando que o SUS tenha estabilidade mesmo com a rotatividade de governantes inerente aos sistemas democráticos (Campos, 2018, p.1711).

É a classe que vive do trabalho que vê no dia a dia a sua condição de dignidade e sociabilidade subsumida com esta lógica, afetada enquanto se arrastam as longas barganhas judiciais. Esta é a forma de racionalidade presentes nas ações da política Neoliberal que enfraquecem as políticas sociais públicas justificando a necessidade do surgimento das privatizações como única resposta às “crises” do sistema público. Nos deparamos com fraturas ainda maiores, não obstante nas falhas coberturas no setor da saúde e a precarização também no cotidiano dos profissionais que resistem atuando na saúde, acreditando no SUS.

Assim, o território de Porto Alegre vem sendo composto por atravessamentos e intersecções, produto e produtor do cenário global da lógica neoliberal. No recorte ao cenário das políticas sociais públicas, depara-se com políticas de governo estatizantes, privatizadoras e seletivas, além

da mudança do perfil populacional, atingindo o patamar de uma das capitais com expressivo aumento do número de homicídios, conforme destacado no Mapa da Violência (2019).

Configuram-se como importantes fenômenos que não podem deixar de ser considerados nesta equação para que possamos perceber a engrenagem deste sistema, conectando o acontecimento dos fatos isolados enquanto projeto que faz parte da política neoliberal. Um modo de operar nas ações ou nas faltas destas, nesses territórios em vulnerabilidade, os quais penetram incisivamente nas condições de vida e trabalho. “Porto Alegre faz parte do arranjo global que constitui uma “ordem urbana produzida pelo mercado” e, que está, em seu interior, produz inúmeras intersecções de problemas relacionados à desigualdade social” (Melchionna, 2015, p. 46).

No campo da saúde havia o legado deixando pelas mobilizações do OP, um movimento que legitimou a participação e gestão comunitária nos espaços de decisão em prol de melhorias coletivas. Atualmente, o que se evidencia são movimentos sociais enfraquecidos, não reconhecidos pelo poder público, desmobilização das categorias representativas dos trabalhadores, estranhamento entre a própria classe trabalhadora frente às inúmeras ofensivas. Não obstante, seguem de modo crescente as desiguais formas de contratação e condições de trabalho, altas taxas de desemprego que condicionam os trabalhadores a modalidades de subempregos, além dos processos de desmonte e demissões em massa, semelhante ao que ocorreu no IMESF.

### 3. VIOLÊNCIA

Ao intitular este estudo com elementos simbolicamente nomeados de *Laços* e *Nós* presentes na equação do cuidado em saúde, manejados no cotidiano pela rede de cuidado, pelos trabalhadores, usuários e gestores, “autorizados” nas políticas públicas nos territórios transversalizados por eventos de violência, busca-se problematizar através das falas e percepções, os laços denotados nas ações solidárias, de reconhecimento de pares nas relações sociais. Relações estas de concentração de poder, violência e ausências.

O aporte da teoria social crítica ilumina e fundamenta o entendimento dos fenômenos sociais e também dos “Nós”. Estes, a priori, se parecem com obstáculos nas relações entre as políticas sociais públicas nos territórios atravessados por cotidianas violações, ao mesmo tempo e contraditoriamente que aparecem como elos continentes de proteção. Por vezes, descritos nas formas encontradas pelos trabalhadores da saúde, frente às formas de presentificação do Estado nos territórios. Também podem ser percebidos na escassez de como está sendo ofertada a assistência das políticas públicas, expressas inegavelmente nas condições de trabalho, nas formas de subsistir a violência e nas estratégias encontradas para não adoecer. Ou seja, os “Nós”, ao mesmo tempo em que contêm, reservam e protegem.

Nesta pesquisa, os acontecimentos de violência nos níveis micro e macro denotam conjunturas presentes em processos de violações, descortinando processos históricos, contraditórios e coisificados no cotidiano. E esta é a crítica que se pretende refletir, “no plano da realidade, no plano histórico, sob a forma da trama de relações contraditórias, conflitantes, de leis de construção, desenvolvimento e formação dos fatos” (FRIGOTTO, 2004, p. 75).

Observa-se que, antes da evidência de fatos violentos concretos, há processos que ratificam as violações de direitos com o aval da ordem social estabelecida. A discussão aqui construída não pretende justificar e banalizar a evidência de manifestações de violências, mas trazer a tônica uma leitura crítica da realidade. E, por se tratar de um tema complexo e de conceito polissêmico, o qual percorre diversos núcleos e áreas de conhecimento, convocamos nessa pesquisa diálogos de diferentes autores a fim de problematizar a violência e suas formas múltiplas de manifestações, desencadeadas em processos singulares de violações.

#### 3.1 A GÊNESE DOS PROCESSOS DE VIOLAÇÕES

O ser humano, diferentemente dos animais irracionais, historicamente estabeleceu o uso do poder em forma de violência, como elemento de coerção e afirmação social. No passado, o filósofo Thomas Hobbes interpretou a violência na sua obra *O Leviatã* (1651), onde cri-

ticou a necessidade de um Estado de leis, como forma de reprimir esse instinto natural humano que reagia de forma agressiva diante da necessidade de subsistência e dominação. Há uma discordância diferente do filósofo a respeito de que a agressividade, descrita pelo instinto humano, não pode ser contabilizada como violência, por partir do entendimento de que a violência é parte de uma construção histórica social.

O animal irracional, como bem foi citado, difere-se do humano por usar a agressividade como forma de sobrevivência para alimentação, defesa de seu território, defesa da espécie/espécie, entre outras. Já o homem, um animal racional, diferencia-se pela capacidade teleológica, ou seja, a capacidade de pensar e refletir antes de realizar as ações.

A formação das relações sociais, conduziu para que o homem utilizasse do mecanismo de violência para além das questões de sobrevivência, preservação da vida e manutenção da espécie, como também no uso desta como forma de castigo passional, divertimento, afirmação, entre outras. Contudo, notamos uma dissonância entre o sentido de agressividade e violência, sendo esta segunda, produto do meio e das relações sociais.

Na Bíblia (2012), a exemplo, tem-se registro de algumas das primeiras formas de violência, as quais além de operar pela função de manutenção da espécie, com a evolução, tiveram um sentido passional pela imposição dos dogmas religiosos. Assim, a violência apresenta-se como chancela para validar uma crença. E, como forma de divertimento, a exemplo o Circo de Romano<sup>2</sup>, a violência mostrou-se também presente enquanto um elemento no divertimento das massas. Da mesma maneira, no processo de escravidão como forma de dominação, subjugação e exploração.

Acrescentado a estas, destaca-se a reflexão de Misse, acerca da violência,

---

<sup>2</sup> O circo romano está em um vale, habilitado em uma pista de areia e as ladeiras das colinas servia de arquibancada para os espectadores. Um dos espetáculos era a corrida de cavalos puxados por carros e conduzidos por uma pessoa que levava as rédeas dos cavalos em uma mão e um chicote na outra. As brigas entre os animais selvagens eram igualmente populares, para que os animais se tornassem mais agressivos, estimulados com picadas e até com fogo. Os combates entre gladiadores era o espetáculo mais valorizado pelo povo. Em sua maioria, os combatentes eram prisioneiros de guerra que haviam sido treinados com todo tipo de técnica para matar. Apesar da sua condição de escravo, o gladiador recebia um bom salário e tinha grande prestígio social. Os combatentes morriam na maioria das vezes e as lutas eram realizadas de diversas maneiras: em pares, em grupos ou pela simulação de dois pequenos exércitos. Fonte: <https://conceitos.com/circo-romano/>

Quando usamos a palavra “violência”, é o sentido da agressão física o que primeiro nos vem à cabeça, especialmente o de uma ação unilateral que envolve a possibilidade ou a ameaça de resultar em ferimentos ou em morte. Não parece haver dúvidas quanto à ligação semântica entre violência e agressão (física ou moral), e esse é o sentido que parece ser amplamente consensual e evidente. Mas, para a sociologia, que nasceu discutindo os determinantes sociais dos conflitos, dos crimes e da guerra, a questão sempre foi como isolar do conceito os determinantes sociais da interação agressiva ou que produz efeitos opressivos. Como separar, por exemplo, a dominação de classe ou a coercitividade policial do Estado do conceito de violência? Toda a discussão, aqui, está contaminada por uma problemática moral, do mesmo tipo daquela que pode recorrer à violência “justa” se lhe parecer que é o caso de fazê-lo. (2016, p. 47).

Na esteira da história, a violência também foi utilizada como estratégia na busca e manutenção pelo poder, como as que se manifestaram no estopim das grandes guerras, justificando as invasões territoriais pelas necessidades de suprimento de demandas econômicas. Já a violência, como castigo e punição, foi autorizada com o aval do poder do Estado pelo não cumprimento ou descumprimento de regras impostas pelos governantes, sentenciando aos que resistiam, submetendo-os a açoites, esquartejamentos e, evolutivamente, às prisões.

Neste sentido, fundamenta-se no conceito trazido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que a Violência Coletiva tem como uma das subcategorias, a violência realizada pelo Estado, a qual é produto das relações societárias. Destarte a OMS descreve que a

Violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. Diferentemente das outras duas categorias, as subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. A violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas. É claro que os atos cometidos por grupos maiores podem ter diversos motivos. (OMS, 2002, p.6).

Cabe aqui relembrar, como esclarece Ianni (1999), que a historicidade que envolve os processos culturais é dimensionada nas mais diversas formas de manifestação da violência, ao longo dos processos societários, nas diversas sociedades naturalizadas em novas roupagens nas relações presentes no modo de produção capitalista. Conforme a ideia do autor, “Algo que ocorre desde os inícios dos tempos modernos, parece adquirir novos desenvolvimentos na época da globalização” (IANNI, 1999, p. 43).

Em síntese, o entendimento neste estudo é de que a violência é uma construção social, radicalizada na racionalidade humana, ou seja, na evolução das transformações societárias. Conforme alude Foucault, destacando que

o que existe de mais perigoso na violência é sua racionalidade. Certamente, a violência em si mesma é terrível. Mas a violência encontra seu fundamento mais profundo na forma da racionalidade que nós utilizamos [...]. Entre a violência e a racionalidade, não há compatibilidade (1994, p.38).

O homem habitualmente se valeu da violência para satisfazer as suas paixões. Contudo, na coalisão dos mecanismos de dominação, este ganha força para exercer sem constrangimento a dominação aos mais vulneráveis. A exemplo disto, o rapto dos povos negros, arrancados do seu território de origem para serem escravizados, bem como os modos de dominação sempre foram acompanhados de respostas violentas, coercitivas, para o estabelecimento de poder e domínio do poderio dos colonizadores.

O Brasil foi o maior escravista do hemisfério ocidental por quase três séculos e meio. Recebeu, sozinho, quase 5 milhões de africanos cativos, 40% do total de 12,5 milhões embarcados para a América. Como resultado, é atualmente o segundo país de maior população negra ou de origem africana do mundo. [...] A escravidão é um fenômeno tão antigo quanto a própria história da humanidade. (GOMES, 2019, p. 24).

É perceptível que até os dias atuais vivemos sob a herança das raízes colonizadoras, institucionalizadas através de mecanismos conservadores de controle orquestrado pelo Estado, nas leis, na vida e nos costumes. As instituições primárias como igreja, família e Estado são as principais responsáveis por transmitir por gerações as normas e condutas morais para que os indivíduos se adaptem à sociedade. Assim, nasciam os conflitos pela negação das normas impostas, principalmente pelo Estado em seu papel normatizador ao implementar o controle/contenção social das populações.

A construção social teve a composição dos aparelhos jurídicos como forma de resposta e regramento às manifestações de violência. As sociedades buscaram nos aparelhos jurídicos, estratégias de tipificar os danos causados pelas violências, criando penalizações para as mais distintas formas de violações da ordem social estabelecida.

As lutas históricas por direitos humanos e sociais, encontraram na história diversos empecilhos para transformá-los em direitos sociais garantidos e imutáveis em lei. Contudo, não é o que se presencia na entrada do século XXI, onde direitos históricos se dissolvem em

parcas tintas de canetas. Instrumentos coercitivos que estão sob o poder das elites que conduzem e o coordenam.

Os direitos humanos são direitos históricos para a construção democrática, atravessando várias etapas, nos países capitalistas centrais: os chamados direitos de primeira geração, os direitos civis, que asseguravam as liberdades individuais, ou seja, os direitos à vida, à liberdade e à propriedade (TAVARES-DOS-SANTOS, 2007, p.73).

Destaca-se que, no Brasil, segundo informa o Atlas da Violência (2018), pela primeira vez em sua história, o Brasil atinge a marca de 62.527 homicídios, o que materializa a superação de 30 (trinta) mortes a cada 100 (cem) mil habitantes. “Além de outras consequências, essa tragédia traz implicações na saúde, na dinâmica demográfica e, por conseguinte, no processo de desenvolvimento econômico e social” (IPEA, 2018, p. 21). Esses dados revelam como o fenômeno da violência vem se avolumando, caracterizando-se como um problema de ordem social em que suas raízes históricas incidem na organização, estrutura e, sem precedentes, na dinâmica da vida social.

Assim, estamos diante de um processo de violência estrutural onde os reflexos desses fenômenos aparecem radicalizados com maiores efeitos e, frequentemente naturalizados, nos processos cotidianos presentes nos territórios mais vulneráveis. Para Silva, “as desigualdades sociais particularizadas e fundamentadas, sob condições objetivas oferecidas pelo capitalismo (a apropriação privada da produção social), possibilitam a materialização de diferentes formas de violência” (SILVA, 2008, p.270).

A respeito da violência estrutural, Galtung (1969) afirma que “a violência é embutida na estrutura e aparece como desigualdade de poder e conseqüentemente como chances desiguais de vida” (p. 171). Com isso, parte-se do entendimento de que a violência estrutural emaranhada na trama social, traduz-se também nas formas de violações em que o Estado, num discurso através do processo legislativo de igualdade de direitos e distribuição de recursos, na prática contradiz o seu próprio discurso, quando reverbera e defende políticas restritivas. A exemplo, a alteração da CLT e da Lei Complementar nº. 141 acerca dos valores mínimos de investimentos para a política de saúde, quando não aplica devidamente os recursos ou limita investimentos básicos. Direitos que datam o direito à vida e a liberdade com um marco histórico para a maturidade do processo de democracia.

No recente processo político eleitoral no Brasil, um dos candidatos presidenciais, trazia em sua campanha de governo propostas que ferem os direitos humanos e sociais e, como agravante, envoltos no manto de violações para conter a violência. Segundo Tavares-dos-

Santos, “a prática da violência insere-se em uma rede de dominações de vários tipos – classe, gênero, etnia, idade [...] – que resultam na fabricação de uma teia de exclusões, possivelmente sobrepostas” (2007, p.74).

Esta estrutura defasada de um projeto societário político aponta a necessidade de novas estratégias para expressões da questão social antigas, como desemprego, exacerbação dos processos de violência, acesso à saúde, legislações trabalhistas que garantam de fato direitos, que se colocam ainda como entraves na obtenção de melhores condições de vida nos territórios e na diminuição das manifestações de violência.

Com ampla cobertura midiática, o país, especialmente nos 2 (dois) últimos anos, foi destaque por diversas manifestações de grupos heterogêneos, disputando e defendendo suas trincheiras no processo eleitoral a fim de eleger seus representantes e chefes de Estado. O país assistiu a um acirramento, dotado de ações violentas, na ocasião em que ocorreu a entrada de dois candidatos ao segundo turno das eleições presidenciais de 2018. Múltiplas foram as estratégias utilizados pelos grupos para convencimento das massas por meio de ações violentas. Na direção das incontáveis e, talvez, impensáveis estratégias utilizadas no pleito eleitoral, se percebeu uma polarização conduzida ao som de manifestações violentas.

Testemunhou-se o esgotamento do discurso e do diálogo e as intervenções violentas roubaram a cena na multiplicação de veiculação de “*Fake News*”<sup>3</sup>. Disseminaram notícias controversas, fatalistas, disparadas em massas nas redes sociais e nas grandes mídias. Fomos espectadores de um espetáculo violento exacerbado com graves consequências, tão somente pelo fim de dominar e cooptar adeptos, custasse o que fosse.

O país experiencia, talvez, a uma das mais graves crises democráticas em que a ordem e as construções históricas ameaçam se dissolver na imposição de grupos que aspiram chegar aos espaços de decisão de poder. Neste cenário, ofensas, agressões, culto a formas de tortura e violência ressurgem sem constrangimento por seus defensores, os quais portam-se como se estivessem no *Coliseu*<sup>4</sup>, em uma arena de disputa, onde a regra é digladiar-se publicamente.

---

<sup>3</sup> Notícias falsas (sendo também muito comum o uso do termo em inglês *fake news*) são uma forma de imprensa marrom que consiste na distribuição deliberada de desinformação ou boatos via jornal impresso, televisão, rádio, ou ainda *online*, como nas mídias sociais. Este tipo de notícia é escrito e publicado com a intenção de enganar, a fim de se obter ganhos financeiros ou políticos, muitas vezes com manchetes sensacionalistas, exageradas ou evidentemente falsas para chamar a atenção. Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Not%C3%ADcia\\_falsa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Not%C3%ADcia_falsa)

<sup>4</sup> O Coliseu é também chamado de “Anfiteatro Flaviano” uma vez que a Dinastia Flaviana estava no poder quando ele foi erigido. Foi construído na Antiguidade e atualmente é um dos pontos turísticos mais visitados. A intenção principal era o entretenimento do povo. Ou seja, um local para os espetáculos públicos e a luta dos gladiadores romanos. Quando ele foi inaugurado pelo Imperador Tito, foram realizados 100 dias de jogos nas arenas. As atrações incluíam execuções, batalhas navais, combates de gladiadores, lutas e caça de animais, dentre outros. Fonte: <https://www.todamateria.com.br/coliseu-de-roma/>

Assim deram-se as disputas políticas e, ainda seguem, de modo desrespeitoso e com aval da “liberdade de expressão”. Esta encobre, ainda, formas antigas de preconceito e desrespeito.

Protagonizaram a cena, velhos preconceitos e ações violentas que retornaram com intensidade na mídia, como racismo, misoginia, xenofobia, homofobia e todas as formas mais intensificadas de violações de direitos, espantosamente apoiados por uma grande parcela da sociedade. Fraturas desocultadas na recente disputa eleitoral. Um espetáculo polarizado de violência extremada. Os reflexos da violência se apresentaram de forma radicalizada nos territórios, instigando as populações a se manifestarem com atos agressivos, com discursos de ódio, justificados pela defesa de argumentos políticos em que polos se enfrentaram de modo inconsequente.

Na ocupação de terras indígenas durante a colonização portuguesa; na escravidão; nos conflitos agrários; na repressão política e/ou na violência e criminalidade urbana[...] trinta anos após a retomada democrática, o Brasil parece encerrar um ciclo de apostas na ampliação da agenda de direitos civis, humanos e sociais e retoma concepções que têm, em Jair Bolsonaro e suas falas de apologia, exatamente à violência, um dos seus principais sintomas (LIMA, 2019, pg. 53-54).

Suprimiu-se o foco das demandas que realmente transformam a realidade social, as promotoras de direitos, predominando, assim, o retrocesso do discurso neoconservador, reacionário, que generaliza como verdade única, discussões moralistas como causas de supostas “disfunções” societárias. É furtado da história as conexões que as constitui, assim ganhando eco na aprovação de reformas morais, imediatistas, individuais, típicas do etos conservador na era capitalista. Portanto se aparecem associadas ao merecimento, filantropia e solidariedade, ignorando o protagonismo social e as condições materiais que determina o movimento da historicidade dos acontecimentos sociais.

O que menos se constatou foram propostas de mudanças que impactassem a construção de projetos sociais. Marginalizando questões de efetivo interesse social, as quais interferem nos padrões de sociabilidade, como o acesso à saúde de qualidade, condições dignas de trabalho e propostas de diminuição da violência por meio de políticas públicas e a erradicação da pobreza extrema. “Hoje, há mais “violência” que no passado, simplesmente porque hoje há muito mais ações e práticas interpretadas ou rejeitadas moralmente como violência do que no passado” (MISSE, 2016, p. 52), devido às múltiplas formas de expressão da violência. A tipificação das novas expressões de violência fortalece, no que diz respeito ao território, a identificação e categorização de atos de violência. Estes, há um tempo atrás não eram entendidos deste modo, a exemplo das leis de feminicídio e violência doméstica. A qualificação destes

atos violentos provocou um posicionamento do Estado na mobilização específica de redes de proteção. Na saúde também se estabeleceu formas e estratégias de cuidado e proteção, a exemplo dos protocolos e ações de promoção de cuidado.

### 3.2 A ENGRENAGEM DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em se tratar da violência, a define como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p. 5). Ou seja, não está apenas circunscrita na esfera do dano físico, e sim, se metamorfoseia de formas plurais, atingindo estreitos níveis relacionais da vida cotidiana, superando a incidência do ato físico.

O processo de violência está presente em todas as teias das relações sociais, desde a constituição da sociedade onde os sujeitos se rebelavam diante das arbitrariedades do poder instituído e, em resistência aos monopólios de dominação, encontrando força na radicalização dos processos de violações.

Historicamente, na evolução da sociedade, a resistência ao poder soberano resultava muitas das vezes em castigos e punições. O Estado, por meio do poder coercitivo, utilizava de violência, autorizado no discurso social, para restabelecer a ordem por meio da comunicação de “ordem civilizatória”. “Os que defendem que devem ser classificados como “guerra” são também os que legitimarão o extermínio dos adversários”. (MISSE, 2019, p. 24). Assim, muitos conflitos que se fizeram e se fazem presente ao longo do crescimento da “Pólis<sup>5</sup>”, eram neutralizados pelo poder do Estado. Segundo Arendt, na relação do poder e violência, o poder atinge proporções maiores e intangíveis, pois,

[...] embora sejam fenômenos distintos, geralmente apresentam-se juntos. Onde quer que se combinem, o poder é, conforme verificamos, o fator fundamental e predominante. [...] a atual equação da violência com o poder baseia-se no fato de o governo ser ou não percebido como o domínio do homem sobre o homem através da violência. (1999, p. 33).

Observam-se que as relações estabelecidas pelo modo de produção capitalista são relações de violações radicalizadas nos monopólios dos meios de produção. Numa apropriação privada das formas de produção social, não diferente, tem como produto relações desiguais e

---

<sup>5</sup> Pólis significa cidade-estado. Na Grécia Antiga, a pólis era um pequeno território localizado geograficamente no ponto mais alto da região, e cujas características eram equivalentes a uma cidade.

excludentes. O modo de produção capitalista, na lógica neoliberal, naturaliza os processos de violência advindo da exploração, pormenorizando um problema de proporção social, dado pelo modo de organização social, como em questão, a violência estrutural. Assim, se entrelaçam processos violentos de extrema exploração com a permissão do Estado.

Os modos de operacionalização destes processos de raízes estruturais, interferem diretamente no cotidiano dos trabalhadores da área da saúde, não obstante associam-se às violações nas condições de integralidade da Política de Saúde, palco de atuação deste estudo. Além disso, agem, também, de modos extremamente perversos expressos nas condições de trabalho, incidindo radicalmente nos padrões de sociabilidade,

Isso porque o sentido do trabalho que estrutura o capital (o trabalho abstrato) é destruturante para a humanidade, enquanto seu polo oposto, o trabalho que tem sentido estruturante para a humanidade (o trabalho concreto que cria bens socialmente úteis), torna-se potencialmente destruturante para o capital. Aqui reside a dialética espetacular do trabalho, que muitos de seus críticos foram incapazes de compreender (ANTUNES, 2018, p. 26).

Esta é umas das questões que se observou nas análises expostas neste estudo, a dimensão das relações capitalistas nos padrões de sociabilidade do trabalho, compondo o conjunto das categorias elencadas a priori como as que emergiram nas experiências descritas acerca das “condições de trabalho” reais a que estão submetidos a classe trabalhadora e as condições ideais na sociedade capitalista. Ambas estão afiançadas no texto constitucional como um direito social e, inclusive, as condições para provimento do pleno exercício, expresso de modo taxativo nas disposições da Política de Saúde. É nesse ritmo, na orquestra desse processo social destruturante, de padrões assimétricos, que estão subsumidas as condições de vida.

Segundo Silva (2005, p. 4), a violência estrutural “é formada por um conjunto de ações que se produzem e se reproduzem na esfera da vida cotidiana, mas que frequentemente não são consideradas ações violentas”, tendo as suas ações naturalizadas nos processos civilizatórios, de manutenção da ordem em defesa de um bem maior. Fica clara a existência de um cenário permeado por processos em disputa, em que o “mais forte”, não fisicamente, mas o que melhor se apropria do protagonismo político e dos meios de produção, aliado aos espaços de poder, subjuga e domina o “mais fraco”. Ele, menos influente politicamente, não pertence à minoria que detém monopólio da estrutura de dominação social.

A violência se impõe como um fenômeno que apresenta uma dinâmica complexa, diversificada, concreta e material. Ou seja, ela possui uma lógica que não é criada abstratamente pela razão humana ainda que possa e deva ser compreendida, descrita e analisada com o apoio do pensamento humano (SILVA, 2005, p. 2).

As revoluções que antecederam esta formação social desde o período feudal ao grande capital, denotaram as diversas manifestações de violências. A estrutural não apenas se materializa pelo contato físico bruto, mas também de modo simbólico e estruturante tendo a chance-la do Estado para a defesa da ordem no processo civilizatório.

A reprodução desse modelo societário repõe, ao mesmo tempo, novas contradições e a possibilidade histórica de sua superação. A violência estrutural compõe esse processo e se reproduz junto com ele. Sua superação está condicionada a negação da sociedade capitalista ou, mais do que isso, está imbricada com a materialização de um modelo societário que supere os limites impostos pela lógica do capital ao mundo do trabalho. (SILVA, 2005, p 4).

A violência com as evoluções e, principalmente nos dias atuais, tornou-se uma palavra que carrega um sentido polissêmico, de produção multicausal, além de complexo e democrático, dadas as suas refrações, as quais com características diferenciadas de tempos ulteriores, constitui seus pilares interpenetrados aos padrões culturais, políticos e econômicos da constituição social. Como se expôs recentemente, a violência vem, ainda mais, ratificada no processo de ordem social capitalista conservadora. Esta violência de Estado, inocula-se com proporções epidêmicas os padrões de sociabilidade. Cavalli (2009 apud SOARES; CARNEIRO, 1996) referencia os autores destacados, sob a ideia destes, resgatarem a herança de Maquiavel e de Hobbes relativo à natureza do homem, no uso da força, poder e violência. Segundo os autores,

[...], Maquiavel trata friamente o tema da violência, desnudando as hipocrisias vigentes e trazendo à luz o fato de que a força é o recurso elementar e inevitável do poder, quaisquer que sejam seus méritos ou seus defeitos, julgados pelos diversos pontos de vista envolvidos, pelas diferentes paixões mobilizadas, pelos distintos interesses em jogo (1996, p. 20).

Se no passado a violência se dava de forma mais física, nos dias atuais, ganhou requintes imperceptíveis, as quais atingem, além do físico, outras esferas, como psíquica, moral, social, etc. As expressões e reflexos da violência estrutural, atravessam o cotidiano profissional dos trabalhadores, em especial os da saúde, colocando-se como um vultoso desafio na materialização do seu trabalho, no atendimento das populações vítimas da violência estrutural, em que ambos fazem parte de um mesmo contexto de precarização das condições de trabalho e vida, imposto pelo paradigma neoliberal.

### 3.3 AS TRANSVERSALIDADES DA VIOLÊNCIA E AS RELAÇÕES INVISIBILIZADAS

Pensar nas expressões de violência nos territórios mais vulneráveis, conforme inflexiona este estudo, nos convoca a fazer um tour evidenciando aspectos outros, a respeito das formas de manifestação desse fenômeno pelo globo. O fenômeno da violência não é próprio dos países subdesenvolvidos e/ou de economias capitalistas dependentes, mas se expressa de modo mais agravado e com proporções de resolutividade mais complexa, do que em outras potências do globo, como referiu o autor, EUA, Rússia, China, etc.

“A entrada em cena de novos atores globais como os Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), que pressionariam por transformações nas regras de governança do planeta e incentivariam a emergência da cooperação Sul-Sul; o crescimento econômico chinês; a corrida por uma nova matriz energética menos dependente do petróleo do Oriente Médio; a revolução tecnológica, digital e das comunicações, impulsionada pela internet e pelas redes sociais; as crises econômicas como a vivida em 2008 ou as crises humanitárias, políticas e de refugiados recorrentes (Venezuela, Síria, Líbia, Haiti, Palestina ou em várias nações da África); os ataques terroristas da Al-Qaeda às Torres Gêmeas e do Estado Islâmico com suas decapitações midiáticas e seus “lobos solitários”; as prisões em Guantánamo; a guerra ao terror e suas táticas invasivas que fortalecem as agências de inteligência a níveis capilares da vida cotidiana; a ameaça de desestabilização posta pela nuclearização da Coreia do Norte; a guerra às drogas na América Latina e Central; e, por fim, novas ondas de xenofobia, intolerância e culto ao ódio passaram a fazer parte do cotidiano do mundo e acabaram com todas as antigas certezas” (LIMA, 2019, p. 54).

O fenômeno da violência se apresenta intrinsecamente relacionado aos processos de transformações societárias e é corroborado pelos dados que mostram o fenômeno da violência latente nos dias atuais, impondo ao Estado fazer uso cada vez mais da sua máquina de violência, agravando o cotidiano das populações nos territórios. Além disso, a transversalidade da violência estrutural ecoa nos seus modos mais radicalizados, nos territórios onde as situações de vulnerabilidade social se fazem mais expressivas, frente a fragilidade das políticas sociais no Brasil.

A América Latina tem menos de dez por cento da população mundial, mas produz um terço dos homicídios do mundo. Segundo as Nações Unidas, 14 dos 20 países mais perigosos do mundo estão na América Latina e no Caribe. Em 2017, 65 mil pessoas foram assassinadas no Brasil. [...] A polícia brasileira mata mais que qualquer outra polícia do mundo, mas também morre mais que em qualquer outra parte (MISSE, 2019, p. 23).

Neste contexto, é fundamental trazer à discussão como são percebidos esses atravessamentos, principalmente no *território adscrito*<sup>6</sup> da saúde, o qual se configura enquanto uma

estratégia de organização da assistência, assim definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), modo de gestão que apreende os nexos que afetam o acesso do cuidado em saúde, o processo de trabalho das equipes e os padrões de sociabilidade.

A materialidade da radicalização das violações nos territórios mais vulneráveis, agrava-se, na atualidade, diante de fatores como desemprego em massa, dificuldade de acesso às políticas sociais públicas e condições de extrema pobreza. Formas de diálogos e resistências têm encontrado dificuldade de capilarização em razão dos enfrentamentos agressivos e atos de coerção manipulados pelas forças estatais. Assim, Jinkings (2013, p.92) argumenta quanto ao protagonismo do Estado, o qual busca “reprimir a gigantesca massa de miseráveis criada pela reestruturação contemporânea do capital que o Estado fortalece ainda mais em seu aparelho de coerção a fim de manter a ordem social”. Esse processo é legitimado pelo poder do Estado sob a chancela de manutenção da ordem civilizatória a fim de conter as conflitualidades nos territórios mais vulneráveis, marginalizando e contribuindo para os processos de exclusões.

Haja visto o aglomerado de favelas nos grandes centros urbanos que agravam o acesso tanto dos profissionais a estas populações, quanto das populações que acessam os serviços de saúde. Estes movimentos “*se materializam enquanto processos distintos de (re)estruturação urbana, de acordo com os requerimentos do desenvolvimento da produção e consumo capitalistas* (FURTADO, 2014, p. 361). Caracterizando uma disfunção do uso social da propriedade denominado como processo de *Gentrificação*, os sujeitos não produtivos para o consumo das mercadorias são marginalizados para os velhos subúrbios por não acompanharem o crescimento e reestruturação urbana dos grandes centros econômicos, tendo a autorização do Estado nesse processo. Criam-se guetos e proliferam-se favelas distantes dos serviços essenciais básicos. Esses e outros processos de dominação e escravidão que, no país, ainda são expressos na esteira histórica como tabu, cotidianamente ganham forças que dissimulam o seu acontecimento e são, então, negligenciados pelo poder estatal.

Com isto, a desvalorização crescente da classe trabalhadora, o pouco investimento na educação para o crescimento de condições de novos padrões de sociabilidade, bem como a dissolução de legislações e políticas sociais públicas capazes de afetar os impactos nos territórios mais vulneráveis, ainda que de modo tímido, são agravantes dos reflexos da violência estrutural. Esta violência é sentida também no mundo do trabalho, tendo em vista as novas le-

---

<sup>6</sup> É a população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.

gisações trabalhistas e as formas e condições dos padrões de trabalho na sociedade capitalista atual.

Enquanto análise desta pesquisa, destaca-se, além da violência estrutural, outras categorias que fazem parte do escopo da violência, presentes nas falas das ações dos trabalhadores da saúde no cotidiano de trabalho, na relação com os usuários, com a instituição e também com outras políticas representadas no poder do Estado. As categorias emergentes quanto à análise dos tipos de violências presentes no cotidiano dos profissionais da saúde tiveram maior protagonismo a Institucional, a Psicológica, a Física e de Estado.

A violência Institucional segundo relatório da Organização Mundial da Saúde é aquela,

Exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional” (OMS, 2002, p.21).

Este tipo de violência é identificado na omissão de posicionamentos protetivos em determinadas situações em que os trabalhadores ficaram expostos, assim também, por permitir a exposição dos mesmos, às situações de risco em ambientes insalubres e vulneráveis condições para o desenvolvimento do trabalho. Conforme a fala do Trabalhador:

Muitas vezes a gente não tem o recurso pessoal para trabalhar, como no caso de médicos. A queixa é grande em razão da falta de médicos[...]. Os usuários que aguardam por atendimento, acabam se alterando e falando que nós, (outros profissionais) é que temos culpa pelo não atendimento (TRABALHADOR B).

O Trabalhador expõe a situação da falta de profissionais médicos, uma das lacunas no trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Inclusive, por reconhecimento desta problemática, o governo realiza incentivos de contratação destes profissionais, a exemplo do “Programa Mais Médicos”, voltado para a contratação desses profissionais, tamanha a rotatividade e dificuldade de permanência destes. No relato, a falta não era recente, destacando que a situação já se prolonga por 5 (cinco) anos, ou seja, vem sendo naturalizada e autorizada pela Gestão da Política de Saúde, resultando em reclamações e agressões dos usuários aos trabalhadores nas Unidades de Saúde.

A lógica do trabalho no capitalismo, coopta de tal modo o senso de inconformação e de rebelião, diante das condições as quais estão expostos cotidianamente a classe trabalhadora, pelo estranhamento que se constituiu na própria categoria. Estes não se entendem pertencendo

centes da mesma classe, com as mesmas bandeiras de lutas por sobrevivência e, no entanto, estão subordinadas às semelhantes condições precárias de trabalho.

O não reconhecimento, fruto de inflexíveis penalidades, com a perda do trabalho, têm coagido e silenciado trabalhadores ao ponto de naturalmente esvaziarem-se da criticidade, descontextualizando os fenômenos sociais da dinâmica social, culpabilizando sujeitos, subvertendo direitos e não problematizando o trabalho na era do capital. Um trabalho esvaziado de sentido, adoecedor, solitário e alienante, o qual coopta a subjetividade transfigurando o trabalho vivo em trabalho morto.

É possível perceber, expresso na fala acima, o sofrimento aparente dos trabalhadores, quanto às modernas lógicas de trabalho mercantilizadas em que a atividade fim centra-se nas numéricas produções, na celeridade e quantidade de atendimento diários realizados, visitas domiciliares e demais procedimentos, independentes do surgimento de novas demandas emergentes. A contrapartida desses processos competitivos, encontra eco de permanência nas atraentes bonificações e melhores condições de trabalho real, como sala, maquinário, melhores equipes, entre outras. Contudo, as condicionalidades impedem que todos os trabalhadores acessem as “premiações”, são apenas para os trabalhadores que alcançarem as metas estabelecidas nos processos verticais de gestão. Isto é, além de tornar os trabalhadores rivais, oponentes, favorecem o expressivo número de trabalhadores da saúde afastados de suas atividades laborais em razão desta competitividade distorcida. Haja visto que condições de trabalho dignas, é um direito e, como tal, deve ser ofertado para todos os trabalhadores e não somente para os que se destacam em metas voltadas à lógica de extrema produtividade, na lógica neoliberal.

Os registros denotam que se trata de um perfil da gestão do trabalho que favorece o adoecimento.

Esta gestão, ela tem uma visão que tem que trabalhar, trabalhar, trabalhar, trabalhar, trabalhar, trabalhar, trabalhar até se entortar[...]. Não faz mais um trabalho comunitário. (TRABALHADOR A).

Há, claramente, um sentimento e uma percepção de descaso da gestão expresso, não apenas, nas condições materiais, como também no espaço físico insalubre, locais de trabalho que não protegem. Como exemplo, a existência de uma única sala com paredes de alvenaria em uma Unidade de Saúde pertencente a um território onde há constância da ocorrência de conflitos armados, conforme descreveu um dos entrevistados. Esta sala representa um dos locais mais protegidos, em que as paredes por sua estrutura, teoricamente, podem sustentar a

ocorrência de um conflito armado. Contudo, contraditoriamente não comporta a totalidade dos trabalhadores. Alguns precisam buscar por proteção em outros espaços, sabendo dos riscos a que estão expostos.

É nesta realidade diária que convivem aqueles que operam as ações e serviços de saúde. Não se problematiza aqui qualquer modalidade de trabalho, mas fala-se de um trabalho na área da saúde, um lugar privilegiado por sua própria natureza e determinado pelas inúmeras e singulares formas de cuidado. Contudo, há que se problematizar a possibilidade de oferecer um cuidado integral tendo esses atravessamentos colaterais determinando a qualidade da assistência.

O Trabalho em saúde prescinde tanto dos recursos físicos, de espaços salubres que permitam a realização da assistência, como também e, essencialmente, dispositivos sutis, singulares, de contato, de afeto, convertendo o trabalho morto na lógica do capital, que prima pelas produções, lucros e resultados fragmentados, em trabalho vivo em ato que, ao transformar-se, transforma e alimenta-se pelo contato, respeito ao outro e as singularidades, conjugando o exercício participativo de cidadania como diretriz.

O trabalho em saúde tem características especiais, depende da motivação e do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas. A importação de modelos de gestão de fábricas ou de serviços privados não tem colhido bons resultados quando aplicados na área da saúde. O trabalho em saúde é do tipo denominado de práxis, isto é, em geral, não funciona em linhas mecanizadas de produção, exigindo que trabalhadores e equipes multiprofissionais operem tanto com normas e protocolos como com a variação de procedimentos e condutas conforme o caso e o contexto. [...]A fragmentação do processo de cuidado em tarefas estanques e a circulação dos cidadãos entre profissionais e serviços como se fosse uma peça deslizando por uma linha de produção tem resultados ineficazes, desumanos e ineficientes. (CAMPOS, 2018, p.1712).

É importante destacar que as narrativas se construíram com intencionalidade e se fizeram para os trabalhadores entrevistados, como um momento de destacar a inconformidade pelo vivido, a crítica e relutância, a lógica desviante do trabalho na saúde. Percebe-se as estratégias encontradas pelos sujeitos movimentadas de modo sutil, a fim de afastar as duras represálias e perseguições. O trabalhador contemporâneo, em geral, articula dentro daquilo que é possível formas ímpares de resistir, como autopreservação e a adequação temporária às condições de trabalho impostas para não haja o seu adoecimento.

As faltas, tanto de recursos humanos e materiais destacada nas falas, extremamente necessárias para o desenvolvimento das atividades e, principalmente, para o alcance das metas intangíveis, sinalizam ações de um modo de trabalho anacrônico, em que os trabalhadores en-

contram como estratégia a micropolítica, o fortalecimento e reconhecimento com os pares, para sobreviver e resistir às formas instituídas frente às suas oposições. A exemplo, as punições, os isolamentos e os remanejamentos verticais arbitrários.

Torna-se essencial e urgente apreender as novas configurações das relações sociais do capital, seus percursos, suas formas e seus mecanismos de exploração da vida, que se mostram capilarizados e cheios de opacidades, e por isso precisam ser analisados e desvendados para que possamos romper com o desencanto com a história, pois há lutas, conflitos e resistências de classe, e mesmo no cenário de adversidades políticas, econômicas e sociais, a história se movimenta diuturnamente (DINIZ, 2019, p. 53).

Então percebe-se que os trabalhadores têm buscado outras formas de reivindicar e resistir “fora da caixa”, fora dos padrões naturalizados, das formas “bandeirísticas”, panfletárias, barulhentas. Embora estas estratégias tenham extrema importância, o atual contexto impõe represálias aos sujeitos por meio da repressão direta aos “transgressores”, aos que resistem. O poder coercitivo contemporâneo tem avançado de formas plurais, como pelo enfraquecimento das entidades representativa das categorias e entidades sindicais, nas modalidades de contratações de trabalho solúveis, ao mais crítico, como a retirada de direitos socialmente conquistados. Esse *modus operandi*, objetivo e subjetivo, têm servido de punições aos trabalhadores na contemporaneidade.

Marx (1859) sinaliza que “O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e espiritual em geral. Não é a consciência do homem que determina o seu ser, mas, pelo contrário, o seu ser social é que determina a sua consciência (p.3)”. No entanto, ao mergulharmos profundamente nas singularidades das formas de sociabilidade, percebe-se manifestações silenciosas cotidianamente sendo articuladas pelos que resistem. São formas de resistir que se metamorfoseiam e em alguns momentos retroagem em busca de coligações para avançar com maiores forças e, assim, resistir. São estratégias que se destacam nos modos de sobrevivência possíveis.

O trabalhador expõe nas repetições acima, a angústia e sofrimento por vivenciar um trabalho que, nesses moldes, não vai apenas adoecê-lo, mas “entortá-lo”, incapacita-lo, gerador de “coágulos de sociabilidade” (Antunes, 2018) que bloqueiam fluxos e sinalizam danos irreversíveis pelo estranhamento e distanciamento do próprio sentido do trabalho. A concepção de sociabilidade adota aqui diz respeito ao processo complexo e integrado das “esferas inorgânicas, orgânica e social, realizada pelo metabolismo do trabalho [em sua concepção ontológica] e orientada no sentido do salto de qualidade da história natural [...] para a história

social do homem (Moreira, 2005, pp. 95-96)”, um complexo relacional, articulado pelo trabalho.

É notória a invisibilidade da Gestão, com o material humano e a subjugação do trabalhador à exclusiva produção, quando o sentido deste para os sujeitos é estranhado, distanciado de reconhecimento, como

Eu só vejo demanda, demanda de trabalho. Mais, mais trabalho, mais trabalho e parece que querem que a gente atenda ao máximo de pessoas em menos tempo. (TRABALHADOR E).

Conforme o Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS), define e padroniza de forma normativa e taxativa, o modo de operacionalizar a organização do trabalho nas diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde em todo território nacional. A NOB/RH explicita as atribuições dos gestores, denominando os aspectos da organização como a quantidade de trabalhadores, funções, cargos, protocolos e normas para a assistência, comunicação, processo de trabalho, condições dignas de processo de trabalho, entre outras. O texto intitulado como “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”, denomina as atribuições considerando o direcionamento da gestão do trabalho no SUS como,

Toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras (BRASIL, 2005, p.31).

Percebemos diante do exposto, o sentimento de desproteção presente nas falas, a exemplo:

Eu não sinto aqui uma proteção, teve outros colegas meus, que sofreram ameaças e que transferiram pacientes. Eu acho que existe uma política, mas depende do caso, de afastar paciente e botar para outro posto, transferir, que seria o certo neh? Sugeri que trocassem ela de posto de atendimento, mas não foi ouvido. Nesta situação não foi ouvido! (TRABALHADOR F)

Outro tipo de violência que foi evidenciada na pesquisa, diz respeito à Violência Psicológica, a qual é reconhecida “em toda a ação ou omissão que causa ou visa causar dano à au-

toestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa ” (OMS, 2002, p.20). Assim, como identificou-se, explicitada nos seguintes trechos dos relatos.

As situações de violência chegam aqui de uma forma um pouco velada. Se a gente não consegue um agendamento para o dia seguinte (para os usuários), começam a nos xingar e também nos intimidam para que a gente passe eles. Falam que vão fazer ouvidorias, fazer reclamações. Aqui ameaça é de fazer tu perder teu emprego. (TRABALHADOR F).

A tensão existe entre os usuários do serviço de saúde e os trabalhadores da ponta, trabalhadores da Atenção Básica, que recebem muitos usuários que já bateram em muitas outras portas percorrendo por acessos no sistema de saúde como um todo, particular ou público, demandando atendimento e muitas vezes não dispõem de outras condições para solução da situação de saúde, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos. Sofrem os reflexos dos processos de violências, nas privatizações, desmonte da assistência do serviço público de saúde, com as faltas de profissionais, carências de medicamentos gratuitos, longas esperas com consultas e procedimentos, também utilizam de violência como estratégia de ter seu direito atendido. O que normalmente ocorre é que os trabalhadores dos serviços da Atenção Básica são aqueles que recebem e, estão em contato diário com estes usuários, inclusive como portadores de negativas de consultas, de procedimentos e demais situações. Há naturalmente uma transferência a estes profissionais pelas constantes e injustificáveis faltas ao “postinho” que não funciona e, não se percebe um posicionamento crítico, uma mesma disposição para mobilizar, tencionar e impulsionar mudanças na gestão da política de saúde, quanto às condições de saúde que tem sido ofertadas, falta de profissionais, acesso a tratamentos diagnósticos e especialistas, entre outras demandas apontadas.

Assim como a não violência se articula enquanto forma de preservação e proteção, para desviar os efeitos e as consequências de ações violentas, contraditoriamente a materialização de atos violentos também é utilizado com semelhante intuito. Por exemplo, é por vezes o mecanismo encontrado pela população, como viu-se no relato, de proteção para assegurar ou reestabelecer a efetivação de direitos outrora violados. Os usuários à medida que sentem na “pele” as recusas do seu direito, expresso no não acesso da assistência à saúde pública, um panorama extremamente precarizadas no contexto atual, o qual produz como resposta o uso de violência psicológica, ofensas e até mesmo ameaças como relatado. Não se justifica este e qualquer outro modo que se utilize de meios violentos para obter respostas, mas se explica quando nos noticiários e cenário políticos de decisões vemos os incisivos cortes e precariza-

ções, sem que haja, sequer, explicações e reposições para equilíbrio e continuidade de acesso aos serviços suprimidos.

A violência é entre usuário e trabalhadores. E aí por diversas razões, pela forma de comunicação das equipes com os usuários ou também pela falta. Seja pela falta de atendimento, pela falta de RH. Isso gera uma violência e muitas vezes o trabalhador já está no limite, de intolerância contra tudo e aí também já acaba sendo agressivo com aquele usuário. É uma bomba relógio (Gestor A).

Assim, presenciavam-se atitudes como estas, que radicalizam o desespero de pessoas que necessitam de atendimentos para a saúde, as quais na grande maioria das vezes não dispõem de outros canais para satisfazer esse direito, e só tem no serviço público a expectativa dessa assistência. Os usuários, na falta de respostas, utilizaram os canais participativos como as ouvidorias, um dispositivo institucionalmente legal para a comunicação entre a gestão e a população, para coagir, não ao trabalhador, mas alguém que pudesse responder e se responsabilizar por suas demandas e/ou falta delas, e assim ter direito atendido. O trabalhador por sua vez, se sente coagido e aviltado.

A superficialidade da discussão em torno do problema, talvez seja a maior geradora deste tipo de conflito, uma vez que ambos não problematizam a questão estrutural que realmente encobre esta situação. Não vislumbram as raízes que levam a esta situação crítica da falta de recursos nos serviços de saúde, assim como as filas e longas esperas por agendamentos com especialistas, descontando na “ponta” do sistema, estabelecendo intrasujeitos, desarmonias evitáveis, fazendo uso dos mecanismos de participação como ferramentas de denúncias, degradação do trabalho entre outros. Estes canais, os quais tem a finalidade e natureza de participação na gestão, estabelecem a comunicação do usuário com as coordenações, gestores, no intuito de construir melhorias e propor mudanças. Ao contrário, dada a falta da integralidade da assistência, são utilizados como mecanismos de coerção para atendimento de necessidades individuais, pontuais, as quais não propõem transformações na realidade dos serviços.

Os trabalhadores de saúde, assim como todos os profissionais inseridos no mercado de trabalho, sofrem as consequências das políticas sociais e econômicas do país. [...]. As condições de trabalho estão estritamente relacionadas ao processo de adoecimento do trabalhador de saúde e o absenteísmo-doença é responsável por grande parte das ausências no trabalho. Tais ausências, decorrentes de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho que acometem os trabalhadores de saúde, estão associadas a fatores adversos presentes no ambiente de trabalho e às características das atividades desenvolvidas (SANTANA, 2016, p.29).

Outra forma de violência também identificada nas falas, se evidenciou como expressões da violência estrutural, pois coage e traz insegurança no cotidiano dos trabalhadores. A exemplo, a seguinte fala:

Quando você começa a perceber que a rua está meio vazia, está passando helicóptero, tudo são momentos em que a gente já fica mais ou menos ligado de que possa estar acontecendo alguma coisa na comunidade. (TRABALHADOR A).

Uma sensação real de medo e insegurança constante, conhecida por moradores e trabalhadores de territórios vulneráveis. Territórios que convivem com situações de vulnerabilidade, pela falta de segurança, de melhores condições de futuro, de educação e trabalho, lazer, principalmente para jovens e adolescentes, para que estes não vejam no mercado ilícito uma forma de subsistência às exclusões e marginalizações do social. Territórios que são dominados por organizações criminosas, que tem constantemente conflito com agentes da segurança pública, expondo os moradores e pessoas que lá convivem durante momentos de tensões e violações. Os trabalhadores nesses territórios, assim como os moradores, têm consciência dos riscos, contudo este foi o local que lhes permitiu ter uma condição de trabalho e/ou de moradia. Infelizmente não é desconhecido do poder público, o protagonismo dessas organizações e o modo como dominam os territórios, ditando regras e condutas, se impondo pelo medo. A falta de políticas públicas sustentáveis, que dialogue com esta realidade de escassez, exclusão e que tenham projetos permanentes, se configuram com “Nós” nesta teia de relações frente a incompletude da implementação do Sistema Único de Saúde. A sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS dependem também de um processo de mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva, mas que tivesse um grau importante de concomitância em todo o país. (CAMPOS, 2007, p.303)

Por fim e não menos importante, a Violência Física. De todas, talvez seja a mais fácil de ser identificada por ser visível a expressão de sua manifestação. Nesse sentido, também protagonizou as análises dos relatos trazidos pelos trabalhadores da Atenção Básica. O relatório de saúde e violência da OMS descreve seu acontecimento,

Quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física” (OMS, 2002, p. 17).

Nos relatos dos profissionais fica clara a manifestação deste tipo de violência. Quando muitos profissionais se veem agredidos por usuários no local de trabalho agravando com isto, a sua atividade laboral. Nas falas abaixo fica evidente como esta forma de violência atinge indiscriminadamente estes profissionais,

Teve colega meu, de o paciente puxar pelo jaleco, rasgar o jaleco e se alguém não gritasse, ia até dar no colega! Então as pessoas já vêm alterada por uma questão que aconteceu lá no outro lugar que não quiseram atender [...] Teve uma que a moça também queria ganhar no grito, chegou em cima da hora e quando ela saiu da consulta ela queria dentista, quando eu fui entregar a consulta só para o outro dia, ela torceu minha mão e me chamou de muita coisa. Saí da recepção onde eu estava e vim para cá, pra trás e chorava muito, chorava muito, porque ela me ofendeu e me chamou de um monte de coisa. (Trabalhador B).

Mais do que um conceito universal sobre violência, fica claro que este carece do sentimento que causa em cada indivíduo, diante das múltiplas formas e graus de violência, que os atingem. A gravidade desses processos de violência, tem produzido impactos em graus diferentes para cada pessoa, onde o que pode parecer banal para alguns, pode, para outros tantos, ser extremamente traumatizante e impactante. Haja vista que a ocorrência de agressões físicas e verbais levam muitos profissionais a pedirem afastamentos, remoções e até mesmo abandonarem a carreira, precarizando ainda mais a oferta de profissionais e serviços à população.

Com um número menor de episódios relatados, a Violência de Estado também apareceu nas análises, no relato de uma situação de abuso de autoridade representado pelo poder do Estado, mas que é pouco discutida e problematizada como um ato de violação diferente de um ato legal de proteção. Quebrar esse paradigma, talvez leve mais tempo, em comparada as heranças da constituição social e ao tempo que se consentia ações de violações exercidas por agentes do Estado, legitimidade pelo discurso da ordem social.

“Um policial, quis dar o carteiraço”. (Trabalhador E).

A violência de Estado fica caracterizada não só pelas vestes, aparatos, armamentos dos agentes, como também no uso excessivo e impositivo de sua titulação de autoridade, consentida pelo Estado a estes profissionais. Principalmente nos territórios em situações de vulnerabilidade, em que os direitos são transversalizados pelo excesso de poder, violentando os direitos individuais dos cidadãos.

Estas foram as tipologias de manifestações da violência, mais presentes nas falas dos entrevistados, haja vista, que algumas não foram pelos comunicantes, identificadas no momento como sendo uma situação de violência, o que nos fez perceber outra categoria emergi-

da, como a banalização da violência. Presente no convívio de violência, em inconscientes e, na naturalização das situações que expõe a riscos, tantos trabalhadores da saúde como usuários.

#### **4. MUNDO DO TRABALHO: AS TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL**

No cenário global há um desalento popularizado sem constrangimento, acrescido ao produtivismo neoliberal, o qual impõe aos novos trabalhadores o empreendedorismo e a terceirização como resposta à crise estrutural do capital. Materializada nas altas taxas de subempregos e trabalhadores desocupados, esta crise, é problematizada por Antunes ao afirmar que

Uma análise do capitalismo atual nos obriga a compreender que as formas vigentes de valorização trazem embutidos novos mecanismos geradores de trabalho excedente, ao mesmo tempo que expulsam da produção uma infinidade de trabalhadores, que se tornam sobrantes, descartáveis e desempregados (2018, p. 68).

Trabalhadores sendo emparedados abruptamente nas modernas formas de emprego na lógica neoliberal, transfigurando-se em empresários de si mesmos, transformados na própria empresa. Antunes segue referenciando os modos de como a nova ordem neoliberal se apodera sutilmente da subjetividade, metamorfoseando-se nos desejos e necessidades e na criação do homem de consumo da lógica neoliberal. Exemplifica que

A Uber é outro exemplo mais do que emblemático: trabalhadores e trabalhadoras com seus automóveis, isto é, com seus instrumentos de trabalho, arcam com suas despesas de seguridade, com gastos de manutenção dos veículos, de alimentação, limpeza e etc., enquanto o “aplicativo”- na verdade, uma empresa privada global de assalariamento disfarçado sob a forma de trabalho desregulamentado- apropria-se do mais-valor gerado pelo serviço dos motoristas, sem preocupações com deveres trabalhistas historicamente conquistados pela classe trabalhadora (ANTUNES, 2018, pp. 34-35).

Isto é, subjetivando nos sujeitos, o espírito de transformarem-se em sua própria empresa, cerne da lógica “moderna” no modo de produção capitalista, mostra a era da nova precarização estrutural do trabalho. Os trabalhadores estão sujeitos a longas jornadas de trabalho sem a garantia de direitos básicos, fortalecendo, assim, o retrocesso imposto pelo paradigma neoliberal.

##### **4.1. NEOLIBERALISMO E AS SUAS FACETAS NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO**

No país, esse paradigma é percebido fortemente no mundo do trabalho e, principalmente, na área da saúde. O recorte estabelecido, considera as recentes mudanças e medidas governamentais, as quais confrontam ideologicamente a construção sócio-histórica.

Integra-se a essa roda de discussão, a aprovação de uma impactante medida governamental que foi a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241, uma medida simbolicamente conhecida como a “PEC da morte”, a qual limita o reajuste dos gastos governamentais na área da saúde e educação por 20 (vinte) anos. Essa PEC desconsidera as garantias expressas no texto constitucional, o qual legisla sobre a aplicação anual de recursos mínimos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988). Por consequência, o não direcionamento destes recursos gera, entre outros, a precarização do sistema de saúde por meio da diminuição de recursos à assistência.

Esta Proposta estabeleceu um teto para os gastos da União nas áreas acima, considerando que o valor para investimento terá como base o orçamento do ano de 2016 para os anos que seguirão. Isto é, mesmo que as demandas se modifiquem e os determinantes sociais se alterem, sendo necessário novos investimentos para situações emergentes de mutação da realidade social, os gastos destinados para ações nestas áreas, permanecerão os mesmos, sem reajustes, congelados por vinte anos. Isto na prática é um ataque à seguridade social e aos direitos sociais básicos. Um desinvestimento catastrófico ao campo da saúde, o qual já passa por problemas nodais desde sua concepção, lutando pela universalidade de acesso e materialização de uma assistência integral em todas as esferas, mesmo com incompletude da proposta orçamentária proposta no Movimento da Reforma Sanitária.

O alcance incompleto e descontínuo das conquistas do movimento de reforma sanitária se relaciona à inviabilidade da estratégia de conquistas progressivas e cumulativas de direitos universais no interior do Estado brasileiro. O amplo domínio do grande capital sobre todas as esferas da sociedade e do poder estatal, bem como o ataque permanente aos direitos da classe trabalhadora (previdência, leis trabalhistas, organização sindical, educação pública, entre outros) escancaram os estreitos limites do capitalismo dependente. O que agrava o cenário é o enfraquecimento objetivo e subjetivo do conjunto das forças sociais e políticas tributárias da luta dos anos 1970-1980” (CARDOSO et al., 2013, p. 222).

Um cenário trágico e de retrocessos, acompanhado de espectros de cortes, enfraquecimentos e desqualificação dos movimentos de classes ainda resistentes, que desconsidera o surgimento de novas condicionantes sociais de saúde, como natalidade, condições de subsistência, educação pública de qualidade, acesso à saúde universal e de qualidade, bem como os impactos da pobreza e violência, expressos no Art. 3º da Constituição da República Federativa do Brasil (CF). Os condicionantes e determinantes de saúde, como a alimentação, a mora-

dia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990), discriminam os níveis de organização social e econômica do País.

O atual contexto social e político é transvestido por escândalos de corrupção, corrosão do sistema de proteção social, flexibilização do mercado de trabalho, das políticas públicas e sociais, retrocesso de direitos constitucionais, desemprego em níveis elevados (atingindo quase que o patamar de 14 milhões de desempregados, segundo destaca IBGE (2019)), a radicalização da violência corporificada no extermínio diário de grupos historicamente vulneráveis como mulheres, população negra. Além disso, o acirramento de discursos de ódio, entre outros, tornam cada vez mais difícil a tarefa de garantir os mínimos sociais para sobrevivência.

Claramente se evidencia, tanto nas medias governamentais eleitas como nos posicionamentos políticos dos governantes, um cenário de disputas ideológicas que subestimam os trabalho e avanços históricos em detrimento de ideologias políticas. Nesta direção, se dissolvem no desejo de que possuir o “poder da caneta”, memórias e conquistas sociais, tornam-se sem efeitos, obsoletas, substituindo-as por políticas de governo que parecem estar acima dos projetos e políticas de Estado. Discute-se, no decorrer do texto, as consequências de algumas destas mudanças, como aquelas que incidiram sobre a legislação trabalhista, marginalizando o trabalhador e determinando o sentido do trabalho da política neoliberal, assim como também os efeitos nos direitos sociais, especificamente o desmonte e carência progressiva de recursos que, não diferente, traz o enfraquecimento da política de saúde.

No capitalismo neoliberal atual, as fronteiras entre a ‘sociedade civil’ e a ‘sociedade política’ estão ainda mais borradas [...] o que significa dizer que os instrumentos de dominação de classe ancorados no Estado adquirem morfologias novas. Para escapar desta armadilha é preciso compreender o sentido da mudança da sociedade brasileira e do Estado brasileiro. Esta compreensão, dentro de uma análise crítica, observa que o capital ganha força, que a segregação social se aprofunda, que a dependência externa se acentua. Em uma sociedade assim, a modalidade de gestão ser mais ou menos ‘Estado’ tem uma importância colateral, sem as profundas transformações ansiadas pelo movimento de reforma sanitária (Cardoso, 2013, p.230).

O trabalho como padrão de sociabilidade encontra-se submerso e subsumido por legislações flexíveis, as quais retomam as ideias características do século XVI, em que se entendia o trabalho sob a ótica da “punição e submissão” (JINKINGS, 2013). O trabalhador encontra-se num panorama de precarização das legislações trabalhistas e, assim, tem seus direitos submetidos aos interesses impostos pelo atual mundo do trabalho, coordenado pelos movimentos do mercado econômico. Ou seja, o capital financeiro é quem comanda e orchestra as ordens no mundo do trabalho em nosso tempo.

Ademais, temos a aprovação da nova Reforma Trabalhista, a qual nasce na contramão da legislação maior, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esta, teve na sua criação, a natureza da defesa dos direitos trabalhistas a partir de um olhar humanizador para o trabalhador e as condições de trabalho, consentindo o trabalho como padrão de sociabilidade e dignidade humana.

Entretanto, a nova reforma traz no escopo a flexibilização e a aceitabilidade do negociado, como também, e principalmente, a desresponsabilização do empregador com o trabalhador, sugerindo interpretações dissonantes da lei, afetando de modo crucial a proteção de direitos fundamentais num Estado democrático de direito. A nova legislação privilegia acordos e o direito individual frente ao direito coletivo dos trabalhadores.

Vigente desde novembro de 2017, a Lei 13.467 (BRASIL, 2107) altera matérias medulares acerca da regulamentação social do trabalho expressas na (CLT). Instituída em 1943, o regime de trabalho celetista passou a regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho, transformando-se numa conquista histórica da classe trabalhadora, reconhecendo os direitos trabalhistas e as responsabilidades dos empregadores em uma época de desenvolvimento e transição da economia.

Destaque do novo ordenamento jurídico, dentre outros, está a modalidade de contrato autônomo e contrato de trabalho intermitente, os quais violam o artigo 7º da Constituição da República Federativa do Brasil (CF) ao afrontar o direito fundamental do trabalhador aos limites salubre de duração do trabalho anteriormente definidos, e que ainda causam acirradas discussões nas cortes, pois ainda não há um entendimento pacificado sobre a matéria. Assim como a modalidade de trabalho informal, transfere aos trabalhadores os riscos de um trabalho sem as mínimas garantias constitucionais. Esta lei ao entrar em vigor, reitera a perda dos direitos trabalhistas e, conseqüentemente, o retrocesso social.

Vivencia-se hoje um panorama que aponta a substituição dos direitos sociais por direitos privados e contributivos, de uma organização societária movida por preceitos e mecanismos de mercado, o qual a partir de suas regras de livre concorrência exclui e segrega aqueles que não são produtivamente úteis aos seus sistemas. “Todo sistema de produção tende a descobrir formas punitivas que correspondem a suas relações de produção” (JINKINGS, apud RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004, p. 20).

São estratégias sutis, expressas em processos de precarização nas formas de trabalho, por meio da erosão dos direitos sociais pré-estabelecidos e, no grande crescimento de modalidades capitalistas, como o fortalecimento do empreendedorismo, conquistando cada vez mais espaços no mercado de trabalho e na economia. Ou seja, a modernização de uma nova fase, a

qual Antunes (2018, grifo do autor) denomina de a era do “*novo precariado*”. Um momento histórico marcado por um legado de contratações precárias e informalidade salarial, condicionando a classe que vive do trabalho a meras mercadorias, subordinando-as à dinâmica do capital em seu processo de reorganização e acumulação.

Segundo pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a respeito do aumento de trabalhadores na informalidade, destaca que houve

Aumento de 1,1 milhão de pessoas por conta própria e de 641 mil postos de trabalho sem carteira assinada [...] são alguns aspectos que demonstram o avanço da informalidade no país. Segundo o coordenador de Trabalho e Rendimento do IBGE, Cimar Azeredo, a piora das condições do mercado de trabalho nos últimos três anos é evidenciada pela redução do emprego formal: “Na comparação com o mesmo período de 2014, o Brasil perdeu 3,4 milhões de empregos com carteira de trabalho assinada”, ressalta (IBGE, 2019, s/p).

Diane do exposto, o Estado faz uso de políticas seletivas e conflitantes que contribuem incisivamente para o agravamento da lógica atual, dissimulando investimentos obrigatórios previstos na Constituição, como viés de “gastos” para defender cortes no orçamento. Esta lógica neoliberal exclui a responsabilidade do Estado no provimento mínimo obrigatório, tratando as questões de ordem social como entrave para sua política econômica.

A exemplo das modernas flexibilizações, o texto da nova reforma trabalhista, fortalece o movimento de fragilização da classe trabalhadora e revive inseguranças, como as velhas formas de trabalho desprotegidas, solúveis, análogas a trabalho escravo, enfrentadas duramente pela antiga CLT. Estas não foram objeto primário no programa político da disputa eleitoral, momento oportuno de reflexões e avanços significativos nesta temática.

A disputa pelo congelamento do poder entre as velhas elites políticas no país e, com isto, o crescimento das tensões e violências, encenam um novo panorama para a nação ganhando apoio nos discursos neoconservadores. “A fronteira entre o crime e expressão cultural desviante altera-se em função da capacidade de mobilização política de grupos ante as mudanças sociais em curso” (SAUL, 1999, p. 118). Dessa maneira, muitas pessoas sofrem as consequências da irracionalidade em que a centralização do poder e a violência parecem andar juntos.

Estas e outras questões estão associadas ao status social e a centralização de poder pelas velhas políticas, constituindo-se como manobras muito bem orquestradas no modo de produção capitalista. Uma lógica presente no sistema de organização social, a qual além de (re)produzir explorações e violações, gesta desigualdades e explorações para a obtenção de lucros. O cerne do novo nexos neoliberal estabelece que o indivíduo é simplesmente uma en-

grenagem dispensável. À medida em que a ordem neoliberal alcança o seu objetivo nesse engenhoso mecanismo, transforma iguais em rivais pelo estranhamento enquanto classe.

O neoliberalismo, em seus diferentes ramos[...]. Será evidente que a concorrência é, como luta entre rivais, o motor do progresso das sociedades e que todo entrave que se coloca a ele, em particular pelo amparo às empresas, aos indivíduos ou mesmo aos países mais fracos, deve ser considerado um obstáculo à marcha contínua da vida. (DARDOT; LAVAL, 2016, p.54).

A contemporaneidade expressa de modo claro as raízes do neoliberalismo na tomada de decisões impressas pelo Estado e, então, vê-se um Estado como dizem os liberais: com potência máxima na economia e liberal nos costumes (DARDOT; LAVAL, 2016). As origens capitalistas por meio do modo de produção neoliberal, imprimem o protagonismo de um Estado de intervenção mínima no quadro social e permissível na manutenção de um mercado de livre concorrência na circulação de mercadorias. Ou seja, um Estado com características fortes na economia e minimalista no seu papel protetor, em que a nova razão neoliberal se expressa,

Longe de negar a necessidade de um quadro social, moral e político para melhor deixar funcionarem os mecanismos supostamente naturais da economia de mercado, o neoliberalismo deve ajudar a redefinir um novo quadro que seja compatível com a nova estrutura econômica (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 91).

As políticas sociais se expressam muitas das vezes nulas ou quase apagadas, enquanto o grande motor da economia pulsa em largas proporções. Os investimentos nas áreas sociais são vistos como gastos, onerando a economia do país. Como observado anteriormente, o neoliberalismo não destrói apenas direitos,

Ele também *produz* certos tipos de relações sociais, certas maneiras de viver, certas subjetividades. Em outras palavras, com o neoliberalismo, o que está em jogo é nada mais nada menos que a *forma de nossa existência*, isto é, a forma como somos levados a nos comportar, a nos relacionar com os outros e com nós mesmos (IBIDEM, 2016, p. 16).

Assim, supõe-se pela composição de fatos, como até então apresentado neste trabalho, que a lógica neoliberal no seu cerne, imprime a necessidade de uma melhoria da espécie, como se fosse uma elevação da condição humana, a fim de que não sofra com a mutabilidade da economia, colocando-se a serviço dessa variabilidade. É um adestramento aos modos ditados pela economia. Esse mecanismo de coerção vai naturalizando essa espécie de competição, ou seja, é um processo histórico permitido pelo Estado para pautar o livre mercado.

As não raras crises capitalistas, como a atual crise do capital, demonstram no seu modo metamorfoseado, o posicionamento do Estado em relação aos processos que estão em disputa. Identifica-se um Estado que opera nas lacunas dos processos díspares da economia, apenas para o mercado. Um mercado forte e um Estado omissivo, que se faz presente como um “vigia noturno”. Uma concepção Inglesa difundida no século XVIII, a qual afiançava as “singularidades e restritas funções governamentais” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 41). No entanto, o Estado está teoricamente presente, observador das movimentações sociais, porém de forma seletiva.

Haja visto que a sua presença é sabida, contudo, regula com intervenção econômica limitada e somente protagoniza algum ensaio nas tensões que ameaçam a ordem econômica. “O modo de governamentalidade própria do neoliberalismo cobre o ‘conjunto das técnicas de governo’ que ultrapassa a estrita ação de Estado e orquestram a forma como os sujeitos se conduzem por si mesmos” (DARDOT; LAVAL, 2016, p.378). O Estado, então, corrobora na produção de processos estruturais de violência e negligência o seu papel de assegurar direitos.

O modo de produção capitalista opera através das suas crises cíclicas, tal qual ocorreu com a reestruturação produtiva, o encontro de novas formas de superação do modelo anterior para a obtenção de maiores lucros. As intermitentes crises estruturais do capital evoluem, inevitavelmente, para a agudização do cenário econômico.

O modo de reestruturação produtiva ganha força na exploração no fim do trabalho enquanto relação social. Este modo tem como centralidade, a transformação dos processos de trabalho, da estrutura hierárquica dentro das fabricas, qualificação de novas funções produtivas, responsabilidade e autocontrole produtivo. (AMORIM, 2016, p. 105)

A política neoliberal por meio do neoconservadorismo, executa tendências endógenas do pensamento conservador, com heranças burguesas, aliado ao modo de dominação capitalista. Sustenta o modo de operar do Estado na redução do papel protetivo, como também reduz a importância de um investimento no desenvolvimento de políticas públicas, acirrando processos de livre concorrência do mercado, terceirizando o papel protetor, responsabilizando os sujeitos. O direito neste contexto, assenta-se sob a esfera do privado.

A ideia que se vincula a este modelo político e econômico é de um Estado neutro que não interfira nos modos da economia de mercado para que possa existir a livre concorrência. Esta é a essência do pensamento neoliberal, pois na não intervenção do Estado pode haver um “equilíbrio” sustentado por uma ordem naturalista, implicando em desigualdades. Mais ainda,

a lógica neoliberal manipula a conduta dos indivíduos quando promove entre estes, o “cuidar deles mesmos” (DARDOT; LAVAL, 2016).

Estimula-se o protagonismo do homem empreendedor, de consumo, subjetivado enquanto empresa, o colaborador. E, para consumir nesse mercado, constrói-se um cidadão consumidor, distante de um cidadão na lógica de direito, criado para puramente consumir, indivíduos criados para princípio da concorrência (IBIDEM, 2016, p.116).

O modo de produção capitalista impresso na lógica da reestruturação Produtiva, convoca a existência de um trabalhador que seja polivalente e que disponha de grande disponibilidade, inclusive do seu tempo de lazer para a empresa. Esse trabalhador como modo de manutenção do seu posto de trabalho, aceita as regras impostas por este modelo, submetendo-se a subcontratações, diminuições salariais, entre outras. A reestruturação produtiva é melhor definida por Amorim, quando este refere-a como

Um meio de desorganizar as formas de resistência da classe trabalhadora para, então, restaurar as formas de dominação dos grupos dirigentes, impondo novos processos de trabalho, de gestão do capital, de redefinição dos parâmetros de qualificação do trabalhador, de reordenamento das políticas públicas, como também de redefinição das leis trabalhistas e das prioridades sociais dilatadas pelos Estado (2006, p.43).

Subtrai desses trabalhadores a sua subjetividade, por meio da coerção imposta subliminarmente aos trabalhadores que ameacem descumprir as regras. Não obstante, aqueles que aceitarem, tem como prêmio o acúmulo de função. Essa lógica perversa também transversaliza o cotidiano profissional dos trabalhadores das áreas de serviços essenciais, como saúde, educação, transporte e segurança.

A insegurança desse panorama faz com que se decline a qualidade dos serviços ofertados, com efeito especial na área da saúde, bem como, agrava o medo por parte dos trabalhadores nos territórios mais vulneráveis pela transversalidade alcançada pelos processos de violações, dada a negligência do poder estatal. Como bem destacamos nos capítulos anteriores, os processos de violência nesses territórios estão conectados por processos outros de violações.

Convém enfatizar o modo precário que se encontram as estruturas físicas da rede de postos de saúde, dos hospitais e das equipes de profissionais que compõem estes serviços, os quais apresentam fortemente a contradição de um sistema que arrecada impostos e, assim, teria como obrigatoriedade a destinação de parte. No entanto, mínimo é revertido para esta área. Destarte, é nesta dinâmica espiral do micro para o macro e vice-versa, que se faz possível conectar os fatos ingenuamente concebidos, de modo isolado, tornando menos perceptível a trama o qual disfarça.

## 4.2 O TRABALHO NA SAÚDE: CONTRADIÇÕES DO CUIDADO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador compõe um dos campos de saberes e de atuação do Sistema Único de Saúde. É expressa no detalhamento do texto legal que normatiza a Política Nacional de Saúde, como as atribuições das ações e campo de atuação do SUS. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei,

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho[...]. (BRASIL, 2012, s/p).

Detalhada no Decreto Ministerial nº. 7602 de 2011, que sistematiza e dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, atribuições e competências, destacando como princípios iluminadores a promoção da saúde dos trabalhadores, melhorias nas condições de trabalho para a qualidade de vida do trabalhador, bem como a criação de estratégias de prevenção, cuidado e redução dos riscos, oriundos das relações trabalhistas na sociedade capitalista, a fim de que, por intermédio dessas e outras ações, se elimine danos e consequências à saúde do trabalhador.

O Campo da saúde do trabalhador busca construir estratégias de cuidado e proteção ao trabalhador, instituindo ações e garantias legais nas diversas formas de contratação, considerando enquanto pressupostos legais a necessidade de ambientes salubres de trabalho, em resistência aos rebatimentos da tensa relação capital/trabalho. Este eixo busca dentro de suas competências,

Fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional (BRASIL, 2011, s/p).

Garantida por via da operacionalização de trabalho realizado em rede, entre as secretarias de saúde de Estado e Município, esta política incorpora mudanças nos processos de saúde do trabalho que contempla a complexidade dos fatores que cercam o mundo do trabalho.

Estas e demais medidas compreendem um articulado de práticas interdisciplinares e interinstitucionais, as quais tem por objetivo fim o cuidado à saúde, bem como a relação direta com o ambiente e condições de trabalho. A atualização em 2012 da PNSST pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012, trouxe de modo taxativo que a finalidade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador estabelece a organização e definição de direções e responsabilidades integradas nas três esferas de governo, Federal, Estadual e Municipal, subscrevendo para cada uma as suas competências.

Os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Por fim, pensar em ações de saúde do trabalhador na sociedade contemporânea requer compreender um conjunto de ações garantidas constitucionalmente como um direito social e, com o reconhecimento de que os avanços legais que hoje se materializam nas condições de trabalho, são frutos das conquistas de mobilização social da classe trabalhadora, frente às situações que foram submetidas e ao reconhecimento do trabalho no capitalismo. A mobilização da ação profissional problematiza os efeitos das condições de trabalho e emprego na sociedade contemporânea que impactam na saúde dos trabalhadores e no sentimento de pertencimento de classe trabalhadora, no coletivo.

O trabalhador da saúde não muito diferente de outros trabalhadores, integra o subsistema do mercado de trabalho em saúde, partícipe do vasto mundo do trabalho e, assim submetidos às investidas e modalidades capitalistas, como as flexibilizações, terceirizações, até mesmo, condições de trabalho precárias. Tem-se o conhecimento de um expressivo conjunto de mais de 2 milhões de empregos na saúde, traduzindo-se em um milhão e meio de trabalhadores (MACHADO, 2015, p. 259), supõe-se que seja a área de trabalho que mais empregue e agregue profissões diversas.

Como anteriormente foi discutido o sentido do trabalho na lógica neoliberal, o trabalho em saúde também apresenta contradições importantes que, de algum modo, condicionam o seu fazer, principalmente quando há modalidades distintas de trabalho em emprego, no mesmo espaço ocupacional, que distanciam trabalhadores e o sentido de pertencimento de uma classe unívoca. Essa diferenciação tem sido crescente por estar associada às modificações contemporâneas nas relações de trabalho nesta lógica em que o afastamento da responsabilidade do Estado é substituído por modalidades de privatizações e estatizações institucionaliza-

das por incorporações privadas, expressivamente no campo das políticas sociais públicas, assim como na política de saúde.

Há quase uma década, constitucionalmente, o SUS relaciona-se com modalidades de assistência privada, não apenas de modo complementar, mas com a justificativa de ofertar melhor cobertura na assistência dos serviços de saúde. Campos (2018), sobre esta discussão refere que,

No Brasil, a relevância assistencial do SUS para, pelo menos, setenta por cento da população não tem encontrado correspondência no grau de adesão política e ideológica dessa maioria ao sistema. Nos últimos anos, há como que um conformismo ao desmonte do SUS. Talvez esse paradoxo poderia ser explicado em virtude de que a implementação do SUS ainda é parcial (p.1709).

Diversos posicionamentos e questionamentos se fazem presentes a respeito desta questão, como a discussão do financiamento do SUS, o investimento e fortalecimento na rede pública, assim como a especialização de recursos humanos. Contudo, não se pretende explorar estas questões, mas destacar o conhecimento da sua existência e a interferência no projeto de saúde pública de qualidade, na íntegra de seus princípios fundantes de acesso Universal e assistência Integral.

O município de Porto Alegre adotou como medida semelhante a esta destacada, a celebração de convênio com o setor privado, representado pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública de direito privado que surge com objetivo de atuar no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do SUS. Esta iniciativa do poder executivo municipal instituída desde 2011, era responsável pela cobertura de 52,5% nos atendimentos na Saúde da Família no município. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a parceria firmada beneficiou a ampliação do acesso à saúde da população, avançando de uma cobertura de Saúde da Família de, aproximadamente, 20% para mais de 50%. Configurou-se, inegavelmente, um salto qualitativo no dado número apresentado pela SMS. Contudo, recentemente, em setembro de 2019 por determinação do STF (Supremo Tribunal Federal), o IMESF teve decretada sua extinção total, resultando, de imediato, no desemprego de aproximadamente 1840 trabalhadores, além do cancelamento da oferta nos serviços de saúde pública em mais de 77 postos de Unidade Básica da capital.

Precarizações e falta de atendimento se fizeram presente na busca da população por atendimento nos postos de saúde. O posicionamento do poder executivo Municipal através da SMS, órgão que coordena as ações e serviços de saúde, diante do caos instaurado no sistema de saúde municipal, apenas se manifestou com explicações à população e aos trabalhadores após as mobilizações das categorias profissionais. Os órgãos representantes das categorias,

tencionaram pelo restabelecimento dos trabalhadores e funcionamento dos serviços. Entretanto, não obtiveram êxito nas negociações.

As tentativas impetradas de acordos judiciais foram ineficazes e não reverteram a inevitável demissão em massa dos trabalhadores. Assim, com resposta simplificada a um problema complexo, cerne do funcionamento da lógica de mercado, decidiu-se que o funcionamento dos serviços de saúde suspensos com a extinção do IMESF, passarão a ser administrados por empresas terceirizadas (PMPA, 2019), em razão da celeridade e necessidade de resposta pública. Isto é, novamente uma atribuição e dever do Estado é delegada à lógica da terceirização, fragilizando ainda mais a integralidade de serviços básicos essenciais.

Com o fim do IMESF, um hiato na assistência à saúde foi gerado. Em caráter de urgência, uma vez que o STF determinou a inconstitucionalidade do ato, a Prefeitura protocolou novo projeto de lei e criou 864 cargos de saúde. Contudo, o quantitativo de cargos se mostrou insuficiente, pois não recuperou integralmente a quantidade de profissionais demitidos. Recorreu-se a esta decisão, por não ser unânime entre os trabalhadores e órgãos representantes, na tentativa de contestação desta decisão. Então, no encerramento do ano legislativo de 2019, foi aprovado pela Câmara de Vereadores, o projeto do executivo que cria cargos para suprir estas demissões. Concomitantemente, foi concedida liminar pela justiça do trabalho, suspendendo até 10 (dez) janeiro de 2020 as demissões dos trabalhadores do IMESF, criando, com isso, novas indefinições quanto ao futuro dos trabalhadores e a assistência interrompida dos serviços de Saúde da Família. Amplia-se, neste contexto, um clima de incertezas e inseguranças tanto dos trabalhadores quanto da população.

Com a possibilidade da aprovação desta ação emergencial que cria novos cargos para substituir os extintos, o município manteria a habilitação para oferecimento dos serviços, afastando-se do risco de suspensão, além de seguir com o recebimento dos repasses federais do Ministério da Saúde. Medidas estas que, muitas vezes não dialogam com a real necessidade existente, tampouco com os atores envolvidos. Neste caso, desconsidera-se a participação dos usuários na gestão do SUS, diretriz fundamental do Sistema, com a criação de políticas verticalizadas.

Portanto, para estudar a Saúde Pública como política social deve-se tentar desvendar tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período em estudo, quanto o modo próprio como, no campo das ações de saúde coletiva, constituem-se forças sociais que, nas suas lutas, delineiam as opções políticas (MERHY, 1992, p.36).

Assim, sabe-se que as formas de financiamento da saúde pública vem de fonte de recursos distintos, refletindo incisivamente nas díspares formas de contratações dos profissionais de saúde e na operacionalização da própria política. Segundo informações do IBGE (2010), o Sistema de Saúde no Brasil tem em sua composição 52.021 estabelecimentos de serviço público e 42.049 privados. Não obstante, evidencia-se uma lógica de atenção “bipolarizada”, resultante de transformação contrastiva e de um caminho de desmonte e precarização contemporânea que tem vivenciado a gestão do SUS. “No Brasil, 54% do gasto em saúde acontece no setor privado, que atende a apenas 25% da população. O SUS, exclusivamente responsável por 75% da população, além de realizar serviços voltados para toda a sociedade, conta com apenas 46% dos recursos” (CAMPOS, 2018, p.1708). Ou seja, uma balança desigual que, deste modo, sempre estará em desvantagem de cobertura na assistência dos serviços prestados.

O crescimento do mercado de trabalho na área da saúde resulta de grande transformação do sistema de saúde brasileiro nas últimas duas décadas (MACHADO; MOYSES; OLIVEIRA, 2006), como também da expansão das ações e serviços da política, acessando populações específicas, adequando-se às especificidades regionais. Amplia-se, assim, ainda mais, a concepção de saúde, considerando os fatores que condicionam o acesso desse direito. Desse modo, há naturalmente a necessidade de um campo de atuação multiprofissional, integrado, que possa, dentro de suas limitações, dar conta das demandas que compõem a vida dos sujeitos na sociedade, trabalhando na promoção, prevenção e ações curativas. Nega-se, assim, ser a saúde apenas a ausência de doenças.

Como respostas às fragmentações da gestão da assistência e do trabalho, o campo da saúde convive com o espectro de desmonte, por meio da insuficiência nos investimentos e manutenção da política pública do país, a exemplo do exposto no subcapítulo anterior (mundo do trabalho), em que se justificam ações fragmentárias como respostas simplórias e estratégias efêmeras para questões complexas de raízes estruturais, as quais têm profundo impacto social. A exemplo, as contratações frágeis e os múltiplos empregos em áreas essenciais, que precarizam gradualmente o sistema público.

A razão econômica transforma-se em instrumento de política. [...] As políticas de saúde têm sido em grande medida servas dóceis do senhor capital. [...] o que se verifica é toda uma racionalidade ditada pelo capitalismo, guiando as atitudes governamentais. O Sentido humanitário, do direito à assistência, não está presente na essência das políticas de proteção à saúde dos cidadãos (FRANCO; MERHY, 2007, p.61).

A atual situação de saúde do município, fragilizada pela descontinuidade dos serviços em razão de uma postura consentida de ausência do papel do Estado, delega a sua responsabilidade de gestão da saúde da população, um dever previsto no texto constitucional, às empresas terceirizadas, um recorte que deveria ser essencialmente gestado pelo Estado. A fragilização dos vínculos empregatícios, cerne da lógica de mercado neoliberal, pode ser observada com o ocorrido no IMESF que realizava a cobertura de saúde na Atenção Básica em Porto Alegre e, que por determinação legal do STF, tiveram suas atividades encerradas, resultando na fragilização da assistência à saúde da população.

Assim, seguem estas e outras medidas governamentais e disputas judiciais que contribuem para o cenário de desregularização das políticas sociais públicas. Não se pretende exaurir esta discussão no presente estudo, mas, pelo menos, sinalizar a existência de tais medidas e problematizar os reflexos de sua efetivação. Recentemente, a Proposta de Emenda Constitucional (188/2019) que prevê a fusão e, portanto, a redução no número de municípios brasileiros, também tem gerado discussões e ideias contrárias. Sendo aprovada esta PEC do Pacto Federativo, haverá a redução de mais de dez mil municípios. A medida do Governo Federal tem como objetivo a redução de municípios de até 5 mil habitantes, aglutinando-os a outros municípios, incorporando suas estruturas administrativas a municípios maiores. Um retrocesso no processo de organização municipal, além de impactos negativos na organização das regiões de saúde, educação, polos trabalhistas, etc.

Ao mesmo tempo em que a redução encontra eco com a justificativa do enxugamento da máquina do Estado, fazendo sentido para reduzir os gastos públicos, traz como contradição a generalização de condicionantes e especificidades locais. Estas são resultantes de peculiaridades regionais obtendo reconhecimento e recursos específicos para estas micros regiões dentro dos municípios pequenos. Esta fusão, ao assumir um caráter genérico, considerando em primeiro as questões de importância do grande município, naturalmente coloca em segundo plano as questões singulares dos municípios absorvidos.

Ainda acerca das medidas governamentais atuais em tramitação, está o projeto de reforma administrativa que tem como objetivo fim a redução de direitos do funcionalismo público federal. Além do Decreto Presidencial nº. 10.185 (BRASIL, 2019), que extinguiu mais de 27 mil cargos e proíbe novos concursos públicos para reposição daqueles que vagarem, o Ministério da Saúde será o órgão mais impactado com esta aprovação, pois terá a extinção de aproximadamente 22 mil cargos.

Com a mesma justificativa de economia e a falácia de redução dos gastos da administração pública para organização das contas, esta máxima tem sido a justificativa dos governos

atuais para aprovação de tais medidas, como ocorreu na aprovação da nova Reforma da Previdência e Reforma Trabalhista. O social é cada vez mais fragmentado e a apropriação dos bens públicos, cada vez mais privada. Justificativas que acompanham os processos de privatizações, cortes de gastos públicos essenciais, redução das condições de trabalho e direitos trabalhistas, entre outros. E, enquanto as discussões jurídicas desenrolam-se na caminhada de longas judicializações, a população se vê vilipendiada no seu direito básico, obstaculizado por questões éticas, econômicas e políticas.

Assim, sutilmente tem sido apresentado o poder do Estado, num modo ausente, negligente e desresponsabilizado com as questões de ordem social em detrimento da operacionalização do capital. Convive-se com a fragilização das políticas sociais públicas, cada vez mais setorializadas, fragmentadas e seletivas, fortalecidas pelo eco da necessidade de construções de políticas de governo ao invés de políticas de Estado, as quais a cada quatro anos se dissolvem e interrompem ações.

A crítica é de que possamos construir políticas duradouras, políticas de nação que dialoguem com a realidade, que tenham as suas raízes nas necessidades desta nação e sejam frutos de conquistas populares, com forças para transpassar as frágeis mudanças de políticas e segmentos ideológicos. É nesse sentido que se defende a possibilidade de sustentação das políticas públicas.

Na sociedade burguesa, quanto mais se desenvolve a produção capitalista, mais as relações sociais de produção se alienam dos próprios homens [...]. Essa inversão de sujeito e objeto, inerente ao capital como relação social, é expressão de uma história da autoalienação humana. (IAMAMOTO, 2010, p.48). As relações sociais, cada vez mais tem sido convertidas em mercadorias, produtos do modo de produção e pensamento neoliberal, que tendenciam a um processo de despolitização dos trabalhadores e ilegitimação de direitos conquistados.

A depender da gestão, se perde o sentido do trabalho. Se fragmenta. Entende? E passa ser só de consultório, entende? Então assim, perdeu-se aquela coisa de Estratégia de Saúde da Família. Hoje voltou-se uma versão, para mim “Démodé”, antiquada, entende? A gente está voltando, retrocedendo. Em termos até de condução com a comunidade, de proximidade com a comunidade, na relação com ela. A gente tem um perfil de estratégia então a gente procura “aos trancos e barrancos” manter isto, mas no fundo, no fundo a gestão não quer...” E aí quando tu consegues mudar todo um padrão, retrocede” (TRABALHADOR A)

O depoimento descreve o processo de adoecimento dos trabalhadores que ainda conseguem perceber a lógica de desmonte e resistem ao instituído. Na narrativa, percebe-se o sentimento de inconformação do trabalhador que vê como a lógica de mercado tem afetado o

sentido do trabalho e, especificamente, do trabalho na saúde, transformando-se num trabalho burocrático e numérico que, aos poucos, tem tido mudanças estruturais que descaracterizam a sua lógica, forçando os trabalhadores a processos de violações.

Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, o despotismo taylorista, pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento manipulatório, próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias. (ANTUNES, 2003, p.34)

Uma das estratégias de proteção da política pública municipal para as questões de violências ocorridas nos territórios da Atenção Básica, campo o qual este estudo se propôs a conhecer e analisar, se materializa na constituição de um programa que dispõe de uma capacitação que se desenvolve em um dia para todos os trabalhadores da Rede Básica e, também no processo de notificação de fatos, que seguem as orientações do Ministério da Saúde. Ações que se circunscrevem a modos de trabalho ainda muito fragmentários e pontuais. Um processo de trabalho que indiretamente responsabiliza ainda mais o trabalhador, expondo-o a processos de violência, seja pela forma distinta de importância para os trabalhadores e gestores, seja pelo tempo destinado para o compartilhamento e problematização de questões importantes que impactam o dia a dia do trabalho na saúde. Até mesmo pela relevância de gestão ao determinar que este modo de operacionalização se faz suficiente para suportar o processo de violência que atravessa o cotidiano dos trabalhadores e demandas, que chegam aos serviços de saúde da rede básica do município.

Nas análises pôde-se evidenciar estratégias de gestão cotidianas que extrapolam o âmbito pessoal, conflitando a tensa fronteira entre o profissional e o pessoal. A exemplo, as narrativas expostas com a criação de grupos de comunicação via aplicativo para *smartphones* WhatsApp®, na comunicação de situações no território, condicionando sutilmente a obtenção de contas e aparelhos modernos aos que não possuem, com o objetivo de estabelecer a comunicação, desconsiderando a realidade de cada um. Ou seja, quando há uma situação de violência, principalmente nos territórios em situação de vulnerabilidade reconhecida pela Gestão municipal, não há uma proteção mais efetiva que desloque ações de prevenção e promoção do poder público com o aparato dos demais setores, inclusive ações de segurança pública para mudança nos padrões e modos críticos que resultam nas repetições de ações violência nos territórios. Nota-se que a responsabilidade do cuidado é do trabalhador que vivencia situações de violência.

Ao longo da pesquisa foi possível observar uma postura de Gestão da Política Municipal de saúde, subscrita em ações protocolares, burocráticas e descritivas. Isto, diante dos impactos da violência estrutural que, por vezes, tem sido reforçado pelo protagonismo de uma postura ausente e mínima do Estado, contribui para o adoecimento dos trabalhadores, além de gerar um sentimento de desproteção. As ações e serviços de proteção aos trabalhadores apresentados trazem a responsabilidade do cuidado individualizada e com uma carga responsiva ao trabalhador, com a criação de códigos internos com cores e objetos que sinalizem o grau de violência no território, aquisição de materiais individuais. Sem dúvidas, tratam-se de ações de grande relevância, contudo, ainda muito restrita à esfera individual de cuidado sob a responsabilidade do trabalhador e não ações de cunho coletivas que partam da Gestão e que minimamente possam denotar modos de proteção e responsabilização para os trabalhadores.

Respaldo não há nenhum. Infelizmente não há. Com esse programa de acesso avançado, a gente tem um grupo nosso do posto, aí nós que estamos na rua temos que ligar. Eu não tinha um telefone de linha. Tive que passar a ter um plano de conta para entrar em contato com o posto, senão não teria condições de me comunicar e saber o que está acontecendo. (TRABALHADOR C, 2019)

A fala desse trabalhador descreve o sentimento de desproteção por parte da gestão, em que a proteção no cotidiano de trabalho só se faz possível se estes, de algum modo, possuírem condições de provê-la. Este sentimento aparece como algo dado, de que o trabalhador da saúde municipal, principalmente de territórios em situação de vulnerabilidade, deverá encontrar formas de se proteger. Como desabafou o trabalhador, ao afirmar que “Respaldo não há nenhum. Infelizmente não há.”.

Eu só vejo demanda, demanda de trabalho. Mais, mais trabalho, mais trabalho e parece que querem que a gente atenda ao máximo de pessoas em menos tempo. Então eu não vejo uma resolução dos problemas, vejo que a coisa está piorando. Eu não sinto nenhum respaldo. (TRABALHADOR F, 2019)

Observe que, além das questões de cunho organizacional das condições de trabalho, soma-se ao campo das condições de trabalho o modo de proteção ofertado a estes trabalhadores e as formas de cuidado viabilizadas pela gestão. Estas deveriam ultrapassar os muros institucionais, superar questões protocolares e investir em ações que dialoguem com o dia a dia, com o sentimento relatado pelos trabalhadores e, deste modo, estar mais aproximado, não apenas nas questões de premiações por produção mas, de uma estrutura que considere o sentimento de pertencimento dos trabalhadores e considere os riscos diários por estes enfrentados.

A equipe da gerência vive mil e uma coisas, a gente está sempre sobrecarregado. Se acontece uma situação, a gente para tudo. E as vezes eu penso o quanto que nós também precisamos. Não sobrecarrega só em termos de trabalho, mas emocionalmente. É, as pessoas choram, as pessoas chegam pesadas e a gente... A gente tem que dar conta, dos outros, e a gente? E o suporte para nós? (G3, 2019)

É importante destacar que o trabalhador que hoje ocupa cargos maiores na escala das relações de trabalho, como o cargo de gestão local, também destaca a sobrecarga deste modo de gestão, que é transversal às condições de trabalho. Também sinalizam um estranhamento enquanto classe trabalhadora e um sentimento de isolamento, dadas as relações de trabalho que se estabelecem no íterim do conflito relacional capital e trabalho. Um trabalho mais individualizado, solitário e competitivo entre si. O desgaste do trabalhador nas formas e condições de trabalho, demonstra a necessidade de um olhar sensibilizado para a classe trabalhadora, pois à medida que o trabalhador tem sua força de trabalho afetada, proporcionalmente, sua capacidade de produzir está, inevitavelmente, também afetada e diminuída. Isto é, as consequências vão além da esfera individual. Há um alcance no sistema e, assim, nas respostas produtivas. O trabalhador contemporâneo encontra-se em uma conjuntura que vêm banalizando as diversas formas de sofrimento ante a lógica de extrema produtividade do mercado global de trabalho.

Só está em posto de saúde quem ama, neh. Quem não tá em posto de saúde, realmente não ama, porque vem e sai. E só quem gosta de saúde pública é quem fica nos ambientes de saúde pública do município. Porque poucos são planejados, com ventilação correta, com luminosidade correta, com acessibilidade correta, tudo correto. Pouquíssimos! Se é que tem! A maioria é assim, “enjambando”. E isso não deixa de ser uma agressão para o trabalhador! Teu ambiente de trabalho deveria ser top. [...]. Então a gente procura dentro do recurso humano fazer o melhor que a gente pode. (TRABALHADOR A)

Diante dos ataques capitalistas, temos na mobilização das políticas públicas, uma estratégia para responder às intensivas do capital. O cenário das políticas públicas é também um contexto permeado por pressões, contradições e lutas no enfrentamento do ideário neoliberal. Segundo Pereira,

A política social em sua natureza contraditória, exige redefinição teórica de quem a percebe de forma linear e funcionalista. Em que tanto os seus aspectos positivos quanto negativos devem ser, dialeticamente, analisados para que se possa ter a compreensão certa do que se deve defender e atacar, tendo como perspectiva satisfação das necessidades básicas (2013, p. 194).

Pensar na mediação das políticas públicas com a finalidade de produzir resistências aos modos de produção, se coloca como condição *Sine qua non* no caminho por acesso e garantia de direitos. Estes meios também contribuem com a manutenção da ordem produtiva, flexibilizando e fragmentando a dimensão social das políticas sociais, em detrimento de maiores investimentos na máquina do Estado.

Muito embora a política social tenha um caráter contraditório de seletividade e fragmentação, ou muitas vezes articulada a serviço do Estado para acalmar as massas, é importante que esse destaque que se faz também surja do tensionamento da classe trabalhadora convocando um posicionamento do Estado quanto às demandas e necessidades sociais coletivas.

Conforme afirma Pereira, a lógica competitiva que domina as relações sociais, sob influência do modo de produção capitalista, tem subordinado mais fortemente a política social à uma política econômica com o fim de produzir a prevalência desse modelo sob a dimensão da vida em sociedade. Assim, tem sido suscitada “a mercantilização da política social, sob o crescente desmonte do universalismo protetor” (2013, p. 194). Corroborando, Pereira afirma que

A perspectiva da política social deve considerar as transformações complexas estruturais, além de “perquirir sem incorrer em exercícios reducionistas”, considerando os modelos de Estado de Bem-Estar e de política social existentes, bem como as mudanças não lineares, contenções, retrocessos, reorientações e principalmente, transformações (2013, p.192).

Há uma nítida segregação, em que alguns, por sua condição socioeconômica, são marginalizados pelos detentores dos meios de produção e da propriedade privada. Behring (2000) fala que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. (p.1). O processo social desigual como se percebe, desde a constituição de nossa sociedade, traz como marcas basilares as manifestações de violências como respostas às desigualdades socialmente produzidas.

## 5. SAÚDE

A saúde como um direito de todos está prevista no detalhamento do conteúdo constitucional, no artigo 6º, escopo dos direitos sociais, assim como também no artigo 196, como um dever prestacional do Estado à população. É garantida por meio de políticas econômicas e sociais “que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990). Um conteúdo de relevância pública, cabendo ao poder público “regulamentar, fiscalizar e controlar a saúde” (IDEM, 1990).

Efetivamente, o SUS, organizador da operacionalização da assistência em saúde, nasce a partir da organização do Movimento da Reforma Sanitária, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco democrático para a saúde pública. Nesta, convocou-se por meio da mobilização social de diversos setores, a regulamentação de um sistema de saúde público universal, legitimado posteriormente nas leis 8080/90 e 8142/90, fundamentando a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado garanti-la.

Esse Movimento trouxe consigo um avanço singular na organização da sociedade civil, desdobrando-se posteriormente num importante processo de construção da democracia. Um processo coletivo permeado pelo tensionamento de reforma na assistência à saúde, a fim de que se produzissem melhores condições de saúde à população. Gerschman (2004) compreende como um movimento de “lutas entre o governo e as forças políticas que entendem a reforma sanitária como caminho para a democratização e o usufruto da saúde pelas camadas pobres e necessitadas da sociedade” (GERSCHMAN, 2004, p.179).

As contradições presentes na trama das relações sociais acompanham os acontecimentos de fatos históricos e, assim, a efetivação e o avanço para o novo sistema público de saúde. Ademais, esbarrou também em velhas e novas contradições sociopolíticas na sua regulamentação. Porém, essa continência que a priori se mostrava como limitação, foi o mesmo que provocou a criação de formas de resistir e transformar a realidade em que, neste caso, a exposição às condições de saúde fez com que houvesse uma transformação e mobilização. Logo, o nascimento de um sistema de saúde universal e público, referência mundial.

A Reforma Sanitária imprimiu um caráter participativo que sinalizou a revisão das bases democráticas, presente em um contexto histórico extremamente autoritário que vivenciávamos no país. Assim trouxe à tona, como o fim e fracasso do regime autoritário, a consideração da participação social na concepção e gestão de um sistema de saúde de base universal e gratuito. Esse processo contou com concentração de forças dos “ Movimentos sociais em saú-

de, sindicatos, partidos políticos progressistas, intelectuais e acadêmicos de saúde, entidades médicas, técnicos pró-governantes, setor hospitalar privado e seguros de saúde” (p. 183), os quais por meio dos embates políticos tornaram possível a materialização da Lei Orgânica da Saúde (LOAS), a qual regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. Contudo, ainda uma pseudo materialização.

A herança de um modelo biologicista, umas das bandeiras reivindicatórias da Reforma, médico centrista não tinha, contudo, se afastado do atual modelo de saúde, o qual caracteriza-se por um modelo excludente que requeria para o acesso e assistência aos usuários, vínculos empregatícios formais, ou seja, a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, condicionando o acesso mediante a contribuição. Caracterizava-se como um modelo privado de saúde que exigia uma contrapartida para que a população tivesse acesso a saúde, nesse propósito surge o SUS superando esta lógica, afirmando o cuidado em saúde como um direito humano, um direito social citado no Artigo 6º da Constituição Federal (CF) de 1988, viabilizado a partir da elaboração de políticas econômicas e sociais.

Assim, surgiu no país um sistema único descentralizado, hierarquizado, com participação cidadã, debatido na VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) no ano de 1986. Esta conferência

Marcou a história da saúde pública no Brasil, uma vez que consolidou as diretrizes de universalidade, integridade e equidade, valorizando mais a medicina preventiva do que a medicina curativa (característica principal da prestação de serviço de saúde até a década de 70). Essa conferência também demandou por um serviço de saúde unificado e descentralizado. Unificado no que tange a regulamentação administrativa geral das ações e serviços de saúde no âmbito público ou privado e descentralizado no âmbito político e administrativo de cada esfera do governo (LILIANE et al., 2013, p.267).

Esse movimento revolucionou a questão da equidade no campo da saúde, ausente em um período de notáveis aprofundamentos de fraturas sociais, manifesto por violações de direitos, desigualdades sociais e considerável pobreza para expressiva parcela da sociedade. O documento debatido na oitava conferência, gerou o relatório direcionado à assembleia nacional constituinte, onde, a partir daí, nasce o SUS reverberando a universalidade da assistência enquanto o princípio de inclusão social e pondo abaixo a ideia de contribuição obrigatória e da seletividade da assistência na saúde.

Por esta razão, o conceito ampliado de saúde que a refere como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2002) é aplicado e vai além de perceber a saúde pelo prisma da ausência de doença e sim como o conjunto de acessos, direitos e movimen-

tação do sujeito na vida. Entende-se, então, o contexto em que estão inseridas as pessoas, assim como a apropriação e grau de sociabilidade, enquanto seres políticos.

O SUS elegeu como porta de entrada preferencial do cuidado em saúde, a Atenção Primária à Saúde, a qual é, segundo Starfield, “uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde” (2002, p. 28). Incorporada aos princípios do Sistema Único de Saúde e organizada em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, para a satisfação das demandas da população adscritas com tecnologias de alta resolutividade e baixa densidade, também tem por finalidade produzir respostas clínicas aos problemas de saúde de maior incidência e relevância em seu território.

Ela é o dispositivo que se materializa como contato primário, preferencial, dos usuários ao sistema de saúde. Assim, orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, assemelhando-se aos princípios declarados do SUS e da Constituição, constituindo em um sistema universal e integrado.

Este estudo tem como recorte o trabalho realizado na AB em resistência às manifestações de toda forma de violência que atingem as Unidades de Saúde, um dos eixos que compõem a estrutura deste trabalho. Propomos compreender os *Laços*, possíveis, construídos no território entre as políticas setoriais, compreendidos nas estratégias, possíveis, articuladas em resistência aos efeitos da violência no cotidiano dos trabalhadores da política de saúde, bem como, as responsabilidades da política municipal de saúde. Os *Nós*, os destacamos enquanto lacunas, conflitos, como também estratégias de um trabalho intra/intersetorial em rede, possível retaguarda em resistência às formas de manifestação do fenômeno de violações.

Entende-se que a organização da rede assistencial do território se constitui como potente estratégia para superar a fragmentação da atenção nas ações e serviços de saúde, instituindo-se enquanto uma tecnologia e/ou um dispositivo organizativo de rede para o acesso e promoção de cuidado, principalmente o atual panorama social e político, compondo a concepção ampliada de saúde que tem como diretriz este trabalho, o qual

Exige dos serviços, das instituições de saúde e dos profissionais, assumirem novas possibilidades e responsabilidades no que diz respeito a produção da saúde o que faz enfatizar a necessidade de se repensar as políticas públicas a partir do princípio da intersetorialidade (ERDMANN et al., ANO, p.561).

Assim posto, a análise proposta com este trabalho problematiza acerca das possibilidades de ações realizadas pela Rede Municipal de Saúde de Porto Alegre, a Rede de Assistên-

cia à Saúde (RAS), diante dos efeitos da violência estrutural, nos territórios de abrangência da APS. Processos expressos por desigualdade, seletividade e exclusão social, impactam diretamente o cuidado em saúde. Dessa forma, compreender a operacionalização do trabalho em rede da AB, articuladora e coordenadora de diálogos entre as políticas setoriais, se materializa como uma das formas de resistência à extinção de direitos e políticas sociais públicas.

Considerando que a violência é um fenômeno social, legitimado através de processos antagônicos das relações de produção da sociedade capitalista e, embora sua manifestação “apareça” de modo individualizado, ela é produto e produtora das contradições na relação capital *versus* trabalho, ou seja, partícipe das engrenagens do complexo social.

A matriz social da violência e de sua expressão que ocorrem nos territórios incluídos neste estudo, definem as condições de trabalho a partir das precarizações do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, por estarem enraizadas na estrutura social e nos processos de fragmentação e desigualdade social. Nestes, se evidenciam o antagonismo dos modos de proteção, principalmente nos territórios vulneráveis e na concepção de direito e trabalho na sociedade capitalista.

## 5.1 A SINGULARIDADE DO CUIDADO E A POTENCIALIDADE DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) são termos equivalentes. Tem seu palco de atuação nas estratégias de cuidado no território, o lugar de cuidado cotidiano em que há a preocupação com a produção da autonomia dos sujeitos no processo de cidadania.

Eleita como acesso prioritário dos serviços de saúde, a Atenção Básica tem a responsabilidade de introduzir, efetivamente, o usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (PNAB, 2006, p.10).

O território adscrito é para a Atenção Básica, o local de intervenção e produção da gestão em saúde, de cuidado participativo e de interação no movimento de territorialização,

produtor e reprodutor das transformações societárias. Locus da ação prioritária, traduz a possibilidade de perceber em primeira instância, os sujeitos em suas singularidades e em seus múltiplos modos de operar na vida.

Presente na evolução das gerações familiares por longo período de tempo, a Atenção Básica tem como diferencial dos outros níveis de Atenção, a convivência territorial, uma das suas diretrizes. Constituindo-se enquanto elo entre os profissionais e os usuários, estabelece e fortalece vínculos. Assim, o território, espaço onde a vida dos sujeitos acontece, para a Atenção Básica, tem por função

Dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e indenitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

Lugar construído e desconstruído por relações que envolvem o tempo presente. Um espaço vivo, dinâmico, permeado pelas mais distintas metamorfoses. Para os sujeitos participantes da pesquisa, o território é ao mesmo tempo local de reconhecimento de iguais, proteção, bem como de contenção e segregação, isto visto em momento distintos. A assistência é restringida à uma área delimitada, não permitindo a inclusão de cadastro aos serviços de saúde, de usuários de outros territórios, ainda que vizinhos de uma mesma grande região.

Contudo, em outros momentos, dadas as relações que se estabeleceram, o território é relatado como um lugar de proteção e solidário, presente no discurso da maioria dos entrevistados em que faziam uma defesa e respeito ao lugar que também lhe é ofertado o cuidado. Como estratégia de proteção, são relatados nos avisos da comunidade para que os profissionais de saúde do território saibam e fiquem atento que algo está acontecendo no território, a fim de que os mesmos venham ter cautelas nas saídas e acontecimentos do território, como apresentado:

“ Um usuário e outro que avisa para tomar cuidado, diz: Ah, cuidado está acontecendo um movimento no território diferente e tal ” (Trabalhador D).

Assim, segue no entendimento de proteção. Ainda no que diz respeito ao acesso à saúde, especificamente nas relações de controle impostas pelo tráfico, usuários não podem ultrapassar as fronteiras de determinado território por conflitos de grupos rivais. Desta forma, mesmo que haja a necessidade de acessar serviços mais complexos, como os presentes nos centros de complexidade, a exemplo o “Postão” – Pronto Atendimento de Saúde da Vila do

Cruzeiro. Estes não podem usufruir destes devido ao acesso restrito pelas violentas disputas territoriais.

E as vezes, tem aquela questão: Eu preciso aqui, porque eu não posso ir no Postão (Cruzeiro) [...], a gente pode ligar e agendar para lá para ser atendido com a Dra., as pessoas não querem ir porque não pode, tem essa guerra de questão de tráfico. O pessoal daqui não pode descer para lá porque se passa por lá, o pessoal ameaça e até faz alguma coisa. As vezes o paciente até vem correndo pra cá, chegou até um pedaço e mandaram ela subir.” (TRABALHADOR B).

A coerção e aceitação é uma relação tensa. Porém, é a forma encontrada pelos usuários e trabalhadores para conviverem nestes territórios. Uma relação que, sem dúvida, expõe e contém, ao mesmo tempo, talvez marcada pelas relações de proteção possíveis neste espaço. É contraditório conceber estas relações, mas também estas e outras situações ganham eco nesses espaços por uma ausência indireta, de suposições das análises, de um protagonismo mais eficiente do poder público, com ações de promoção nos territórios que hoje estão em situação de vulnerabilidade. Nesse contexto, o Trabalhador C afirma: “A gente nunca pode se contrapor a eles neh? A gente meio que dança conforme a música”.

Há um reconhecimento da essencialidade dos serviços ofertados no território, como no caso da saúde e assim se configura como um espaço de proteção aos agentes, tendo acesso facilitado para se misturarem nos movimentos de territorialização, como pertencentes a história daquele espaço. As relações às quais expomos por meio de trechos dos entrevistados, sobre as conexões de território e territorialização, segundo Haesbaert tornam-se como condição dinâmica e

Devem ser trabalhados na multiplicidade de suas manifestações - que é também e, sobretudo, multiplicidade de poderes, neles incorporados através dos múltiplos sujeitos envolvidos (tanto no sentido de quem sujeita quanto de quem é sujeitado, tanto no sentido das lutas hegemônicas quanto das lutas de resistência - pois poder sem resistência, por mínima que seja, não existe) (2007, p. 22).

A possibilidade de vivenciar os movimentos de territorialização, os quais falam das movimentações e estratégias encontradas pelos sujeitos no território, permite-nos uma aproximação à realidade traduzida pelos que chegam aos serviços básicos de saúde. A Atenção Básica, diferente dos outros níveis do Sistema de Saúde, tem a singularidade de participação na vida dos sujeitos, famílias, por longas gerações. É possível dizer que a AB participa da dinâmica da vida das famílias no território.

Pensando no cuidado integral da população e no conjunto de ações em saúde, a AB tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) uma proposta de trabalho interdisciplinar, operacionalizada na implantação de equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a ampliação da oferta ao cuidado individual e familiar. As equipes de Saúde da Família articulam ações de cuidado compartilhadas, inter-relacionando os diversos saberes e setores com a finalidade de produzir itinerantes modos de relação com os serviços.

As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. (MENDES, 2011, p. 79)

Portanto, as redes se configuram como formas de organização social, intencionadas a administrar o cuidado e promover a saúde. Compreendem-se como um conjunto integrado por pontos de atenção que interconecta sistemas integrados de atenção à saúde, através de um conjunto coordenado de pontos de atenção constante e integral.

Cabe ressaltar que o cuidado aqui referido não é entendido como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde enquanto o direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA-JUNIOR, 2004).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida, então, como a organização da assistência, conforme Portaria nº 4279, que a define como

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.(...) Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (BRASIL, 2010, s/p).

Assim, a centralidade do trabalho da RAS baseia-se no princípio da integralidade como possibilidade de enfrentamento dos impactos causados nos territórios em que há o desenho de um “vazio assistencial”. O que nos faz crer que esta ausência se materializa enquanto forma de atuação do Estado na lógica Neoliberal. Ou seja, esta é a sua forma de presença, a invisibilidade e a mínima intervenção nas ações sociais.

Perceber como as políticas sociais manejam as singularidades e marcas históricas de cada território constituído pelos sujeitos que neles habitam, é condição *sine qua nom* para um

planejamento mais específico de estratégias de promoção de saúde, por meio da articulação sistemática entre os atores sociais.

As multiplicidades nas formas de violência do cotidiano não somente afetam a saúde das pessoas assistidas na Atenção Básica, como também geram uma intimidação na autonomia dos sujeitos, reforçando a exclusão social. Apesar disso, reforçamos com o direcionamento de Minayo (1994) ao defender que a violência “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (MINAYO apud AGUDELO, 1990, p.9).

Afirma-se, portanto, que a violência é um fator humano e social, presente em todas as esferas sociais, transversal à história e mutações da sociedade. “Se expressa por diferenciais de gênero, de raça e de geração, sendo que alguns grupos sociais são mais vulneráveis a sofrer suas consequências. Ainda que se trate de um fenômeno global, a violência atinge de forma diferente mulheres e homens, crianças e adultos, além dos diversos grupos étnicos e raciais da população” (BIS, 2013, p.257). Independente do alvo, esta atinge a todos, sem exceção, constituindo-se nos dias atuais um problema de saúde pública a ser enfrentado de modo intersetorial. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organismo internacional de saúde pública, o qual tem como objetivo desenvolver ações que qualifiquem a saúde e qualidade de vida de países das Américas, destaca-se que o “setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social.” (OPAS, 1993, p 1).

Entende-se que a perspectiva de um trabalho orquestrado em rede se mostra como um arranjo mais adequado para a implementação do diálogo entre as políticas setoriais, potencializando articulações efetivas entre instituições governamentais com a sociedade civil. Contudo, ainda se desenha como desafiadora no exercício da ação prática e cuidado, na gestão e organização da Rede de Atenção à Saúde. Diariamente, apresenta notável resistência na empregabilidade no cotidiano, embora se saiba que é o caminho possível à superação da fragmentação entre as políticas públicas. Assim, propõe-se mais laços solidificados e menos nós nas redes de cuidado.

A possibilidade de subsidiar elementos, por meio das trocas, para a construção de uma rede solidária de trabalho compõe também um dos eixos desta discussão, compreendendo a real e cotidiana integração de diferentes setores no campo da Rede de Atenção à Saúde- RAS.

## 5.2 A POTENCIALIDADE DO TRABALHO EM REDE

Entendemos esta rede como uma “*Teia*” identificada através de particularidades territoriais que, em dado momento se afrouxa, se movimenta e é, portanto, dinâmica. Constitui-se para além dos mecanismos institucionais formais, tendo como pressupostos a solidariedade e a troca como dispositivos coletivos permanentes de cuidado nos territórios. Esta “*Teia*” compõe as redes informais, desatando alguns *Nós* caracterizados como os obstáculos de comunicação do trabalho em rede no território, a escassez de recursos, mas também como processos que impulsionam a problematização e reelaboração de ações dentro da rede – talvez as contradições que provocam e mantem vivas e ativas as redes.

Sob esta ótica, destacamos a essencialidade do trabalho intersetorial, um trabalho realizado em rede e como um elemento essencial para a qualificação da participação dos profissionais, potencializando assim, trocas com os pares, gestores e diferentes setores que compõem os campos de atuação da rede de assistência à saúde.

A fim de subsidiar a discussão do trabalho intersetorial, traremos o entendimento de intersetorialidade, consoante ao estabelecido na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) que discorre sobre a qualidade e base referencial teórica para a promoção da saúde como

Um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (BRASIL, 2014)

Desse modo, destaca-se a importância da intersetorialidade nesses processos, considerando-a muito mais do que uma estratégia para produzir políticas públicas e melhores condições de saúde. É tida como uma diretriz de gestão compartilhada para a garantia e sustentabilidade das políticas públicas. A respeito do que melhor se aproxima do entendimento da intersetorialidade como uma suposta estratégia na articulação da RAS, contudo não apenas a única, expomos a ideia de Junqueira, o qual sintetiza a intersetorialidade como algo que

Transcende o setor saúde que, em alguma medida, acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinação dos problemas que chegam ao setor, que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersetorial. (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997, p.36).

Toma-se como pressuposto o contexto sociopolítico, panorama de insegurança. Neste, muitas das políticas sociais públicas manifestam-se flexibilizadas nas suas capacidades de assistência, protagonizando meramente o cunho assistencialista/focalista e não universalizada de modo integral. Esse contexto gera lacunas de incertezas diante da desresponsabilização do papel do Estado de proteção social, como abordamos anteriormente, além de privatizações e terceirizações dos serviços públicos e políticas sociais.

Segundo Pereira, é “mediante a Política Social que direitos sociais são atendidos em necessidades humanas na perspectiva de cidadania ampliada” (PEREIRA, 2009, p.164). Tem-se dentro desta realidade complexa a fragilidade da crítica do contexto social, bem como da intencionalidade das instituições, culpabilizando e individualizando sujeitos por problemas de ordem social. Por esta razão, buscou-se compreender os rearranjos advindos do processo intersectorial destacado no campo da Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de contribuir para superação da fragmentação do diálogo na RAS, ampliar o diálogo e, com isto, possivelmente contribuir para processos de mudança nas práticas e na concepção ampliada de saúde em nível de Atenção Básica.

Destaca-se o instrumento de notificação de agravos e danos, uma das ferramentas de diagnósticas de problemas utilizada na área da saúde. Nosso olhar se atentou às situações de violência na Atenção Primária à Saúde, no intuito de conhecer quais diálogos em rede se fizeram possíveis, com base nos atendimentos e registros de situações de violências, os quais conforme o objetivo deste instrumento, direcionado pelo MS, fortalece a produção de políticas públicas. Pretendeu-se, também, problematizar o uso desta ferramenta como um dos “*nós*” no registro de situações de violações que atravessam o cotidiano dos profissionais da saúde e percebeu-se que há, ainda, a falta de informação aos trabalhadores que vivenciam situações que necessitam de notificação. Estes ainda relacionam o preenchimento, quando preenchem como mera descrição. Lhes falta a crítica quanto a potencialidade deste documento para tomada de ações locais, não apenas as ações generalizadas determinadas pela gestão Federal. Alguns trabalhadores temem que este documento possa, em algum momento, lhes trazer problemas relacionais no território por relatarem as descrições das situações atendidas, principalmente por ser um território que perpassa por situações de vulnerabilidade, resultando riscos da perda do trabalho e de vida.

Transpor a ideia de denúncia associada ao uso desta ferramenta se coloca, na atualidade, como um entrave devido ao fato de os profissionais sentirem-se inseguros diante de uma

postura mínima de gestão macro. Desconfia-se de quem tem o acesso e do destino das informações nele descritas.

“Eu não sinto confortável de fazer. Então, nunca aconteceu de eu notificar algum caso. Não me sinto confortável[...]. Eu sei que é necessário néh! Mas para o trabalhador que está dentro da Unidade, que vai conviver com aquelas pessoas inúmeras vezes, é uma coisa que pode gerar um tipo um comportamento mais até agressivo. Não digo agressivo, mas pode chegar a uma situação desconfortável, assim, com a pessoa que está, no caso sendo denunciada” (TRABALHADOR 4, 2019).

O estudo infere que trabalhar a intersectorialidade na RAS pode trazer mais segurança às respostas e demandas notificadas frente aos efeitos causados pela violência nos territórios de abrangência da Atenção Básica e, assim, contribuir para a segurança do profissional diante de um atendimento e atravessamento de situações de violência.

Entende-se que o processo de violência e seus efeitos constituem também o engenho da história da humanidade, produzidos por processos históricos que marcam e sobrepõem as desigualdades sociais. As suas expressões e feitos antecedem processos sociais de violações de direitos na vida em sociedade, bem como a expropriação do modo de produção, marginalizando sujeitos.

### 5.3 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O modelo de Atenção em saúde emerge como uma das categorias empíricas, denotado pelos trabalhadores em diferentes exemplos. Aparece como um modelo burocrático, por vezes protocolar, o qual não dá conta de garantir a complexidade da relação de saúde que se estabelece em territórios vulneráveis. Em alguns relatos, foi descrito como ações que fragmentam modos coletivos de trabalho por meio de relações e condições de trabalho precarizadas, frágil exploração do trabalho em rede, dissociação do mecanismo de controle social e desresponsabilização do sistema de proteção, circunscrito à questão de polícia.

À luz da legislação, o modelo de Atenção em Saúde preconizado pelo SUS reúne diversos serviços com base nos condicionantes de saúde, no perfil populacional, entre outros fatores, o qual empenha-se em responder as exigências de saúde da população. Com base nisso, destacamos a Portaria Interministerial nº 4.279 de 2010 que define modelo de saúde como:

Um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010, s/p).

Com base neste diagnóstico, o desenho do modelo de saúde torna a assistência em saúde, necessária em cada território sanitário, viabilizada por meio da articulação do trabalho em rede. Assim, aciona demais setores envolvidos na concepção de saúde ampliada em "contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas" (BRASIL, 2010).

Convoca a participação da Assistência, Educação, Segurança Pública, entre outros, compreendendo a multiplicidade dos condicionantes e determinantes de saúde. Segundo a Portaria, o Modelo de Atenção em Saúde, indica a necessidade de organização de um trabalho em rede no qual se defina a intersetorialidade, a integralidade, o apoio matricial sobre as vulnerabilidades populacionais, fortalecendo ações que rompam com as condições crônicas.

Em contradição, o modelo de Atenção que aparece nesta pesquisa é descrito como um modelo protocolar com ações fragilizadas, as quais possuem dificuldade de sustentação das conquistas históricas, tendo, a todo momento, que lembrar no fazer cotidiano do trabalho os objetivos do sistema de saúde. O modelo de atenção que se evidenciou, busca dentro do preconizado na Política de Saúde, a luta por trabalhar com princípios do SUS. Contudo, esbarra nas dificuldades de efetivação das políticas em cada território. Por vezes, o discurso fortalece e encontra eco e parcerias, mas a efetivação e condições para o desenvolvimento das ações são confrontadas com as métricas, coagidas com notícias falsas de demissões, mudanças nas formas de empregabilidade, perseguições no ambiente de trabalho por aqueles que resistem às investidas ao adoecimento. Um modelo que busca por sobrevivência e prima pela execução dos princípios e diretrizes da APS, porém aspectos estruturantes como estes e outros fatores, como o financeiro que impede a total implantação do SUS e resulta na falta de recursos humanos e condições necessárias às Unidades de Saúde, se efetivam como lacunas, gerando situações conflitantes entre os profissionais da saúde e os usuários.

### **5.3.1 Protocolos e notificações: estratégias da política de saúde nos territórios vulneráveis**

A Secretária Municipal de Saúde, à frente da Gestão da rede de Atenção Básica do município, faz também uso da ferramenta de Notificação de Agravos e Danos, utilizada nas

Unidades de Atenção Básica (UBS), conforme direcionamento do Ministério da Saúde. Este instrumento foi criado no início da década de 90 e sua regulamentação foi efetivada em 1998. A partir de então, norteia as notificações em todo o território nacional. Conforme estabelece a portaria 104 de 2011 do Ministério da Saúde, a notificação em situações de violência é compulsória, ou seja, independe da vontade dos trabalhadores que tiveram ciência ou acesso imediato da ocorrência de situação de violência. Por esta razão, as situações de violências, assim como outros danos e agravos, compõem a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, uma diretriz para atendimento e registros específicos, nos serviços de saúde, padronizada em todo território nacional, acerca de doenças, agravos e eventos em saúde, que devem ser obrigatoriamente notificados. Esta diretriz descreve de modo taxativo as doenças e agravos que devem seguir os protocolos e procedimentos do MS, dada a importância para a saúde pública de abrangência nacional, em toda a rede de saúde, pública e privada (BRASIL, 2011), devendo ser obrigatoriamente comunicada por qualquer profissional de saúde,

Médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (BRASIL, 2011, s/p)

O uso desta ferramenta permite a realização de análises dos acontecimentos quanto aos eventos ocorridos com a população e, assim, contribui nos indicadores de saúde, os quais conotam o modo de organização de saúde da população. Segundo estudo realizado a alta complexidade é quem mais notifica casos de violência, seguido pela média complexidade. Ou seja, quem apresenta um número inexpressivo de Notificação de casos de violência é justamente a Atenção Básica.

O dado relaciona-se, ainda, ao receio que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, sentem ao notificar uma situação de violência (BS, 2016). Além deste, outros são os fatores que influenciam as subnotificações nos casos de violência ocorridos no cotidiano da AB, como o sigilo das informações e a proteção dos profissionais de saúde. Há a necessidade de criação de estratégias que permeie um processo pedagógico de ensino e aprendizagem em saúde, em rede, que contemplem ações que compartilhem as experiências e as fragilidades, entre os profissionais da teia da RAS, a fim de problematizar os “Laços” e os “Nós”, presentes no cotidiano dos trabalhadores, quanto ao manejo destes documentos, para além do denunciamento transpassando a redução de uma mera comunicação numérica, possibilitando que ferramentas como estas, possam dialogar com realidade vivenciada pelos sujeitos nos territórios

vulneráveis, considerando as vulnerabilidades territoriais e a fragilidade dos serviços de saúde ao acolher os usuários e trabalhadores diante de situações de violência, a fim de construir estratégias de ação e promoção.. Além destes fatores, tem o desafio de

Reconhecer a violência como um tema interdisciplinar, onde a notificação transforma-se num passo primordial e uma estratégia eficiente de organização, possibilitando construir uma rede para o seu controle a partir do âmbito municipal ou estadual, em comunicação com outros órgãos. (GARBIN et al., 2014, p.1880).

Os indicadores evidenciam informações e sinalizam os riscos aos quais as pessoas estão mais vulneráveis em determinados territórios, motivando um pensar em rede para o cuidado de saúde. As notificações, sem dúvidas, subsidiam a construção de processos promotores de cuidado, quando articuladas em teias, reconhecendo as expressões históricas e contemporâneas dos processos de violência presentes na trama das relações sociais e a concepção de direitos viabilizada no acionamento das políticas sociais públicas.

Todavia, as expressões territoriais desenvolvem especificidades que, por vezes, escapam de processos padronizados, sendo necessária a implementação de instrumentos e técnicas mais precisas que se materialize como respostas mais efetivas. Assim, ao depararmos com as primeiras análises deste estudo, vimos que o protocolo preconizado pelo MS é utilizado, porém frágil na produção de respostas e retaguardas específicas as demandas do território. Diante disso, outras estratégias devem ser lançadas pela política municipal de saúde em relação a notificação e sinalização de eventos violentos no cotidiano dos profissionais de saúde.

Desde 2014, a Gestão da Política Municipal de Saúde, através da Secretaria Municipal, órgão gestor da política frente aos atravessamentos da violência nos territórios de saúde, reconheceu a violência como um dos principais problemas de saúde pública na Capital. Por esse motivo, adotou nova estratégia local para lidar de modo específico sobre esta demanda. Sob a diretriz da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, Portaria nº 737 de 2001 e da Política Nacional de Promoção à Saúde (Portaria MS/GM nº 2.446, de 2014), se estabeleceu como alternativa para enfrentamento da violência no cotidiano dos Trabalhadores da saúde, o Programa Acesso Mais Seguro. É um programa recente (2014) e, por esta razão, percebe-se nas falas do modo de operacionalizar dos trabalhadores e gestores de Unidades de Saúde, processos de implantações em diferentes fases. Em algumas UBS, o programa já está na fase de avaliação, já em outras, nas fases iniciais de adaptação. Não existe uma padronização das ações, pois cada território, além de estar em fases distintas, considera a especificidade dos movimentos de territorialização para a tomada de decisão.

O Programa Acesso Mais Seguro, relatado também nas narrativas dos sujeitos, é uma ferramenta estruturada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV)<sup>7</sup>, com histórico de implantação, também, em outras capitais, como no Rio de Janeiro, Fortaleza e Florianópolis, com ações presente nas Equipes de Saúde da Família. Este Programa, segundo sua criação e relato dos profissionais, tem o objetivo de preparar a equipe para situações de violência, a partir de um diagnóstico situacional, elencando as áreas de riscos, rotas de fuga e articulações locais, compondo códigos e avisos para situações de violência. A crítica observada é que a iniciativa está, ainda, muito restrita à responsabilidade individual, podendo ter maiores capilarizações de ação de proteção, mais efetiva da Gestão Municipal da Política de Saúde Macro, diante dos conflitos estruturais de violência. Isto vem trazendo um pouco mais de segurança aos trabalhadores de territórios em situação de vulnerabilidade.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, no documento do Plano Municipal de Saúde (2013-2017), o convênio com a CICV se estabeleceu com o objetivo de

Melhorar o acesso aos serviços públicos de saúde em áreas afetadas pela violência armada a partir da gestão diária da segurança. Tem como princípios a adaptação ao contexto local de violência armada (riscos, intensidade e realidades); a autonomia para gestão diária da segurança pelos serviços de saúde nos territórios; suporte e monitoramento Distrital e Central pelos níveis hierárquicos da SMS e a responsabilidade compartilhada. (PMPA, 2017, p.150)

Esta ferramenta busca construir, junto aos trabalhadores da saúde, um plano específico que se desenvolve a partir da identificação e categorização de sinais em casos de violência no território adscrito e também por eventos causados pelos próprios usuários no acesso aos serviços. Utiliza como medida de segurança a gestão de risco e promove

---

<sup>7</sup> O CICV, fundado em 1863, trabalha no mundo todo para levar assistência humanitária às pessoas afetadas por conflitos e pela violência armada e para promover as leis que protegem as vítimas da guerra. É uma organização independente e neutra e o seu mandato se origina essencialmente das Convenções de Genebra, de 1949. Com sede em Genebra, Suíça, a organização tem cerca de 16 mil colaboradores em 80 países e é financiada principalmente por doações voluntárias dos governos e das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Fonte: <https://www.icrc.org/pt/o-cicv>.

Previamente à situação de violência armada, a pactuação de regras de comunicação e de segurança entre os profissionais dos serviços de saúde, gestão distrital e gestão central da Secretaria Municipal de Saúde; Implantar um sistema de notificação; monitorar os incidentes de violência armada, identificados pelos serviços de saúde; constituir uma rede de suporte aos profissionais para as consequências da violência armada (Gestão da crise e Gestão do estresse); e incentivar a constituição de uma rede intersetorial de segurança nos territórios impactados pela violência armada. (PM-PA, 2017, p. 150)

Contudo, falta a corresponsabilização da Gestão em nível macro, na criação de ambientes de trabalho mais protetivos e ações de trabalho que construam estratégias de promoção de cuidado e segurança nos territórios vulneráveis e nas condições de trabalho na Atenção Básica. As análises apontaram diferentes concepções da potencialidade desta metodologia. Para uns, esta proposta protege por conceder “um pouco mais de autonomia” como verbalizaram muitos trabalhadores ao poder decidir por fechar a Unidade de Saúde de modo mais ágil e menos burocratizado, na eminência de uma situação de violência, dependendo do aguardo de autorização da gestão central, a qual não é estabelecida no território.

Estes relataram que a demanda da solicitação do que fazer em situação de violência exige a rapidez diante da exposição aos riscos. Porém, este contato com a gerência central, além da demora na resposta, muitas vezes contrariavam a decisão do coletivo de trabalhadores, expondo-os a uma situação de vulnerabilidade na permanência.

O relato acerca da importância do Plano de Acesso mais Seguro e da notificação que acompanha esta ferramenta foi verbalizado como uma estratégia de respaldo caso seja necessária a troca de posto de trabalho, sem que lhes causem represália em nível de gestão. Em contrapartida, outros relataram que sentem medo e que ficam desconfortáveis por temer o retorno no território. A exemplo, o Trabalhador B verbalizou: “O programa ajuda em questão de que se virem ali, que é um caso delicado, vão ter que te trocar de local de trabalho. Mas, ao mesmo tempo, depende do que o programa te coloca à frente”.

Outros entrevistados verbalizaram a existência de uma única porta de saída do Posto de Saúde e outros ainda relataram a existência de apenas um local seguro em caso de conflito, o qual não comporta acolher toda equipe. Isto é, apenas alguns se satisfariam deste recurso.

A avaliação dos trabalhadores é positiva, contudo, sinalizam que esta estratégia de modo solitário é frágil e não dá conta de responder as demandas complexas dos territórios. Fica claro que o plano carrega uma potencialidade, contudo há a necessidade de um aquecimento do trabalho em rede, pois percebe-se uma rede que se estabelece muito “artesanal” e “frouxa”, havendo a necessidade de somar a respostas de ação da política que sustente verdadeiramente a materialidade das ações, independente dos atravessamentos de questões políti-

cas. Ao contrário, proteger com o aparato de guarda local, rotas monitoradas, locais de trabalho que permitam a segurança em caso de conflito, ambientes protegidos para todos os trabalhadores.

Na verdade, eu acho que as coisas acabam sendo muito de técnicas para “Inglês ver”, sabe? Tu notifica, tu tem um plano, a gente provavelmente vai tentar fazer ou se lembrar, temos um WhatsApp com bandeira verde, vermelha e amarela... Mas acho que as vezes, na hora do pavor tu acaba não seguindo muito o protocolo. Acho que essas coisas são muito mecanizadas para um momento que gera muita emoção. No momento que ficam sabendo isto em termos de gestão, existe todo um compadecimento, mas no final das contas ninguém resolve nada. É só números! Eu acho que isto dos protocolos, das coisas todas feitas, dessa preocupação que a gestão tem, de notificar, de tudo até da CIPA mesmo, é porque são coisas que envolvem um acidente de trabalho, é um problema de ambiente de trabalho. Mas no fundo, no fundo, a gestão superior está minimamente preocupada com isto. E no final das contas, diante de uma tragédia, que pode acontecer, porque estamos todos na eminência de. O que que isto vai acarretar em termos de gestão? De mudança de padrão e de cuidado com os profissionais que trabalham no meio das vilas e no meio desses lugares mais vulneráveis, onde a violência aflora em qualquer momento? (TRABALHADOR A)

Ou seja, um sentimento de desproteção e pouca efetividade na produção de políticas sustentáveis que traduzam as reais necessidades dos territórios vulneráveis. São necessários diálogos como formas mais incisivas na construção coletiva, de um modelo de trabalho em rede, que promova processos de cuidado de saúde e cidadania, diante dos atravessamentos da violência no cotidiano dos trabalhadores da saúde, resultando em políticas públicas sustentáveis.

## 6. CONCLUSÕES

Aa análises elaboradas na pesquisa observam que os múltiplos efeitos da violência podem ser percebidos nas relações sociais e, por esta razão, torna-se cada vez mais difícil compreendê-los num único conceito, dada a abrangência das suas diversas formas de manifestação. Arrisca-se a dizer que a violência é naturalizada como forma de linguagem e um modo de comunicação muito singular da sociedade capitalista, tendo na violência estrutural uma de suas expressões mais radicalizadas na contemporaneidade, a qual compreendemos como a raiz dos processos de fragmentação e desigualdades sociais.

Os diversificados efeitos dos processos de violações são sentidos e percebidos, de modo mais extremado, nos territórios que historicamente vivenciam situações de vulnerabilidade social. Esses espaços, são atravessados por resistências, marginalização social e disputas que permitam acessar melhores condições de sobrevivência, em que contraditoriamente, também “lançam mão” do mecanismo de violência como defesa.

A pesquisa evidência que há um vazio assistencial causado pela desassistência do poder do Estado, expresso por desigualdade e pobreza, definindo assim, a concepção de direito na lógica neoliberal. Isto é, reforçando um paradigma que percebe o acesso aos direitos fundamentais como ameaça a coesão social, bem como, o investimento do Estado com o social onerando a política econômica e interferindo na fluidez do livre mercado.

Tem-se na contemporaneidade o crescimento de políticas sociais seletivas, objetivadas a gestar a pobreza. Behring, acerca da crítica do surgimento e posicionamento das políticas sociais, depreende que,

A política social participa da reprodução ampliada do capital, seja no estímulo ao consumo, a exemplo das já referidas políticas de transferência de renda, seja pelas compras e contratos do Estado, azeitando o processo de rotação do capital, para que mercadorias e dinheiro não fiquem em alqueive, engendrando a crise. Nesse sentido, a política social constitui-se como uma espécie de almofada amortecedora das crises ao lado de outras intervenções públicas anticíclicas, já que a política social por si não consegue contrapor tais tendências. (BEHRING, p. 18, 2016).

Ao mesmo tempo, a crítica que se estabelece a respeito do caráter contraditório das políticas públicas, é que mesmo nascendo dentro de uma lógica burguesa de acalmar as massas, com ações populistas, elas também surgem por um tensionamento crítico da classe trabalhadora por direitos, em desacordo com o modo capitalista. Como também observa BEHRING (2016), ao descrever que

O campo da política social, especialmente em países que não tiveram pleno emprego, oferece um horizonte limitado, de emancipação política, mas que pode adquirir contornos mais contundentes, tornando-se mediação para a emancipação humana, quando organiza os trabalhadores e suas lutas em torno de uma pauta concreta: saúde pública e gratuita, educação pública e gratuita em todos os níveis, moradia popular de qualidade, transporte com tarifa zero, lazer, envelhecimento digno, com aposentadorias condizentes e solidariedade intergeracional. (p. 26, 2016).

Uma ótica de operacionalização que não tem de modo algum no seu cerne, a preocupação com o rompimento das raízes históricas de benefícios seletivos, subalternizados, que se contrapõe ao fortalecimento de políticas universais que garantam o acesso aos direitos. Ainda que limitadas, as políticas na lógica neoliberal se materializam, enquanto respostas, pela mobilização e inconformação da classe trabalhadora em resistência as cíclicas crises da política econômica capitalista, desvelando uma dualidade de sentido.

Os processos contemporâneos de violência estrutural, materializam-se também, na concepção unilateral que afetam as condições dos padrões de vida e trabalho, precarizando e segregando, ainda mais, as relações sociais. Evidencia-se um cenário de fragmentação e retrocesso motivado pelo avanço conservador neoliberal, que vem se constituindo por meio de ações efêmeras, retrógradas e descontinuadas, e que não trazem desacomodações às raízes históricas de exclusões.

Os aspectos percebidos neste estudo quanto à extensão do alcance assistencial das políticas públicas nos territórios vulnerabilizados, em especial as atribuições da política municipal de saúde, mostraram as fragilidades de um sistema de proteção diante da complexidade dos avanços da violência.

As responsabilidades disparadas para o cuidado dos trabalhadores não dão conta da complexidade dos impactos que chegam com a violência e, se metamorfoseiam ganhando forças na dinamicidade e radicalização das expressões da questão social, nos territórios com vazios assistenciais, indiretamente consentidos pelo não posicionamento efetivo do poder do Estado.

No entanto, a pesquisa apontou que existe sim, um modo de cuidado ofertado pela política municipal, mas que necessita fazer um enfrentamento, retomando a discussão das raízes históricas de violência. Esta problematização da totalidade, permitirá observar os mecanismos de coerção e violência, engendrados na constituição social, que respondem sob a influência neoliberal, desativando processos democráticos de resistências nos territórios vulnerabilizados e nas condições de trabalho. A exemplo os entraves encontrados nos protocolos e critérios de inclusão das políticas públicas, avaliados pelos trabalhadores entrevistados. Ações que ainda

operam com limitações e, de certa forma, com articulações distantes do que de fato necessita o território.

São políticas construídas verticalmente, que não dialogam com a realidade e possibilidades dos trabalhadores. Fica evidente um modo específico do protagonismo do Estado na lógica Neoliberal. Um posicionamento viabilizado com políticas para *inglês ver*<sup>8</sup>, isto é, políticas para dizer que se têm, mas que de fato não operacionalizam mudanças reais, como constam em muitos protocolos. O recorte desta crítica perpassa o entendimento das formas isoladas e ahistóricas que fragilizam e adoecem os trabalhadores. Há a necessidade de diálogo das ações do Estado como as ações reais, políticas sólidas e com sustentabilidade, construídas com, e, pelos sujeitos que vivenciam os efeitos da violência estrutural transversalizada nas esferas da vida cotidiana.

O que se pretendeu problematizar é a fusão de estratégias do poder do Estado e sociedade civil, sensibilizado pela dimensão do coletivo, na construção de políticas públicas que ofertem formas de cuidado que considere a historicidade social.

Como resultado, a partir das perguntas inauguradas pelos objetivos e questões norteadoras, observou-se no território uma potencialidade ímpar, laços fortalecedores dos sujeitos diante da fragilidade dos processos de trabalho, construído pela Política Pública de Saúde Municipal.

O território apresenta a dialética de ter ao mesmo tempo, *nós* contraditórios e solidários, como bem observou Santos (2006). É também nesse local contraditório e, por vezes, violador que os trabalhadores encontram e articulam estratégias para manutenção de seus postos de trabalho, por meio de possibilidades advinda da mobilização coletiva dos sujeitos, resgatando a potencialidade das organizações de base, do trabalho em rede e da solidariedade.

A gente está sempre alerta às coisas, principalmente ao porteiro que fica na frente. Ele nos dá o alerta da troca das fichas! Que são os códigos entre nós de como está o território. Nós temos a escala de cores e, a verde que é tranquila. Quer dizer, conforme certa coisa acontece a coloração é sinalizada e colocada em local onde a gente visualiza. Não precisamos falar nada, a gente já sabe o comportamento que tem que ter. (Trabalhador C).

---

<sup>8</sup> A expressão “pra inglês ver” geralmente é usada para indicar algo que é feito “de mentira”, só para manter as aparências. A explicação mais provável a respeito da origem do termo prega que este surgiu por volta de 1830, quando a Inglaterra exigiu que o Brasil aprovasse leis que impedissem o tráfico de escravos. No entanto, todos sabiam que tais regras não seriam cumpridas: o tráfico continuou de todo jeito, ou seja, as leis foram aprovadas só “para inglês ver”. Fonte: <https://www.historiadetudo.com/>

A dimensão do coletivo encontrada pelos trabalhadores da política de saúde municipal, diante da desproteção e, de certo, sentimento de abandono da gestão municipal, tornou possíveis recriações diárias, ecoadas na força coletiva para resistir aos impactos da violência que lhes atravessam. As mobilizações e estratégias informais ganham forças enquanto *laços*, evidenciados na pesquisa, os quais ressignificam o sentido do trabalho como forma de resistência e permanência dos trabalhadores. Esta organização é um modo de organização suscitado na pesquisa, como objetivos, no qual se propôs compreender e conhecer como estes sujeitos se organizam e resistem aos atravessamentos e violações.

Eu não tinha um telefone de linha, eu até passei a ter um plano controle para entrar em contato com o posto, senão não teria condições, se eu estou na rua, para poder ligar. Porque não tem como ligar a cobrar! E como é que eu vou avisar o pessoal, se eu não tenho internet, não tenho como ligar? Eu fui obrigada abrir um plano controle para minha segurança (TRABALHADOR C).

São ações viabilizadas, teias artesanais construídas cuidadosamente compondo as redes de fortalecimento desses trabalhadores, como uma forma de cuidado encontrada para resistir as situações de violência. A exemplo, observou-se os códigos e avisos entre os trabalhadores, utilizados quando diagnosticam a eminência de ações conflitantes no território, através da leitura dos fenômenos diários como “apatia” no território, mínima circulação nas ruas, evasão nos atendimentos diários dos usuários no posto de saúde, e assim, pelas necessidades constroem condutas artesanais na expectativa de minimizar os efeitos desta violência em seu local de trabalho.

Não há a pretensão de um conformismo ou justificativa de um mal maior para justificar outro mal, mas o que se quer destacar é a capacidade emergente do trabalhador contemporâneo diante de uma desproteção que o adoece, e as vezes o incapacita.

Se tiver dando um tiroteio tem a rota de fuga ou algum lugar, se alguém entrar atirando. Um lugar para se esconder que é ou dentro da farmácia ou no banheiro, mas não cabe todo mundo: é pequeno! Mas é uma oportunidade para se esconder. (TRABALHADOR B)

Neste relato em que o trabalhador expõe a sua preocupação e real situação de desproteção por não existir um local que acomode todos os trabalhadores em uma situação de violência anunciada. Ainda assim, estes mesmos criam códigos que dialogam com a realidade e necessidade da equipe, os quais antecipam e os protegem diante de uma situação que possa resultar em uma fatalidade.

As articulações das ações em rede, ainda estão circunscritas aos acontecimentos de processos inauditos. Há uma dificuldade de estabelecer uma estratégia sistemática e constante, de movimentação do trabalho em rede que opere pela via da promoção e prevenção, frente aos acontecimentos do cotidiano. A mobilização do trabalho em rede, inegavelmente, se mostrou como possibilidade de resistência, ainda que não avalizada como método formal.

Mesmo diante da investida da lógica neoliberal, o território surge com potência no enfrentamento dos impactos da violência estrutural, com entrelaçamentos mediados pelo coletivo. São os *laços e nós* que resistem e agregam os pares, ressignificando o sentido solidário e coletivo da mobilização do trabalho em rede.

O território reúne a força das histórias vivenciadas, aproximam os sujeitos, articulando-se a novos parceiros que fortalecem as relações e a construção de estratégias que tecem na Rede de Assistência da Saúde, elos que sustentam o trabalho coletivo. O conjunto indissociável dessas redes solidárias é promotor de uma coesão que nutre a movimentação de mais “Laços” e “Nós”.

As teias constituídas implicam em resposta que motivam o protagonismo do poder do Estado, pelo processo ativo de militância das demandas coletivas, advindas da associação dos sujeitos, da classe trabalhadora, requerendo o direito de se fazer cumprir o dever do Estado de proteger e prover condições básicas de sobrevivência.

Por esta razão se acredita na sustentabilidade de políticas públicas universais, que arbitrem pela permanência, durabilidade e desenvolvimento, ultrapassando processos políticos polarizados. Idealiza-se a estabilidade de políticas de Nação, que tenham em suas raízes o empoderamento dos processos sociais. Políticas que consigam romper com a lógica neoliberal, contrapondo projetos político-partidários, pondo fim ao ciclo de mutação governamental que são dissolvidas a cada mandato, onerando a população beneficiária e, sem dúvidas, interferindo no desenvolvimento social, com ações efêmeras e descontinuadas. Esta lógica neoliberal, impetrada atualmente na essência das políticas, e assim na política de saúde municipal, opera na via da individualização de um cuidado, transferindo aos sujeitos a responsabilidade do cuidado nos territórios em situações de vulnerabilidade. Isenta-se do Estado a responsabilidade, onerando os sujeitos com a conta a ser paga pelos efeitos das fraturas sociais.

Assim, os laços e nós contidos no território, local relacional de trocas solidárias, de cuidado e reconhecimento, se materializaram nos achados desta pesquisa como uma das possibilidades frente às violações estruturais. Destaca-se como um processo paradoxal, que ocorre por meio das contradições que, no dia a dia, se entrelaçam em possibilidades de afeto e

também de resistência, fortalecendo os sujeitos e as coletividades, frente às expressões da violência, na presentificação do poder público nos territórios em situação de vulnerabilidade.

A pesquisa apontou a pouca compreensão dos trabalhadores e gestores quanto a utilização desses instrumentos, os quais não dão conta da complexidade que envolve a historicidade dos processos de violência estrutural, mas que ainda assim, se articulam como estratégias e formas de lutas, reinventadas pela política municipal de saúde dentre as atribuições previstas na política de saúde municipal, como estratégias formais de enfrentamento da violência, por meio das ações prescritas nas notificações e protocolos de registros.

A qualificação do modo de cuidado e proteção da política municipal, surge como uma das propostas observadas, que podem enquanto atribuição, considerar as questões estruturais que interferem no cotidiano do trabalho na saúde, bem como no modo de ofertar cuidado, reinventando estratégias mais efetivas de cuidado em ato.

Os protocolos, a ficha de notificação e o programa Acesso Mais Seguro, são produtos analisados nesta pesquisa, disparados pela política municipal, que atuam com um percurso isolado e fragmentado, que não suportam os efeitos radicalizados da violência estrutural. Entende-se que estes e outros instrumentos, são subutilizados por estarem restritos a meras descrições e pouca efetividade no território, fazendo necessária a complementação com as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar a violência.

Não diferente de muitas instituições, a política municipal, também apresenta um modo de trabalho contemporâneo dentro dos padrões mercantilistas de trabalho, que além de adoecer, causa solidão, com interferências e violações institucionais que desestruturam os laços protetivos, capazes de contingenciar os efeitos da violência nas estruturas e condições de trabalho.

Almeja-se a criação de ações e responsabilidade coletiva, partindo da gestão local ao encontro com o articulado na gestão central, compondo um processo que conte com a participação dos sujeitos nas ações e construções de programas e políticas públicas, assim, ampliando os “Laços” e fortalecendo os “Nós”, como resposta aos enfrentamentos da violência.

A metáfora instituída nesta pesquisa problematizou a existência de *laços e nós*, em ações coletivas de fortalecimento e proteção diante dos processos estruturais de violações, que interferem na concepção e assistência advindas das políticas públicas, nos territórios marginalizados e vulneráveis. E *nós*, que se constituem enquanto elementos firmadores, fixadores, por vezes elos contingentes, entre os múltiplos agentes, para o enfrentamento da violência estrutural e políticas públicas precárias.

A problematização reforça a existência de mais laços, mais intervenções coletivas como as possibilitadas pelos trabalhadores no cotidiano de trabalho e, pela comunidade quando se reúne para discutir nos espaços de decisões, com os distintos serviços e políticas que o território necessita.

Nesse sentido, também, entende-se que os *nós*, evidenciados na *teia* dessa rede, traz o que entendemos como sustentabilidade, durabilidade de ações, quando estes se desenvolvem não estanques, tendo a tranquilidade de afrouxarem-se diante da necessidade coletiva. *Nós* integradores e fortalecedores de relações entre os sujeitos que se movem para fortalecer a teia. Assim como, os laços que nascem das necessidades coletivas, das demandas de enfrentamento cotidianas, em que os sujeitos encontram nos pares a possibilidade de fortalecimento de ações.

Nesse segmento, da metáfora mais *laços e menos nós*, os *nós* são necessários como estruturas resistentes, mas não como algo imóvel. E o que se buscou dialogar é esta possibilidade de mais teias e menos nós rígidos. A pesquisa eleva como possibilidade mais entrelaçamentos que dialoguem com a dinamicidade do cotidiano em resistência aos efeitos das violações neoliberais na condução das políticas públicas.

Diante das políticas e benefícios seletivos que sustentam o *status quo* neoliberal, este estudo evidenciou que as ações coletivas dos trabalhadores em resistência as violações estruturais, como a mobilização e criação de espaços de diálogos, a proteção possibilitada pelos códigos construídos, compõe as estratégias de enfrentamento frente a violência estrutural.

Encaminhando-se para o processo de conclusão desta dissertação, deseja-se que as discussões contidas neste trabalho possam subsidiar potentes discussões acerca da potencialidade do trabalho em rede na área da saúde, superando as fragilidades e fragmentações estruturais, compondo um processo de compartilhamento de saberes entre as áreas que compõem o campo da saúde.

Além disso, espera-se que esta pesquisa possa desmistificar e problematizar reflexos da violência estrutural, considerando os modos reificados que transversalizam as relações sociais, o sentido do trabalho como padrão de sociabilidade e a concepção de direito e cidadania na sociedade capitalista, sob a influência da lógica neoliberal.

Esta dissertação não tem a pretensão de exaurir as discussões acerca do processo de violência estrutural, mas sobrelevar esse fenômeno como raiz estrutural dos processos de desigualdades, marginalização e radicalização da pobreza.

O conjunto de instrumentais articulado possibilitou compreender e analisar as intersecções submersas, nos assimétricos modos de manifestações da violência no cotidiano dos

trabalhadores da saúde. E assim, pode-se evidenciar que as atribuições e responsabilidades dos trabalhadores e gestores da RAS, frente ao multifacetado fenômeno da violência radicalizado nos territórios em situação de vulnerabilidade, encontram contingências através do trabalho em rede que, ainda, resiste a lógica de desmonte e da mercantilização das relações sociais.

Neste sentido, o estudo intentou contribuir com reflexões e discussões que fortaleçam os espaços de discussões e decisão de poder, apoiando os “Laços e Nós”, nos modos de produção de cuidado em saúde na Rede de Atenção à Saúde, e assim indiretamente, somar para qualificação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, na instância de nível municipal.

Por esta razão seguimos ressaltando a importância de políticas públicas que tenham sustentabilidade, legitimidade e fidelidade aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o qual inaugurou no país o processo de mobilização social em rede, para a garantia de acesso aos direitos sociais e ao exercício de cidadania no país.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social**. Rio de Janeiro, 1996.

ALMEIDA, J. F. **A Bíblia Sagrada**. Revista e Atualizada 2º ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.

ANDRADE, L. L. et al. **As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva V. 7, n. 1: Direito Sanitário, 2013.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 70, 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Atlas da violência 2018**. Disponível em: <[http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP\\_Atlas\\_da\\_Violencia\\_2018\\_Relatorio.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf)>. Acesso em: 30 de jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Atlas da violência 2019**. Disponível em:

BRASIL. **Lei 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Ministério do Trabalho- MTB; Ministério da Justiça E Segurança Pública – MJSP. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G.W.S. SUS: **O que e como fazer?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1707-1714, 2018.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. **Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal**

de Saúde da Família (FESF) – Bahia. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CHAUÍ, M. (org) ITOKAZU, E.M., BERLINK, L. C. **Sobre a violência**. Autêntica, Belo Horizonte, 2017.

\_\_\_\_\_.M. **Uma Ideologia Perversa**. Folha de São Paulo, São Paulo, Caderno Mais!, p. 3, 1999, 14 de março.

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/190605\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2019.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf) . Acesso em : 09 de Ago.2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

**Decreto Presidencial nº 7.508. de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 jun, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Decreto Presidencial nº 7.053. de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Morbimortalidade e Redução por Acidente e Violências**. 1. ed., 2.reimpr. Brasília, DF, 2003.65 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_reducao\\_morbimortalidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_reducao_morbimortalidade.pdf)>. Acesso em: 8 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737, GM/MS de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

\_\_\_\_\_. **Lei n.8080, 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 versão 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510/2016.** Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Trabalho e da Educação da Saúde.** Modelos conceituais em saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Fiocruz, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1177>>. Acesso em:

DINIZ, R. **Categorias e pesquisa: algumas linhas introdutórias.** In: A história oral na pesquisa em serviço social da palavra ao texto. (ORG) Martinelli et. al. São Paulo: Cortez, 2019.

ENCONTRARS. **Guia de Bairros e Cidades do Rio Grande do Sul.** Disponível em:< <http://www.encontrariograndedosul.com.br/sobre-porto-alegre.htm>>. Acesso em: set. 2019.

ERDMANN A. L.; SCHLINDWEIN, B. H.; SOUZA, F. G. M. **A produção do conhecimento: o diálogo entre os diferentes saberes.** Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59 (4): 560-4.

BEHRING, Elaine R. **A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil.** SER Social, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan.-jun./2016. FRANCO, T. B; MERHY, E. E.

(ORGS). **Programa de Saúde da Família (PSF):** Contradições de um Programa Destinado a Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: Trabalho em saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAG, B. (2002). “**Cidade e Cidadania**”. In: FREITAG, B. A cidade dos Homens. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional.** In FAZENDA, Ivani. Metodologia da Pesquisa Educacional. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1994.

FURTADO, C. R. **Intervenção do Estado e (re)estruturação urbana.** Um estudo sobre Gentrificação. Cad. Metrop., São Paulo, v. 16, n. 32, pp. 341-363, nov 2014  
<http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2014-3203>

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência:** obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015, vol.20, n.6, pp.1879-1890. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>>. Acesso em:

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa:** um estudo da reforma sanitária. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOMES, L. **Escravidão: Volume 1 - Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares.** Ed: Globo Livros; Edição: 1, 2019.

HASEBAERT, R. **Sobre as I-mobilidades do Nosso Tempo (e das Nossas Cidades).** Mercator, Fortaleza, v. 14, n. 4, Número Especial, p. 83-92, dez. 2015.

\_\_\_\_\_, R. **Dos Múltiplos Territórios, á Multiterritorialidade.** Porto Alegre, Setembro de 2004.

\_\_\_\_\_, R. **Território e Multiterritorialidade: Um Debate.** GEOgraphia - Ano IX - No17 – 2007.

\_\_\_\_\_, R. **Viver no Limite:** território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção. Rio ed janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Octávio. **Sociedade Global, história e transculturalização**. In Violência em Tempos de Globalização. SANTOS. José Vicente Tavares dos (org). São Paulo: Hucitec, 1999.

IMESF Notícia, jornal Correio do Povo.  
(<https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/ap%C3%B3s-fim-do-imesf-prefeitura-protocola-projeto-que-cria-864-cargos-de-agentes-de-sa%C3%BAde-1.377197>)

INOJOSA, R. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com inter-setorialidade**. In: Cadernos Fundap, n. 22, p.102-110, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>>. Acesso em: set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Desemprego**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/17508-informalidade-aumenta-e-continua-a-reduzir-o-desemprego>>. Acesso em:

JINKINGS, Isabella. **Cárcere e trabalho – gênese e atualidade em suas inter-relações**. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II. São Paulo: Boitempo, 2013. (Mundo do trabalho) p.75-92.

JUNQUEIRA, L. A.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e inter-setorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

LIMA, R. S. **Segurança pública como simulacro de democracia no Brasil**. Revista Estudos Avançados, publicação do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP, volume 33, número 96, maio-agosto 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v33n96/0103-4014-ea-33-96-23.pdf>>. Acesso em:

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. Ed. Atlas, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_.M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**. Texto de 1959. Disponível em: [http://www.histerd.fe.unicamp.br/time\\_15](http://www.histerd.fe.unicamp.br/time_15). Acesso em 28 nov. 2019.

MELCHIONNA, F. et al. **Mapa dos Direitos Humanos, do Direito à Cidade e da Segurança Pública de Porto Alegre 2015**. Porto Alegre: Stampa Comunicação, 2015.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2001.

\_\_\_\_\_, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2011.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública como Política: Um Estudo dos Formuladores de Políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. S. (orgs). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes. RJ, 2002.

\_\_\_\_\_.M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cadernos de Saúde Pública, 10 (supl. 1): p. 7-18, 1994.

\_\_\_\_\_.M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed., São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

MISSE, M. **Alguns aspectos analíticos nas pesquisas da violência na América Latina**. Revista Estudos Avançados, publicação do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP, volume 33, número 96, maio-agosto 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v33n96/0103-4014-ea-33-96-23.pdf>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. Michel. **Violência e teoria social**. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Vol.9 – no 1 – JAN-ABR 2016 – pp. 45-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v33n96/0103-4014-ea-33-96-23.pdf>. Acesso em:

MONKEN, M; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MOREIRA, R. **Sociabilidade e espaço: as formas de organização geográfica das sociedades na era da terceira revolução industrial – um estudo de tendências.** In: *Revista Agrária*, n.2, São Paulo, USP, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência e Saúde.** Resolución nº XIX. Washington D.C.: Opas; 1994.

PEREIRA, P. A. P. **Política social: temas & questões.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p.45-59.

PMPA. Secretária Municipal de Saúde. **Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011.** Autoriza o Executivo Municipal a instituir, conforme determina, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), revoga a Lei nº 10.861, de 22 de março de 2010, e dá outras providências.

PRATES, Jane C. **O método marxiano e o enfoque misto na pesquisa: uma relação necessária.** Revista Textos e Contextos (Porto Alegre). Porto Alegre, EDIPUCRS, 2012.

Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA, Kalinke LP, Felli VEA, Miniél VA. **Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar.** Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016; Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 jan-fev; 69(1):23-32.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690104i>.

SANTOS, M. 1926-2001 **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção.** 4. ed. 2- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS.** SES-SP, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br>>. Acesso em:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** 2013. Disponível em:<<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?>>>. Acesso em:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2017.** Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php>>. Acesso em:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017.** RJ, 2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/SMS>>. Acesso em:

SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. 2019. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em: set. 2019  
**[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/turismo/default.php?p\\_secao=257](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/turismo/default.php?p_secao=257)**

SILVA, J. F. S. **Violência e Serviço Social:** notas críticas. Revista Katál. Florianópolis v 11 n.2 p.265-273 jul./dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **O método em Marx e o estudo da violência estrutural.** Revista Eletrônica da Faculdade de História, Direito, Serviço Social e Relações Internacionais, Franca, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Grupos focais:** conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 777-796, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

## APÊNDICE A – TABELA COM AS CATEGORIAS TEÓRICAS E INICIAIS E EMERGENTES DA PESQUISA

CATEGORIAS INICIAIS TEÓRICAS						
<b>Território</b>		<b>Violência</b>			<b>Trabalho</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Local adscrito</li> <li>- Espaço de continência</li> <li>- Espaço Solidário</li> <li>- Intersetorialidade</li> <li>- Trabalho em rede</li> <li>- Segurança pública</li> <li>- Proteção</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violência estrutural</li> <li>- Violência psicológica</li> <li>- Violência física</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condições de trabalho</li> <li>- Sentido do trabalho</li> <li>- Saúde do trabalhador</li> </ul>	
CATEGORIAS TEÓRICAS EMERGENTES						
<b>Modelo de Atenção em saúde</b>	<b>Controle Social</b>	<b>Violência Institucional</b>	<b>Violência psicológica</b>	<b>Violência física</b>	<b>Violência Estrutural</b>	<b>Violência do Estado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Política de saúde Biomédico</li> <li>-Protocolos/</li> <li>- Porta Aberta</li> <li>- Acesso mais Seguro</li> <li>-Espaço de continência.</li> <li>-Acolhimento</li> <li>- Contrarrefrência</li> <li>-ACS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditoria</li> <li>- Política de saúde Ouvidorias</li> <li>- Conselho de Saúde Local</li> <li>-Reunião de Rede</li> <li>- Política de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Território vulnerável</li> <li>- Agressão verbal</li> <li>- Falta de Recurso Humano</li> <li>- Protocolos</li> <li>- Segurança pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Território vulnerável</li> <li>- Ameaça de perda do trabalho</li> <li>- Coerção</li> <li>- Adoecimento</li> <li>- Segurança pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Agressão verbal</li> <li>- Agressão verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Território vulnerável</li> <li>- Agressão verbal</li> <li>- Sentido do trabalho no capitalismo</li> <li>- Competitividade</li> <li>- Ausência do Poder do Estado</li> <li>- Segurança pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança pública</li> <li>-Vulnerabilidade</li> <li>-</li> </ul>

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA COM TRABALHADORES  
DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

1. Como as situações de violência chegam até vocês?
2. Qual a tua experiência na abordagem de situações de violência?
3. Quais os treinamentos para o preenchimento dos protocolos de notificação de violência e quais os respaldos do serviço para o profissional?
4. Os protocolos de Notificação de Violência individual ajudam ou dificultam a abordagem de situação de violência? De que modo?
5. Como a rede de atenção à saúde do território se manifesta nas abordagens de violência?
6. Em sua opinião, todos os casos de violência que chega para atendimento no serviço são notificados?

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL COM  
GESTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

1. Como as situações de violência chegam até o serviço?
2. Quem aborda e como se dá o atendimento?
3. Quais os protocolos e procedimentos realizados no momento em que chega a demanda de violência?
4. Como vocês avaliam a abordagem?

## APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada: “Mais Laços e Menos Nós: A Teia da Rede de Atenção à Saúde no Enfrentamento da Violência”.

A pesquisa destina-se a conhecer e analisar como os trabalhadores da Rede Municipal de Saúde tem enfrentado a violência no território que afetam o cotidiano de trabalho, a fim de subsidiar diálogos para a defesa e construção de políticas públicas no acesso aos direitos sociais.

Para a realização deste estudo será realizado a combinação da técnica de Grupo Focal e Entrevistas Individuais com os trabalhadores de Rede Básica de Saúde do Município e Gestores da Política de Saúde Municipal, ambos representando a RAS.

O Grupo Focal é um recurso metodológico caracterizado como um debate aberto e acessível a todos, onde ocorre uma troca de pontos de vista, ideias e experiências. As perguntas são realizadas pelo pesquisador e o grupo dialoga a partir das perguntas, se assim tiverem interesse. O Grupo Focal acontecerá em uma sala ou outro espaço adequado a ser disponibilizado pela equipe, nas instalações do próprio serviço e terá duração de aproximadamente 40 minutos. Será utilizado gravador de voz pelo pesquisador e câmera filmadora. O Grupo focal poderá ser agendado para o mesmo dia da reunião de equipe ou acontecer antes da mesma, conforme o interesse dos participantes.

Como riscos ou incômodos que por ventura podem ser gerados no momento da coleta, o fato dos pesquisados falarem algo que não desejem que sejam analisados, deverá sinalizado pelos pesquisado e solicitado que seja apagado imediatamente. Utilizaremos também para os trabalhadores de Unidade Básica, a técnica de entrevistas com objetivos, roteiro e formulário estruturado previamente determinado pela pesquisadora, em que conste perguntas abertas e fechadas, as quais tem por objetivo obter respostas semelhantes dos entrevistados, que serão analisadas e compoendo uma padronização que facilite a análise a respeito do entendimento dos trabalhadores e gestores na rede de atenção à saúde quanto aos efeitos da violência no território profissional. Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores.

Autorização:

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confiden-

cialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

---

Assinatura do voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Professora Doutora Maria Isabel Barros Bellini - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social PUCRS

Endereço: Avenida Ipiranga 6681, Prédio 15, sala 325

E-mail: [maria.bellini@pucrs.br](mailto:maria.bellini@pucrs.br)

Fone: 3320-4515

### **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS**

Endereço: Avenida Ipiranga 6681, Prédio 40 – Sala 505 – Porto Alegre/RS – Brasil – CEP 90619-900 - Fone/Fax: (51) 3320.3345 - E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)

Horário de Atendimento:

De segunda a sexta-feira

Manhã: 8h30min às 12h

Tarde: 13h30min às 17h - Atendimento pelo fone (51) 3320-3345

### **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CEP/SMS**

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico)

Fone: 3289 -5517

E-mail: [cep\\_sms@hotmail.com.br](mailto:cep_sms@hotmail.com.br) e [cep-sms@sms.prefpoa.com.br](mailto:cep-sms@sms.prefpoa.com.br)

Horário de atendimento externo: 8h até às 14h, sem intervalo.

## APÊNDICE E – QUADRO METODOLÓGICO

<b>Quadro Metodológico</b>					
<b>Tema</b> <b>Mais Laços e Menos Nós: A Teia da Rede de Atenção à Saúde no Enfrentamento da Violência.</b>		<b>Problema de Pesquisa</b> Quais as atribuições e responsabilidades dos profissionais da Atenção Básica no atendimento a situações de violência presente nos territórios da rede de saúde de Porto Alegre e quais os dispositivos previstos na política de saúde municipal para proteção do trabalhador de saúde?			
<b>Objetivo Geral</b> - Conhecer e analisar as responsabilidades e atribuições dos profissionais da Atenção Básica no atendimento a situações de violência presente nos territórios da rede de saúde assim como suporte da política de saúde municipal para proteção do trabalhador da saúde.					
<b>Delimitação do Tema</b> <b>Trabalhadores da rede básica de saúde do município de Porto Alegre</b>	<b>Metodologia</b> Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória, bibliográfica e documental. Explicitadas em quadros e tabelas. Técnica: entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas, Grupo focal.	<b>Categorias Explicativas da Realidade</b> Território, Trabalho e Violência.	<b>Categorias Teóricas do Método</b> Historicidade, Totalidade e Contradição.	<b>Sujeitos do Estudo</b> Trabalhadores e Gestores da Rede de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre.	
<b>Questões Norteadoras</b>	<b>Questão – I</b>	<b>Questão – II</b>	<b>Questão - III</b>	<b>Questão - IV</b>	<b>Questão – V</b>
	Como está organizada a rede de Atenção Básica de Porto Alegre para enfrentamento das situações de violência presente nos territórios?	Qual o percurso e acolhimento na RAS às situações de violência e as demandas que dela surgem?	Qual é a compreensão dos trabalhadores e gestores da rede de saúde, acerca dos instrumentos de notificação de Violência e, quais protocolos existentes na Atenção Básica no enfrentamento da violência?	Como as situações de violência são abordadas quanto ao acesso à saúde e como está organizada a atenção em saúde nos territórios adscritos da Atenção Básica?	Quais as atribuições e responsabilidades dos profissionais da rede de saúde no atendimento a situações de violência e quais dispositivos encontrados na política para amparo deste trabalhador?

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Objetivo – I</b>	<b>Objetivo - II</b>	<b>Objetivo – III</b>
	Identificar e analisar como se dá a organização da Política Municipal de Saúde na relação e articulação com outras políticas e programas, promovendo ações intersetoriais para o enfrentamento das violências. (Mapear a Rede da AB e as articulações com Gestão de Saúde do Município.)	Conhecer e analisar como os trabalhadores da rede municipal de saúde de Porto Alegre têm enfrentando a violência no cotidiano do trabalho e, quais as atribuições e responsabilidades da Política de saúde disparados para proteção e cuidado dos trabalhadores. (Estratégia de Proteção da Política para os trabalhadores)	Analisar como se dá os encaminhamentos e percurso de situações de violências e, qual é a compreensão dos trabalhadores e gestores quanto aos protocolos de notificação de violência acionados em casos de suspeita ou confirmação de situações de violências. (Protocolos Notificação de violência)
<b>Universo</b>	A rede de Atenção Básica- UBS em diferentes gerências distritais de Porto Alegre e Gestão SMS	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos e Técnicas</b>
			Mapeamento da rede de Atenção Básica
		02 UBS CGC - Dois Profissionais 02 UBS PLP - Dois Profissionais 02 UBS GC - 02 Profissionais 02 Gestores Gestor da Política Municipal de Saúde	

**ANEXO A- PROTOCOLO FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA – SINAN MS**

SINAN		Nº
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências <u>homofóbicas</u> contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 – Individual
	2 Agravos/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
	3 Data da notificação	Código (CID10) Y09
	4 UF	5 Município de notificação
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora	1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros
	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade
	8 Unidade de Saúde	Código (CNES)
	9 Data da ocorrência da violência	11 Data de nascimento
Dados de Residência	12 (OU) Idade	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano
	13 Sexo	M - Masculino F - Feminino
	14 Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre
	15 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
Dados Complementares	16 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe
	19 UF	20 Município de Residência
	21 Distrito	22 Logradouro (rua, avenida, ...)
	23 Código (IBGE)	24 Número
	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência
	29 CEP	30 DDD) Telefone
	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares</b>	
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social	34 Ocupação
	35 Situação conjugal / Estado civil	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
	36 Orientação Sexual	1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
	37 Identidade de gênero	1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?
	40 UF	41 Município de ocorrência
	42 Distrito	43 Bairro
	44 Logradouro (rua, avenida, ...)	45 Número
	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3
	48 Geo campo 4	49 Ponto de Referência
	50 Zona	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
	52 Local de ocorrência	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado
	53 Ocorreu outras vezes?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	54 A lesão foi autoprovocada?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual		
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	<b>60</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>Encaminhamento</b>	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
<b>Dados finais</b>	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
<b>69</b> Data de encerramento _____			

<b>Informações complementares e observações</b>					
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone			
Observações Adicionais:					
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Disque Direitos Humanos 100</td> </tr> </table>			Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100			
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
	Nome	Função			
		Assinatura			
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015					

## ANEXO B – FORMULÁRIO ORIENTADOR PARA PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO SINAN

<b>FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA 2017 / 2018</b>	
<b>DESCRIÇÃO DA CRISE</b>	
<i>Descrição do que foi a crise: foi uma discussão? Agressão física? Assalto?</i>	
<b>Assalto / Roubo ao serviço / Roubo ao trabalhador no território</b>	Se aplica a assaltos e roubos ocorridos dentro do serviço de saúde ou a assaltos a trabalhadores dentro do território do serviço. No caso de assaltos a trabalhadores ocorridos durante o deslocamento entre a sua residência e o trabalho, apenas se utiliza caso o assalto tenha ocorrido dentro do território do serviço de saúde. Especificar se houve feridos e/ou mortos; itens roubados; e a presença de armas.
<b>Arrombamento ou furto no serviço</b>	Se aplica a arrombamento do serviço ou furto. Especificar se houve furto de patrimônio; se o mesmo é patrimônio público; pertencente a trabalhadores; ou pertencente a terceiros; informar se houve dano à estrutura.
<b>Ato de violência com dano ao patrimônio</b>	Se aplica aos casos em que houve dano a algum equipamento ou estrutura do serviço devido a um ato de violência. Especificar se houve dano a estrutura; dano a equipamento público; e a presença de armas.
<b>Ameaça ou agressão verbal</b>	Se aplica em casos de ameaça ou agressão envolvendo trabalhadores, usuários ou terceiros. Informar o meio pelo qual se deu a agressão: pessoalmente, via telefone, e-mail, redes sociais ou outros meios. Especificar os envolvidos e a presença de armas.
<b>Agressão física</b>	Se aplica aos casos de agressão física, seja envolvendo trabalhadores, usuários ou terceiros. Especificar se trabalhadores, usuários ou terceiros estavam envolvidos; e a presença de armas.
<b>Assédio / Coerção</b>	Se aplica aos casos em que trabalhadores são assediados para realizar ou não realizar procedimentos, e em casos de assédio sexual. Especificar se foi coerção a fim de realizar atendimento; não realizar atendimento; e a presença de armas.
<b>Invasão ao serviço</b>	Se aplica aos casos em que o serviço é invadido por terceiros, seja criminosos, forças de segurança, ou outros.
<b>Violência no território</b>	Se aplica a casos de bloqueios de ruas, toques de recolher, intensa movimentação de atores armados na região, ou assalto no território que apesar de não terem ocorrido dentro do serviço, ou terem sido realizados contra trabalhadores, ainda assim afetam o território. Especificar o tipo de ocorrência, ou selecionar "Outros" caso nenhum dos anteriores se aplique.
<b>Tiros</b>	Se aplica a casos de tiroteio, seja contra a unidade, contra veículos oficiais, ambulâncias ou no território. Especificar o tipo de ocorrência.

<b>AÇÕES TOMADAS</b>	
<i>Descrição das ações que foram tomadas frente a crise: As atividades externas foram canceladas? A unidade foi fechada? Foram acionadas forças de segurança?</i>	
<b>Acionamento de forças de segurança</b>	Informar se foi acionado a guarda municipal, polícia civil, brigada militar, vigilantes do serviço ou outra força de segurança.
<b>Restrição de atividades externas</b>	Informar caso tenha sido cancelado alguma atividade externa, como: visitas de agentes comunitários de saúde; atendimentos domiciliares ou outros eventos externos.
<b>Restrição de atividades internas / Fechamento parcial do serviço</b>	Informar caso alguma atividade do serviço tenha sido fechada. Especificar o setor e se o fechamento foi por algumas horas ou pelo restante do dia.
<b>Fechamento da unidade</b>	Informar caso o serviço tenha sido fechado. Informar se foi por algumas horas ou pelo restante do dia.
<b>Evacuação de emergência</b>	Informar caso o serviço tenha sido abandonado emergencialmente.
<b>IMPACTO DA CRISE</b>	
<i>Descrição do impacto que a crise causou após a sua resolução: algum profissional se afastou das atividades? Algumas atividades do serviço estão suspensas? Ocorreu mudança no território de atendimento do serviço?</i>	
<b>Nos trabalhadores</b>	Informar as ocorrências de abalo emocional da equipe; encaminhamento de trabalhadores para acompanhamento de saúde mental; afastamento de trabalhadores para tratamentos de lesões físicas ou saúde mental e solicitação de transferência por parte de trabalhadores.
<b>No serviço</b>	Informar se as atividades externas estão temporariamente restritas; se algum setor do serviço está fechado devido a afastamento de profissionais, dano estrutural ou dano a equipamentos; ou se a equipe está atendendo em outro local.
<b>No território</b>	Informar se existem usuários impossibilitados de acessar o serviço; se houve ingresso ou saída de famílias no território; ou outras alterações no território.

# ANEXO C – PROTOCOLO 2 - NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

## FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA 2017 / 2018

**Sistema de Notificação de Situação de Violência**

Este instrumento permite a notificação de situação de violência em um serviço de saúde de Porto Alegre. Deve ser preenchido por profissional autorizado pela gerência distrital.

**\* Preenchimento Obrigatório**  
Atenção: nos campos marcados com "visível ao público" não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

**I - Identificação da Crise:**  
Data da Notificação:   
O dia em que se está realizando a notificação

**Local do Evento:**  
 Unidade de Saúde da Atenção Primária  
 Farmácia Distrital  
 Serviço de Atenção Especializada  
 SAMU  
 Hospital  
 Unidade de Pronto Atendimento

**Data do Evento:**  
O dia em que ocorreu o evento:

**Horário do Evento:**

- 1) A data em que está sendo preenchida a notificação
- 2) Selecione o local em que o evento ocorreu. Ao selecionar "Unidade de Saúde da Atenção Primária" irão aparecer as oito Gerências Distritais, selecione a sua gerência e irão aparecer as unidades de saúde.
- 3) A data em que o evento ocorreu
- 4) O horário em que o evento ocorreu

## FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Para criação de login, acesse:  
[formsus.datasus.gov.br](http://formsus.datasus.gov.br)

FormSUS versão 3.0

Acesso

Usuário:

Senha:

- 1) Selecione "Novo Gestor"

### Gestores

**Normas de Utilização do FormSUS**

FormSUS é um Sistema para Criação de Formulários, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados pela Internet.

Cada formulário criado tem um ou mais gestores que devem se responsabilizar por sua concepção e por seu monitoramento, para garantir o seu uso de acordo com as normas abaixo:

1. Uso público, para fins públicos – o FormSUS foi desenvolvido para atender a finalidades do SUS e de órgãos públicos parceiros. Não deve ser usado para outros fins.
2. Privacidade e controle de uso – o uso do FormSUS deve respeitar a privacidade e a confidencialidade dos dados dos cidadãos e instituições, de forma a que se destinem os formulários criados devem ser explicitados para os usuários.
3. Cabe ao gestor monitorar o preenchimento dos formulários sob sua responsabilidade, dando o suporte necessário ao usuário e evitando seu uso indevido.
4. Atendimento ao previsto na legislação vigente e na Política de Informação e Informática do SUS.

O não cumprimento das normas acima poderá resultar no cancelamento do formulário ou do usuário.

não concordo com os termos acima

concordo com os termos acima

- 2) Selecione "Concordo com os termos acima"

**Gestores**

Antes de se cadastrar veja se suas aplicações estão de acordo com as Normas de Utilização do FormSUS. Os campos Nome, Instituição e Usuário não aceitam caracteres especiais.

Nome:

Email:

Telefone:  (do número)

Estado:

Trabalha no SUS?  Sim  Não

Usuário:

Senha:  Número mínimo de caracteres 6

Confirmar Senha:

Cores e Estilos:  Combinação de cores do formulário

- 3) Preencha os campos, utilizando o e-mail institucional, e selecione "Gravar"

## FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

**V - Classificação de Risco da Crise**

**Risco:**  
Apenas para unidades capacitadas no Acesso Mais Seguro

Amarelo  
 Vermelho

**Descrição da Crise:**  
Sempre informar a presença de armas (de fogo ou não) na descrição. Informar se já houve uma resposta para os impactos causados pela crise.

**Avaliação da Resposta da Gerência Distrital/SMS (Apenas para unidades NÃO capacitadas no Acesso Mais Seguro):**  
Informe qual foi o tempo de resposta à crise da Gerência Distrital/SMS, bem como faça uma breve avaliação da mesma (apenas para unidades sem Acesso Mais Seguro).

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Página 1 de 1

