

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL**

**JANAÍRA DORNELES DE QUADROS D'AVILA**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOB OS MUROS DA  
CONTENÇÃO TERRITORIAL IMPOSTOS PELA VIOLÊNCIA URBANA**

**PORTO ALEGRE  
JUNHO, 2018**

JANAÍRA DORNELES DE QUADROS D'AVILA

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOB OS MUROS DA  
CONTENÇÃO TERRITORIAL IMPOSTOS PELA VIOLÊNCIA URBANA**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jussara Maria Rosa Mendes

PORTO ALEGRE  
JUNHO, 2018

JANAÍRA DORNELES DE QUADROS D'AVILA

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOB OS MUROS DA  
CONTENÇÃO TERRITORIAL IMPOSTOS PELA VIOLÊNCIA URBANA**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

**Aprovado em \_\_\_\_ de junho de 2018:**

---

**Jussara Maria Rosa Mendes, Dr<sup>a</sup>.**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Miriam Thais Guterres Dias , Dr<sup>a</sup>.**  
(UFRGS)

---

**José Vicente Tavares dos Santos, Dr.**  
(UFRGS)

---

**Maria Isabel Barros Bellini, Dr<sup>a</sup>.**  
(PUCRS)

PORTO ALEGRE  
JUNHO, 2018

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a todos da minha família, que sem dúvida foram e são a base sólida que me mantém, entre eles minha super sogra, pois sem ela muitas das minhas ousadias ficariam apenas no desejo, minha bela e vibrante cunhada Thiely, que está sempre a postos para me socorrer e a minha instigadora nora Lísia, com ouvidos sempre a postos para minhas discursivas teóricas. Em especial, àqueles que são fundamentais em tudo que faço-os cinco homens da minha vida, meus filhos - Matheus, Heitor, Otávio e Vicente, que tiveram que abrir mão de sua mãe em muitos momentos e nenhum desses momentos tomaram outra atitude a não ser o estímulo e a compreensão. Ao Roger, meu amado companheiro da vida toda e maior incentivador, por suportar e acolher minhas ausências e crises, com bolo de côco, muita cumplicidade e amor.

Às minhas colegas de mestrado, que compartilhamos neste caminho percorrido de 2016 até aqui, dúvidas, medos, descobertas e também conquistas, viva ao Comitê!

Aos queridos colegas do grupo de pesquisa - NEST, pelo suporte e aconchego de sempre que permeiam os Nestianos.

Agradeço a todos meus colegas de trabalho que ao longo desses dois anos me acolheram, seja com ombro amigo de sempre ou até mesmo dando suporte no cotidiano do trabalho, entendendo o complexo desafio que acarreta o mundo da pesquisa, para nós trabalhadores da ponta que se atreve transitar também pelo lugar de pesquisador.

À minha companheira e parceira nessa caminhada, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jussara Maria Rosa Mendes, ou simplesmente a Prof Ju, pela paciência de entender meus altos e baixos, acolhendo e respeitando meu tempo de construção, pela generosidade de compartilhar comigo parte de seu vasto conhecimento. Mas principalmente pela coragem e protagonismo de, junto com os demais docentes do Programa De Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social UFRGS, inserirem e acolherem o aluno trabalhador, que notoriamente tem grandes dificuldades de se qualificar devido o distanciamento entre o mundo da pesquisa e o mundo do trabalho, cujas realidades não raramente são incompatíveis, é preciso muita ousadia para buscar romper com esse distanciamento.

E por fim a minha querida e eterna amada amiga Elisa, que me deu o privilégio de aprender com ela o maior de todos os ensinamentos, me ensinou a viver. Obrigada Elisa!!!

*“A essência dos Direitos Humanos  
é o direito a ter direitos”  
Hannah Arendt*



## RESUMO

A partir da compreensão de que a violência urbana fragiliza a qualidade de vida e a saúde da população de uma forma geral, o presente estudo objetivou compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratória. Para a produção do material empírico utilizou-se o instrumento de coleta de dados a entrevista-semiestruturada. O universo do estudo constou de trabalhadores das equipes da ESF Vila Herdeiros e ESF Orfanatório, inseridas nas respectivas gerências de saúde: Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) e Glória Cruzeiro Cristal (GCC) da cidade de Porto Alegre/RS. Na análise dos dados, a luz dos referenciais teóricos, emergiram três categorias empíricas: A) a capacidade de resolutividade da APS: diante do princípio da integralidade; as inúmeras dificuldades para o exercício do princípio da atenção integral em saúde, idem com a intersetorialidade e para o compartilhamento do cuidado com outros serviços e a Territorialização e os impasses diante do cenário de violência urbana. B) As estratégias de proteção do trabalhador e sua intrínseca relação entre a saúde do trabalhador: refere-se a um processo de adoecimento desses trabalhadores, atender com responsabilidade e eficiência técnica e política demandas e uma gestão do trabalho advindas de uma estrutura macro política, impõem ao trabalhador o que denominamos sofrimento social (MENDES, WERLAG 2015) decorrente dos desencontros e distanciamentos entre o trabalho real e o trabalho prescrito. C) O convívio com a violência urbana produz implicações no processo de Territorialização dessas equipes, uma vez que o campo de incertezas compõe o cotidiano de trabalho dos sujeitos que participaram deste estudo, condição que fragiliza a atuação profissional junto ao território adstrito. Concluiu-se, assim, que a violência urbana interfere diretamente e de diferentes formas no processo de trabalho destas equipes de saúde. Uma das mais significativas interferências relaciona-se essencialmente a três dos princípios básicos da PNAB, a fragilização da Integralidade, eixo prioritário da política de saúde, compreendida como importante estratégia para o exercício pleno da cidadania; a intersetorialidade, mola propulsora da integralidade, também seriamente comprometida diante da violência urbana; outro princípio básico da APS, também comprometido pela violência urbana refere-se ao processo de Territorialização dessas equipes, que diante dos frequentes eventos de violência. Na maioria das vezes ficam enclausurados na unidade de saúde e conseqüentemente se afastando do território e da comunidade. Os sentimentos são de impotência, de revolta, de medo. Identificaram-se algumas estratégias de proteção que ocorrem no âmbito da gestão, porém, sempre orientadas pela transferência de responsabilidades, e outras adotadas de forma espontânea pelos trabalhadores da APS, das estas sem contar com suporte técnico. Os desafios neste campo do conhecimento são inúmeros e requerem ações intersetoriais, sejam articuladas e integradas, ações desempenhadas por diversos setores sociais, centradas em ações de prevenção e proteção à violência urbana. É de vital importância o comprometimento de gestores e das autoridades públicas, na organização de um sistema de segurança articulado com demais Políticas de Proteção Social como, a saúde, a assistência social e a educação. Na busca por um sistema único de segurança público, integral e inclusivo, superando a lógica vigente de uma Política de Segurança centrada apenas na repressão policial, que atinge a todos, a população adstrita ao território e a todos que vivem este espaço, impedindo o desenvolvimento de ações da APS e tornando todos prisioneiros, sob os muros da contenção Territorial imposta pela violência urbana e o descaso dos governantes.

**Palavras Chaves:** Violência urbana; Atenção Primária à Saúde; Território.



## RESUMEN

A partir de la comprensión de que la violencia urbana fragiliza la calidad de vida y la salud de la población de forma general, el presente estudio tiene como objetivo comprender cómo la violencia urbana interfiere en el trabajo cotidiano de los profesionales de los equipos de salud que dan atención primaria a la salud (APS). Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa de tipo exploratoria, para la producción del material empírico se utilizó la recolección de datos por entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados a partir de un análisis de contenido, de acuerdo con Minayo (2010). El análisis temático se llevó a cabo en tres fases 1) Pre-análisis - donde el material fue organizado luego de la realización y transcripción de las once entrevistas, para dar inicio a una lectura exhaustiva de los resultados encontrados. 2) exploración del material. 3)tratamientos de los resultados obtenidos e interpretación – fase donde los hechos empíricos son interpretados a la luz de referenciales teóricos. El universo de estudio conto con trabajadores de los equipos de la ESF Vila Herdeiros y ESF Orfanatrofilo, insertados en las respectivas gerencias de salud: Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) y Hlória Cruzeiro Cristal (GCC) de la ciudad de Porto Alegre/RS. En el análisis de los datos, a la luz de las referencias teóricas, emergieron tres categorías empíricas . A) La capacidad de resolución de la APS : delante del principio de integridad; la numerosas dificultades para el ejercicio del principio de la atención integral en salud, igual con la intersectorialidad y para la división del cuidado con otros, la territorialización y los compases delante del escenario de la violencia urbana. B) Las estrategias de protección del trabajador y su intrínseca relación entre la salud del trabajador; se refiere a un proceso en el cual se podrían enfermar estos trabajadores, atender con responsabilidad y eficiencia técnica y políticas demandas, es una gestión del trabajo de producciones futuras de un estructura macro política, imponen al trabajador lo que denominamos sufrimiento social (MENDES WERLAG 2013) consecuencia de los desencuentros y distanciamientos entre el trabajo real y el trabajo prescrito C) La convivencia con la violencia urbana produce implicaciones en el proceso de territorialización de estos equipos, una vez que el campo de incertidumbres compone el cotidiano de trabajo de los sujetos que participan de este estudio, condición que fragiliza la actuación profesional junto al territorio adjunto. Se concluyó así que la violencia urbana interfiere directamente y de distintas formas en el proceso de trabajo de los equipos de salud. Una de las interferencias más significativas se relaciona esencialmente con tres de los principios básicos de la PNAB, la realización de la integridad, eje prioritario de las políticas de salud , comprendido como importante estrategia para el ejercicio pleno de la ciudadanía; la intersectorialidad, resorte propulsor de la integridad, también seriamente comprometida ante la violencia urbana. Otro principio básico de la APS, también comprometido por la violencia urbana se refiere al proceso de territorialización de los equipos ante los frecuentes eventos de violencia. La mayoría de las veces quedan aislados en la unidad de salud y consecuentemente apartandose del territorio y la comunidad. Los sentimientos son de impotencia, de ira, de miedo. Se identifican algunas estrategias de protección que ocurren en el ámbito de gestión, sin embargo, siempre orientadas por la transferencia de responsabilidades, y otras adoptadas de forma espontánea por los trabajadores de la APS, sin contar con soporte técnico. Los desafíos en este campo del conocimiento son numerosos y requieren acciones intersectoriales, articuladas e integradas, acciones desempleadas por diferentes sectores sociales, centradas en acciones de prevención y protección frente a la violencia urbana. Es de vital importancia el compromiso de gestores y de las autoridades públicas en la organización de un sistema de seguridad articulado con otras políticas de protección social como la salud, la educación y la asistencia social. En la búsqueda de un sistema unico de seguridad pública, integral e inclusiva, superando la lógica vigente de una política de seguridad centrada apenas en la represión policial que nos afecta a todos, la población adjunta al territorio y a todos lo que viven en el espacio impidiendo el desenvolvimiento de acciones de la APS, convirtiendo a todos en prisioneros sobre los muros de la contención territorial impuesta por la violencia urbana y la negligencia de los gobernantes.

**Palavras clave:** Violencia urbana; Atención Primaria a la Salud; Territorio.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Acesso Mais Seguro
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEM HAB	Departamento Municipal de Habitação
DS	Distritos Sanitários
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GCC	Glória Cruzeiro Cristal
GD	Gerências Distritais
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Previdência do Comércio
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAPA	Movimento Assistencial de Porto Alegre
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEST	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho
NOB-SUS/96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
ObservaPOA	Observatório da Cidade de Porto Alegre
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG's	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PLP	Partenon Lomba do Pinheiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POA	Porto Alegre
POA	Porto Alegre
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMPA	Região Metropolitana de Porto Alegre
SAF	Serviço de Atendimento Familiar
SASE	Serviço de Atendimento Socioeducativo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SMSEG	Secretaria Municipal de Segurança
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL</b>	23
1.1 A Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios em tempos de violência urbana	29
1.2 Quando a violência urbana invade a agenda da APS	32
<b>2. OS TERRITÓRIOS DA VIOLÊNCIA URBANA</b>	40
2.1 Entre os muros de contenção social	46
2.2 O espaço da proteção social	50
<b>3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO: O CAMINHO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA</b>	56
3.1 A metodologia	56
3.2 O instrumental e a coleta de dados	57
3.3 Organizando os dados	57
3.4 Contexto de estudo e os sujeitos do estudo	59
<b>4. SITUANDO HISTÓRICAMENTE OS TERRITÓRIOS DO ESTUDO PARA COMPREENDÊ-LOS</b>	62
4.1 Subindo a Lomba do Pinheiro e adentrando na Vila Herdeiros	64
4.2 Chegando ao Bairro Cruzeiro do Sul e descobrindo a Orfanatórfio	67
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA</b>	71
<b>6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	72
6.1 A capacidade de resolutividade da APS: diante do princípio da Integralidade	74
6.2 A Saúde do Trabalhador e sua intrínseca relação com as estratégias de proteção do trabalhador	79
6.3 A territorialização e seus impasses diante do cenário de violência urbana	87
<b>CONCLUSÃO</b>	96
<b>REFERÊNCIAS</b>	103
<b>ANEXO A</b>	108
<b>ANEXO B</b>	110

## INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta discussões e reflexões teóricas e metodológicas em torno do tema “Violência Urbana e Saúde”, que impulsionou um percurso investigativo abrangente, decidido a decifrar as contradições que permeiam o cotidiano de trabalho dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), os quais se encontram inseridos em unidades de saúde imersas em territórios permeados pelo fenômeno da violência urbana.

Inicia-se o estudo discorrendo sobre a Política de Atenção Primária à Saúde, observando sua construção histórica do Brasil e a importância desse modelo de saúde pública na vida da população, bem como na garantia de direitos e na promoção da vida, observando suas diretrizes e princípios, elementos norteadores para a elaboração das estratégias de intervenção desse campo.

Entende-se como relevante justificar o porquê de se optar neste estudo pelo conceito de Atenção Primária em Saúde, e não Atenção Básica (AB). Tem-se ciência que no Brasil não há consenso referente ao qual o termo que deve ser utilizado, existindo contradições e diferentes linhas teóricas nesse sentido. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária à Saúde”, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2012).

Gil (2006), ao analisar documentos oficiais do MS e em revisão de literatura brasileira, discute sobre o que distingue tais termos. No descritor “Atenção Primária à Saúde”, por exemplo, as concepções encontradas remetem a um pacote básico de serviços, decorrentes do caráter racionalizador defendido por alguns atores das agências financeiras, que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde em detrimento das reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos. O conceito de AB, para a autora, não está livre da influência do Banco Mundial na organização das ações de Saúde, no entanto, foi incorporado ao cotidiano do setor saúde, especialmente a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96), a qual definia a participação das três esferas de gestão no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Utilizamos o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), por uma escolha da pesquisadora deste estudo, a qual comunga com esse conceito, entendendo o significativo primário como “complexíssimo do princípio da APS, do primeiro contato”,

no sentido de princípio de uma relação onde exista a possibilidade de encontros com novas necessidades e potencialidades na perspectivas de cuidado integral e intersetorial e não apenas o básico.

Considera-se a importância de modelos de atenção na organização, de modo implícito ou explícito, para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a garantir a integralidade do cuidado, em prol da superação das desigualdades sociais, orquestradas pelo modelo econômico do mercado financeiro. É necessário buscar um modelo de saúde comprometido com a integralidade em saúde da população que articule as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográficas, epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2012).

Entendendo a APS como um marco político-institucional, que visa a manutenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), onde tal modelo assistencial visa a prevenção e promoção da saúde, é senso comum entender as unidades de saúde que compõe a APS como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados. No entanto, emergem dessa proximidade importantes possibilidades e também limites. Diante dessa perspectiva mais abrangente, propõe-se, neste trabalho, incluir na agenda da saúde a temática da violência urbana, buscando o entendimento que se trata também de uma questão de saúde pública, uma vez que, que incide sobre o processo de saúde e doença da população que com ela convive, analisando também a forma com que esta dialoga ou transita nos territórios que se inserem as unidades de saúde da APS.

Compreende-se que a violência sempre fez parte da história da civilização, permeando todos os tempos como forma de perpetuação do poder e da dominação, sujeitando alguns em detrimento de outros, ou até mesmo sendo utilizada para resolver conflitos entre pessoas - seja na família, na comunidade ou entre países. No entanto, sua naturalização deve ser evitada, entendendo-a enquanto fenômeno histórico, mas também enquanto produção social, enquanto instrumento de dominação na busca de determinados setores da sociedade pelo controle do social, ou seja, não deve se perder a condição de perplexidade e inquietação diante da violência. A

importância da violência nas cidades não se resume a uma questão quantitativa, dada pelo número de pessoas atingidas, mas sim na abrangência e a complexidade do fenômeno, na atualidade, o que mais a torna mais preocupante.

Faz-se necessária a busca de um esforço de entendimento, que aponte rumos para uma prática de superação e/ou de prevenção da violência, ao atentar para os diferentes aspectos da complexidade da violência de nossos dias, que transitam pela dificuldade na garantia dos direitos sociais, tais como: educação, saúde, cultura, assistência social, convívio comunitário entre outros, o que acaba fomentando e fortalecendo a desigualdade social e com ela a marginalização de uma parcela da população que fica mais vulnerável socialmente e por consequência, mais suscetível a serem sujeitos ou sujeitados a violência urbana. Para isso, é necessário confrontar diversas abordagens e assimilar novos olhares que complementem os já existentes, os problematizando dentro da perspectiva da garantia de direitos e da proteção social.

Em 1996, a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema de saúde pública importante e crescente no mundo, solicitando então à Organização Mundial da Saúde (OMS) que desenvolvesse conceitos ou tipologias que conseguissem caracterizar os diferentes tipos de violência, bem como os vínculos entre eles. O resultado foi a organização de um material simples e direto, organizado da seguinte forma: a violência foi categorizada em três grandes eixos — a “Violência auto infligida” (dirigida a si mesmo); a “Violência interpessoal” (cometido de uma pessoa contra outra pessoa); e a “Violência coletiva” (cometida por um pequeno grupo de pessoas e/ou de grupos maiores como, por exemplo, Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas). Diante dessas classificações pode-se dizer que objeto desse estudo tende a discutir a categoria, que os autores definem como violência coletiva, “cometida com o fim de realizar um plano específico de ação social, o que inclui, por exemplo, crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas” (OMS, 2002 p. 06). Também se aprofunda nesse estudo o conceito de violência urbana, que será melhor trabalhado no decorrer da discussão.

No Brasil, a focalização sobre a área da violência vem preocupando cada vez mais, devido ao que ela representa na vida da população. Conforme o Atlas da Violência, de 2016, a violência que resultou em mortes deveria ser prioritária para as

políticas públicas. Segundo os dados apresentados, apenas em 2014, 59.627 pessoas sofreram homicídio no Brasil, o que equivale a uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 29,1. A compreensão do fenômeno e de suas causas, bem como o acompanhamento das dinâmicas em suas diversas faces e a mobilização para a superação do problema devem ser tarefas contínuas, envolvendo não apenas autoridades, mas toda a sociedade. A incidência do fenômeno dos homicídios ocorre de maneira heterogênea no país, não apenas no que diz respeito à dimensão “territorial e temporal”, mas no que se refere às características socioeconômicas das vítimas, segundo as informações disponíveis no atlas. (BRASIL, 2016).

Estes indicadores de homicídios consolidam uma mudança de nível, pois se distanciam do patamar de 48 mil a 50 mil homicídios, ocorridos entre 2004 e 2007, e das 50 a 53 mil mortes, registradas entre 2008 a 2011. A clareza do problema fica evidente nos seguintes dados:

Estas mortes representam mais de 10% dos homicídios registrados no mundo e coloca o Brasil como o país com o maior número absoluto de homicídios. Numa comparação com uma lista de 154 países com dados disponíveis para 2012, o Brasil, com estes números de 2014, estaria entre os 12 com maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016, p.6).

Além de outras consequências, esses dados alarmantes trazem implicações na saúde da população, “na dinâmica demográfica” e, por conseguinte, no processo de desenvolvimento econômico e social, uma vez que 46,4% dos óbitos são de homens na faixa etária de 15 a 29 anos. Se considerarmos apenas os homens com idade entre 15 a 19 anos, esse indicador tem a incrível marca de 53%. Portanto estamos diante de um fenômeno que é plural, que advém de um contexto sócio histórico, onde permeiam as relações de poder e desigualdade social (BRASIL, 2016)

Ainda segundo o Atlas da violência de 2016,

A proporção de mortes violentas não esclarecidas em relação ao total de mortes violentas é um dos principais indicadores de qualidade dos sistemas de informações de mortalidade (da saúde). Nos países desenvolvidos, geralmente, as mortes violentas indeterminadas representam um resíduo inferior a 1% do total de mortes por causas externas. No Brasil, em 2009, esse indicador alcançou um patamar de 9,6% (BRASIL, 2016, p. 36).

Os indicadores aqui apresentados materializam os sentimentos de insegurança diante da triste fotografia da violência da sociedade brasileira. No entanto, não existe um fator isolado que explique a razão de uma pessoa se comportar de maneira violenta e outra não. A violência é um fenômeno extremamente complexo, que tem suas raízes na inter-relação de vários fatores, biológicos, econômicos, culturais,



políticos e sociais. Todavia, é preciso desenvolver a habilidade do questionamento, perguntando quem ou o que produz/provoca a violência sem naturalizações ou reducionismos a um determinado campo de saber.

Castell (2005, p. 39) se refere às grandes transformações que afetam a sociedade de forma negativa “como uma crise de modernidades organizada” que não conseguiu aplicar a grande promessa do liberalismo, da igualdade de direitos. Ainda sob a luz do autor, entende-se que,

Uma sociedade não pode fundar-se exclusivamente num conjunto de relações contratuais entre indivíduos livres e iguais, pois assim ela exclui todos aqueles cujas condições de vida não podem garantir a independência social necessária para entrar na paridade numa ordem contratual (CASTELL, 2005, p. 41).

É preciso compreender que a liberdade, em uma sociedade de desigualdade social, é uma perversa falácia de um marginário social baseado em aparências, o qual nega e até legitima um sistema de exploração e de exclusão de grande parte da população. Isso ocorre principalmente nos grandes centros urbanos, onde muitas vezes o Estado pouco se faz presente na implementação de políticas públicas, provocando uma “pane seguida de uma erosão, do sistema de proteção”, sendo a violência urbana uma das consequências desta pane social (CASTELL, 2005, p.59).

Assim no estado do Rio Grande do Sul, como em outros estados brasileiros, nos últimos anos vive-se uma combinação de crise econômica e política, resultando na agudização das contradições de uma sociedade forjada na desigualdade social. O aumento do desemprego, do custo de vida e o arrocho salarial somam-se ao desmonte de políticas públicas, e com isso, a sensação de insegurança da população gaúcha vem aumentando constantemente. Sensação essa que se materializa nos indicadores de segurança pública, traduzindo em números as consequências do enfraquecimento das políticas de proteção social no estado (BRASIL, 2016).

No Rio Grande do Sul, por exemplo, o ano de 2014 registrou um de total de 2.483 mortes violentas intencionais, apresentando uma taxa de 22,2 mortes para cada 100 mil habitantes. Comparado ao ano de 2013, houve o aumento de 21,1% de ocorrências. Já na cidade de Porto Alegre (POA), no ano de 2014 registrou-se o maior número de homicídios dolosos da série, em comparação com indicadores de 2011 a 2014, contabilizando um aumento de 70,12% deste tipo de crime (BRASIL, 2016, p. 09).

No que se refere a capital gaúcha, em 2015 a Comissão de Defesa do Consumidor, Segurança Urbana e Direitos Humanos da Câmara Municipal de Porto Alegre, em parceria com Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA) e da Secretaria Municipal de Segurança (SMSEG), elaborou a segunda edição do Mapa<sup>1</sup> de Direitos Humanos e Segurança Pública de Porto Alegre, com intuito de ampliar e qualificar a discussão a cerca do tema violência no município. Este documento traz dados para além dos índices de homicídios, considerando que a restrição ao conceito de homicídio não é suficiente para viabilizar um estudo que contemple a complexidade dessa temática, propondo a análise dos dados duros das tipificações criminais, trazendo à tona a luz da vulnerabilidade social e da desigualdade social, aspectos que transversalizam a discussão acerca desses dados, considerando que, “Porto Alegre faz parte do arranjo global que constitui uma ordem urbana produzida pelo mercado”. (PAMPA, 2015 p.47)

Neste sentido, o Mapa apresenta como vem acontecendo ao longo dos últimos anos o movimento de urbanização na cidade, ao passo de uma (re)estruturação urbana que marca paulatinamente a periferização das classes que compõe a base da pirâmide salarial e social da região, muito em virtude da especulação imobiliária. Segundo o Mapa, a cidade de Porto Alegre apresenta:

Um caráter cada vez mais dual da cidade, sendo ao mesmo tempo moradia de elites dirigentes – material e intelectualmente – e cidade de serviços que comporta categorias médias e populares sendo afastadas das zonas fundacionais e centrais da cidade. Seja por meio de remoções e reassentamentos (como vimos de forma intensa durante a Copa do Mundo 2014), seja pelas características do mercado imobiliário, cada vez mais especulativo. Este movimento reproduz piores condições de moradia, baixos índices de bem-estar urbano e frequentemente empurram as classes trabalhadoras de mais baixa renda para territórios de criminalidade e intensa vulnerabilidade socioeconômica (PAMPA, p 45, 2015).

O movimento de urbanização do município vem compondo territórios periféricos, onde a geografia da desigualdade social é reveladora, territórios onde o acesso às políticas públicas fica cada vez mais fragilizado. Uma característica importante é a pobreza urbana e a segregação espacial, que se tornam forte condicionantes da própria condição de pobreza, formado muitas vezes “guetos de famílias pobres”, salientando que os níveis de bem-estar de pessoas e famílias estão intimamente ligados às dinâmicas internas do município (PAMPA, 2015, p 52).

---

<sup>1</sup>Mapa dos Direitos Humanos, do Direito à Cidade e da Segurança Pública de Porto Alegre de 2015. Disponível em: <http://bit.ly/2tmGd22> . Acesso em 04/07/17.

Nesta direção, referente aos bairros de Porto Alegre, o mapa apresenta que as áreas centrais da cidade registram menos ocorrências de homicídios, assim como a Zona Norte, nas imediações do bairro Passo d'Areia. Por outro lado, as áreas que possuem maior vulnerabilidade socioeconômica, tais como Extremo Sul (bairros Restinga, Lajeado, Lami, entre outros), Sudeste (Lomba do Pinheiro, Agronomia, entre outros), Sul (Vila Nova, Cavahada, Cruzeiro e outros) e Nordeste (Sarandi, Rubem Berta, Mário Quintana e outros), somados significam 84% do total de ocorrências registradas de homicídios na cidade (PAMPA, 2015).

Portanto a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades. A violência coletiva, embora exista em todos os meios, apresenta-se de forma mais potente nos meios urbanos. É, nesse sentido, que o meio acadêmico têm se encarregado de tentar compreender melhor esse fenômeno e contribuir na luta pela redução da incidência da violência urbana. O desafio está na complexidade das relações do meio urbano e das infinitas motivações para a violência, tanto no contato entre indivíduos, quanto na sua institucionalização, de modo que “talvez compreender signifique buscar sentidos outros que não o da naturalização da violência em curso” (SANTOS, 2009, p. 02).

Assim sendo, não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou por que a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. No entanto podemos conjecturar algumas leituras da realidade, pois entender quais são os fatores que estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência. Pode-se, de início, afirmar que a violência faz parte da realidade de muitos contextos comunitários e buscar identificar as características desses cenários, o que é de grande valia no entendimento do fenômeno violência urbana. Incluímos nessa busca a política de saúde, mais diretamente a APS, por ser uma política que guarda a características de estar imersa nas comunidades.

As equipes de APS estão localizadas em pontos estratégicos dos territórios mais periférico e atendem a uma determinada área de abrangência populacional, com a missão de olhar não apenas o binômio saúde-doença, mas também demais condicionantes da saúde da comunidade e de cada família, levando o conceito de cuidado em saúde para além dos muros do “Posto de Saúde”. Permite-se, assim, o

desenvolvimento de vínculos entre as equipes e sua população de abrangência, em prol de uma atenção integral em saúde na busca pela qualidade de vida da população. Foi nessa perspectiva que a noção geográfica passou a ganhar novos significados, partindo de uma concepção teórica de território, onde este é caracterizado como um espaço de vida pulsante, o que configura importante aspecto deste estudo.

Assim os trabalhadores da APS, diante das comunidades em que a criminalidade é presente e constante, devem desenvolver meios de atuação nessa realidade, quais resultam em graves consequências sociais, sendo evidenciados pelo aumento dos índices de violência e da morbimortalidade, gerando uma diversidade de sentimentos e sensações que afetam consideravelmente suas condições de trabalho. Diante desse complexo cenário, apresenta-se esse estudo, o qual buscou observar as contradições da atuação profissional na APS.

Os objetivos que instigaram esse estudo foram: *Compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS que atuam na Vila Herdeiros e na Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre/RS, tendo eles como eixo central de seu processo de trabalho o cuidado integral em saúde para com a comunidade desses territórios, reconhecidos pelo alto índice de violência urbana; Identificar como o trabalhador da APS identifica, reconhece e se protege da violência urbana; Compreender de que forma é trabalhada a temática violência urbana nos espaços de trabalho da equipe APS e Identificar espaços de diálogos possíveis entre a equipe e os usuários para a construção de estratégias de enfrentamento conjunto desta realidade.*

O presente estudo procede de uma pesquisa qualitativa, na perspectiva metodológica, com base em Minayo (2010) e Gil (2008), do tipo exploratória. O instrumento de coleta utilizado foi a entrevista semiestruturada, que teve como guia um roteiro de entrevista. A coleta ocorreu ao longo do mês de setembro de 2017, após a aprovação do projeto nos órgãos pertinentes e também apresentados às equipes de saúde, que compõe o universo da pesquisa. A adesão dos participantes se deu por adesão espontânea e os dados que emergiram das entrevistas foram analisados com foco na análise de conteúdo, sob a luz de Minayo (2010). Os devidos cuidados éticos que uma pesquisa de dissertação requer, foram guardados todos de acordo com a resolução nº 466/2012.

O universo deste estudo, portanto, é formado pelos trabalhadores das equipes das Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Herdeiros e Vila Cruzeiro do Sul, inseridas nas respectivas gerências de saúde, Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) e Gloria Cruzeiro Cristal (GCC) da cidade de Porto Alegre/RS, comunidades já citadas anteriormente, com relação ao Mapa de Direitos Humanos e Segurança Pública de Porto Alegre de 2015, onde ambas localidades estão dentre os territórios identificados como os mais suscetíveis à violência urbana na cidade. Também se destaca que estes territórios notoriamente compõe as manchetes dos meios de comunicação, em decorrência aos eventos de violência que lá ocorrem. Por vezes, essas localidades chegam a ter seus direitos básicos prejudicados, como por exemplo o transporte público, que não raramente é interrompido nessas regiões pelas empresas de ônibus de POA, estas alegando como motivo a falta de segurança.

Por ultimo será apresentado a análise e a discussão teórica acerca das quatro categorias que emergiram deste estudo, o qual demonstrou que a violência urbana interfere de diferentes formas no processo de trabalho dos trabalhadores de saúde que participaram deste estudo, estes tendo sua atuação fragilizada de forma significativa, sobretudo nos três princípios básicos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): a integralidade, a intersetorialidade e a territorialização, compondo as três primeiras categorias. Outra categoria importante que emergiu deste estudo foi a forma com que a saúde desses trabalhadores, tanto física, como mental, está sendo afetada de forma relevante pela presença da violência urbana no seu cotidiano de trabalho.

Assim, o presente estudo busca olhar para face oculta do desespero através de uma das suas formas de expressão, a violência urbana, trazendo a discussão para o campo da Política de Saúde, mais especificamente a APS, entendendo que esta pesquisa permitiu visualizar a APS como um dos potentes espaços de reflexão diante do fenômeno social da violência urbana, considerando a coerência para com os pressupostos da Política de Atenção Primária em Saúde e, por consequência, com o SUS. Contudo, sabemos que a APS não se resume em um modelo de saúde que se finda em si mesmo, mas compreende e se materializa nos serviços que a compõe, nos trabalhadores e na população atendida. Esses trabalhadores recebem, como incumbência, a construção de um processo de atenção integral em saúde, através de intervenções resolutivas. Mas o que seriam estas intervenções resolutivas, à luz da

integralidade? Sabidamente, as equipes de APS encontram-se prioritariamente inseridas no outro lado do muro, bem junto aos desvalidos da proteção social, o que levou a buscar neste estudo algumas reflexões maduras referentes à dimensão da realidade cotidiana dos serviços inseridos na APS, procurando evitar o reducionismo da temática violência urbana na relação com APS, principalmente o ingênuo e irresponsável messianismo, da atuação desses profissionais diante dessa complexa problemática, a violência urbana.

## 1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal Brasileira de 1988, no artigo 198, define o Sistema Único de Saúde (SUS) como “as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado” (BRASIL, 1988). O SUS, criado pela Lei nº 8080/90, está previsto então, na Constituição Brasileira de 1988, e é resultado de um longo processo de lutas de diferentes segmentos da sociedade, que teve como um dos seus principais marcos históricos a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pode-se considerar, sem medo de pecar, que um dos maiores movimentos de inclusão sociais já realizados na história do Brasil foi a criação o SUS, representando, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos da população: o direito à vida.

De caráter descentralizado e universal, o SUS incorporou os três níveis de governo (municipal, estadual e federal), constituindo-se, assim, em um sistema amplo e complexo, que se propõe a pensar saúde de forma não simplista, ou seja, como apenas ausência de doença, mas ambicionando uma perspectiva de linha de cuidado em saúde que transite por metodologias que ampliem as práticas de saúde, em prol de observar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS)<sup>2</sup>. Ante o exposto, quando se refere à linha de cuidado na perspectiva do SUS, é interessante observar a relevância de um dos seus princípios prioritários, a integralidade, que nada mais é a atenção integral em saúde. Segundo Pinheiros:

A integralidade é produtora de relações, signos e significados, princípio e prática, tem ocupado diferentes espaços das instituições e sociedade considerando diversidade e pluralidade da realidade, inerente às dinâmicas sociais e aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade à integralidade é assumida como prática social (PINHEIRO, 2008, p.24).

Olhar para a saúde, na perspectiva da integralidade, é ir além das práticas tradicionais em saúde, uma vez que coloca em pauta a importância de repensar a saúde no cotidiano dos serviços. Para tal, a reorganização de novos arranjos de cuidado, que articulem diferentes saberes e práticas, surgem com uma desafiadora missão para todos que estão de uma forma outra inseridos no SUS. Portanto, o

---

<sup>2</sup> Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), segundo definição da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da OMS utiliza uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (CNDSS, 2008)

nascimento do SUS impulsionou a busca por uma reorganização do sistema de saúde no Brasil. Esse movimento, porém, não aconteceu de forma natural e espontânea, mas sim em decorrência de um processo histórico de muita disputa e luta, protagonizadas por movimentos sociais que contavam com o envolvimento de trabalhadores e usuários da saúde, o que culminou em grandes transformações sociais, principalmente no âmbito da saúde pública. E na busca pela efetivação do SUS, percebeu-se então que um caminho interessante e potente era fortalecer e apostar na Atenção Primária em Saúde (APS), como uma importante estratégia, que já vinha sendo discutido e reconhecido em outros países.

Desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, em 1978, foi lançada uma nova visão sobre a questão de saúde da população. Nessa ocasião, a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS/UNICEF, 1979).

Contudo, desde a década de 50, a própria OMS já reconhecia que as disparidades entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos poderiam ser um empecilho nos desdobramentos desta nova proposta em saúde, principalmente ao desenvolvimento dos países menos favorecidos, formando o que se chamava círculo da pobreza. Também reconhecia que campanhas para o controle de agravos tinham resultados temporários. Assim, em 1953, na Assembleia de Saúde, a OMS reconheceu que a ajuda econômica no campo da saúde deveria ser dada aos serviços básicos, o que já acenava para um amadurecimento em via do conceito de Atenção Primária como recurso diante das problematizações. No Canadá, em 1974, no Relatório Lalonde - Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses, é desenvolvida a idéia de determinantes não-médicos da saúde, dando origem à noção de APS. A partir de então, outros movimentos, em prol de ampliar o conceito de saúde, começam a proliferar essa ideia. Em 1977, a OMS decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a obtenção de um nível de saúde para



todos até os anos 2000, permitindo uma vida saudável e economicamente produtiva. (OMS/UNICEF, 1979). No entanto ao final da década de 1980, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) constata que a proposição dos cuidados primários em saúde, após 10 anos, não alcançou seu objetivo, pois persistiram setores da população sem acesso aos serviços de saúde, principalmente na América Latina.

E é na década de 1990 que ocorre um avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. No decorrer do ano de 1994, nasce o Programa de Saúde da Família (PSF), advindo da experiência vitoriosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério de Saúde (MS). O PSF torna-se uma das principais estratégias de materialização dos princípios do SUS.

A proposta apresenta características e estratégicas que, além de fortalecer o SUS, abre possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes e princípios, uma vez que prevê a integração e organização das ações comunitárias em um território atuação, tendo por finalidade o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados, através da articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, possibilitando desta forma a integração dos distintos campos de conhecimento, impulsionando ainda uma reflexão horizontalizada na perspectiva de um conceito de saúde ampliado. Com isto, essas mudanças no olhar para com a saúde, requer dos trabalhadores da saúde comprometimento com essa proposta de trabalho, pois remete a uma necessidade de reorganizar suas atividades profissionais para além do diagnóstico ou da patologia propriamente dita. Espera-se também uma reestruturação curricular nas formações desses profissionais, que devem ser formados para o SUS, além de um forte comprometimento daqueles que compõe a gestão da política de saúde no Brasil (STARFIELD, 2002).

Ainda sobe a luz de Starfield (2002), a proposta de expansão e qualificação do PSF busca, então, a superação do modelo hegemônico biomédico centrado na doença, através do desenvolvimento e amadurecimento dessas práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma do trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios delimitados. Nesse sentido, o trabalho em equipe é considerado, no conjunto das características do PSF, um dos pressupostos centrais desta proposta de trabalho, com maiores possibilidades de atuação, congruente a uma abordagem integral e resolutiva, através de uma construção de um cuidado

compartilhado e coletivo, envolvendo diversos saberes e práticas ali atuantes, se constituindo assim uma importante estratégia de linha de cuidado integral.

Espera-se com isto que os integrantes das equipes sejam capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando suas atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, permitindo o compartilhamento de conhecimentos e informações. O trabalho em equipe no PSF se propõe a ultrapassar o modelo técnico hierarquizado, ao buscar maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos saberes, possibilitando autonomia e criatividade de todos os envolvidos, favorecendo assim, maior integração da equipe. Com essas proposições o PSF entra no cenário nacional, após seis anos de constituição do SUS, emergindo de discussões que buscavam um modelo de atenção à saúde, o mais perto possível dos territórios, dos indivíduos, famílias e comunidades.

O PSF, portanto, aglutina as dimensões de práticas e características do conceito ampliado de saúde, intervindo diretamente nos territórios, resultante das mobilizações que caracterizaram esta mesma sociedade na construção do direito à saúde, ao longo de mais de quatro décadas. No entanto, deve-se reconhecer que, se por um lado a conjuntura era favorável para discussão de novas formas de se fazer saúde, por outro, se estava em plena década de noventa, marco das políticas neoliberais na América Latina e no Brasil. Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro, julgassem o risco do PSF ser um programa pontual, "pacote básico" de assistência à saúde, cujas bases se sustentam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionado à clientela específica e focalizado em regiões pobres (TEIXEIRA, 2003).

O Brasil na década de 1990 entrou em um período de uma nova ofensiva burguesa, adaptando-se às exigências do capital. O ambiente político, econômico e cultural foi reforçado pelo "Consenso de Washington". No Brasil, o neoliberalismo foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou após a eleição em 1989, do presidente Fernando Collor de Mello. Com isso a política de saúde, na década de 90, expressou tensões entre a pauta da Reforma Sanitária e a agenda neoliberal (BRAVO, 2007).

Para Bravo (2007), devemos considerar que, nos anos 90, as necessidades de "mundialização do capital" foram gerenciadas pelos organismos internacionais, iniciando "um processo de contrarreforma do Estado brasileiro", e assim ampliando a

acumulação e a mercantilização do bem-estar social. Com a adoção de um novo modelo gerencial proposto por Bresser Pereira (ministro da saúde do governo Collor), que incluiu uma reforma gerencial na saúde, sustentado pela NOB-SUS/96, a qual, inspirada no modelo inglês, tinha como objetivos a descentralização da administração e o controle dos gastos; transformando os hospitais em unidades públicas, mas não estatais; criar um sistema de entrada e triagem na rede de saúde; e criar hospitais e ambulatórios especializados.

Isto leva o sistema de saúde brasileiro, neste período, mesmo com a expansão da Atenção Primária de Saúde, a manter um caráter emergencial, curativo e de recuperação da saúde, não fortalecendo os eixos de promoção e prevenção da saúde. Essa conjuntura ocorre em torno dos planos neoliberais iniciados na gestão de Collor, aprofundando-se no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Na gestão de Lula da Silva (2003-2006), ainda segundo Bravo (2007), a política do governo manteve a mesma política de ajuste macroeconômica dos governos anteriores, tornando as políticas sociais mais vulneráveis, face às limitações dos gastos públicos, considerado por muitos autores um modelo duvidoso do ponto de vista da inclusão social. No campo da saúde, verifica-se, que na primeira gestão do governo Lula, há a existência de elementos de aproximação com o referencial da Reforma Sanitária Brasileira, que teria sido fragilizada na década de 90. Todavia, a expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária não se concretizou, e, na avaliação da autora, manteve-se a polarização entre os dois projetos de saúde, apesar de ter sido explicitado uma agenda política da Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

Então novas propostas são colocadas na pauta da saúde, com a nomeação de José Gomes Temporão, como, por exemplo, a criação das Fundações Estatais, com a missão de gestão no campo da saúde pública. Os prejuízos dessas Fundações para os trabalhadores se refletem na forma de contratação da força de trabalho, pelo viés do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mesmo tendo como forma de ingresso a lógica do concurso público, retirando dos trabalhadores a estabilidade no trabalho. Dessa forma, os contratos ampliam as obrigações da força de trabalho e reduzem os direitos dos trabalhadores. Contudo, mesmo com todas as contradições que permearam a gestão Lula, é inegável o avanço da APS neste período (BRAVO, 2007).

Portanto, ao considerar os movimentos da gestão em saúde no decorrer do tempo, no Brasil, observa-se que o modelo vigente se organizou mais em consonância com o modelo econômico, do que com as necessidades em saúde, cuja lógica é tratar a doença ao invés de investir na promoção da saúde. A razão é muito mais em virtude dos desejos de um modelo econômico, do que uma proposição "técnica" do campo da saúde para atender majoritariamente as condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. Tal situação fica evidente pela insuficiência de acesso à Atenção Primária à Saúde, pela situação de sobrecarga nas portas de urgências e emergências e pela dificuldade de acesso à consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades.

Diante de todos os elementos de contradição aqui destacados até o momento, é inegável a importância que esse modelo de atenção em saúde teve, e tem, na vida da população atendida. No entanto se faz necessário atentar para essas contradições, visando o amadurecimento da APS, de forma crítica, no viés da superação da desigualdade social. De maneira alguma essa provocação pretende polemizar ou desqualificar APS e sua importância para o SUS, mas sim visa potencializar e qualificar ações e práticas norteadas pelos princípios e diretrizes previstos na PNAB, com vias da ampliação de um modelo de atenção em saúde que sem dúvida, além de superar ou prevenir agravos, pode proporcionar potentes espaços de articulação política e popular.

Outro aspecto relevante de contextualizar, mesmo que brevemente, é que, em meio às contradições e disputas políticas, houve sim o fortalecimento do PSF e a evidência de sua importância, o que resultou que este deixou então de ser um programa de governo e passou a ser considerado enquanto uma estratégia de saúde pública. Assim, pode-se dizer que, como o PACS, em 1991, se apresenta como processo transitório em saúde para o PSF, esse por sua vez, desde seu nascimento em 1994, também apresenta um processo de evolução e transição para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendendo que o termo "programa" aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o que não abarca os interesses desse novo modelo de atenção em saúde. A perspectiva de estratégia, entretanto, não prevê tempo para finalização, remetendo a processo de movimento e reconstrução permanente, afinal, a Atenção Primária qualificada e resolutiva deve estar sempre em processo de renovação.

Assim nasce a Estratégia de Saúde de Família. Diante o espaço de destaque alcançado pelo PSF, o Ministério de Saúde emite, em 28 de março de 2006, a Portaria nº 648, onde fica estabelecido que a saúde da família fosse a estratégia prioritária do MS para organizar a APS, regulamentando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

Starfield (2002), por meio do debate mais abrangente, descreve alguns atributos que nos possibilitam pensar a APS, permitindo problematizar seus impasses na atualidade em distintos contextos, os quais são eles: 1) *primeiro contato* – porta de entrada do sistema de saúde e ponto de início de atenção; 2) *longitudinalidade* – responsabilidade longitudinal com continuidade da relação clínico-paciente, independente da ausência ou da presença das doenças; 3) *abrangência da integralidade* – reconhecimento da complexidade de necessidades das populações em todos os níveis de atenção; 4) *coordenação* – sendo estratégico para gerir ações resolutivas para necessidades de níveis mais básicos aos níveis mais complexos; 5) *orientação para a comunidade* – conhecimento das necessidades de saúde das populações contextualizadas e das possíveis causas dos problemas em saúde e, principalmente, a participação das comunidades nas decisões sobre sua saúde; 6) *centralidade na família* – consideração dos membros da família para pensar as intervenções em saúde; e, por fim, 7) *competência cultural* – reconhecimento de diferentes necessidades de distintos segmentos sociais e, conseqüentemente, seus hábitos de vida, considerando sua importância no processo de saúde doença.

Uma vez que, no SUS, a APS é compreendida como a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da RAS e a coordenadora do cuidado, a APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, sendo desenvolvida por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas (MENDES, 2010).

### **1.1 A Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios em tempos de violência urbana**

A PNAB, com suas diretrizes e princípios, acarreta às equipes de APS a incumbência de dar respostas a problemas de saúde, oriundos de seu território de abrangência. Problemas esses, que sabidamente estão além da ausência de doença, e, portanto, não se resumem ao campo biológico, apresentando expressões de ordem

da conjuntura social. Os problemas sociais são produções de uma realidade de desigualdades sociais, onde seus feitos estão associados, por exemplo ao aumento dos índices de mortalidade, desnutrição, analfabetismo, fome, exclusão pelas diferenças humanas, além do sofrimento.

Os problemas sociais são produto de um sistema social, econômico, político e cultural, que se materializam no viver cotidiano. Portanto, os problemas de saúde estão presentes em qualquer serviço, e carregados de significação social, uma vez que compreende elementos da complexidade humana e social, problemática que necessita ser compartilhada por todos os segmentos sociais. (MINAYO, 2006).

A APS sustenta-se em quatro pilares: promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência e recuperação da saúde. O primeiro pilar envolve políticas de informação à população e questões genéricas de saneamento básico, por exemplo. A prevenção diz respeito à aplicação de ações prévias da estrutura de saúde junto ao cidadão para impedir a instalação de problemas de saúde evitáveis. No que tange à assistência, entende-se como prestação imediata e emergencial de atendimento em saúde ao cidadão, no momento de necessidade. Por fim, o aspecto de recuperação da saúde envolve o acompanhamento do indivíduo na conclusão do atendimento, para que o resultado alcançado seja o mais eficiente possível. A longitudinalidade, portanto, é um princípio de extrema importância no cuidado, pois pressupõe a continuidade da relação de cuidado, favorecendo o acompanhamento do usuário e a efetividade do tratamento, além de contribuir na implementação de ações de promoção à saúde (BRASIL, 2012).

As discussões sobre as formas de organização das práticas de saúde têm se mostrado constantes, evidenciando uma maior reflexão a respeito dos avanços e desafios frente aos modelos em saúde. Nesse contexto, os modelos assistenciais, ou modelos de atenção, são descritos como um meio de organização, estruturados em função dos problemas de saúde de uma determinada população, e que expressam necessidades de saúde, historicamente definidas. Isso faz com que os modelos de atenção organizem, de modo implícito ou explícito, o funcionamento da RAS, com vistas a garantir a integralidade do cuidado.

Emerge aqui a necessidade de fortalecimento deste importante princípio da APS, a integralidade, que impulsiona e requisita do profissional um pensar em rede interssetorial, percebendo a prática de cuidado em saúde como algo que não se dá

em um só lugar. Necessita-se de um esforço intersetorial, na perspectiva da articulação de rede e uma gestão de um cuidado compartilhado com demais políticas públicas, que não só a saúde.

No bojo da construção de um trabalho intersetorial encontra-se na compreensão do desenvolvimento de formas e capacidades em responder as demandas que surgem ou são identificadas no cotidiano de trabalho das equipes. Para tal, além das ofertas de ações já desenvolvidas pela equipe de saúde, aponta-se para a importância de buscar apoio de outros profissionais vinculados a outros serviços e políticas públicas, bem como os recursos que a própria comunidade dispõe, inserindo assim, novos atores e diferentes saberes na discussão, visto que os fenômenos sociais são cada vez mais complexos e multicausais, exigindo dos profissionais uma pluralidade de ações no campo das políticas públicas. Para Feuerwerker e Costa, a intersetorialidade é vista como:

a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (FEUERWERKER E COSTA, 2000, p. 94).

A intersetorialidade prevê espaços de encontro e diálogo entre diferentes setores e instituições que compõem o mesmo território, no sentido de trabalharem juntos para o alcance de objetivos e metas comuns. Dentro dessa perspectiva, as ações intersectoriais não devem resumir-se apenas na simples “soma de diferentes olhares sobre um mesmo objeto”. O desafio para as equipes de saúde na articulação intersetorial é ir para além da rotina da referência e contra referência, caso contrário têm-se o risco de resumir o trabalho intersetorial em uma mera rotina de encaminhamentos, o que se chama aqui de sistema “ao-aó” (ao dermatologista, ao psiquiatra, ao cardiologista, ao CRAS, ao CREAS, ao conselho tutelar...). Ressalta-se que a intenção de trazer essa discussão não é sob um viés pejorativo, mas sim provocativo, entendendo que o trabalho intersetorial em um primeiro momento remete a uma sobrecarga. Entretanto, quando se consegue de fato desenvolver uma articulação intersetorial, o profissional percebe que não está sozinho e que as responsabilidades podem e devem ser compartilhadas, evitando assim que o papel da saúde fique hiperdimensionado diante das demais políticas. Ou seja, a produção do trabalho deve ser coletiva, os saberes devem ser complementares, operando assim

uma lógica de troca de informações, para assim desenvolver um cuidado integral e intersetorial (SPOSATI, 2004).

## **1.2 Quando a Violência Urbana invade a agenda da APS**

Minayo (1995), em suas produções, fala que “a violência, enquanto tema, só encontra espaço na agenda da Saúde Pública no final dos anos 80”. Diante do alto número de mortes e traumas decorrentes do aumento explícito da violência na região das Américas, surge a necessidade de respostas do sistema. Na década de 90, a temática da violência já ganha prioridade nas agendas internacionais. Em 1993, o Dia Mundial da Saúde teve como norte a comemoração da “prevenção de acidentes e traumatismos”, onde o então diretor geral da OMS, Hiroshi Nakajima, declarou que “a vida é frágil, rechaçamos a violência e a negligência”. Ainda no mesmo ano, a OPAS decidiu indicar aos governos que a compunham, a busca pela elaboração de “políticas e planos nacionais de prevenção e controle da violência, com a colaboração de todos os setores sociais envolvidos”. Em 1994, a entidade elaborou um plano de ação regional, dando prioridade a este tema em sua atuação (MINAYO, 1995, p.9).

No Brasil, desde o início da década de 1980, acidentes e violência constituem a segunda causa de óbito, para a larga faixa de 5 a 39 anos, compondo o principal problema de vitimização que leva à morte. Todavia, a inclusão da violência na agenda da saúde pública vem se materializando lentamente ao longo dos anos. No Brasil a primeira forma de introdução do tema foi a partir do atendimento pontual e específico das lesões, traumas e mortes, enquadradas na Classificação Internacional das Doenças (CID) com a denominação de "causas externas". O conceito de mortalidade por causas externas inclui prioritariamente os homicídios, os suicídios e os acidentes; e o de morbidade, as lesões, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais e coletivas. Observa-se que as mortes por violência, que estão incluídas no CID, encontram-se no grande grupo das Causas Externas (E800 e E999). Para tal, é preciso atentar para o conceito “causas externas” e seu papel limitador que carrega certa assepsia, diante de eventos que são construídos histórica e socialmente. Mendes (2003) aponta que:

A saúde tradicionalmente, apóia seus procedimentos em estatísticas de morbimortalidade das populações, a partir das quais busca fundamentar e estabelecer indicadores epidemiológicos de avaliação e planejamento das ações em saúde pública (MENDES, 2003, p. 99).



Pensar violência urbana a partir da perspectiva da saúde pública é, sem dúvida, um grande desafio, o qual requer um amadurecimento técnico que perpassa por um caminho de fortalecimento e ampliação de conceitos teórico-práticos e, assim, possa vislumbrar a construção de um projeto de sociedade justa e inclusiva. Ao mesmo tempo é necessário um processo de discussão coerente com a complexidade sócio histórica que gira em torno da temática da violência urbana. Deve-se ambicionar políticas públicas que visem garantir o direito à vida, o que requer um olhar para além do sintoma aparente, refletindo além da classificação do CID, vislumbrando a construção de estratégias e instrumentalização técnicas, de aproximação mais efetiva e coerente com a complexidade da vida real. Portanto o envolvimento da saúde com a violência urbana não se dá de forma espontânea, como nos apresenta Minayo (2006):

É bem verdade que em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2006, p. 09).

Para conceber essa realidade, que permeia o dia a dia de muitas comunidades, é necessário envolver diferentes perspectivas. Uma delas, sem dúvida, é a APS, que além da óbvia aproximação com os territórios, tem em seu delineamento diretrizes e princípios que abarcam a dimensão sociopolítica dessas comunidades. Contudo, deve-se a tentar para as implicações que se produzem nas configurações e práticas cotidianas dessas unidades de saúde, diante da violência em seus territórios de atuação, que, por sua vez, apresentam-se como campo de disputas de diferentes e contraditórias interpretações, onde cada território está envolto em relações de diferentes ordens e influências geográficas, políticas e econômicas.

Discutir possibilidades e limites da APS é tentar colocar em análise quais as perspectivas têm operado no interior dessa política, pensando suas implicações na maior ou menor abertura das questões crônicas presentes nos territórios, como por exemplo, a violência urbana. Faz pensar saúde em uma perspectiva ampliada, ligada às condições de vida de indivíduos e grupos, rompendo com o entendimento que saúde restrito a ausência de doenças. Logo, uma APS abrangente estaria voltada para os processos de saúde dos sujeitos nos seus territórios de convivência, ficando mais

atenta aos desafios e possibilidades ligados aos seus modos de vida (CAMPOS *et al*, 2006).

Nesse sentido, perceber a violência urbana como uma questão de saúde pública é romper com algumas lógicas ainda cristalizadas. Ainda hoje se vê equipes de saúde organizando seu processo de trabalho a partir de patologias ou de programas focalizados, na lógica de metas e coberturas epidemiológicas pré-estabelecidas pelo Ministério de Saúde (MS). A questão não é negar a importância dessas “prioridades”, mas compor com a realidade que se deparam, cotidianamente, na medida em que atuam em comunidades,

Concomitante a isso, temos o enfrentamento a outra perspectiva também construída historicamente, a que envolve o binômio entre o poder judiciário e a força policial, fomentando a lógica de um pensar e perceber a violência urbana como sendo especificidade desses dois setores, pensamento que vem direcionando grande parte das reflexões e intervenções em torno da segurança pública no Brasil. Não nega-se aqui a importância do papel desses setores para com o enfrentamento da violência urbana, mas sim, ressalta-se a necessidade de ampliar a discussão em torno dessa temática, buscando, com isso, múltiplas possibilidades diante desse fenômeno social e multifatorial, entendendo que não existem respostas simplistas às problemáticas complexas e incentivando, então, a inclusão da temática violência urbana na agenda e discussões que norteiam a Política de Saúde brasileira.

Netto e Deslandes (2016), em seus estudos, constataram que de forma geral a atuação da saúde concentra seus esforços em acolher os efeitos da violência no atendimento aos traumas e lesões, ficando intrínseco que os serviços de saúde que mais atuam no atendimento as mazelas provocadas pela violência são os de emergência e atenção especializada, além dos que atendem aos processos de reabilitação e aspectos médico-legais. Sabe-se que o atendimento e os registros de informações cabem a todos os níveis de atenção em saúde, no entanto, alguns estudos já desenvolvidos em torno dessa temática apontam que, apesar dos serviços de APS vivenciarem situações de violência no dia a dia, devido sua proximidade com os territórios, contraditoriamente são os que menos notificam os eventos de violência. Inevitavelmente, levanta-se o questionamento: como as equipes de saúde da APS lidam com essa realidade? Alguns estudos apontam a contribuição dessa aparente

não valorização dos registros para o sentimento de insegurança, junto aos trabalhadores da saúde.

Em muitos momentos, ao se depararem com a violência, esses profissionais apontam dificuldades no modo enfrentá-la. A habilidade necessária para trabalhar com estes complexos cenários e seus eventos inesperados não é ofertada na formação profissional e nem prevista pelos gestores. Estes vivem, desse modo, situações geradoras de indignação, frustrações e frequente rotatividade na composição das equipes. Para maior entendimento, estudos contribuem com a contextualização dos impactos da violência para o campo da saúde, afirmando a importância desta temática da violência urbana ser objeto, também, no âmbito da formação na área, especialmente, por ser pouco debatido nas disciplinas que envolvem formação que vise fortalecer o SUS. Essa lacuna potencializa o sentimento de insegurança do trabalhador da APS, diante da falta total de instrumentalidade (MINAYO e SOUZA, 1998).

Para Haesbaert (2014, p.153), o sentimento de insegurança “perpassa pela dimensão das incertezas”, as necessidades idealizadas que se criaram ao longo da história de se controlar e prever situações de riscos através de ambientes controlados, ambição ilusória e imatura diante da complexidade do mundo real. Sabidamente, a base de trabalho das equipes da APS, são o controle de agravos e a preocupação com as prevenção, o que pode acarretar nos trabalhadores submetidos a uma formação em que coloca inverso do movimento de instabilidade produzido pela violência urbana. Ou seja, o encontro entre a busca pelo controle e prevenção e o incontrolável e inesperado pode acarretar um importante estressor, diante de uma complexa “missão” profissional.

Não se nega aqui os avanços alcançados por essa política, diante dos agravos que antes acometiam a população e que agora são facilmente controlados e até mesmo preveníveis em decorrência da sua atuação e também as novas tecnologias de saúde desenvolvidas. Entretanto, no que se refere ao fenômeno da violência urbana, o inesperado e os eventos não controláveis são pressupostos, e, com isso, reforça-se o discurso à necessidade da coerção diante das situações de risco, tendo como condição central o controle da instabilidade, que é exercido pela força policial, o que para o autor, fala de “uma sociedade que sobre enfatiza a segurança, cria o mito do controle indiscriminado dos riscos, como se o risco não fosse

imprescindível para a própria reinvenção e renovação dessa mesma sociedade” (HAESBAERT, 2014, p. 158).

Partindo da perspectiva que a APS forma seus trabalhadores em uma ação basicamente pautada no controle e prevenção de agravos e risco, o que acontece quando esse mesmo trabalhador se depara com situações que não são previsíveis ou passíveis de controle? A lógica de que deve-se controlar os riscos pode acarretar um sentimento de frustração e impotência, e, com isso, um pensamento derrotista, de que não há nada a ser feito, acarretando talvez num processo de distanciamento da equipe de saúde para com o seu território de atuação. Tem-se aqui um importante ponto de discussão, pois a saúde comunitária se dá prioritariamente a partir do encontro do outro, e é desse encontro que novas possibilidades e estratégias podem emergir.

Ainda sob a luz de Haesbaert (2014), que ao citar o filósofo francês Jacques Rancière (2003), diz: “...a insegurança, sobretudo, não é um conjunto de fatos, é um modo de gestão de vida coletiva”, nos remete a uma análise dos efeitos possíveis que esse sentimento pode causar nos processos das relações humanas, juntando ao que autor chama de “ atitudes preventivas”. Conjetura-se então um cenário de muitas contradições no processo de trabalho das equipes de APS, onde os princípios e diretrizes, muitas vezes não dialogam com os inesperáveis movimentos da vida de seus territórios.

Fiúza *et al.* (2011) discorreram em seus estudos sobre o cotidiano vivenciado pelas equipes de saúde, que tem a particularidade de trabalhar em estreito contato com a comunidade, onde não raramente se deparam com a problemática da violência urbana, configurando um contexto de trabalho inseguro e desafiador. Com isso, essas equipes são desafiadas a buscar instrumentais teórico/práticos que lhes auxiliem a lidar da melhor forma possível com os desafios vivenciados no seu cotidiano de trabalho, principalmente no que se refere ao sentimento de insegurança e o contraditório papel do cuidador que também demanda cuidado. Em seus estudos os autores chamaram a atenção que, não raramente, a busca desses trabalhadores por instrumentalização e enfrentamento da realidade vivenciada por eles no interior das comunidades se dá de forma autônoma e solitária.

A APS tem, como propósito, a melhora na condição de saúde da população brasileira, tendo como norte o cuidado em território, onde muitas vezes inicia-se, para muitos moradores de comunidades mais vulneráveis, o primeiro contato com a saúde.

Tal proximidade vai desde a simplicidade e potente troca informação em prol da educação em saúde, como também pode levar a população a se deparar e identificar riscos de vida. Este contexto assombra as equipes de APS, que se deparam com responsabilizações cada vez mais abrangentes, visando atender problemas que antes eram menos frequentes ou não incluídos na agenda da saúde, como a violência urbana. (NETTO e DESLANDES, 2016).

O risco que a violência urbana coloca à saúde das pessoas, traz para o trabalhador da saúde o encontro com o desconhecido e, com isso, este é provocado, e dificilmente consegue ficar indiferente. O desafio é como conduzir esse incômodo.

Para Velloso, Araújo e Alves (2011), não só as atribuições delegadas a esses trabalhadores precisam ser debatidas, mas também, as estruturas e as condições de trabalho, muitas vezes inadequadas e insuficientes. Estas relatam uma realidade que de certa forma beira a perversidade, de modo que a inclusão da violência urbana na agenda da APS precisa se dar de forma madura e coerente, para que não seja projetado aos trabalhadores a responsabilidades que competem a esfera de um Estado de exceção. Os autores, em seus estudos, reafirmam o que outros estudos também identificaram: que os profissionais não estão simplesmente “adoecendo”, estes “estão pirando”. Seus sofrimentos perpassam pela falta de um treinamento específico e qualificado para lidar com as situações de violência.

Nesse cenário, Netto e Deslandes (2016) afirmam o distanciamento com que a gestão conduz o diálogo de trabalho, com o profissional inserido na ponta, principalmente no que tange a distância entre a educação permanente em saúde e a realidade vivenciada pelos profissionais nos territórios, focando esforços para a capacitações voltadas a dar respostas a protocolos específicos na lógica do cumprimento de metas, estabelecidos pelos programas dos MS, pautados, na sua maioria, em estudos epidemiológicos voltados a diagnósticos e patologia específicas, fragilizando a reflexão e formação na perspectiva ampliada da saúde .

Minayo, (2006), chama atenção ainda para a resistência de alguns trabalhadores da saúde em aceitar a violência urbana, como uma questão de saúde pública, sobretudo, por não considerarem este tipo de problema pertencente ao campo da saúde. Essa pluralidade de entendimentos somada à imprevisibilidade que permeia o fenômeno da violência urbana desafia a organização da saúde pública,

embora existam alguns esforços que tentam delinear, no país, estratégias de reflexão diante do tema.

O entendimento da política de APS, como um modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e na qualidade de vida, organizado nos princípios da equidade e universalidade, e não mais centrados apenas no individual, mas na família e na comunidade, inaugurou uma ampliação do agir em saúde. Com isso, quase que compulsoriamente, há a necessidade de outra formação, que possa dar conta dessa nova perspectiva. Nesse sentido, o diálogo e a articulação com distintos setores da sociedade configuram uma estratégia interessante, urgindo conectar um diálogo interdisciplinar e intersetorial, incluindo aí os segmentos da educação, da assistência social, da segurança pública, da justiça, dos movimentos sociais e da saúde, entendendo que todos compartilham a mesma realidade, incluindo também a própria comunidade. (AMARO, ANDRADE e GARANHANI, 2008).

Entende-se, portanto, a necessidade da política de saúde investir mais na vigilância da violência urbana, produzindo indicadores para além do quantificar mortes e agravos, mas sim envolvendo aspectos sociais, compondo o entendimento de uma demanda emergente em saúde, que precisa ser compreendida e estudada, potencializando processos que valorizam a formação dos profissionais, abarcando tanto as questões técnicas quanto a perspectiva de educação permanente, despertando um processo que pressupõe uma atenção em saúde que busque a organização no campo da prevenção, possibilitando identificar a causa, o que não se percebe quando a violência em questão é a não tipificada, com a violência urbana. (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, trazer a discussão da violência urbana para o campo da política de saúde, é mais do que apropriado, é necessário. Visualizar a APS como um potente espaço reflexão diante da violência urbana, pensa-se ser coerente com os pressupostos da política de atenção primária em saúde e por consequência com o SUS. Contudo, sabemos que a APS não se resume em um modelo de saúde que se finda em si mesmo, mas compreende e se materializa nos serviços que a compõem, cuja incumbência, como já mencionado nesse estudo, compreende uma construção de um cuidado integral e resolutivo, devendo incluir necessariamente estratégias de cuidado e acolhimento humanizados, à luz da integralidade.

Algumas reflexões referentes à dimensão da realidade cotidiana desses serviços ainda, devem ser feitas, como por exemplo, que a eficácia dos programas de saúde pública necessariamente depende de uma boa gestão territorial. A inserção da categoria território entra para esse debate contribuindo, intimamente, com a questão da equidade e da universalidade no atendimento à saúde, observando a busca por uma ação territorial, que contemple múltiplos olhares, e que apresenta-se ainda mais necessária quando adentra-se no cenário urbano, onde tudo se torna mais complexo (SANTOS, 2000).

## 2. OS TERRITÓRIOS DA VIOLÊNCIA URBANA

É cada vez mais banal falar sobre Violência Urbana. Todos os dias, através dos meios de comunicação, a sociedade se depara com relatos sobre indivíduos que foram acometidos por ela, assaltos, roubos, conflitos em torno do tráfico de drogas, assassinatos, brigas no trânsito. Enfim, muitos são os eventos violentos do dia a dia em sociedade. Nesse viés, para muitos, a violência urbana é simplesmente caracterizada pela vertente criminalista.

É difícil encontrar uma definição unânime de violência urbana, tratando-se de um tema social extremamente abrangente. O próprio conceito urbano dá asas a esta fragmentação social, pois a própria cidade é considerada como espaço capaz de gerar por si mesmo a violência. Santos (2009), elucida este conceito quando diz que:

a violência configura-se como um dispositivo de controle, aberto e contínuo. A violência seria a relação social, caracterizada pelo uso real ou virtual da força ou da coerção. A violência seria a relação social de excesso de poder que impede o reconhecimento do outro – pessoa, classe, gênero ou raça, provocando algum tipo de dano, configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea (SANTOS, 2009, p. 46).

Para complementar, ainda na ótica de Santos (2009), entende-se a violência, como fenômeno da atualidade, ligado a desigualdade social e a globalização, processos que acometem os direitos sociais e as oportunidades de vida, que envolvem o acesso a direitos como a habitação, ao trabalho, a educação, a sociabilidade, a segurança e a participação política. Enfim, o fenômeno da violência adquire contornos verificáveis diante da sociedade, abarcando uma multiplicidade de formas. É indicado aqui observar essas multiplicidades em relação ao cenário urbano.

Destarte, percebe-se a violência urbana como um fenômeno social que expressa a marginalização de uma parcela da população, tendo lançada sobre esta a exclusão social em detrimento de alguns segmentos da sociedade, que resulta em comportamentos violentos, os quais constituem hoje uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea. Portanto, a violência urbana não pode ser resumida em ações ou comportamentos delinquentes de desvios morais ou legais, mas sim o resultado de uma complexa relação da cidade com aqueles que a habitam. Considerando o posicionamento diante de uma disputa que está dada, interessa, nesse sentido, algumas proposições apresentadas a seguir, por Sachachter (2015):

La violencia urbana no es producto de una causa natural, desviación moral o legal, es más que el hecho delictivo legalmente tipificado, tampoco es una



suma de factores de riesgo, es básicamente una relación social, una forma particular y plural de expresar la conflictividad política y social, que se da en un territorio y en un tiempo específico, explicitando un vínculo complejo e interrelacionado, de la violencia con la ciudad y de la ciudad con la violencia. (SACHACHTER, 2015 p.78).<sup>3</sup>

Entende-se que a violência urbana é produzida nos espaços urbanos, à medida que estes vêm sendo desenhados para suprir as necessidades de alguns, gerando medo e insegurança, ao passo em que se desenha para uma não convivência comunitária, em nome de uma urbanização especulativa imobiliária do território, onde há uma seleção nem tão natural daqueles autorizados a transitar democraticamente pelos espaços urbanos. Nesse sentido,

Es necesario replantear el debate acerca, de la forma de apropiación y producción del espacio en el capitalismo tardío, que genera una urbanización cada vez más caótica y agresiva, una disociación entre los flujos globalizados y el asentamiento en los lugares, una urbanización sin ciudad, cuya consecuencia es el crecimiento exponencial de la conflictividad y las contradicciones, que se potencian ante la densidad de la urbe y la creciente degradación y hostilidad de la vida citadina. (SACHACHTER, 2015, p.77).<sup>4</sup>

Assim, há o reconhecimento da forma agressiva que as cidades vêm sendo arquitetadas, forma essa que responde aos anseios desenfreios do Capital, que dissemina a degradação de espaços comunitários e inclusivos, resultando na proliferação dos conflitos urbanos e interferindo de forma contundente na maneira das pessoas relacionarem entre si e com a cidade.

Autores como Ferreira e Penna (2005) referem que a violência urbana se alimenta também na omissão do Estado no qual:

a ausência de serviços públicos urbanos e ao próprio processo de urbanização que cria os enclaves de pobreza e as periferias. No que tange, o crescimento da violência nas cidades tem levado a considerar a junção de todos esses aspectos e facetas do processo social é no território que esses diferentes aspectos do processo social se articulam, se completam e se contradizem. (FERREIRA E PENNA, 2005, p. 157).

---

<sup>3</sup> A violência urbana não é produto de causa natural, desvio moral ou legal, é mais do que o feito delitivo legalmente tipificado, nem é a soma de fatores de risco, é basicamente uma relação social, uma forma particular e plural de expressar o conflito político e social, que se dá em um território e em um tempo específico, explicitando um vínculo complexo e inter-relacionado, da violência com a cidade e da cidade com a violência (Tradução nossa).

<sup>4</sup> É necessário retomar o debate a respeito da forma de apropriação e produção do espaço no capitalismo tardio, que gera uma urbanização cada vez mais caótica e agressiva, uma dissociação entre os fluxos globalizados e a liquidação dos lugares, uma urbanização sem cidade, cuja consequência é o crescimento exponencial dos conflitos e das contradições, que se potencializam frente à densidade urbana e à crescente degradação e hostilidade da vida urbana (Tradução nossa).

Desta forma, compreende-se a violência urbana como um fenômeno social, que expressa a marginalização compulsória de parte da população. Ela conduz comportamentos violentos, retroalimentados por uma engrenagem estatal que vem fundamentando suas práticas através de discursos de uma sobrecarga do Estado com gastos em direitos sociais e políticas de proteção social, em um claro movimento de retração do Estado de direito. No entanto, há de se ter muito cuidado para não tornar a buscar respostas simplistas, voltando a lógica de Estado salvador, mesmo que sabidamente é inegável a influência que seu posicionamento exerce diante do dilema da violência urbana. Importante lembrar que não estamos falando de um fenômeno natural, mas sim construído socialmente, de forma histórica, forjado em intensas relações de poder e de dominação, mas também de resistência. Essa junção habita, domina e materializa-se no território. Portanto,

enquanto continuum dentro de um processo de dominação e/ou apropriação, o território e a territorialização devem ser trabalhados na multiplicidade de suas manifestações, que também e sobre tudo, multiplicidade de poderes, neles incorporados através dos múltiplos sujeitos envolvidos – tanto no sentido de quem sujeita quanto de quem é sujeitado, tanto no sentido de lutas hegemônicas quanto nas lutas subalternas de resistência, pois poder sem resistência, por menor que ela seja, não existe (HAESBAERT, 2014, p. 59).

A relevância dessa perspectiva, no sentido de entender território e suas multiplicidades, vai além das costumeiras formas de aproximação territorial na saúde. Percebe-se que, sem dúvida, avançou-se bastante nos últimos anos no que se refere à ampliação da APS, mas não o suficiente para superar leituras territoriais voltadas única e exclusivamente às necessidades de saúde na sua forma tradicional. Ignorando as formas de poder e dominação imersas naquele território, importa identificar quem exerce poder na comunidade, controlando os espaços, e que conseqüentemente irá interferir de forma contundente nas relações sociais que ali estão. E ainda, quem ou o que oferece resistência no território?

Propõe-se assim, ampliar a análise diante do conceito território, que de longe configura uma mera questão de Estado, como muitos no campo da saúde pensam. Não raramente, ouve-se os trabalhadores da APS referirem-se ao território, como: “o *território da unidade de saúde*”. Parece banal, mas essa expressão é carregada de significado, uma vez que vem concomitantemente com movimento de conhecimento de território adstrito, a partir de levantamentos de informações epidemiológicas. O desafio é compreender que a territorialização pode ser uma “estratégia política de

transformação social”, que vai além de norteadores teóricos, sendo uma questão de vivência e prática.

Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores, que territorializam suas ações com o passar do tempo, um produto das relações sociais, que se realizam enquanto instâncias sociais. Em obra mais recente, Santos (2004) define o território como “um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, 2004, p. 63).

Para o autor o território é imutável em seus limites, apresentando mudanças ao longo da história. Claro que essa análise não considera o território como algo que se dá de forma isolada, sendo importante notar que, ao entender o território apenas como uma área delimitada e constituída pelas relações de poder do Estado, estaria se desconsiderando diferentes formas de enfocar o seu uso, as quais não engessam a sua compreensão, mas a torna mais complexa, pois mesmo tratando-se de um espaço delimitado, pode não correr de maneira precisa, pode ser irregular e mudar historicamente. Outro aspecto indissociável ao conceito de território é o espaço, uma das formas mais potentes de uso do território. Para Santos (1978, p.22), “a utilização do território pelo povo cria o espaço”.

O espaço, dessa maneira, é construído processualmente e contém uma estrutura organizada por formas e funções, as quais podem mudar historicamente, de acordo com cada sociedade. O espaço é vivido e constitui a categoria principal, auxiliando na compreensão do território. Significa a ação que é realizada de modo contínuo, visando um resultado que implica tempo e mudança. Assim, Milton Santos dá centralidade ao sujeito-homem na construção do mundo e do espaço.

Trazendo a discussão de território/espaço enquanto elemento de convivência social, que se realiza no movimento de quem o habita, propõe aceitar que os espaços territoriais possuem movimento, pois na geografia do autor, isso ocorre porque as formas “estão sempre mudando de significação, na medida em que o movimento social lhes atribui, a cada momento, frações do todo social” (SANTOS, 1998, p.2).

Harvey (2012), também define como “espaço relacional”, considerando as relações não apenas enquanto relação *entre objetos*, mas também como relações

*contidas* no próprio objeto, buscando olhá-las nas suas interações, como espaço de representações e de vivências. Haesbaert (2014, p. 34), diz ainda que essas perspectivas espaciais dizem respeito também ao espaço enquanto “base natural das reproduções sociais”.

Outro aspecto importante ao observar a multiplicidade e desdobramentos que envolvem o conceito de território é a percepção de lugar. Se o espaço é a forma com que se usa o território, como apontado por Santos, instiga saber o lugar que cada indivíduo ocupa nesse espaço. O lugar diz respeito à “experimentação concreta do mundo”, nada mais que as vivências, a vida, as experiências de cada um. Diz respeito aos vínculos subjetivos, como os sujeitos transitam nos espaços, que lugar eles ocupam nesses espaços, o que está diretamente ligado ao modo com que cada um entende e vive o mundo, no lugar em que “estamos mergulhados” (HAESBAERT, 2014, p. 46).

Em outras palavras, ao abordar a relação entre saúde e violência urbana, é de suma importância que tanto os trabalhadores ineridos nas unidades de saúde, quanto os que estão na gestão, ao adentrarem no território, observem o conjunto contido entre território, espaço e lugar, na via dos processos sociais, como resultantes de uma totalidade. Tal movimento é crucial para se evitar o determinismo que se restringe a bagagem teórico-prática ao conceito de território, meramente dito.

Provoca-se aqui, olhar os territórios enquanto espaços que passam a ser diferenciados por suas “formas-conteúdos”, e não apenas por condições variáveis da natureza e da sociedade, que ao produzirem seu espaço valorizam ou desvalorizam certas porções do território.

A visão territorial tem sido esquecida nos estudos da violência urbana, que tradicionalmente costumam se relacionarem à pobreza, à exclusão social, à omissão do Estado, ausência de serviços públicos e urbanos e até o próprio processo de urbanização. No entanto, mesmo tendo a consciência de que a junção de todos esses fatores determina a construção e a manutenção da violência urbana, é importante compreender também que ela se territorializa e fixa-se no espaço onde opera a realidade de qual é também resultado, estabelecendo assim uma espécie de círculo social onde a violência urbana se reafirma. Relacionado a isso,

estes não são tão facilmente reestruturados, modificados e moldáveis com a mesma rapidez dos processos sociais: são mais permanentes pela própria inércia. E por essa inércia, interferem nos processos sociais realimentando aqueles que lhes deram origem (FERREIRA E PENNA, 2005, p. 157).

É no território que esses diferentes aspectos do processo social se articulam, se completam e se contradizem, admitindo então que a violência também se “territorializa”, uma vez que a pobreza, a exclusão social e a omissão do estado se tornam mais visíveis, escapando assim as máscaras de quem as imprime. Com isso, criam-se, dentro do “tecido urbano”, “espaços desvalorizados”, onde a ausência do Estado e das instituições públicas faz com que sejam abandonados pela lei, sendo o contrato social rompido. São esses locais que abrigam a população excluída socialmente e “espacialmente periferizada”, redutos de todas as formas de violência, desde a discriminação, até ao não acesso aos direitos sociais e à própria cidadania (FERREIRA E PENNA, 2005, p. 158).

Quando as experiências dos profissionais se evidenciam, atravessadas pela violência urbana, percebe-se o ciclo que opera e se materializa na violência urbana e a forma como se expressa na vida das comunidades. A contradição essencial revelada, expõe que a sociedade vivencia as transformações de ordem global tornam-se mais maleáveis do ponto de vista das mudanças político econômicas, enquanto os territórios construídos, e suas infraestruturas, se desenvolvem de acordo com outros tempos e em outros ritmos, conforme referência a Ferreira e Penna, ao citar os territórios. Para os trabalhadores de saúde, a violência urbana no dia a dia da comunidade se produz e reproduz a partir de um contexto marcado pela escassez de acesso a direitos, pela ilegalidade e pela desesperança de que outra vida é possível.

Assim, ao deparar-se com o fenômeno da violência urbana, é preciso dialogar com alguns conceitos da geografia, que estrategicamente auxiliam a pensar as relações sociais de um determinado espaço, nas suas manifestações e contradições em seu tempo histórico, permitindo analisar mais cuidadosamente o sentido de pertencimento. Destaca-se que, para alguns, o que pode prevalecer quando se fala em pertencimento é o sentido de posse, de poder sobre um determinado território/espaço, porém aqui refere-se às relações de poder, que a partir da apropriação do espaço é que vão se formar os territórios de tensionamentos, imprimindo nestes suas características relacionais de acordo com seus objetivos, “que podem ter influências de ordem econômica, política, cultural e até mesmo do meio natural” (FERREIRA E PENNA, 2005, p. 156).

As sociedades, ao produzirem seu espaço, valorizam ou desvalorizam certas porções do território, que vão ser apropriadas por diferentes atores sociais. A

configuração territorial possui “uma existência material própria, mas a sua existência social, isto é, sua existência real, somente lhe é dada pelas relações sociais” (SANTOS, 1996, p.51).

## **2.1 Entre os muros de contenção social**

Partindo desta premissa, que a violência urbana se territorializa e sabendo que sua manutenção se dá pelas próprias mazelas sociais, que a priori a geriram, surge o marco do “(des)controle territorial”, o que se entende aqui como sendo nada mais do que uma “contenção social”, ou ainda medidas paliativas do Estado. Estas medidas paliativas, referem-se a como o Estado, através de práticas de privação e repressão, tivesse a pretensão de dar respostas ao fenômeno social da violência urbana, tentando apenas minimizar seus efeitos na sociedade, evitando o confronto com as fontes dessa problemática e por vezes estimulando sim, a terceirização da segurança, seja por via da segurança privada ou até mesmo das milícias, que se fortalecem na busca da população por segurança, pois esta acaba aceitando algumas práticas de combate e abrindo mão de muitos de seus direitos. (HAESBAERT, 2014, p. 214).

Vivencia-se a proliferação de muros territoriais para além de sua materialidade, pois não se refere somente na delimitação territorial em si, mas sim o sentido amplo da contenção territorial, barreiras que nem sempre são palpáveis ou visíveis, mas que, apesar de sua imaterialidade, cumprem muitas vezes de forma exemplar ao que se propõe: restringir a circulação daqueles depreciados socialmente. Aqui depara-se com um grande paradoxo contemporâneo: se por um lado há o crescimento de forma acelerada das redes e da desterritorialização, de outro, há as tentativas imponentes de controle de fluxo, da circulação, sobretudo das pessoas consideradas enquanto população subalternas, sempre sobre a vigência de um discurso de um suposto risco que afetaria toda sociedade. Revela-se aqui a contradição, de que, na verdade, as vítimas reais do risco violento não são aquelas que supostamente estão sendo protegidas pelos muros arquitetados pelo Estado, mas sim quem fica em seu interior, porque, além da segregação social, existe o enclausuramento em áreas permeadas pela violência, e pela ausência da proteção do Estado. Em concordância a isso, Haesbaert (2014) nos diz que:

entendemos o conceito de contenção territorial, de maneira ampla, como um processo de desterritorialização típico da forma que se reestrutura o papel do Estado dentro da dimensão biopolítica ou de insegurança das sociedades contemporâneas. Nesse sentido, a contenção, diferentemente dos processos

de reclusão que, como destacamos, marcam as sociedades disciplinares- ou melhor, o caráter disciplinar das modernas sociedades capitalistas- aparecem como uma forma não de confinamento ou isolamento, mas de constrangimento e barragem (HAESBAERT, 2014, p. 243).

Assim a opinião pública é forjada a aceitar aquilo que, pretensamente, seria para sua segurança. Nesse jogo surgem ações de cerceamento da circulação que dispensam a materialidade, aquela que envolve, inclusive, os órgãos de imprensa, os formadores de opinião pública, os quais atuam diretamente na inviabilidade de determinados espaços, privilegiando outros na teia do dito “des-ordenamento territorial da cidade”. Surgem iniciativas como a construção de muros de fato, como o exemplo dos condomínios fechados, na maioria das vezes, por iniciativa dos próprios moradores em nome da sua segurança. Observa-se aqui o processo inverso onde alguns são forçados a desencadear a autoproteção, fechando-se em suas muralhas. Nas narrativas que seguem, transparece um exemplo deste contexto:

Acho que é uma comunidade que tem bastante distinção entre ela mesma, temos uma população que é vinculada ao mercado de trabalho e tem acesso a recursos e vive uma pouca a parte da outra realidade. Como por exemplo, o condomínio Atmosfera que um condomínio de alto padrão dentro de porto alegre, esse condomínio fica inserido no território do herdeiros e tem um muro gigante que divide eles dos demais moradores do território que estão na parte mais vulnerável da herdeiros, onde tem pessoas que não tem emprego que sofre com as enchentes da barragem e também vivem a exposição ao tráfico e isso faz com que se envolvam, pois estão bem mais isolados e acabam se envolvendo com o mercado que tem ali **(T11)**.

Todavia, estas estratégias, por mais fortes que possam ser, não se tornam tão impactantes para os que estão dentro do muro, pois esses espaços já possuem uma infraestrutura básica, em sua maioria, o que de longe é a realidade daqueles desvalidos de proteção que ficam “fora”, do outro lado do muro, e que vivenciam as mais diversas vulnerabilidades e desigualdades sociais. (HAESBAERT, 2014).

Algumas realidades, embriagadas pela desigualdade social em que se encontram, restritas e enclausuradas em um determinado espaço e ocupando no cenário da cidade o lugar do não apostável, podem entrar em ebulição uma vez que não há interesse em inclui-las nestes espaços. Nesse cenário, a efervescência da violência, se destaca. A violência não é apenas um fenômeno social, mas sim fenômeno histórico, enquanto produção social como instrumento de dominação na busca de determinados setores da sociedade pelo controle do social, garantido a efetivação das ambições econômicas de determinados setores da sociedade, como nos chama a atenção a autora Marielle Franco, em seu legado acadêmico:

Essa análise compõe o modus operandi da chamada "guerra e enfrentamento ao tráfico", que tem como marca algumas características que são traduzidas como um enfrentamento de "guerra", que requer uma corrida armamentista, tanto pela perspectiva oficial quanto pela do tráfico de drogas, o que desencadeia uma reação cada vez maior por parte dos grupos criminosos. Consequentemente, o resultado é um clima de suspeição e medo entre os moradores dessas localidades. Este é o ambiente propício para o senso comum que, generalizado, acaba por capturar o imaginário social e justificar, para o conjunto da cidade, esta chamada "guerra ao crime" (FRANCO, 2014, p.74).

Legitima-se aqui as formas de contenção territorial e poder, motivadas por essa captura do imaginário social de que nos fala Marielle, chamando atenção para ações protagonizadas pelo do Estado. Este, através de seu aparato policial e agindo através da lei e normas de exceção, quase sempre em nome do combate ao narcotráfico, acaba por sujeitar ainda mais aqueles já muito marginalizados nas cidades, os moradores das comunidades de periferia, lançando mão de algumas estratégias de contenção e circulação junto aos espaços dessas comunidades. Nesse sentido, a lógica do perigoso se generaliza para toda uma população, cujas, "consequências desastrosas ocorrem para seus moradores, pois as ações violentas são justificadas pelas intervenções ou incursões no espaço "inimigo" (FRANCO, 2014, p. 74).

Em algumas outras narrativas deste estudo, transparece que a contenção territorial muitas vezes ocorre de forma sutil, de tal forma que nem mesmo os profissionais das unidades de saúde identificam. Entretanto, mesmo sem essa consciência concreta, destaca-se alguns relatos:

Acho que um dos principais é essa questão de que eles não saem daqui, é bem difícil trabalhar com eles para que possam sair do território **(T8)**.

Tem pessoas aqui, que mora aqui e nunca entrou numa sala de cinema que nunca foram ao teatro, nunca foram no museu, às crianças não têm as mesmas oportunidades que outras crianças têm, não tem não **(T1)**.

Não conseguem olhar no extramuros é tudo aqui nesse contexto, aqui brincando na rua soltos largados se machucando vendo tráfico traficando, a pronúncia do preso, a brigada chegando dando tapa, eu falo porque eu vi! Em uma dessas visitas domiciliares **(T4)**.

Um dos determinantes deste contexto, e que não pode ser deixado de lado, é a contenção forçosa do narcotráfico, que impõe internamente na comunidade o controle da circulação, principalmente na iminência da aproximação da polícia ou na probabilidade de invasão de algum grupo rival. O que, diante desses conflitos, não raramente surge outra forma de contenção territorial, mais autônoma, porém não



menos perversa que as demais formas de controle da circulação. Como resultante de uma estratégia de sobrevivência da comunidade, os sujeitos modificam suas rotinas cotidianas, evitam ao máximo circular no território em horários de maior risco. Se sobressai também o toque de recolher, como demonstração implícita e explícita de poder, reconhecida pela comunidade, até onde vão os limites dessa “lei” do narcotráfico. (HAESBAERT, 2014).

No entanto, não somente quem mora na comunidade precisa desenvolver estratégias para proteger-se dessa realidade, mas também os trabalhadores das unidades de saúde inseridas nessas comunidades. Vivenciam o dia a dia desses territórios e compartilham diretamente da vida destes sujeitos, nas doenças, nas mortes, na ausência do estado, nas dificuldades do acesso aos seus direitos. Muitos são os sentimentos de impotência, sofrimento *no* e *pelo* trabalho, que realizam no exercício de seus ofícios e ao desempenharem o papel de cuidador.

Durante a realização do estudo, muitas foram as narrativas dos trabalhadores que exemplificaram esta situação, que poderiam facilmente confundir-se com as histórias de moradores da comunidade que sofrem com a violência. São estes trabalhadores da saúde, que se inserem na comunidade com a proposta de cuidado, e não qualquer cuidado, que precisam garantir a atenção integral nesse processo. Entretanto, diante da violência urbana, tornam-se junto com a população que atende, objeto de proteção. De uma proteção que não vem, ficam à espera, ficam contidos do outro lado do muro, na tentativa de cuidar daqueles que não são válidos do olhar protetivo de Estado. Questiona-se, em que se difere o trabalhador da APS da sua população vulnerável?

Conforme assinalado anteriormente, muitas podem ser as formas de contenção territorial, visíveis ou invisíveis. Elas atuam e incidem diretamente na forma de vida das pessoas, forçando-as a se manterem onde e como são previamente destinadas, seja pelo poder de contenção do Estado ou pelo narcotráfico.

Paoli (2007) revela que o espaço urbano é marcado pelo controle da circulação de uma parcela da população, aparecendo como suposta resposta às mazelas sociais atribuídas a violência urbana, apresentando o bom e velho entrelaçamento cordial da violência e a necessidade de disciplinar da sociedade capitalista. Nessa *nem tão* nova ordem urbana, os sujeitos encontram-se divididos

da seguinte forma: “os válidos e os não válidos por critérios da própria ordem urbana”, ao constatar que os grandes centros urbanos foram invadidos pela expansão dos interesses privados do mercado, principalmente os do mercado imobiliário, agravando a desigualdade e a segregação social, onde aqueles que de uma forma ou de outra podem manchar esses interesses, são levados a restringirem sua circulação em seus guetos. Espaços estes, habitados por aqueles que não entram no rol dos dignos da atenção e da proteção social por parte do Estado, e é nesse vazio que opera a truculência da violência urbana. A questão é que, com a violência não há dialogo possível, pois ela expressa os meios de destruição dos indivíduos que estão restritos em espaços de concentração da miséria (PAOLI, 2007, p. 221).

## **2.2 O espaço da proteção social**

Tais considerações exigem tecer algumas observações acerca da problemática que permeia as políticas públicas. Estas, deveriam operar junto à questão social brasileira, no entanto, com não raras exceções, organizam-se ainda pela política de caridade privada, afastando a perspectiva dos direitos universais e até mesmo o sentido de cidadania. Assumidamente, hoje atuam políticas privadas que incidem na emergencialidade, onde vários programas atuam como contenção dos questionamentos sociais. Questionamentos estes, que uma vez não controlados podem adentrar nos limites dos muros de contenção cuidadosamente construídos pelo Estado, em nome da sociedade capitalista, no momento em que o acesso às políticas de proteção social compensatórias se torna distantes da vida cotidiana das comunidades. Quando o risco de revoltas surge e aumenta, ações limitadas e amortecedoras são desenvolvidas para pacificar os movimentos que se constituem.

As políticas públicas, onde a proteção social deveria ser o principal norteador, se apresentam envolvidas na lógica da ajuda, onde se ressalta o clamor da população por soluções diretas na sua busca pela sobrevivência, o que acaba levando-os a sentirem-se agradecidos diante dos benefícios. Estes, sem dúvida, amenizam a dura realidade vivida, mas se encontram distante de superá-la, impondo a lógica da sobrevivência em detrimento da organização política da sociedade, excluindo exatamente o sentido da política e do social, lógica forjada nas técnicas de controle da sociedade capitalista disciplinadora (PAOLI, 2007, p. 238).

O desafio é pensar em proteção social na perspectiva da universalidade, servindo então como tática de rompimento dos muros da contenção social que insistentemente barram a circulação dos desvalidos pela sociedade contemporânea. Assim, um sistema de proteção se faz necessário frente a perversidade desse complexo jogo de poder. Nesse contexto, a proteção social tem um duplo papel: ela assume a proteção dos sujeitos frente aos riscos naturais e/ ou sociais que os afetam, ao mesmo tempo em que se constrói e se efetiva dentro de um estado capitalista, que é um campo de embates, tensões e disputas constantes em torno de interesses e projetos sociais conflitantes.

O Estado se constitui aqui como um instrumento da burguesia, tendo como uma de suas funções a sua legitimação. Dessa forma, ele trata da manutenção do capitalismo e, por vezes, de forma mais ou menos intensa, para amenização das mazelas sociais causadas pelo sistema, porém nunca para superação das desigualdades fundantes desse modo de produção. Ou seja, a incorporação da proteção social, na discussão deste estudo, se dá pela contradição aqui apresentada. Compreende-se que uma demanda estatal não transforma o sistema de produção vigente ou o papel central do Estado, mas possibilita melhores condições de vida para os sujeitos que vivenciam o outro lado do muro (BOSCHETTI, 2016, p. 23).

No entanto, é importante que o acesso às políticas sociais, que materializam a proteção social, não seja um fim em si próprio, mas proporcione condições para autonomia dos sujeitos e luta coletiva para superação das desigualdades fundantes do sistema capitalista. Fleury & Ouverney (2008), apontam que, nas obras de diversos autores, encontra-se presente a concepção de que a proteção social é uma resposta ao desenvolvimento da sociedade capitalista industrializada, exigindo assim, uma nova resposta a necessidade de segurança social e novos modelos de solidariedade.

Entre os autores que estudam o conceito e materialização da proteção social, percebe-se que existem concepções diversas sobre o tema. Alguns, como Pereira (2011), compreendem a proteção social enquanto a seguridade social, formada pelo tripé saúde, assistência social e previdência social. Souza (2016) também aponta que essa é a perspectiva que no Brasil possui maior força, sendo adotada por diferentes autores.

Para Pereira (2011) a proteção social abarca a seguridade social, o asseguramento ou garantias a seguridade social e as políticas sociais, sendo que:

a primeira constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguramento identifica-se como regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como um direito. E as políticas sociais constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (PEREIRA, 2011, p. 16).

No entanto, no presente estudo, considera-se que a proteção social ultrapassa a dimensão da seguridade social, abrangendo as demais políticas e direitos sociais, como educação, habitação, cultura, entre outras. Todavia, considera-se que o asseguramento/garantias legais e as políticas sociais, citadas por Pereira (2011), fazem parte do sistema de proteção social, o qual é formado pelas diversas políticas sociais articuladas e pelas regulações/leis.

Dessa forma, adota-se aqui o conceito, a partir de Sousa (2016), de que a proteção social é como um conjunto de políticas e programas que visam assegurar, a indivíduos e famílias, proteção frente às situações de risco ou vulnerabilidade social. Souza apresenta a proteção social como “um dos componentes essenciais das estratégias de alívio de pobreza e outras vulnerabilidades, redução da exclusão social e produção de resiliência contra choques econômicos, sociais e ambientais” (SOUSA, 2016, p. 226). Sendo um mecanismo de segurança social, ela deve compreender os sujeitos em suas realidades, comportando a análise de suas trajetórias e territórios, superando a tendência de isolar os sujeitos. Assim, considera-se que:

um sistema de proteção social não é somente uma justaposição de programas e políticas sociais, e tampouco se restringe a uma política social, o que significa dizer que a existência de políticas sociais em si não se constitui um sistema de proteção social. O que configura a existência de um sistema de proteção social é o conjunto organizado, coerente, sistemático, planejado de diversas políticas sociais, financiado pelo fundo público e que garante a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência social, educação, transporte, entre outros bens e serviços públicos. Tem como premissa o reconhecimento legal de direitos e a garantia de condições necessárias ao exercício do dever estatal para garanti-los (BOSCHETTI, 2016, p. 26).

A institucionalização legal de direitos e políticas sociais não garante, por si só, que os sujeitos possam ter acesso à proteção social em sua integralidade, pois, como refere Boschetti (2016), a efetivação da proteção social, enquanto um sistema que garanta o atendimento às necessidades sociais dos indivíduos e coletivos, requer uma

organização, sistematização e planejamento das diversas políticas sociais. Uma política social de forma isolada não possibilita o acesso à proteção social, ela possibilita o atendimento a uma parte das necessidades dos sujeitos. A delegação da garantia de proteção social ao campo de determinadas políticas específicas, como ocorre com a política de saúde, sobrecarrega essa política e a reduz a lógica operante do diagnóstico e tratamento medicamentoso, bem como aponta um direcionamento e concepção sobre o atendimento às necessidades sociais e a complexidade das realidades vivenciadas, diante dos determinantes sociais.

A partir desse entendimento, salienta-se que, em uma sociedade capitalista, as políticas sociais que materializam a proteção social são resultantes de relações complexas e contraditórias, as quais emergem da relação entre Estado e sociedade civil, em um contexto de luta de classes, produção e reprodução do capitalismo (BEHRING e BOSCHETTI, 2011). O Estado, ao executar as políticas sociais, reproduz uma visão societária de interesses, não sendo neutro ou imparcial, mas ao contrário, afirmando um posicionamento político. Assim, a opção por determinada execução do sistema de proteção social, seja ele focalista e reduzido ou universal, é resultado desse processo de relações e contradições que se constituem historicamente. Junto a isso, existe uma recorrente que é a:

*interpelação aos sujeitos individuais para que cuidem da própria segurança – seja responsável, pense no futuro, faça poupança, previna-se, seja providente – ou o apelo genérico à solidariedade social no âmbito da sociedade civil, ou ainda a retórica em torno da responsabilidade social da empresa- cidadã, concorrem para postergar a gestão coletiva das condições de existência social sob critérios mais justos de repartição da riqueza social (SILVA, 2004, p. 138).*

Com isso, recai sob o indivíduo a responsabilidade de manutenção de suas condições de sobrevivência e, quando o mesmo não consegue, essa responsabilidade é transferida para a sociedade civil, que através da solidariedade atenderá à essas necessidades. Aqui salienta-se a necessidade de atenção para onde e para quem está sendo destinado o recurso para a execução das políticas sociais. O recurso está sendo investido em serviços públicos ou em empresas e instituições privadas? Principalmente no que se refere a política de segurança, a qual, em nome do combate ao narcotráfico, aplica seus recursos em setores privados de segurança, diante da dita fragilidade nas instituições de segurança pública. No campo da saúde, um estudo realizado sobre a implantação do SUS no Distrito Federal apontou que no período de 2007 a 2010, apesar do aumento de recursos executados por unidades estatais, foi

verificado que mais de 80% dos recursos da proteção social básica e especial do SUS foram destinados às entidades privadas (SALVADOR e TEIXEIRA, 2014).

A proteção social no Brasil é, infelizmente, delegada a um patamar secundário, ficando à mercê dos interesses governamentais e políticos, sem que haja um reconhecimento sobre a real necessidade de investimentos e qualificação do sistema.

Na conjuntura exposta, sobre a proteção social no Brasil, inserem-se sujeitos e famílias que compõem a classe trabalhadora e sentem diariamente os rebotes dos embates e tensões presentes nas disputas em torno dos direitos e na manutenção dos privilégios e lucro da classe dominante. Por esta razão, na gestão da proteção social, e em outros espaços, é preciso construir estratégias de luta para garantia e ampliação do sistema de proteção e direitos sociais. É necessária a procura da horizontalidade do acesso a essas políticas, para quem precisa, sem distinção de públicos e na busca do rompimento da segregação, onde ainda vigora, mesmo de forma velada, a lógica dos que são válidos e dos não válidos no acesso às políticas de proteção sociais.

Aqueles que Castell apresenta como “os inúteis ao mundo”, no ponto de vista de uma sociedade burguesa e capitalista, são desqualificados por esse sistema também “no plano cívico e político”. Em contrapartida essa parcela da população desenvolve diferentes formas de responder a essa posição social que lhe é atribuída, podendo provocar inquietações e “criar problema”, que é o “próprio fato de sua existência”, “os inúteis ao mundo podem escolher entre a resignação e a violência, a raiva que, na maioria das vezes, autodestrói” (CASTELL, 2005, p.531). O autor vai além, ao referir que a:

Violência na maioria das vezes sem projeto, devastadora e autodestruidora ao mesmo tempo, é mais difícil de controlar a medida que não há nada para negociar. [...] mas ninguém pode dizer sobretudo se a situação se agravar ou simplesmente se mantiver, que tais manifestações não se multiplicarão até o ponto de se tornarem intoleráveis, desembocando não em uma grande noite, mas em numerosas noites violentas durante as quais a miséria do mundo mostraria a face oculta de seu desespero (CASTELL, 2005, p. 568).

No entendimento que a violência urbana implica na forçosa realidade, que constitui um espaço onde o diálogo não transita e promove condições degradantes de vida, desdobra-se a produção de uma desesperança, que se impõe na forma com que os sujeitos constroem seu lugar no mundo. Condições marcadas pela dificuldade na garantia dos direitos sociais, como educação, saúde, cultura, assistência social,

habitação, convívio comunitário, entre outros, o que acaba fomentando e fortalecendo o abismo da desigualdade social e com ela a marginalização de uma parcela da população. Esta, fica mais vulnerável socialmente e por consequência, mais suscetível a serem sujeitos ou sujeitados à violência urbana.

Em incremento dessa leitura, tem-se as responsabilidades da APS, numa percepção de que os cuidados propostos superam as possibilidades dos profissionais. A violência é um problema social que atinge os indivíduos de forma pessoal e coletiva, trazendo vários problemas para a promoção do cuidado integral em saúde. Constitui-se nesse processo uma densa teia territorial, onde se percebe que a violência se territorializa, já a proteção social não.

É nesse sentido que se coloca a presente contribuição desse estudo, que buscou não somente o movimento da pesquisa em si, mas vislumbrou identificar a possibilidade de resistência diante da barbárie que se vivencia nesse estreito convívio com a violência urbana.

### **3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO: O CAMINHO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA**

#### **3.1 A metodologia**

Entendendo a metodologia como o caminho escolhido, o qual reflete o lugar de onde fala o pesquisador no momento que define suas estratégias metodológicas, este estudo fundamentou-se no método dialético crítico que está pautado no materialismo histórico e dialético de Marx, instigado pela busca da transformação social da realidade pesquisada. O método dialético crítico possibilita observar a totalidade e:

a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc. (GIL, 2008, p. 14).

Apresenta-se aqui, portanto uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo exploratória, que procura responder a questões muito particulares nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, proporcionando maior aproximação com o problema na busca por uma reflexão crítica diante das contradições sociais. Foi escolhido por se realizar uma abordagem junto à realidade, o que permitiu que os participantes do estudo descrevessem os fenômenos conforme vivenciados. Ou seja, a pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitude, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2010, p.22).

Este estudo organizou-se como um estudo de campo, que buscou compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS, que atuam na Vila Herdeiros e na Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre/RS, tendo eles como eixo central de seu processo de trabalho o cuidado integral em saúde para com a comunidade desses territórios, reconhecidos pelo alto índice de violência urbana.

Dessa forma, proporcionou-se a aproximação do cotidiano vivido pelos trabalhadores de saúde, inseridos nessas unidades de saúde, que enfrentam em seu cotidiano de trabalho o desafio de conviver com a violência urbana. Buscou-se um olhar para os elementos que não podem ser quantificáveis, pois se refere às relações dinâmicas e experiências vivenciadas pelos sujeitos desta pesquisa.



### **3.2 O instrumental e a coleta de dados**

Para a produção do material empírico utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada é uma estratégia muito utilizada no trabalho de campo, destinando-se a construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, podendo ser definida como conversas com finalidade (MINAYO, 2010). A escolha pela entrevista semiestruturada deu-se pela possibilidade de combinar perguntas abertas e fechadas em que “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (*ibidem*, p. 261). Essa técnica permitiu o não cerceamento da fala da/o entrevistada/o, atingindo regiões inacessíveis a simples perguntas e respostas, onde a pesquisadora procurou “encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa” (*ibidem*, p. 265), oportunizando a descrição do caso individual, mas também a compreensão das especificidades culturais em que cada trabalhador se insere.

Para realização das entrevistas, foi organizado um roteiro temático (ANEXO A), que teve como objetivo possibilitar que informações relevantes sobre o objeto de estudo fossem cobertas pela entrevista, na busca por levantar os dados analisados nesse estudo. Do mesmo modo, o roteiro permitiu ampliar e aprofundar a comunicação para compreender o ponto de vista das/os entrevistadas/os, provocando as narrativas de suas vivências e suas interpretações.

As entrevistas aconteceram em espaço disponibilizado na própria unidade de saúde, em sala apropriada, onde foi garantida a privacidade e a possibilidade de um ambiente tranquilo e seguro para sua realização. O período em que elas ocorreram abrange o mês de Setembro de 2017, tendo uma duração média de 30 minutos, sendo gravadas com o auxílio de um gravador digital. Após a coleta dos dados, os relatos foram transcritos na íntegra e analisados. Como meio de garantir anonimato dos participantes, atribuiu-se a letra T referente a trabalhador, seguido do número de ordem das entrevistas (T.1, T.2..., T.11).

### **3.3 Organizando os dados**

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo, a qual, de acordo com Minayo (2010, p. 309) “parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”. Entre diversas possibilidades, foi optado pela

modalidade de análise temática, que é considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde e “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (*ibidem*, p. 316). Para esse tipo de análise, a presença de certos temas aponta estruturas de relevância e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

A análise temática aconteceu em três fases (MINAYO, 2010): 1) *pré-análise* – onde o material foi organizado após a realização e transcrição das onze entrevistas, para dar início a uma leitura exaustiva dos resultados encontrados; 2) *exploração do material* - momento em que se codifica o material, na qual é desenvolvida uma síntese interpretativa dos resultados, dialogando com os objetivos e questionamentos da pesquisa. Através de uma organização mais sistemática, optou-se por agrupar o material coletado em três blocos de dados, compostos tanto pelas questões do roteiro das entrevistas, quanto pelos seus resultados correspondentes a cada questão. Assim organizou-se o bloco A, bloco B e bloco C, cada um correspondendo a um objetivo específico, o que possibilitou a codificação do material em algumas categorias prévias, as quais foram identificadas após busca incessante nos referenciais teóricos; 3) *tratamento dos resultados obtidos e interpretação* - fase onde os achados empíricos são interpretados a luz de referenciais teóricos, momento em que são elencados os aspectos importantes apontados pelo estudo até o momento, confrontando-os com a literatura sobre a temática. Considerando que os objetivos específicos são desdobramentos do objetivo geral, essas categorias prévias foram cruzadas com objetivo geral e os referenciais teóricos do estudo, emergindo então três categorias empíricas: A integralidade, no sentido, que a capacidade de resolutividade do trabalhador é diretamente atravessada pela violência urbana; A saúde do trabalhador, uma vez que as estratégias de segurança do trabalhador por vezes vira responsabilidade do próprio trabalhador e a territorialização e seus impasses diante do cenário de violência urbana.

A codificação e a categorização são o ponto crucial da análise de conteúdo. Constituiu-se em um processo longo, difícil e desafiador para a pesquisadora, que iniciava aqui seu caminho instigante e complicado pelo mundo da pesquisa, e por que não, também satisfatório e prazeroso caminho. Fase que, além de categorias teóricas,

desvelam-se também histórias e produções da vida real da cidade que todos habitamos.

### **3.4 Contexto de estudo e os sujeitos do estudo**

Considera-se aqui, a premissa de que o universo ou população da pesquisa social é um “conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se de população como referência ao total de habitantes de determinado lugar.” (GIL, 2008, p. 99-100). Neste sentido, o universo deste estudo, se insere no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o qual apresenta uma população de 1.476.867 habitantes, conforme IBGE 2014. Seu território está dividido em dezessete Distritos Sanitários (DS). Estes DS, por sua vez, estão agrupados em oito Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática, onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS, fazendo parte da estrutura administrativa da Secretaria Municipal De Saúde De Porto Alegre (SMS).

Diante disso, o cenário deste estudo é formado pelos trabalhadores das equipes da ESF Vila Herdeiros e ESF Orfanatório, inseridas nas respectivas gerências de saúde de Porto Alegre: Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) e Glória Cruzeiro Cristal (GCC). Constituem-se como participantes da pesquisa, quatro trabalhadores de cada equipe, observando uma composição interprofissional, ou seja, um de cada categoria profissional que as compõe. Tal amostra forma um universo de dois médicos/as de saúde de família e comunidade, dois enfermeiros/as, dois técnicos/as de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e um técnico de higiene bucal. Além destes profissionais, também compõe o estudo trabalhadores que atuam como apoiadores institucionais<sup>5</sup> dessas equipes, sendo um de cada gerência distrital de saúde, totalizando dois apoiadores, fechando assim onze participantes no universo do estudo.

Com relação aos critérios de seleção, foi realizada consulta ao Mapa de Direitos Humanos e Segurança Pública de Porto Alegre de 2015, onde consta que 84% do

---

<sup>5</sup> Segundo Campos et. al (2013, p. 986), apoiadores institucionais são especialistas demandados em função de um conhecimento presumido, como alguém externo ao agrupamento. O modo para se apoiar um grupo a partir desse lugar tem muitas semelhanças com a supervisão clínico-institucional utilizada em Saúde Mental.

total de ocorrências registradas de homicídios em POA, pela Brigada Militar, se deram nas regiões Sudeste, onde localiza-se o bairro Lomba do Pinheiro, e Sul, onde está situado o bairro Cruzeiro do Sul, além também da região Noroeste. São regiões com forte história de vulnerabilidade social, que apresentam frequentes conflitos, motivados por disputa de facções envolvidas com o tráfico de drogas, sendo que esses territórios pautas frequentes nos noticiários dos veículos de comunicação, em decorrência a eventos de violência. Cabe ressaltar que essas informações por si só não levaram a definição final, servindo apenas como filtro inicial. Foi necessária uma conversa com as áreas técnicas da APS e saúde mental da Secretaria do Municipal de Saúde da cidade Porto Alegre, onde foram apontadas pela gestão municipal os bairros Lomba do Pinheiro e Cruzeiro do Sul como dois dos territórios mais violentos da cidade. (PAMPA 2015).

Após definição dos territórios, ainda em diálogo com a gestão da SMS, definiu-se pelas equipes ESF Herdeiros, localizada na Vila Herdeiros da Lomba do Pinheiro, que recentemente é apresentado pelos meios de comunicação como um local que em muitos momentos o transporte público não circula sem a escolta da Brigada Militar, ficando tanto os trabalhadores das equipes, quanto à comunidade, sem acesso a esse serviço, entre outros direitos sociais básicos. A ESF Orfanatório foi também elencada como uma equipe que seguidamente sofre efeitos da violência urbana em seu cotidiano de trabalho, tanto que a própria equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), não se desloca até essa equipe, devido alta exposição a risco e a violência do território. Nesse sentido, recorda-se que a atribuição do NASF, como indicado pelo nome, é dar apoio as equipes de ESF. Por obviedade, a pesquisadora foi provocada a partir desta informação, a incluir essa equipe como prioridade do estudo.

A aproximação com as equipes aconteceu da seguinte forma: em um primeiro momento, a proposta de estudo foi apresentada às GD's. Posteriormente, as respectivas apoiadoras institucionais articularam o encontro da pesquisadora com as equipes escolhidas para participar da pesquisa. Também foi possibilitada a participação da pesquisadora nas reuniões de equipe, onde o estudo foi apresentado aos trabalhadores, e também feito o convite para participação na pesquisa.

Acordou-se que a participação seria espontânea e por representatividade de núcleo profissional, ou seja, um trabalhador por categoria profissional. Considera-se

esse momento muito rico, em que já iniciaram algumas trocas, tendo em vista que tanto a pesquisadora, quanto a proposta de estudo foram muito bem acolhidos pelos trabalhadores.

A pesquisa não teve nenhuma resistência, nem por parte das GD's e tão pouco pelas equipes, numa clara demonstração de anseio de se falar sobre a temática do estudo. Organizou-se o agendamento das entrevistas, e, conforme disponibilidade de cada profissional, conseguiu-se nessas reuniões agendar todas as entrevistas, que aconteceram na semana seguinte, conforme acordado.

Faz-se importante ressaltar que todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa participaram mediante conhecimento e aceite através do consentimento expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no ANEXO B.

Durante as entrevistas, percebeu-se a necessidade de falar desses trabalhadores, que diante da temática estudada, demonstraram-se instigados e envolvidos com a proposta. Entanto, alguns deles se mobilizaram ao re-vivenciarem algumas cenas as quais foram expostos a vulnerabilidades. Trata-se de ricos e potentes dados da vida real que em interação com os referencias teóricos formam a alma desse estudo.

#### **4. SITUANDO HISTÓRICAMENTE OS TERRITÓRIOS DO ESTUDO PARA COMPREENDÊ-LOS**

Em Porto Alegre, a constituição do espaço urbano, como em vários centros urbanos, é repleta de contradições. As diferentes facetas das violações de direitos humanos, decorrentes desta característica desigual na constituição do espaço urbano, foram analisados e aprofundados no Mapa dos Direitos Humanos, do Direito à Cidade da Segurança Pública de Porto Alegre, de 2015. O mapa apresenta a crescente ocupação de áreas das cidades pela especulação imobiliária, as grandes obras e os condomínios de luxo, que anteriormente abrigavam famílias de trabalhadores, em vilas ou comunidades de convivência, explicitando a forma com que as relações desiguais entre as classes sociais são constituídas no espaço urbano e têm como consequência a crescente expulsão dos pobres das áreas centrais, consideradas mais “valorizadas”, para áreas periféricas das cidades e de suas regiões metropolitanas.

No interior da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), o município de POA, em 2010, representava 35,6% da população metropolitana. Além disso, na condição de capital do estado, conservou a característica de concentrar as atividades econômicas do setor terciário moderno e avançado, particularmente após o final dos anos 1970. O processo de metropolização institucionalizado em 1974, inicialmente com 14 municípios, abarca 34 municípios e cerca de 4 milhões de habitantes (em 2010). Porto Alegre é um centro urbano, com 1,5 milhões de habitantes, onde reside mais de 40% da população ocupada da RMPA. (PAMPA, 2015).

Porto Alegre passou por um processo de polarização reversa, ou seja, de desconcentração industrial, passando então a um papel de centro regional político e administrativo. A descentralização espacial das atividades industriais da cidade cedeu espaço a uma dinâmica crescente de desindustrialização e terceirização da economia local, isto é, um crescimento do setor de serviços, que se tornou elemento determinante para sócio espacialização da cidade, o crescimento do sistema de transporte público por exemplo. Tanto a construção do Trensurb, no início dos anos 1980, como a construção da Avenida do Trabalhador, foram importantes mecanismos de desenvolvimento das “vilas dormitório” da Região Metropolitana e da capital. Nesse sentido:

Porto Alegre se consolida como lugar privilegiado de moradia das elites, tanto dirigentes quanto intelectuais; a proporção elevada de domésticos, catadores, ambulantes, ou seja, população que se encontra na base social (...), aponta

para processos de expansão urbana em direção às periferias (que tanto podem ser bairros como municípios inteiros, como é o caso de Alvorada) (MAMARELLA et al., 2015, p.151).

Segundo ainda o mapa de segurança, a configuração de uso residencial do solo em Porto Alegre se modificou, particularmente após os anos 1980. As classes altas da cidade se espalharam por outros bairros. Se há 30 anos, o que valorizava um imóvel era sua proximidade ao centro da cidade e sua área construtiva, hoje o imóvel valoriza-se em função da infraestrutura que oferece, das condições de segurança e uma noção de retiro, associada à tranquilidade. Os condomínios fechados horizontais mais caros da cidade atualmente se localizam em áreas, até pouco tempo atrás, consideradas muito distantes do centro. Tais fenômenos contemporâneos estão diretamente associados ao processo de metropolização da cidade. Esta constatação aponta para duas facetas de um mesmo movimento contemporâneo: a ocupação de áreas centrais e/ou valorizadas pelo mercado financeiro-imobiliário pelas elites e a expulsão dos pobres que se encontram na base da pirâmide social para territórios periféricos, dentro e fora da cidade. No apanhado de 1980-2010, em Porto Alegre, a categoria que mais sofreu influências com tais mudanças foi o operariado, seja pela reestruturação espacial operada pela economia mundializada, seja pela absorção em espaços de concentração operária mais homogênea, como o Vale dos Sinos (PAMPA 2015).

Porto Alegre faz parte do arranjo global que constitui uma “ordem urbana produzida pelo mercado”, que produz inúmeras intersecções de problemas relacionados à desigualdade social, e sua geografia, por assim dizer. Não é precipitado observar que a cidade passou por uma (re)estruturação urbana, a qual vem demarcando uma fase de financeirização e globalização imobiliária, configurando paulatinamente as características principais da RMPA. Este movimento vem agravando as condições de moradia, empurrando as classes trabalhadoras de mais baixa renda para territórios de criminalidade e intensa vulnerabilidade socioeconômica.

Pelos dados apresentados aqui, é possível afirmar que, diante da geografia da desigualdade social de Porto Alegre, urge a luta pelo direito à cidade e pela defesa dos direitos dos moradores em situação vulnerável afetados pela gentrificação social<sup>6</sup>,

---

<sup>6</sup> Recomenda-se ler: Mapa dos Direitos Humanos, do Direito à Cidade e da Segurança Pública de Porto Alegre 2015, p16.

uma vez que, as desigualdades de renda apresentadas no município chegam a uma diferença de 7,7 vezes o menor valor comparado ao maior valor dentro do próprio município (PAMPA 2015).

#### **4.1 Subindo a Lomba do Pinheiro e adentrando na Vila Herdeiros**

O bairro Lomba do Pinheiro está localizado na região leste de Porto Alegre, fazendo divisa com Viamão. As terras que compreendem atualmente o bairro, fizeram parte da sesmaria de Jerônimo de Ornelas, em torno de 1740. Em 1752, chegaram ao Passo D'Ornelas, 59 casais açorianos. Jerônimo de Ornelas vendeu suas terras para Inácio Francisco de Melo, que em 1762 teve as mesmas desapropriadas, para a fundação da cidade e distribuição entre os açorianos.

Após a década de 1940, parte da extensão de terras passou a ser dividida em grandes lotes e vendida pelos proprietários. No princípio, a região estava nas mãos de poucas famílias portuguesas, que cultivavam a terra e criavam animais, conservando as características rurais até meados de 1960. Os moradores viviam da produção de hortifrutigranjeiros, plantavam, principalmente, mandioca, milho, batata doce e feijão, também produzindo leite e derivados. Os produtos eram comercializados no bairro e/ou levados ao centro de Porto Alegre.

A partir de 1950, a urbanização passou a ser incentivada pelo poder público, e muitas famílias oriundas do êxodo rural ocuparam o espaço do bairro. Porém, a partir de 1960, a ocupação se deu desordenadamente. O bairro começou a receber um número maior de moradores em 1965, quando o Rio/Lago Guaíba transbordou e foram construídas cem casas populares para as famílias desabrigadas, nascendo nessa época a Vila MAPA – Movimento Assistencial de Porto Alegre. (PAMPA, 2003)

Em 1957, da necessidade de ter serviços básicos, nasceu a primeira associação de moradores do bairro Lomba do Pinheiro – A Associação Comunitária dos Amigos da Vila São Francisco e Lomba do Pinheiro- com o intuito de organizar a sua pequena população para reivindicar serviços básicos. A associação foi uma das primeiras a possuir instalação de energia elétrica, que chegou ao bairro graças a esforços de algumas famílias que reuniram determinado valor e custearam a instalação da rede elétrica. O primeiro posto de saúde do bairro é da mesma época e também foi conquista da associação de moradores. Oficialmente, o bairro foi criado pela Lei 2002, de 1959, mas só ganhou nome a partir de 1962, com o projeto de lei



do vereador Landell de Moura. Em 1997, seus limites foram alterados pela Lei 7954, passando a incorporar algumas vilas que pertenciam a Viamão: São Pedro, Santa Helena, Panorama, Santa Filomena e Bom Sucesso.

Hoje, a Lomba do Pinheiro ainda compreende a parte do território municipal situada à leste, limítrofe ao Município de Viamão. Segundo Censo de 2010, compreende uma população em torno de 51, 415 habitantes. Sua história, conforme registros da própria comunidade, é marcada pelo aumento de seu povoamento com uma população oriunda do êxodo rural, na década de 70. Um dos principais fatores para seu crescimento enquanto bairro foi à atuação direta da igreja católica, na figura dos freis franciscanos, que impulsionaram uma organização coletiva, comunitária e política no bairro, o que tornou a Lomba do Pinheiro referência em organização política para a cidade até os dias de hoje. O bairro ainda mantém grande influência e participação dos franciscanos nessa articulação junto às lideranças comunitárias da Lomba.

Durante os anos 70, começa a aumentar a população da Lomba do Pinheiro, que até então era basicamente constituída por 5 famílias, desde início da sua historia. Estas dividiam a posse de algumas propriedades ao longo do bairro, população que segundo registros girava em torno de 200 habitantes, em quase toda sua extensão. Mas em meados dos anos 80 começam a se formar algumas comunidades e novos habitantes surgem, pois alguns dos patriarcas dessas famílias acabam falecendo e seus familiares optam por vender e lotear parte das propriedades. (PAMPA, 2000)

Um belo exemplo desse momento é a comunidade da Vila dos Herdeiros, a qual recebeu esse nome quando a matriarca, Dn<sup>a</sup> Erotildes Santana (descendente de Antônio José Santana, primeiro proprietário), acabou falecendo, e seus filhos, os herdeiros da terra, então começaram a loteá-la, passando ser conhecida como a Vila dos Herdeiros. Nos registros da história do bairro, aparecem falas dos moradores antigos, onde relatam ser um local sem nenhuma infraestrutura, mesmo as mais básicas, como água e luz, com contratos de compra e venda sem nenhuma segurança, ou seja, sem escritura formal.

Em 1980, eram 500 casebres, conforme classificação do Departamento Municipal de Habitação (DEMHAB) na época. Nesse período, já se identificava apontamentos do início de uma organização política na Vila dos Herdeiros, pois aparecem registros em nome da associação comunitária, através de seus ofícios e

abaixo assinados para prefeitura na época. Já em 1986, formalizou-se o dito órgão comunitário, com ajuda e apoio do então frei Pedrinho Guareschi. Neste mesmo ano, a comunidade conquista a Escola Municipal de Ensino Fundamental Silvio Torres, única escola da Vila dos Herdeiros até o dia de hoje (PAMPA 2003).

O bairro Lomba do Pinheiro tem hoje 33 vilas, e uma de suas características marcantes é a presença de associações de moradores em todas elas. Essas associações pleiteiam melhores condições de vida, saneamento, água, luz, calçamento, transporte e escola. Apesar disso, os problemas de infraestrutura básica e de qualidade de vida ainda não foram superados. A tendência é o aumento da população do bairro, tendo em vista que o custo da moradia em outros bairros da capital é bastante alto.

A criação de loteamentos acessíveis em regiões periféricas das grandes cidades é uma constante e, na Lomba do Pinheiro, existem extensões de terras desabitadas. Diversas residências em áreas de invasão sofrem o risco de terem problemas graves, por terem sido construídas em encostas ou junto a arroios, agredindo a natureza, devido à localização em áreas sem estrutura. O bairro possui diversos núcleos densamente povoados e muitas das vilas existentes foram construídas sobre áreas verdes, comprometendo a mata nativa e a fauna da região. O mesmo está ocorrendo, atualmente, com a construção de condomínios fechados, considerando que em novembro de 2010 já se somavam dez novos condomínios de luxo no bairro (PAMPA 2015).

A Vila Herdeiros é considerada, por muitas lideranças comunitárias do bairro, uma das localidades que mais dispõe de recursos naturais. É lá que inicia Parque Sant' Leire e localiza-se a maior barragem da cidade, que abastece de água boa parte da população. Com estas características, torna-se um território que atrai muita especulação imobiliária. A Vila Herdeiros é atravessada por um imponente muro que separa um condomínio de alto padrão imobiliário do restante da população.

Quando questionado aos trabalhadores se conheciam a história do território, praticamente todos ratificaram o que se encontra nos registros históricos da prefeitura, como podemos constatar nas falas abaixo:

Conheço um pouco, eu acho que, isso aqui era um terreno de uma família e os herdeiros do dono da área foi que dividiram e acho que até agora a maioria dos terrenos são alugados, são proprietários do prédio, mas não do chão, além disso muitas das casas ainda são dos donos originais. O nome da rua principal é o nome de um dos proprietários da área, acho que é João Antônio Lopes, parece que houve um assassinato entre os irmãos, só sei que o

terreno foi herdado pra eles e aí houve conflitos e por isso se chama Herdeiros. (T10).

Alguma coisa, eu moro perto daqui e conheci essa comunidade na minha adolescência. Era tudo um barro vermelho, sei que tem uma zona que foi tomada por pessoas moradores de rua bem carente, outra parte é de camelos que eram ex carroceiros, é que assim, veio gente de baixo poder aquisitivo, isso em 1980, uns compararam terreno outros só limparam o mato e já se instalaram (T9).

Mais ou menos, aqui era uma fazenda de herdeiros que foi loteada. No início o pessoal foi comprando, depois começou as invasões (T6).

Alguns trabalhadores relataram a potencialidade dessa comunidade, no qual o próprio posto de saúde, onde estão hoje inseridos, é um exemplo da articulação política da população, como percebe-se nos exemplos a seguir:

Eu acho uma comunidade organizada, preocupada em fazer reuniões, a associação é bem atuante, aqui tem 3 mil pessoas e conseguiram duas creches, esse posto de saúde com consultório odontológico, enquanto nós sabemos que tem comunidades por aí, com 7 mil ou 8 mil moradores e não se organizaram para pressionar o poder público e não tem a metade dos recursos que essa comunidade conseguiu. Então o que vejo melhor neles é a organização política (T7).

Acho que sim, apesar de estar enfraquecida a maior potencialidade, é o controle social, lá se tem lideranças muito fortes e que poderiam com certeza poderia ser retomado a articulação para dar outro olhar para herdeiros. Ontem estava falando aqui, que agente tem que retomar chamar novamente essas pessoas. Ele está lá só acho que está adormecido (T11).

Esses relatos corroboram com algumas descobertas referente à relação dos profissionais da ESF Herdeiros e a comunidade, que serão aprofundadas e discutidas adiante, onde identificou-se um processo bem atual de segregação e isolamento dessa comunidade diante a cidade e até mesmo demais localidades do próprio bairro, assim como também na própria equipe de saúde.

Atualmente, a comunidade da vila Herdeiros tem uma população de 3 mil habitantes, conforme informação da equipe de saúde. Ainda assim está entre os cenários dos territórios mais violentos de Porto Alegre. (PAMPA 2000)

#### **4.2 - Chegando ao Bairro Cruzeiro do Sul e descobrindo a Orfanatório.**

A Vila Cruzeiro do Sul, localizada na cidade de Porto Alegre, é uma das mais populosas vilas, localizando-se no território denominado Grande Cruzeiro do Sul. É uma das quarenta vilas que compõem a região da Grande Cruzeiro, e que estão distribuídas entre os bairros Santa Tereza, Medianeira, Glória, Teresópolis e Nonoai.

A população estimada da Grande Cruzeiro é de 200.000 mil habitantes, distribuídos numa área de 200 hectares. Em relação à Vila Cruzeiro do Sul, a população estimada é de 11.394 habitantes, segundo dados do Censo do IBGE, de 2010<sup>7</sup>. Quanto à história do bairro, muito pouco foi encontrado de registro referente ao processo histórico da região. O que existe de registro se refere a um determinado tempo histórico e uma porção territorial.

Na década de 40, por influência direta do então presidente Getúlio Vargas, os sindicatos, por meio de seus institutos de previdência, passaram a desenvolver uma política habitacional para seus associados. Nesse contexto, o Instituto de Aposentadoria e Previdência do Comércio (IAPC) idealizou a Vila dos Comerciários, um projeto habitacional para seus associados. A ideia era construir 2,1 mil casas. No projeto-piloto, foram erguidas 250 unidades, das quais apenas 202 foram concluídas.

Inicialmente, o programa alugou os imóveis, selecionando os interessados e dando preferência a casais com filhos. Anos depois, com a fusão dos institutos de previdência (e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS), o governo federal optou pela venda dos imóveis aos inquilinos. No começo da década de 1950, todas as casas foram ocupadas imediatamente por casais jovens, até certo ponto isolados do restante da cidade (ÁVILA e ARAÚJO, 2006).

Atualmente, o bairro Cruzeiro do Sul trata-se de uma região que, apesar de possuir luz elétrica, água encanada, sistema de esgoto e coleta de lixo, ainda é caracterizado por uma grande concentração de sub-habitações e com múltiplas carências, que revela, em sua complexidade, a desigual distribuição e consumo de equipamentos urbanos, bem como aspectos das condições de existência dos que ali residem. Recentemente, devido às obras da Copa do Mundo de 2014, houve um forte movimento desocupação em nome da ampliação da Avenida Tronco, umas das principais avenidas do bairro, o que resultou na retirada de muitas famílias que foram espalhadas pela cidade. A obra até hoje não foi concluída.

Nesse contexto encontra-se a vila Orfanotrófio, que também compõem esse território. No entanto, não foi encontrado nenhum registro referente à sua história.

---

<sup>7</sup> No livro Memórias dos Bairros, os autores Fátima Ávila e Jeferson Rasquim Araújo (2006) apontam que não existem limites geográficos, ou logradouros, que delimite claramente a Região Grande Cruzeiro. Sendo assim, optamos por seguir a pesquisa dos referidos autores e utilizar, neste estudo, a delimitação da Região, a partir do Orçamento Participativo. (Ávila, Fátima, Araújo, Jeferson Rasquim. Vilas da grande cruzeiro. Porto Alegre: Unidade Editorial/SMC, 2006). Fonte: IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Porto Alegre, fornecidos em meio eletrônico.

Sabe-se, porém, que está localizada muito próximo da vila Santa Tereza, que comunga com o mesmo perfil geográfico: um local montanhoso, onde em alguns pontos se tem uma visão panorâmica da cidade.

No que se refere ao bairro Santa Tereza, a história relata que por muito tempo foi ocupado por chácaras e matas virgens, e a área era cortada apenas pela antiga Estrada do Laboratório, atual Rua Corrêa Lima, e pela Rua Silveiro. Algumas ruas estavam incluídas na planta municipal de 1896, mas o bairro começou a se desenvolver depois da década de cinquenta do século XX, quando as empresas de comunicação começaram a se instalar no bairro devido sua posição geográfica.

Também se recorda que fez parte da história desse território, elementos das charqueadas, do sec. XIX. Na Travessa Paraíso, nº 71, que hoje localiza-se o Solar que mantém o mesmo nome, encontra-se um prédio que serviu de charqueada no século XIX, e que foi tombado como Patrimônio Cultural em 1977.

Se a Orfanatório é uma das diversas vilas que formam a grande Cruzeiro do Sul, e que, como mencionado, geograficamente está muito próxima da Vila Santa Tereza, acredita-se que, possivelmente, os relatos históricos aqui apresentados podem compor, de certa forma, parte da história da Orfanatório. Não foram encontrados registros oficiais específicos da comunidade (PAMPA 2015).

Segundo os trabalhadores da ESF Orfanatório, hoje a comunidade conta com uma população em torno de três mil habitantes. Quando questionado sobre a história dessa comunidade à estes profissionais, praticamente todos relataram ignorar a história do local, trazendo apenas informações superficiais, como apresentam os relatos a seguir:

Não sei, realmente não conheço nada da história desse território **(T3)**.

Eu não lembro... Eu tenho 31 anos... E tem moradores que têm quase 80 e que moram aqui dentro, falam que não tinha todas as casinhas, enfim, mas eu não saberia te relatar exatamente como que era a história dela **(T4)**.

Pouco, o que eu sei é assim, aqui é um terreno de invasão, então inicialmente começou como invasão, não era tão característico de Vila, como é hoje, antes eram as casas mais espaçada, as famílias foram crescendo dentro do espaço pequeno, então a gente tem muitas famílias em curto espaços, muitas famílias muitas crianças, aqui tem tudo muito e o espaço é pequeno **(T2)**.

Portanto, a história do surgimento do dessa comunidade apresenta escassos registros, não estando nem mesmo nos dados oficiais da PMPA. Situam-se apenas como referência a Grande Cruzeiro e muito pouco na memória ou no conhecimento dos trabalhadores.

Optou-se neste estudo por apresentar, mesmo que brevemente, a história dos territórios e comunidades na qual estão inseridas as equipes de APS participantes do estudo, entendendo que olhar para história de um povo é o início para compreendê-lo. Trata-se de uma etapa essencial no processo de aproximação e reconhecimento de um território, um dos princípios essenciais da APS, movimento que as equipes de saúde devem desenvolver junto a seus territórios de atuação, um dos eixos centrais do processo de trabalho do profissional que atua no SUS.

Todavia, para tal, o trabalhador da APS, ao lançar esse olhar para história da comunidade, precisa adentrá-la, estabelecer conexões e relações com ela. Aqui funda-se a questão central desta pesquisa, pois, conforme e já referenciado, tanto a comunidade da Vila Herdeiros como da Vila Orfanatrofio, estão imersas na dura realidade da violência urbana. Com esta perspectiva, buscou-se compreender essas relações e como interferem no processo de trabalho desses profissionais. Destaca-se a inserção destes profissionais em territórios reconhecidos por suas vulnerabilidades e desigualdades sociais, marca e essência da busca incessante pela superação desta realidade pela política de saúde no Brasil, pelo SUS.

## 5. ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, inicialmente a proposta foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao comitê de ética da Prefeitura de Porto Alegre e à Plataforma Brasil. Após a aprovação desta proposta iniciou-se o processo de pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) está de acordo com a resolução nº 466/2012, que traz como principal propósito proteger os sujeitos da pesquisa. Também tem comprometimento com a confidencialidade dos sujeitos envolvidos no estudo, que só aceitaram a partir de espontânea vontade participar da pesquisa. No momento da entrevista, o entrevistado foi informado que poderia a qualquer momento retirar sua participação. Os dados obtidos serão utilizados apenas para o presente estudo e, após, serão armazenados conforme os ditames da ética em pesquisa, junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Para efetivar sua participação, os trabalhadores foram convidados e esclarecidos sobre a pesquisa. No momento das entrevistas foi entregue o TCLE, em duas vias, para o entrevistado ter ciência do que tratava o estudo, sendo que uma cópia foi entregue ao participante do estudo e outra para a pesquisadora.

No que tange aos benefícios desta pesquisa, até mesmo durante as entrevistas estes já despontaram. Percebeu-se nesses momentos a possibilidade de falar sobre o tema, por parte da maioria dos entrevistados, um repensar da prática, na via da busca por instrumentalidade e troca com outros setores da comunidade, assim como também despertou nos trabalhadores desejo de buscar a história da comunidade.

Em relação à confidencialidade e anonimato, a pesquisadora comprometeu-se em não mencionar em nenhuma hipótese ou circunstância o nome dos entrevistados. Será feita a devolução dos resultados do estudo para ambas as equipes, conforme já acordado com as equipes e GD's. A dinâmica dessa devolução ainda será construída com todos os envolvidos, entendendo que todos os participantes são atuantes nesse estudo. Com isso, propicia-se seguir com objetivo real desse estudo, que é poder incidir sobre a realidade pesquisada na busca de articulação coletiva de movimento de resistência, diante das desigualdades vivenciadas.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados obtidos na pesquisa, como já mencionado, foi sistematizada através de uma estratégia de organização e ordenamento, o que ajudou a construir uma lógica de análise. Depois de transcritos e durante as várias fases de leitura, foram sendo conduzidos a uma divisão em três blocos: A, B e C, a partir do total de onze entrevistas. São os blocos:

- **Achados Bloco A:** Quando questionados como identificam, reconhecem e se protegem da violência urbana os trabalhadores entrevistados responderam da seguinte forma:

**Todos** disseram entender a violência urbana como todas as formas de violência e que ocorre no âmbito individual, envolvendo a relação com o outro e território onde estão inseridos, como exemplifica a narrativa abaixo:

É difícil definir, violência urbana, mas eu pensaria como a falta de segurança, primeiro, a exposição a riscos involuntários. Como sei lá, assaltos, a riscos de ferimento por arma, a risco de agressão. Riscos que vem outras pessoas, em situações agressivas, talvez. Tem haver com a relação com outro e com espaço onde estão **(T3)**.

Quanto à forma com que se protegem: **Sete** responderam que se protegem de acordo com a percepção e orientações dos Agentes Comunitários de Saúde, que interpretam os sinais do território e traduzem para equipe, conforme ilustrado no relato a seguir:

O termostato são as ACS, totalmente elas, se elas estão mais seguras, aí a gente fica tranquila e conseguimos fazer o trabalho normalmente **(T5)**.

No entanto **quatro** trabalhadores responderam confiar no seu vínculo com a comunidade, representado no relato a seguir:

A gente aprendeu a lidar, a gente tem acesso livre, às vezes o pessoal novo que chega fala: “bah, a cara de vocês é o crachá”. A gente sabe até onde pode ir, então a gente sempre dá um jeito. Pela relação com a comunidade sempre dá pra chegar, o próprio pessoal do tráfico tem confiança na gente! **(T6)**.

- **Achados Bloco B:** Perguntou-se aos entrevistados de que forma era trabalhada a temática violência urbana no seu processo de trabalho e formação das suas equipes. Os resultados foram os seguintes:

**Oito** trabalhadores apontaram a Oficina do acesso mais seguro como primeira e única forma de instrumentalização desenvolvida até o momento das entrevistas.



Segundo estes trabalhadores, o centro do projeto era a criação de um plano de identificação e proteção, diante de possíveis sinais de riscos agudos, plano que deveria ser pensado e organizado pela própria equipe, sendo esse o produto final das oficinas, que tiveram duração de 12h, conforme nos apresenta à narrativa:

Eu particularmente acho que não adianta, não adianta alguém chegar e dar um curso. Agora a gente teve recentemente um curso uma formação que é o acesso mais seguro, que respalda a gente para identificar sinais de risco e fechar a unidade diante da situação, é bom, mas assim. Só que quando a gente está aqui a coisa é diferente, aqui a gente tem risco sempre, assim, a gente ter um instrumento, é bom, mas esse instrumento não quer dizer que vá garantir segurança de forma nenhuma, a gente não tem controle sobre isso não tem como a gente tentar prever algumas situações **(T3)**.

Já **três** trabalhadores referenciaram que é na troca do dia a dia que conseguem se instrumentalizar, como relata esse trabalhador:

Não me lembro de terem me falado de como lidar com esse território e a violência dele, acho que a formação quem dá é a gente, na prática do dia a dia **(T9)**.

- **Achados Bloco C:** Procurou-se identificar espaços de diálogos possíveis entre a equipe e os usuários, questionando aos trabalhadores como e onde dialogavam com a comunidade. Nesse sentido, os resultados foram:

**Sete** dos entrevistados referenciaram que o diálogo se dá a partir das demandas de saúde que os usuários trazem individualmente para Unidade de Saúde.

Geralmente o usuário traz a necessidade, e já chegam ali na frente direto especificando, daí vejo a necessidade se tem que ser na hora ou pode marcar. Nós saímos pra escolas e creches, por que muitas vezes nosso trabalho é na rua, sempre de acordo com as demandas deles **(T8)**.

Já **três** dos entrevistados referenciaram que o diálogo com a comunidade se dá através do ACS, como demonstra a narrativa a seguir:

A equipe tem boa relação com a comunidade os ACS são pessoas dinâmicas, bem proativas eles sempre quem resolver os problemas então assim o dialogo é potente e produtivo. Eles são nossos braços e olhos no território **(T1)**.

Apenas **um** dos entrevistados referenciou as reuniões da RAPS.

Esse estudo teve como objetivo central compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS. Após a busca por analisar todos os dados levantados e cruzando os referencias teóricos, emergiram três grandes categorias empíricas: a capacidade de resolutividade da APS diante do

princípio da integralidade, as estratégias de proteção do trabalhador e sua intrínseca relação entre a saúde do trabalhador e a territorialização e seus impasses diante do cenário de violência urbana.

### **6.1 A capacidade de resolutividade da APS: diante do princípio da integralidade**

Os trabalhadores da saúde, ao serem questionados sobre a interferência da violência urbana no processo de trabalho da equipe na unidade de saúde, referiram perceber inúmeras dificuldades para realizar encaminhamentos dos seus usuários para outros serviços, rompendo com o princípio da intersetorialidade que preconiza a atenção integral através do compartilhamento do cuidado com outros serviços.

Aqui surgem, de forma mais concreta, o conceito de contenção territorial, trabalhado anteriormente neste estudo, por Haesbaert (2014). Nas narrativas, os trabalhadores atribuem a dificuldade da população diante da necessidade de sair de seu território, por diferentes questões, como os conflitos desses usuários com moradores de outros territórios. Há também o impacto da carência de circulação de transporte público, em decorrência dos conflitos armados, o que dificulta (e muito) o deslocamento da população para fora da comunidade.

Também surgiu a restrição na circulação dos moradores dentro da própria comunidade, imposta a eles pelo tráfico, o qual delimita horários de entrada e saída do território. Outro aspecto levantado foram os não raros momentos que os próprios moradores, em uma aparente escolha, não se propõe a sair do território, como se esses moradores estivessem autorizados a circular apenas no espaço interno da comunidade, fato inexplicável, mas definidor de que esses sujeitos não se percebem autorizados a circular por outros espaços da cidade.

De acordo com Haesbaert (2014), grande parcela da população hoje, principalmente a da periferia, vivencia o que se denomina de “efeito barragem”, ou seja, ficam restritos a determinado espaço, que acaba por barrar fluxos que possam adentrar por espaços não permitidos, aqueles que não adquiriram perante a sociedade capitalista, a condição de transitar em determinados espaços da cidade.

Percebe-se como ocorrem esses movimentos no cotidiano das comunidades nas narrativas que seguem:

Acho que um dos principais é essa questão de que eles não conseguem buscar algo fora, é bem difícil trabalhar com eles para que possam sair para fora, ter projeto de vida, parece que tem medo de sair daqui (T7).

É que eles não saem do território por questões assim... Por exemplo, eles estão com problema e o médico não tá, eles esperam até o outro dia pro médico atende-los, mesmo que seja urgente, porque eles não podem ir pra outro território, é questão de rivalidade, de drogas, de identidade porque eles não podem aparecer e isso também interfere na forma como eu trabalho **(T8)**.

Agora a luta é pelo o ônibus, que não tá entrando, só entra até um horário, por que o tráfico proíbe entrada depois das 9hs **(T6)**.

Então se a pessoa precisa instalar uma antena na sua casa, ou se não tiver um comprovante de residência abrir uma conta no banco é tudo aqui, que ele sempre vem buscar. E é tudo de forma imediatista, assim, eles não têm a menor organização. Hoje eu preciso abrir conta, então, hoje eu preciso do comprovante de endereço. A gente tem uma assistente social, que é parceira nossa, que também fornece. Mas que esta no território rival. Então assim, tinha que contar que ela viesse para cá, porque eles não podiam ir para lá. Então a parceria existe, mas na verdade é muito fraca **(T4)**.

Importa aqui a discussão ao direito a transitoriedade, enquanto elemento importante na atuação do trabalhador de saúde, no que tange atenção integral em saúde e o acesso a direitos básicos. Segundo Buss e Fialho (2007), a saúde depende da forma como se organiza e vive a sociedade, incluindo a influência da globalização, nos aspectos econômicos, políticos e de saúde, propriamente dito, transcendendo a questão puramente biológica. Assim velhos e novos desafios persistem aos trabalhadores da APS, na busca de estratégias de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde e demais políticas públicas, de forma a garantir o princípio da integralidade, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e a superação das desigualdades (MATTA e MOROSINI, 2009).

Obviamente, as situações aqui levantadas pelos trabalhadores demandam um maduro debate técnico com eles, para que se tenha clareza das expressões que estão intrínsecas nesse contexto, de aparente falta de ânimo da população para com sua saúde, pois o que impera por trás desse aparente desinteresse da população é a precária inclusão ao acesso à saúde e demais direitos, decorrente da “reclusão forçada da população em espaços inseguros e degradados” (HAESBAERT, 2014, p. 206).

A imersão das unidades de saúde nos territórios apresenta importantes contradições no cotidiano desses trabalhadores, envolvendo a sua relação com a comunidade, em decorrência dos desdobramentos das situações de violência armada e conflitos envolvendo o tráfico de drogas, realidade vivenciada tanto pelo profissional

de saúde quanto pelas famílias atendidas, onde ambos estão sujeitos aos impactos da desproteção social. Muitas vezes, o principal ponto de apoio dessa população é a Unidade de Saúde do território, uma vez que a violência é compreendida como um evento que acarreta transtornos nas condições de saúde da população. No entanto, não é diferente com o profissional, pois este não está imune a violência urbana (PEREIRA, 2016).

Outro fator importante, apontado pelos profissionais de saúde, no que tange sua atuação profissional, é a insegurança na hora de tomar determinadas condutas, como, por exemplo, possíveis encaminhamentos ou intervenções técnicas, diante de situações de violência ou negligência, que demandam desses trabalhadores articulações com demais níveis da saúde e ações intersetoriais, suporte importante nas situações de vulnerabilidade identificadas em seus atendimentos. Estes trabalhadores referem sentir medo de agir, por possíveis retaliações ao tomarem tais condutas. Assim a sensação de impotência torna-se uma outra realidade de seu cotidiano de trabalho, em razão de que todo este contexto está diretamente ligado ao princípio da integralidade, uma vez que depende de ações intersetoriais articuladas entre diferentes serviços e políticas públicas. Tal situação é contemplada nos relatos a seguir:

A violência interfere desde o momento em que estou em casa pensando no que vou fazer por aquele usuário, o que é que eu posso fazer, até onde posso ir como eu posso me referir, quais são os órgãos que eu posso acionar se eu precisar e se eu posso acionar determinados órgãos, e se eu acionar será que ele não vai saber que fui eu e vir aqui? **(T7)**.

Isso limita muito, a gente tem dificuldade também para intervir em situações de violência contra a mulher, devido ao medo dos funcionários de que venham represálias contra nós, à gente fica sempre com medo de ser agredidos, até por tomar condutas, por informar coisas que deveriam ser informadas, como estupros, violência contra a mulher, crianças e idosos. A gente fica numa posição bem difícil nesse sentido e que limita bastante **(T10)**.

Teve uma situação que envolveu o ministério público, eu relatei a situação para uma assistente social e na hora da audiência saiu que a situação veio do posto, quando eu fui pro território, a pessoa em questão com bastante influência no tráfico, me disse: “se eu perder as crianças por isso tu te muda, tu não mora mais aqui”, dai tive que me explicar, né? **(T6)**.

Deste modo, a violência torna-se parte da realidade de atuação dos profissionais de APS, na qual determinados acontecimentos podem desencadear situações de riscos, fazendo com que esse profissional sofra pela iminência de riscos a sua integridade física e mental, ou até mesmo por conta da sua impotência frente as

demandas identificadas no dia a dia de trabalho, o que inevitavelmente impacta diretamente na sua capacidade de resolutividade com vistas atenção integral. Esta realidade está representada nas narrativas dos trabalhadores, a seguir:

Fui fazer uma visita domiciliar com uma agente de saúde e nós estávamos passando por um beco e nisso vinha um rapaz correndo, a gente meio que se assustou, ele tava com uma arma na cintura e não entendemos o que tava acontecendo, mais adiante a polícia estava atrás dele, então isso me deixou um pouco assustada **(T8)**.

Mas já aconteceu deles me ligarem no momento do conflito eu escutar os tiros e eles preocupados, quer dizer, o que a gente faz? Como é que a gente faz agora? A gente se esconde? E isso me afeta, né. Porque eles tão aqui, eu ouvindo tudo e não tenho o que fazer **(T2)**.

Nas vezes em que aconteceu tiroteio, estava só eu como nível superior, então mandei fechar a unidade, liguei pra gerência e comuniquei, atendi os pacientes que já estavam dentro da unidade e orientei eles, que, quem quisesse ficar até as coisas se acalmarem, ficasse, quem não quisesse, saísse de uma vez **(T10)**.

Os depoimentos evidenciam situações, nas quais o trabalhador é forçado a conduzir sua atuação profissional a partir de uma lógica contrária ao princípio da integralidade. As narrativas acima expõem as dificuldades e as contradições que compõem o papel de cuidador do trabalhador da APS frente a violência. Constata-se também a preocupação com os momentos de desestabilização, que por vezes geram sentimentos antagônicos de medo e revolta, onde a naturalização se constitui como uma estratégia essencial de sobrevivência. Todo esse processo configura-se em um imenso e trincado jogo, que Tavares dos Santos (1995) nomeia de “microfísica da violência”, revelando um modo específico de coerção que se efetiva como rede de dominação, onde a violência exerce um papel de subjetivação daqueles que se encontram envolvidos (SANTOS, 2009).

Minayo (1994) referencia que, por vezes, a violência provoca instabilidade sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos. Já Arendt (1970, p. 51) afirma que a violência tem sentido de meio ou instrumento de uma determinada forma de poder, constituindo recursos e serviços exclusivos que visam manter a soberania de uma dada autoridade (ou entidade). Todavia, após sua utilização, nada sobrevive, nem o antigo sistema, nem as vítimas, nem o próprio agressor, e a eventual intenção de estabelecer uma nova ordem, se mostram ineficaz.

As narrativas desnudam o poder e a devassidão produzida pela violência nas comunidades, que através das situações narradas pelos trabalhadores, chegam a ser percebidas quase como fotografias.

A gente fez um levantamento, foi tão chocante, eu digo assim, nos deixou tensos ansiosos, e de falar o tempo todo, e de dormir pensando. Por que era assim: era tiro de manhã, era de tarde e noite. O que aconteceu que foram expulsos do território. E dentro de 10 dias, 8 mortos, em 30 dias, 106 pessoas, que abandonaram e foram expulsos das suas casas. A gente contabilizou. Então, assim, foi muita dor naquele período do ano, mais ou menos entre 30 de julho ao final de agosto deste ano, a gente teve uma evasão de famílias, com porta arrombada, janela quebrada, assim, tu *olhava* aquelas portas abertas, tinha medo de passar na frente. Então assim, tu *ia* procurar as pessoas, procurar as famílias, falavam assim: foi corrido, fulano foi embora. A polícia vinha e escoltava as pessoas para irem embora, para tirar as coisas de dentro de casa, tinha que ter uma escolta. Então foi muito agressivo (T5).

A violência, apesar de alguns buscarem justificá-la, quando contraditoriamente não tem qualquer justificativa, perde o sentido no mesmo instante em que ocorre, surge da incapacidade de se estabelecer um processo de diálogo. “A violência é um péssimo interlocutor porque nada tem para dizer. A violência é um potente instrumento de silenciamento” (ARENDRT, 1970, p. 167).

Deve-se, no entanto, ressaltar também que é preciso ter cuidado ao analisar os significados dos acontecimentos aqui narrados pelos trabalhadores. Vive-se atualmente uma forte onda de produção de controle, como já destacado neste estudo, onde a insegurança relatada pelos trabalhadores, diante da iminência do risco, pode levar ao discurso neoconservador da busca por “atitudes preventivas”, enquanto o que se diz respeito aqui, nestes relatos, busca pela própria sobrevivência física. As interpretações que expandem esse debate passam pelas múltiplas dimensões da desigualdade, produzida pela sociedade capitalista. Não significa defender a “ideia genérica” de “sociedade insegura”, mas sim evitar individualizar ou setorizar a violência urbana como sendo produto de determinados segmentos sociais ou territórios, evitando que, em nome da segurança, se legitime tomadas de ações controladoras, indiscriminadas e voltadas unicamente a uma parcela específica da população (HAESBAERT, 2014, p. 156).

Diante dos sucessivos eventos de violência vivenciados e destacados pelos próprios trabalhadores de saúde até aqui, têm-se um importante desafio: instigar a Política de Atenção Primária, pensando em estratégias, diante dessa realidade. A seguir, apresenta-se como ocorrem atualmente essas estratégias, no cotidiano de trabalho das equipes que compõem esse estudo.

## 6.2 A Saúde do Trabalhador e sua intrínseca relação com as estratégias de proteção do trabalhador

Diante da carência de instrumentalidade e tecnologias necessárias para o desenvolvimento do trabalho em cenário de violência urbana, os trabalhadores descobrem estratégias de sobrevivência e proteção frente a essa realidade. Estratégias estas, emanadas das próprias vivências destes trabalhadores. Uma das mais significativas é o vínculo que estabelecem com a comunidade. As narrativas abaixo deixam transparecer esta relação:

Eu entendo que eu venho aqui fazer o meu trabalho, fico a maior parte do meu tempo aqui dentro da unidade, e como eu disse pra senhora, a gente sente que o pessoal que tem a ver, por exemplo, com o tráfico de drogas, respeitam de certo modo a área do nosso trabalho. Pelo menos eu e muitos profissionais, quando saímos pra fazer as visitas domiciliares, a gente tenta ir identificados, porque a gente é reconhecido como profissional e realmente ninguém mexe com nós **(T10)**.

Eu vou te dizer uma coisa, eu tenho medo na hora que venho para o trabalho e na hora que eu volto para casa. Quando estou aqui raramente tenho medo, por que o que acontece é que a comunidade toda, né, tanto a civil, quanto a paralela, nos respeita e nos recebe. Essa comunidade nos acolhe, eles reconhecem e respeitam nosso trabalho **(T9)**.

Estes relatos expressam a confiança de que dentro da unidade, os trabalhadores estão protegidos da violência, e que o crachá é a senha que permite circular dentro da comunidade, a partir dessa relação, que inclui inclusive o “pessoal do tráfico”. Segurança que será substituída pelo medo, ao sair da unidade e circular pelo território.

Este vínculo é definido por alguns autores como relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe da APS, que se traduz na utilização da Unidade de Saúde como fonte regular de cuidado. Além de proporcionar relações de afetividade e confiança, entre o usuário e o trabalhador da saúde, podendo ser entendido também como dispositivo que agencia as trocas de saberes.

Mehry (2002, p.41), por exemplo, traz o vínculo como um dispositivo no cuidado, caracterizado pelas tecnologias leves (relações humanas) e leve-duras (saberes estruturados). Afirma que as tecnologias leves devem estar presentes em todo o momento do trabalho vivo, em ato na saúde, se consolidando através da ação assistencial de um trabalhador de saúde e um usuário, por meio do qual ocorre um encontro entre duas pessoas, estabelecendo um potente momento de troca de saberes e cuidado.

Carece ter cautela, para não recorrer ao instrumental técnico do vínculo como dispositivo único na busca pela segurança ou proteção, diante da violência urbana. Além de desastroso, seria messiânico e igualmente violento, tanto para com o trabalhador, como para com a comunidade, individualizando e transferindo a eles a tarefa de sua segurança, que deve ser, em realidade, garantida pelo Estado. Ressalta-se que, sim, as relações que os trabalhadores estabelecem com a comunidade podem ser e são um importante fator de proteção, e, portanto o vínculo, deve ser pensado e articulado atentamente enquanto potente instrumento de trabalho, podendo ir além de garantir a adesão a tratamentos ou prescrições técnicas. O vínculo pode ser uma boa via de diálogo, na busca coletiva de resistência e enfrentamento da realidade imposto, não só referente à violência urbana, mas também a muitas outras mazelas sociais.

Haesbaert (2014, p. 158) ressalta que o debate transcorre pelo inesperado, com características de um fenômeno social, atravessado por um conjunto de fatos. Não há objetividade nisso, pois “nada pode ser um risco” ou “qualquer situação pode ser de risco, já que depende de como analisamos o perigo”. O trabalhador da APS, lida diariamente com inesperado, mas em alguns territórios, o inesperado por vezes tem cheiro, som e forma.

Só vejo piorar, tem período que está muito pior, períodos que tá mais calmo. Tudo gira em função do tráfico, entendeu? Então a gente acaba não tendo... Bem é lógico não é todo mundo que tá envolvido, na verdade nem tem como te dizer que tanto tem envolvido. Mas tudo depende muito do tráfico, a gente estar bem depende da situação do tráfico, entendeu?! A população estar bem depende da situação do tráfico. Quando a gente fala de violência eu nem penso muito na unidade, penso nas pessoas que não estão envolvidas. Assim, a Violência é o risco eminente, o dia inteiro, a noite inteira, todos os dias, assim, tão desagradável, um lugar difícil de se viver eu acho. Estou sendo bem sincero **(T3)**.

Eu lembro que eu estava fazendo visita, eu saí de uma casa e quando eu olho, assim, tinham vários rapazes de outra facção, com arma em punho, para tomar o território. Não houve tiros naquele momento, mas assim eu vivi... Assim fiquei paralisada. Eu procurei uma porta para eu entrar, fiquei paralisada. E os rapazes olhavam para mim, e disseram: “não... calma tá tranquilo, pode passar”. Só que eu não tinha ação, não conhecia **(T4)**.

Na questão de roubo ou assalto é o local que eu mais me sinto segura em Porto Alegre, é aqui, mas tem a questão do confronto entre facções né! Esse é o problema, que nunca sabe quando vai acontecer, quando vai ter um ataque, quando vão tentar tomar o território e isso também, até mesmo com a polícia **(T8)**.

No início, ok, a gente passava por eles armados, em punho, tranquilo. A gente conseguia trabalhar normalmente, eles conheciam também a gente e as pessoas aqui, tudo ok. Até que tomaram a gerência do tráfico, dessa boca (...) depois disso teve assassinatos, teve três mortes, tomaram três vezes essa boca, já mudou 3 vezes de julho para cá e teve um mês de



funcionamento que todos os dias a gente teve tiro. Um dia aqui foram 15 minutos de tiros, tivemos que ir para debaixo da mesa **(T5)**.

Inesperado e metamorfoseado, a partir da chegada do tráfico, da relação de dependência que se estabelece neste delicado convívio, não importando de que lado as pessoas que povoam este espaço encontram-se. O risco passa a ser o fantasma que apavora e ameaça cotidianamente o corpo e a alma destes trabalhadores.

Tal contexto, é bem definido e corroboram com os estudos de Bastos (2012), que descreve que a violência urbana no Brasil acontece demasiadamente em locais onde se encontram focos de tráfico de drogas, frequentemente onde se situa a camada mais pobre da população, a qual sofre com vulnerabilidades das mais variadas confluências, acirradas ao ficarem mais expostos e vulneráveis ao poder do tráfico, em comunidades, na maioria das vezes, desassistidas pelo Estado.

Em consonância com a literatura, os trabalhadores descrevem a expansão do tráfico de drogas no território, e com isso, também as situações de conflito e exposição à violência, afetando diretamente a forma como que organizam seu trabalho. Esses trabalhadores convivem com as limitações e com as incertezas impostas pela violência. Diante desse cenário, fica a certeza da necessidade de instrumentalização. Um aspecto importante ressaltado pelos trabalhadores é o projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), intitulado como Programa Acesso Mais Seguro (AMS). Para entender como ocorreu essa metodologia que embasou a capacitação das equipes que participaram deste estudo, destacam-se trechos destas narrativas:

Então, a gente tem no município o Acesso Mais Seguro, (...) foi a primeira equipe que a gente trabalhou na questão de violência, justamente pelas características do território. E foi uma oficina muito produtiva, tem objetivo de abordar a questão da violência armada, mas que também mexeu muito com o processo da equipe. Foi momento da gente rever o todo, deles se enxergarem e terem momento só pra eles, fora da unidade. Então, nesse sentido, todas as equipes que passam pela oficina acabam por ter um instrumento para lidar com essas questões de violência quando elas ocorrem. Na oficina, se faz um plano de tomada de decisão, um plano específico da equipe, um plano que nós não vamos intervir, a secretaria não vai intervir, a equipe que vai decidir e definir o que fazer. A oficina tem 12h e isso é trabalhado nesse tempo. Nós fizemos em um dia e meio, tem metodologia de trabalho bem estruturada, é feita por especialista na área. Essas 12h, todos nós juntos. Depois dessa 12h, eles fazem mais 4h, para construir o plano em reunião de equipe, só eles, e a gente retoma na próxima reunião de equipe aí para fazer o fechamento, rever o plano e depois disso encaminhamos para SMS para agravação do plano **(T11)**.

Essa narrativa demonstra um movimento da SMS, ao trabalhar essa temática junto às unidades de saúde. É possível, a partir das narrativas, entender a percepção dos trabalhadores sobre a capacitação AMS e seus efeitos:

O que tivemos agora foi o AMS, mas não sei dizer se conta, mas foi bem interessante. Foi toda equipe, fechamos um dia e meio e fomos todos. E foi uma conversa, na verdade, para entender o contexto que estávamos vivendo, então a Gerência disse vamos parar e vamos ver. E vamos fazer um protocolo sobre isso, por que é importante, então criamos um protocolo de como agir e de classificação de risco, por exemplo: Com, cores, temos um grupo de WhatsApp, onde a gente coloca, hoje está verde, tá tudo ok, até para acionar outras pessoas de fora que acessam o posto, vigilância sanitária, o pessoal da UFRGS que vem para cá também, enfim pessoal que vem de fora. Amarelo precisa um certo cuidado, e tem critérios de classificação de risco conforme a situação do momento, para isso os ACS que são nossos olhos nesse momento **(T5)**.

A gente teve uma capacitação, né?! E durante a capacitação, a gente se deu conta, de quanto a gente era relapso com a questão da violência. Porque assim, a gente circulava entre o tráfico sem nenhum tipo de cuidado. E depois que a gente realmente teve a capacitação que a gente percebeu o quanto a gente não se importava com nada, e a gente deveria ter se importado. Então acho que isso, tivemos um outro olhar. Mas a gente...Assim... depois dessa capacitação, daí a gente parece que a gente ficou com mais medo, assim, é que daí começa ter que perceber tudo, observar tudo e aí fica mais travado **(T4)**.

Segundo os trabalhadores, a metodologia de trabalho apresentava-se de forma bem estruturada, contando com a expertise de especialistas da área. Entretanto, para eles, trata-se de um curso que não atende as necessidades da equipe, e que não garantem as demandas por segurança. Apesar de avaliarem positivamente a proposta, reconhecem que não oferece garantias de segurança a equipe. O descontrole segue, além de impor mais demandas para os trabalhadores.

As técnicas, no âmbito da segurança, como a AMS, voltam-se para a busca de probabilidades. “Se interessa também sobre o futuro”, onde o raciocínio de prever o desencadeamento de uma situação de conflito. No entanto, este futuro “não é exatamente controlável, mensurável ou medido”. A intenção de controlar riscos, preveni-los ou minorá-los está intimamente ligada a “Insegurança”, as ações voltam-se para a preocupação constante de “(não) correr riscos”, o que demonstra o enfraquecimento do sistema da proteção social, revelando uma nova forma dos indivíduos se relacionarem.

Permeia então, um sentimento de que não se está devidamente protegido, demandando a necessidade de mais e mais proteção, inclusive referente aos riscos desconhecidos. Para o autor, institui-se aqui um “conjunto de fatos” que operam como

“um modo de gestão da vida coletiva”, colocando em foco a recuperação dos “indivíduos perigosos”. (HAESBAERT, 2014, p. 157). As inseguranças, o medo, seguem povoando as mentes destes trabalhadores.

A estratégia é a gente avisar a equipe se tá amarelo, se tá vermelho, a gente tem um local, todo mundo vai pro expurgo, inclusive os pacientes que estiverem na unidade, na hora do risco **(T6)**.

A gente teve um plano de segurança que nos foi feito, porém não nos ajudou muito. Foi muito difícil escolher um lugar onde vamos ficar se der um tiroteio. Qual é o lugar mais seguro? A gente acha que é o curativo, mas como é que vão caber vinte e uma pessoas no curativo, não tem como, a sala tem 2m<sup>2</sup>. Mas, antes ainda, nós temos que nos comunicarmos entre si para decidir que cor nós estamos, para sabermos o que fazer. Na realidade, nos ajudou um pouquinho o plano, a ter a ideia, mas não para passar segurança **(T9)**.

Assim, as gurias, elas conhecem bem como funciona as coisas por aqui, quem é quem, as gurias, as agentes, né. O restante da equipe fez aquele acesso mais seguro, mas como eu te disse, a gente só tem medo na hora de saída e na hora de chegada **(T7)**.

O que me preocupou era que as ACS não estavam entendendo o que estava acontecendo, quem tinha caído? Não conheciam mais as pessoas **(T3)**.

Então, até no curso, percebemos que essa equipe é muito boa, mas não percebe até os riscos que corre. Eu tive que lidar com essa realidade e com o estresse com a equipe, porque, o pessoal banalizava, aí fiquei uma semana fora, e foi bom. Mas o pessoal começou a postar coisas no grupo do *whats* que criamos, e até meu marido ficava ansioso com o que colocavam no grupo, era o tempo todo, helicóptero, boina vermelha... Enfim, só isso. Depois disso tomei uma medicação pra dar uma controlada **(T5)**.

Sabe, não é como tu passar por um trauma e tu achar que vai acontecer de novo e não acontecer. Aqui não, a gente achava que ia acontecer, e acontecia, acontecia e acontecia de novo, acontecia, acontecia e acontecia e segue acontecendo **(T1)**.

Chama atenção nas narrativas acima, a forma como os trabalhadores incorporam no seu cotidiano de trabalho o projeto AMS, desenvolvido pela SMS, como estratégia de enfrentamento às situações de violência vivenciadas por eles nos territórios. Fica claro que, mesmo de forma não intencional, a responsabilidade pela segurança desses trabalhadores foi transferida para os próprios trabalhadores, cabendo a eles organizar, decidir e prever os momentos de risco iminente, o que acaba produzindo uma atmosfera constante tensão. Os profissionais são convocados a identificar, analisar e interpretar sinais na comunidade que possam apontar para um momento de risco agudo, porém, não há paridade na divisão dessa responsabilidade entre eles, recaindo mais ao ACS essa tarefa. Ou seja, a equipe acaba elegendo-o como o vigilante e intérprete dos sinais do território, devido às características de sua

atuação profissional, aquele que melhor conhece a comunidade e seus movimentos, como se de fato essa missão fosse possível ser cumprida.

Para Mendes e Sanches (2011), torna-se essencial interrogar-se sobre os danos à saúde mental que esses trabalhadores estão expostos, nessa modalidade do sempre alerta, a qual estão submetidos. Tanto para o “vigilante oficial”, o ACS, com quem fica a difícil tarefa de disparar o alerta, quanto aos demais trabalhadores que ficam à espera do seu sinal. Embora a intencionalidade inicial fosse à construção de estratégias de proteção, nas narrativas percebe-se que os desdobramentos repercutiram de forma contrária da proposição inicial. Os rebatimentos foram, desde a invasão da vida social e familiar do trabalhador, de forma a mantê-lo conectado ao trabalho ininterruptamente, aumentando com isso a tensão desse profissional inclusive na sua hora de descanso, até as relações desses trabalhadores para com a comunidade, provocando distanciamento entre eles, uma vez que circular no território é um risco constante. Grande parte da equipe permanece na unidade à espera do sinal verde do ACS, que por sua vez, para além de suas tarefas de rotina, é incumbido da missão de identificar a cor que o “semáforo do território” está piscando, tendo que lidar também com a sobrecarga e o sobretrabalho da responsabilidade para com a segurança dos colegas.

Vale aqui lembrar, que além do ACS, uma outra categoria profissional também é incumbida de um papel nessa engrenagem, o papel de protetor. Essa categoria é o apoiador institucional, que tem como função a mediação entre a equipe e o gestor municipal. Se ao ACS cabe o papel do vigilante, ao apoiador institucional cabe zelar por todos, e é a ele que a equipe recorre em busca de resposta quando a violência invade seu cotidiano de trabalho, ou seja, quando o semáforo brilha vermelho. Assim o gestor municipal permanece na sua cômoda e soberana posição, mantendo o devido distanciamento da realidade vivenciada por esses trabalhadores. “Constata-se, portanto, a dimensão subjetiva da precarização do trabalho e sua objetivação nas múltiplas consequências para o trabalhador” (MENDES e SANCHES 2011, p.109).

É muito difícil trabalhar com a equipe, que momentos são, de sessar ou retorna ao trabalho no território. Pois às vezes eles querem que a gente diga que com certeza não vai acontecer nada, e isso não tem como dizer (T11).

Acho que um ponto muito emblemático, que tipo de proteção posso oferecer a uma pessoa que de repente é ameaçada de morte? Em um primeiro momento a gente pensa em tirar a pessoa daquele serviço, mas a pessoa tem que ir para outro serviço e os nossos serviços tem contextos semelhantes, então não adianta muita coisa. Então, a gente não tem muito o

que fazer. A gente não sabe como acompanhar esse funcionário, mas que tipo de acompanhamento ele precisa? Ou aquela equipe inteira precisa? **(T2)**.

Então, a violência surge quando tenho que lidar com a ansiedade e o medo das equipes, o que talvez me cause mais ansiedade com a responsabilidade. Já aconteceu deles me ligarem no momento do conflito eu escutar os tiros e eles preocupados: o que a gente faz? Como é que a gente faz agora? A gente se esconde? E isso me afeta, né! Porque eles tão aqui, eu tô ouvindo tudo e eu não tenho o que fazer, assim, me sinto impotente **(T11)**.

As vezes tem equipes que vivem alguma situação de violência no território, mas o processo do tráfico é muito cítrico, às vezes as coisas estouram e depois acabam ficando calmas e ficam tudo aparentemente bem, mas em algum momento elas vão voltar. Eu vejo que é muito difícil trabalhar com a equipe. Que momentos são esses, para definir que momento eu paro ou retorno ao trabalho no território. Até porque os usuários também estão vivendo isso precisam da equipe, então, impasse pra mim enquanto, apoio, é muito difícil e delicado **(T2)**.

A gente encaminha o trabalhador, para ter um suporte e se recuperar e poder voltar ao trabalho, talvez não para aquele lugar, mas vai voltar para o trabalho. Então, mas quando o trabalho se torna um estressor por conta de uma situação de violência? esse é o nosso nó, o que fazer no pós, que é a saúde do trabalhador, né? Com o acesso mais seguro conseguimos falar sobre violência de uma forma mais ampla, mas e agora? **(T3)**.

Eu acho que a violência é culpa de todos nós também, não to aqui como vítima, muitas vezes eu to aqui como algoz, hoje eu me coloco aqui como trabalhadora, mas também quantas vezes a gente tem uma postura violenta no falar, ou estamos sobrecarregados no trabalho, de saco cheio pelas demandas, pela falta de gente pra nos ajudar e acho que tudo isso vai gerando violência e revolta na população. É um fenômeno que vai se reproduzindo, mas de vez em quando procuramos parar e ver o que tá acontecendo. Muitas pessoas aqui estão fazendo tratamento de saúde mental, claro que muitos de nós já trazemos problemas de base, mas que certamente estão sendo agravados pelo serviço **(T7)**.

Revela-se aqui um processo de adoecimento desse trabalhador, os dados apresentados transformam-se em informações quando infere-se sobre eles cuidadosas reflexões. Consegue-se assim, decifrar as determinações da totalidade que implicam na saúde desses trabalhadores. Estes carregam o peso de dar conta de produções advindas de uma estrutura macro política. A Saúde do Trabalhador tem como pressuposto a forma com que o trabalho é organizado, que compreende um complexo e amplo conjunto de elementos, abrangendo a forma como este trabalhador convive com o seu trabalho, suas relações sociais que são estabelecidas no dia a dia do labor e que não raramente apresenta formas verticalizadas e hierárquicas, trazendo consigo relações de controle e poder nem sempre explícitas.

Em linhas gerais a dimensão da saúde do trabalhador converge com a forma que o trabalho é pensado e organizado. Nessa perspectiva, identificou-se que os trabalhadores participantes desse estudo, estão sofrendo o impacto direto da forma

com que vem sendo organizado seu trabalho. Contraditoriamente, esse sofrimento está sendo potencializado pela própria metodologia que visa a sua proteção. No entanto, o movimento de avaliação da sua aplicabilidade no cotidiano das equipes não ocorreu, perdeu-se o sentido inicial da proposta uma vez que a metodologia do AMS acabou acarretando mais uma frente de trabalho. O movimento de retorno, compreende ver o trabalhador com agente político e propositivo, superando o lugar da passividade, entendendo que o movimento de análise e reavaliação de técnicas que tomaram corpo na prática, deve ser desenvolvido conjuntamente por quem tem conhecimento de campo, na busca de descrever e desvelar as fragilidades da proposta (MENDES e WUNSCH, 2011).

O enfrentamento ao sofrimento do trabalhador deve ser na via da articulação coletiva, voltada a uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com a participação ativa dos trabalhadores. Compreende-se que se está diante de uma dimensão complexa, a qual implica um contínuo processo social, atravessado por múltiplas variações, oriundas de uma totalidade que incide diretamente no processo saúde e doença do cotidiano humano. Portanto, ao se organizar estratégias que visa à proteção e prevenção no âmbito da saúde dos trabalhadores, a leitura dessa totalidade operante precisa ser o pano de fundo dessa organização. Se assim não for, corre-se o risco de se desenvolver metodologias rasas e imediatistas, mesmo que carregadas de boas intenções.

As autoras Mendes e Sanches (2011), dominaram o conceito de desproteção social, ou seja, as necessidades que demandam proteção, não são atendidas pelo Estado e ainda se pressupõe que cabe aos trabalhadores pensar e articular sua própria segurança, acarretando uma subjugação desse trabalhador, suscitando a perda da sua capacidade crítica diante da precarização do trabalho em que estão submetidos. Nesse sentido, os trabalhadores compartilham com a população de seu território adscrito, o mesmo abandono e descaso por parte de quem compete à garantia dessa proteção do Estado.

Todavia, os trabalhadores incorporam um discurso cômodo para a sociedade capitalista, o da sua autoproteção, lógica que transfere aos indivíduos a incumbência da sua própria segurança e mesmo que involuntariamente, assume para si um papel que compete ao Estado. Por sua vez, no âmbito do trabalho, são negligenciados para

assim garantir “externalidades aos embates capital/trabalho, produzindo o equilíbrio necessário para o funcionamento do mercado” (MENDES e SANCHES, 2009 p. 246).

O que reforça essa a lógica da autoproteção ao trabalhador da APS, é que a ele é destinado o papel de coordenador do cuidado no seu território de abrangência. Uma vez, aceito esse desafio, lhe cabe o controle e o conhecimento de seu objeto de cuidado, o território. Aqui um novo desafio surge no cotidiano de trabalho desse profissional, como iremos discorrer agora.

### **6.3 A territorialização e seus impasses diante do cenário de violência urbana**

A territorialização, preconizada pelo SUS, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho da APS. O reconhecimento do território da área adstrita para uma unidade de saúde é essencial, na busca pela caracterização da população e de seus problemas de saúde, estabelecendo correlações entre determinantes e seus efeitos. Esse conhecimento, que vai além de uma simples descrição de sua população e serviços, requer do profissional de saúde um trabalho articulado e próximo do seu território de atuação, que deve ser feito de maneira interssetorial, aproximando-se não só das vulnerabilidades, mas também das potencialidades da comunidade.

Contudo, identificou-se que o convívio com a violência produz implicações nas configurações e alcances dessas práticas cotidianas de trabalho dos profissionais que participaram este estudo. Para entender de que implicações se está falando, com a palavra, o trabalhador:

A gente aqui, está vivendo o enfretamento de facções para dominar esse território. É que vem pessoas de fora, que a equipe não tem vínculo algum **(T4)**.

Eu percebo aqui, que, essa unidade fica bem no meio desse território, um território pequeno, o que para a comunidade é muito bom e para unidade nem tanto, porque tem algumas situações que interferem né! Quando tem alguma questão de violência à equipe fica presa **(T2)**.

A gente vê as coisas acontecendo, então a gente vê acontecendo ao redor da gente. Eu presenciei um tiroteio, é algo que assusta, mas diariamente a gente vê pessoas sofrerem violência, a gente sabe de situação de violência, abandono descaso, drogas... A gente atende pessoas que estão envolvidas com tráfico, que roubam e matam. Como então a gente lida diretamente com as pessoas e com esses casos? **(T7)**.

A gente sente, nos últimos tempos, né. Que é uma coisa que realmente nunca tinha me acontecido. Eu nunca... Eu nunca vi assim, a comunidade ter medo de entrar aqui, mesmo. Assim, tu ter que se planejar, o horário que vai chegar. O horário de 4 horas da tarde tem que pegar um telefone dizendo “não entra,

tá dando tiro”, coisa assim. Então acho que acontece assim, mas eu acho que a gente aqui, hoje, consegue perceber que realmente a gente tem todos os tipos de violência, e a gente não imaginava que chegaria nesse ponto. São coisas que chateiam, mas que tu não vê uma luz **(T4)**.

Eu não tenho medo de trabalhar, só que assim, eu círculo com muita tensão em certos lugares e em determinados horários eu não vou **(T6)**.

A gente passou a sentir medo de circular porque éramos nós e nós no beco, não tinha nem cachorro nem nada. Tinha que passar por uma pessoa com uma arma na mão, aí você pensa assim: Será que tá esperando alguém? Se acontecer alguma coisa? E isso nos últimos meses para cá aconteceu e realmente nos assusta **(T5)**.

Como o território mudou de uns dois anos e meio para cá a gente realmente sentiu mais, porque a gente sempre saiu sem ter medo de tomar um tiro. Nos últimos meses, a gente precisava pensar se realmente deveria sair para rua, a gente teve que fazer um plano de não sair **(T3)**.

Aí quando a gente via, já estava começando a movimentação, gente saindo com arma de casa e nós tentando entender que estava acontecendo. Ai o que me preocupou era que as ACS não estavam entendendo o que estava acontecendo. Não conheciam mais as pessoas. Confiar em quem? A relação ficou meio... Então isso, daí afetou muito, totalmente a gente mudou a rotina das saídas, dependendo do que, a gente podia sair ou a gente tinha que deixar de sair, ou trocar todo horário, agora pouco tempo à gente voltou com as visitas domiciliares **(T8)**.

Falta contato entre a unidade e a população pra poder trabalhar um pouco melhor, pra inclusive, permitir o planejamento das agendas... Precisávamos ter um pouco mais de contato com a população, que a gente não tem conseguido porque as vezes travamos na busca de um bom diálogo com a comunidade, pra poder atender de um melhor jeito as demandas deles **(T10)**.

A violência interfere nessas coisas básicas, assim entendeu. Então, ela tá latente, aquela coisa... Não é agradável estar aqui, te garanto... De verdade, não é por causa da população, mas sim por causa da violência **(T3)**.

Corroborando com Fiúza et al (2011), os relatos dos trabalhadores explicitam que a violência constitui uma barreira potente entre unidade de saúde e o seu território de atuação, dificultando o acesso da população ao serviço e o acesso das equipes a esses territórios marcados pelos conflitos. Dessa forma, a violência urbana aparece como um elemento limitador na condução do trabalho desses profissionais, uma vez que, se referem a uma realidade constante do seu cotidiano, onde as regras de acesso, impostas por facções ligadas ao tráfico de drogas, inibem a sua entrada na comunidade, comprometendo a capacidade de aproximação com o território. Ao mesmo tempo também, que prejudica a circulação de alguns moradores até UBS e, conseqüentemente, o desenvolvimento e planejamento do processo de trabalho desses profissionais.

Diante do medo dos profissionais de transitar pelo território, o processo de territorialização é fragilizado e dificultado, uma vez que o campo das incertezas é a



realidade desses sujeitos. Nos relatos, fica claro que por traz do desconhecido pode ter a violência, e esse é o dia a dia das unidades de saúde que estes trabalhadores estão inseridos. Seguindo as percepções de Santos (1996), não devemos olhar para o território como fotografia estática e sim como um filme, para captarmos seus movimentos. Arrisca-se aqui a dizer que estamos diante de uma produção nada agradável de ver e que todos perdem no final.

As percepções dos profissionais também vão ao encontro do pensamento defendido por Haesbaert (2014), onde o autor revela a existência de “verdadeiros enclaves territoriais”. A lei que domina é a das facções do tráfico de drogas. Ainda em diálogo com autor, entende-se que esses territórios não estão por completo à margem do Estado, pois por ele são tolerados, compondo arranjos sociais embutidos em uma lógica de poder neoliberal dominante.

A queda de quem comanda o tráfico, a espera pela definição de uma próxima liderança no comando, apresenta um paradoxo cenário para esses trabalhadores. A relação que mantém com seu território, mesmo que inseridos nele, torna-se em diversos momentos um espaço desconhecido, marcado pela indefinição e incerteza. Como dialogar com quem não se conhece? Como dialogar com quem não se vê? Consta-se a magnitude desses eventos e sua interferência na relação desses trabalhadores com seu território de abrangência e os sujeitos que nele habitam, provocando o distanciamento entre comunidade e trabalhador.

Transbordam, nos relatos dos trabalhadores, seus anseios por cuidado, por referência. O Estado sequer é citado como uma possibilidade de proteção, assim como nenhuma de suas instituições. A esperança, no entanto, aparece no desejo de que se defina a liderança do tráfico, o que demonstra que, mesmo institivamente, esses trabalhadores não veem no Estado um suporte possível de contar. Haesbaert (2014, p.138), chama atenção para o que ele chama, de “uso problemático da expressão poder paralelo”, pois segundo o autor é contraditório, uma vez que, mesmo que de forma ilegal, essas organizações mantém forte vínculo com determinados setores do Estado, como exemplo as milícias, realidade de muitas cidades brasileiras, compostas por policiais que hora exerce seu papel “legal” e hora atuam como milícias privadas, em ações patrocinadas pelo tráfico de drogas.

Os relatos dos trabalhadores evidenciam mais que incertezas, eles apresentam a desproteção do Estado, e não raramente o tráfico de drogas torna-se sua referência:

Nossos parceiros? Ninguém. Estamos sozinhos, nada. Nem associação de moradores tem aqui, estamos sozinhos aqui, nada existe **(T4)**.

A gente não tem liderança comunitária, sabe aquela pessoa que vai, é um beco para ver se não tá faltando nada. Dai vamos buscar umas fotos de esgoto exposto, vamos abrir um protocolo qualquer coisa, não tem uma liderança, não só pra isso, não temos pra nada **(T2)**.

Agora, assim, as questões de assaltos de estupros, isso aqui é proibido pelo poder paralelo, e eles sabem que a punição para isso é a morte ou agressão bem forte. Aqui não existe impunidade. Isso é imposto pelo poder paralelo **(T8)**.

A gente não tem referência aqui dentro de segurança, por exemplo. Teve momentos que o traficante que estava aqui, era nossa referência, hoje a gente não tem mais. A gente sempre teve algum traficante como referência, e hoje não tem nenhum, nenhuma **(T3)**.

A Guarda Municipal não entra e nem tem que entrar nesses momentos, porque é mais perigoso para equipe. E aí a gente tenta ajudar a pensar. No momento em que está de fora consegue pensar um pouco melhor. Mas a questão é que aqui dentro ainda está sem liderança **(T5)**.

Assim, pode melhorar, uma vez que alguém domina o tráfico... Não que isso seja bom, mas é assim que acontece, quando alguém domina fica mais calmo. Os novos chefes vêm conhecem a equipe tem uma vinculação, não como favorecimento, não pedir favor, até porque né, ninguém aqui vai fazer favor para ninguém, a gente tá aqui a trabalho e a equipe de saúde é neutra **(T2)**.

Tinha uma liderança que era muito forte nesse território, que ajudava, assim, que brigava, que levava adiante algumas demandas do território. Essa liderança morreu um tempo atrás, que era presidente de uma associação. Então ele morreu alguns anos atrás, eu nem cheguei a conhecer né, e desde então o território tá carente, assim, desse tipo de liderança, né **(T1)**.

Eu sinto falta de um apoio para o profissional, porque para a comunidade bem ou mal, tem a gente. Mas e nós? Não temos nada. Sinto-me um pouco ridicularizada e desprovida de cuidado **(T7)**.

Ah sim, até tem a rede e redinha, mas é que fica tudo fragmentado, é uma reunião aqui, uma ali, espaços diferentes e fora desse território, e que não abordam nossa realidade no território, até porque nem a reunião acontece aqui, então não temos com quem compartilhar o que acontece aqui **(T9)**.

As narrativas desnudam o abandono em que estes trabalhadores e a comunidade encontram-se por parte do Estado. Entende-se aqui, que para estes trabalhadores, a questão que fragiliza sua atuação profissional junto ao território não é apenas a possibilidade de uma relação conflituosa com “usuários violentos”, nem a presença do tráfico propriamente dita, pois este até é visto em muitas vezes como fator protetivo. O que retrata os trabalhadores é a mais pura falta de alguma referência ou liderança. Inspirando-se em Haesbaert (2014), o que vigora aqui é a solidão de quem vive no limite de um estado de exceção, onde permanentemente é convocado a tomar decisões difíceis, e sem ter com quem compartilhar ou até mesmo planejar

conjuntamente. Nesse arranjo encontra-se tanto os trabalhadores, como a comunidade. Arendt (2000), em seus escritos, fala da mediocridade desses movimentos, que jogam os sujeitos ao isolamento, onde os meios técnicos lançam mãos de suas teorias na busca pelo controle do social e domínio político. Os espaços então tornam-se arenas de forças, não apenas no sentido moderno do termo, mas também na “realidade brutal” (PAOLI, 2007, p. 228).

Diante do exposto pelos trabalhadores, identifica-se o paradoxo do discurso que opera nos setores de segurança, proclamados e legitimados por diferentes seguimentos da sociedade. Entre estes setores, encontra-se a mídia brasileira, que em nome de um ilusório bem-estar dentro das comunidades, desenvolve o controle repressivo, que se confunde até mesmo com a própria transgressão que a qual declaram guerra, o tráfico. Uma vez que o contexto de insegurança justifica qualquer medida tomada, tais ações significam para os trabalhadores a eminência de risco. E nelas identifica-se a face da tecnologia do Estado, que adentra o território ignorando as políticas econômicas estruturais, hoje intocáveis, que vem operando nas desigualdades sociais, fomentadas por uma ordem do mercado capitalista. Os efeitos disso se materializam no desenrolar das vidas imersas na comunidade, que apenas sobrevivem às carências de diversas ordens sociais, por sua vez potencializadas pela solidão desmedida, as quais os trabalhadores tentam arduamente administrar, em vão, uma vez que também sofrem outras tantas carências.

Como conceitua Santos (2007), o Estado também exerce violência. Uma delas é contra os direitos humanos (direitos civis, políticos, sociais e direitos de quarta geração), uma vez que a crise é o próprio Estado que produz, ao lançar políticas econômicas cuja base estrutural se dá sobre o emprego e a renda, para responder os ensejos do mercado financeiro, tendo como efeitos sociais, o ataque a direitos básicos como, habitação, a saúde, a educação e a própria segurança (SANTOS, 2007, p.75). Aqui cabe novamente convocar o trabalhador, para materializar o que o autor discute:

O tráfico, não para aqui. Muitas pessoas trabalham para o tráfico, inclusive. Quem tem trabalho, faz como renda extra **(T6)**.

Temos todas as carências. Todas, não temos nenhuma referência e nem recursos, é uma comunidade pobre, sem escolaridade onde as crianças crescem apanhando e o tráfico ocupou espaço **(T8)**.

Trabalhamos com uma população que tem falta de saneamento básico, é a drogadição, o pessoal não trabalha de carteira, são trabalhadores informais, né? Então, tem que saber como abordar, se tu vês que na casa tem um movimento meio estranho, já sabe que trabalho é esse **(T3)**.

O que eu percebo nesses quase seis anos, é que a desigualdade é muito grande. Então, por exemplo, eu conheço uma senhora de quarenta e poucos anos de idade que recebe o bolsa família, que teve uma criança, uma menina, que hoje tem 14 anos e que já está grávida e também recebe o Bolsa Família, com baixa escolaridade. A mãe e a menina também, já largou Ensino Fundamental, nem completou e provavelmente pelo que eu vejo, essa criança vai ter o mesmo destino **(T1)**

É que é um território pobre. Por exemplo, quando eu era criança a gente tinha a igreja católica, então, nessa igreja católica as mulheres faziam um trabalho, assim... de fazer acolhido de retalhos. Tinha uma vez na semana que era oferecido café da tarde, almoço para comunidade, como suprir necessidade de fome de miséria e tal, agente se encontrava. Tinha as missas aos domingos. Agora nossa igreja, hoje, é fechada. A missa acontece sábado. Então, assim, já existe até uma quebra de rotina, do que era. Era uma igreja que era cheia, hoje não existe circulação. Às vezes o padre ali reza a missa com cinco pessoas **(T4)**.

Assim, como costume dizer, brincando assim, vamos derrubar aquela igreja e fazer uma quadra. Eu acho tão inútil uma igreja católica que tem ali. É um bom espaço sabe, seria perfeito. Os acessos aqui são terríveis e no morro, tem muita gente que não sai de casa. E as crianças ficam no meio disso, brincam no meio, cara armado vendendo droga. E a igreja lá fechada o tempo todo. Parece que tem alguns domingos que tem missa, mas não é todo o domingo que tem. Quando a professora da UFRGS precisa, usa o espaço da igreja, mas é difícil, algumas vezes só **(T5)**.

A gente tem profissionais do sexo aqui que é atuante, temos muita criança e adolescentes sozinhos em casa enquanto os pais trabalham. Crianças vítimas de violência sexual, física e psicológica. Sim, temos drogadição, alcoolismo, doenças crônicas, tudo isso junto à pobreza, e o isolamento geográfico. Não tem muito recurso social aqui, apenas coisas básicas, nossa equipe está incompleta e também é uma vulnerabilidade **(T7)**.

Bom, aqui é um território que ainda não tem uma coordenação definida. Além disso, a maioria da população nem sequer terminou o Ensino Fundamental, que não tem escola no território, acho que isso é um grande problema. Eles não têm nenhum acesso a lazer, a outra estrutura social. E aí eles convivem diariamente com tráfico de drogas, né. E aí vão e essa vivência dessas crianças. Eles têm adolescentes hoje que são chefes e subchefes do tráfico e que cresceram aqui, moram aqui a vida inteira e foi isso que eles herdaram, porque não tiveram outra possibilidade **(T2)**.

Quero começar a pensar mais em medicina preventiva e menos em curativa. Se falarmos mais em educação pra saúde e poder educar mães que, por exemplo, o uso de drogas dela vai causar um problema assim e assim no bebê, educar aquele pai que se ele for violento ele pode causar problemas na saúde mental da esposa... Buscar alternativas para os jovens em relação ao uso de drogas, tentar... Mas tudo isso demanda tempo, tu pode conversar com o cidadão, e eu vejo que a gente tem cada vez menos espaço pra isso, principalmente nessa gestão do novo prefeito, que quer atendimento a toque de caixa e ele não tá entendendo que isso não vai salvar as necessidades da população **(T10)**.

A condição da atenção básica aqui em Porto Alegre mexe muito porque geralmente a gente... A resposta que damos à população é em muitas situações “não”, “não tem” e isso faz com que a gente se sinta inútil **(T10)**.

Eu acho que para lidar com esse problema, não é uma questão pontual de lidar com o narcotráfico aqui na vila, eu acho que isso tem que partir como políticas nacionais, estaduais e municipais, porque o problema do

narcotráfico responde a muitas situações sociais aqui na vila. Responde à questão de falta de fontes de trabalho pra população que mora nesta área. Responde a problemas de falta de educação pra população, porque justamente não tem trabalhos adequadamente renumerados, e as pessoas que estão crescendo vão se encaminhando pra esse mesmo caminho, são poucas possibilidades no campo econômico e realmente muitos são atentados pela facilidade da vida no narcotráfico, que dá muito dinheiro, mesmo com o alto nível de risco à vida e pra alguns vale a pena **(T9)**.

A violência é presente, não só aqui em Porto Alegre, mas em todo país. E o que vemos são medidas tomadas, é só um tapa buraco, aqueles cooperativos grandes que fazem nos morros pra pacificar, os caras saem de um morro e vão pra outro morro e isso prejudica mais a população, porque aqui, por exemplo, quando foi preso um chefe do tráfico que estava no comando, todo mundo ficou preocupado, no lugar de ficar aliviado. O fato dele sair não quer dizer que o tráfico termina, quer dizer que vem outro e a gente não sabe se vai ser pior. Então, não sei de que tanto adianta botar preso os traficantes e nenhuma ação é tomada com a população né, porque aqui, depois disso, não foi tomado nenhuma outra garantia de que não virasse novamente o foco do tráfico **(T1)**.

As pessoas não estudam aqui, tipo 5ª ou 6ª série e já vão para o mundo. As meninas têm que trabalhar de limpeza, os meninos, né, e assim vão para o tráfico. Eu notei depois que o tráfico foi para mãos dos mais jovens não tem muito pudor das coisas, vão para disputa direta, né. Então, ele não tem muito limite **(T5)**.

Assim, tem uma creche conveniada da prefeitura e o SASE conveniado a FASC, e só. (...) quem nos ajudava pontualmente era um grupo de amigos de ações voluntárias, mas eles tinham a questão religiosa de igreja e eram muito condicionados, assim as atividades que eles queriam executar **(T7)**.

A maioria que não terminou Ensino Fundamental, maioria mesmo, assim, maior parte esmagadora. Sei lá, vai, acima de 70% não terminou o ensino fundamental, grande parte da população dependente do Bolsa Família. Entendeu, de uma população de 3.000 pessoas 280 famílias são beneficiárias do bolsa **(T3)**.

A única parceria mesmo que a gente conta e que a gente discute é com o SAF, a assistente social tem um dia na semana que ela vem atender junto com agente, ela é a pessoa que a gente pode contar, conhece muito os moradores. Mas ela, assim, acompanha dentro da questão da Assistência Social, entendeu. Então, algum caso que a gente identifica mais complicado, alguma situação mais grave que ela ajuda a gente a encaminhar, mas o contato se resume nela. Tem reuniões de rede que ocorrem fora do território, mas ter que se deslocar daqui pra ir lá, não faz sentido, as coisas acontecem aqui, as necessidades são muito diferentes e pontuais de um lugar para o outro **(T4)**.

Hoje a gente põe tudo na gestão né. Mas que, bem, ninguém pensa em mais escola, ninguém pensa em mais SASE, ninguém pensa em mais atividade para as crianças e adolescentes estão na rua. A gente fala muito da marginalização, mas a gente não propõe nada para que as crianças não se marginalizem. Acho que a gente tinha que pensar mais nesses recursos, nessas estratégias **(T2)**.

Na maioria das vezes isso é desgastante, porque você articula, você aquece a rede, pede ajuda para a assistente social e CRAS, psicólogo e a coisa não vai, e você fica gastando um tempo enorme, com uma pessoa que você não consegue. E isso tem vários casos. Então não adianta insistir, não vou fazer ou fazer o que pode ser feito **(T8)**.

Sinto falta de um espaço pra conversar entre nós, pois com a redução das reuniões de equipe acabou, acabou os nossos momentos de discutir os casos, a gente também tinha momentos legais de compartilhar entre nós as coisas e isso nos aproximava. Hoje já não tem isso, passamos informes em quarenta minutos, temos dez minutos de discussão de caso e o resto é esperar o pessoal chegar para a reunião e acabou a nossa reunião. É assim duas vezes por semana **(T7)**.

Ah, já que é sigilo, eu posso te dizer que a violência maior que sofremos dentro da uma unidade de saúde é da gestão. Essa é a violência maior que o trabalhador sofre hoje. Por muitos motivos, falta de estrutura é um deles, temos que trazer de casa coisas para fazer um brechó para comprar material de trabalho. Somos transferidos a todo tempo para outras unidades, isso gera muita insegurança **(T9)**.

As questões levantadas pelos trabalhadores, as quais permeiam o seu cotidiano de trabalho, implicam em desafios diretamente ligados ao processo de territorialização, primeira atribuição da APS, que é entendido como um processo de apropriação do espaço pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. Em termos práticos, é o momento de criação, onde se encaminham as ações direcionadas a uma prática de planejamento, onde da práxis emana a contradição entre as atribuições previstas na política e a realidade vivida por esses trabalhadores. Criar, agir e transitar, são verbos não muito fáceis de conjugar, uma vez que o diálogo perpassa pelo encontro com a violência urbana, que somado a total falta estrutura ou suporte estatal, inibe qualquer transbordamento criativo desses trabalhadores.

A habilidade necessária para trabalhar com estes complexos cenários e seus eventos inesperados não é ofertada na formação profissional, tão pouco prevista pelos gestores, o que gera indignação e frustrações. Nesse sentido, a conexão interssetorial desses trabalhadores pode acarretar um fator protetivo e de instrumentalização, uma vez que é na troca que surge ações possíveis de superação das incoerências entre o cotidiano e as técnicas burocrático virtuosas, que muitas vezes lhe é atribuído.

Os trabalhadores relatam que mesmo de forma incipiente, buscam desenvolver parceria e trocas com outros profissionais e serviços. Todavia, essas iniciativas ainda são executadas de forma focalizada no indivíduo. Poucas foram as experiências de ações coletivas, mas uma vez concretizadas, apresentaram momentos de inclusão social na comunidade, que não se efetivaram devido a não continuidade. A fragilidade se dava na operação destas ações, que eram gerenciadas na comunidade pelo terceiro setor (ONGs), principalmente instituições religiosas, que infelizmente foram se perdendo com o tempo, o que só corrobora com o que já vem sendo trabalhado nesse estudo: a lacuna deixada pela ausência do Estado, frente as reponsabilidades

sociais. Montão (2003) faz uma reflexão sobre as ONGs, deixando claro o lugar ocupado hoje por elas e, mais especificamente, a sua funcionalidade ao capital.

O marcante, então, é a necessidade de articular as atribuições e princípios da APS com a nossa conjuntura sócio histórica, ou seja, não com intuito de justificar ou reforçar o sentimento de incapacidade e frustração dos trabalhadores, mas sim, produzir a partir de suas vivências, análises críticas que provoquem movimentos de rompimento do seu isolamento, possibilitando encontros que possam produzir a superação da obscuridade em que estão imersos, na via da potencialidade de novos caminhos. Rollemberg (2003), propõe pensar que é na relação com o outro e no encontro de pontos de vistas que se produz a capacidade de entendimento de realidades distintas a nossas. Com isso, possibilita um criar de uma “compreensão compartilhada”, pois afinal, a sociedade não é objetiva, independente dos agentes sociais, ela é construída e mantida por meio da interação.

## CONCLUSÃO

Com o objetivo de “Compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS, que atuam na Vila Herdeiros e na Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre/RS, iniciamos a pesquisa com um primeiro questionamento direcionado aos sujeitos do estudo: o que é violência urbana? A intencionalidade, constante neste questionamento inicial, foi conhecer o entendimento do trabalhador sobre o fenômeno da violência urbana, vivenciado de todas as formas em seu cotidiano. Esse ponto de partida remetia para a possibilidade de conhecer a interferência deste fenômeno no trabalho das equipes de saúde. As respostas vieram plenas de diversas e diferentes considerações como: assaltos, brigas de trânsito, conflitos entre vizinhos, entre outros. Em sua totalidade, independentemente de incluírem outras formas de violência na resposta, todos os sujeitos do estudo trouxeram a criminalidade e os conflitos em torno do tráfico de drogas como exemplo do conceito concreto de violência urbana. A violência urbana como resultante das disputas do tráfico de drogas, disputas pelo poder entre diferentes facções e a violência policial.

Concluiu-se, assim, que a violência urbana interfere diretamente e de diferentes formas no processo de trabalho destas equipes de saúde. Uma das mais significativas interferências relaciona-se essencialmente a três dos princípios básicos da PNAB. Primeiro a fragilização da Integralidade, eixo prioritário da política de saúde, compreendida como importante estratégia para o exercício pleno da cidadania. Envolve o ato do cuidar integral, requer olhar para o sujeito em sua totalidade, na complexidade de sua vida. Significa ir além do diagnóstico, exige o cuidado integral, que ultrapassa a uma assistência à saúde, remete a serviços integrados por redes assistenciais, com atores e organizações que dependam entre si da construção da integralidade. A integralidade é concebida como uma construção coletiva.

Por mais que o trabalhador da saúde esteja sensibilizado e preparado para olhar/cuidar o sujeito na sua integralidade, os principais recursos para este exercício tornam-se inviabilizados, como as visitas domiciliares e as idas ao território e outras ações coletivas. A integralidade, um dos pilares da Atenção Primária, fundamenta-se na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e na articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família.



Desta forma, a intervenção tal qual preconizada pela APS, fica totalmente comprometida. Constatou-se que as limitações impostas no exercício da atenção integral, se expressam de diferentes formas, são inúmeras situações enfrentadas diariamente como o medo de confrontos e conflitos nos territórios com a disputa de poder na gerencia do tráfico e as investidas policiais em nome da guerra as drogas.

Outro princípio básico da APS, a intersectorialidade, mola propulsora da integralidade, também é seriamente comprometida diante da violência urbana. Mais um dos tantos muros criados no território, o que Haesbaert (2014) denomina de contenção territorial, ou seja, formas de conter em um determinado espaço geográfico, aqueles considerados indesejáveis, os não validos dos interesses privados do mercado e assim de uma nova ordem urbana.

Identificou-se a existência da contenção territorial, que culmina, no que o mesmo autor chama de efeito-represa, a obstrução de caminho ou pelo menos a restrição no direito de transitar. Nos relatos dos trabalhadores, encontram-se as dificuldades enfrentadas pelos moradores da comunidade para saírem do território, mesmo em situações que envolvem a saúde e a exigência de atendimento mais especializado de saúde. Fato que se reproduz nos encaminhamentos para outras políticas públicas, na busca de efetivação da atenção integral e intersectorial.

Destaca-se que alguns encaminhamentos e notificações necessários e relevantes como em situações de negligência, maus tratos, abuso sexual ou violência doméstica, ficam comprometidos diante da possibilidade de que a equipe possa sofrer represálias ou algum tipo de reação de possíveis agressores, envolvidos com o tráfico. Constata-se que o cuidado integral é mais uma vez colocado em xeque pelo medo da equipe que fica receosa de acionar serviços de proteção as possíveis vítimas.

Transborda em todos os relatos o abandono escolar, como resultado mais perverso da contenção territorial, uma dentre tantas fragilidades do território, com implicações para o futuro das gerações do território. Os jovens mal concluem o ensino fundamental, e este é seguido pelo abandono escolar, como mais uma implicação deste perverso processo de contenção territorial. São múltiplos os fatores que geram esse efeito – represálias, o domínio do tráfico, que aplica a lei do toque de recolher - não são raras as vezes que o transporte público não circula dentro da comunidade por conta dos conflitos entre facções e a entrada truculenta da polícia apontada com um importante fator, a falta de oportunidades de trabalho também mantém a

população dentro do território. Muitos moradores, principalmente os jovens encontram no tráfico alternativa para garantir sua subsistência financeira e de sua família. E, ainda, identifica-se que existe algo, inexplicável, sentido pelos moradores, e que não conseguem identificar, que é um temor, um receio subjetivo atrelado aos fatores anteriores, que parecem inibir a circulação dos moradores para fora de seu território, como se apenas aquele espaço é o seu lugar.

Outro princípio básico da APS, também comprometido pela violência urbana, refere-se a Territorialização. Frente a este contexto, o cotidiano destes trabalhadores é marcado por situações de conflito e de vulnerabilidades frente à violência. São inúmeras situações de conflito no território, ao lado da unidade de saúde, como trocas de tiros entre facções rivais, notícias de assassinatos e expulsão de famílias inteiras de suas residências. Os que assumem a gerência do tráfico na comunidade, trocam continuamente, e a comunidade não sabe, nem conhece, quem está na liderança do território. Fato este que impede qualquer contato ou mesmo tentativa de diálogo com esta liderança, criando situações que tornam trabalhadores e comunidade reféns deste contexto. Enfrentam diariamente o medo nas ruas do território, no posto de saúde, nos atendimentos a domicílio, medo que os acompanha em todas as atividades desenvolvidas. Este fator leva os profissionais a promover ações restritas ao espaço físico da unidade de saúde.

A Territorialização, portanto, vai além do conhecimento de uma simples descrição de uma população, área territorial ou de serviços de saúde delimitados por famílias. Trata-se de uma importante ferramenta de gestão no processo de cuidado e construção da continuidade e longitudinalidade do cuidado e fortalecidos pelo vínculo. Portanto, a questão do direito à saúde está diretamente atrelada ao território e a forma como os serviços se relacionam com ele. A Territorialização cria territórios para os serviços; é essa a função do ato territorializador. Em síntese, os atributos da atenção primária é ser a porta de entrada, continuidade, coordenação e integração das ações, que não se realizam sem a definição do território de atuação dos seus serviços. (STARFIELD, 2002)

Exigências e competências, que diante dos frequentes eventos de violência presentes no cotidiano da comunidade, tornam-se impeditivos para o desenvolvimento da assistência em áreas consideradas vulneráveis à violência urbana. Significa que o convívio com situações adversas não só afeta os usuários, mas, também, os

profissionais de saúde, tanto no acesso territorial, como no desenvolvimento e planejamento de processos de trabalho. Os trabalhadores percebem a violência urbana como um desafio, que afeta e interfere em suas práticas profissionais, culminando na descontinuidade do seu processo de trabalho e por consequência produz um distanciamento entre a comunidade e a unidade de saúde. As implicações deste processo é a fragilização dos vínculos entre o trabalhador de saúde e a comunidade. Vínculos esses essenciais, que se constituem como fator protetivo diante da violência urbana a qual estão expostos.

Os frequentes conflitos no território, colocam ao trabalhador não apenas o dilema da insegurança, mas também o contato direto com o desconhecimento. O território sofre significativas mudanças, mesmo os ACS, que são moradores da comunidade ficam à espera de entender quem são os novos atores que entram e saem após a cada evento de violência.

Destaca-se que a contenção para esses trabalhadores significa ir além da esfera territorial, beira a imposição do cárcere, uma vez que são levados ao enclausuramento total dentro unidade de saúde. Para esses trabalhadores, embasam as ações coletivas intersetoriais e comunitárias da APS, tornam-se questões geradoras de sofrimento e de impotência.

Em uma comunidade restrita em seu território e uma equipe enclausurada no interior da estrutura do posto, com raros momentos de comunicação entre eles, as temáticas em debate giram em torno dos atendimentos clínicos e ambulatoriais na unidade de saúde. Ambos vivem o efeito da desproteção do Estado, a negação do acesso a direitos básicos e a proteção social. Contraditoriamente acabam submetendo-se a proteção do tráfico, tanto como alternativa de renda, no caso da comunidade, como alternativa de proteção e segurança. Nesse caso, inclui-se os trabalhadores, ciclo que alimenta e retroalimenta a violência urbana, provocando o “efeito-pressão”, que fortalece cada vez mais o processo de represamento diante de uma violência urbana que se territorializa.

Conclui-se também que a saúde desses trabalhadores, está sendo afetada e pode ser destacada a partir dos relatos destes trabalhadores. Muitos deles iniciaram uso de medicação, como estratégia para controlar medos e ansiedades, utilizaram os afastamentos do trabalho por conta do medo e da insegurança, foram invadidos pelo sentimento de impotência, atravessados pela revolta. Tais situações limites são

confrontadas diariamente. Alguns trabalhadores relataram que solicitaram transferência de local de trabalho, em busca de uma tranquilidade para desenvolver suas atividades.

A principal demanda destes trabalhadores situa-se na convivência com conflitos e a eminência da exposição com a violência. Se consideram despreparados para o enfrentamento desta realidade, da violência nos territórios. Afirmam que é na vivência direta, no cotidiano, que encontraram algum tipo de instrumentalidade, entretanto sem base técnica alguma.

Mesmo ações como o programa Acesso Mais Seguro, como proposta de um plano de proteção para os trabalhadores, acabaram por acarretar a esse trabalhador um sobretabalho, com perspectiva do estar sempre alerta, e com a responsabilidade por sua própria segurança e da equipe, demandando a ele ler os sinais do território para então decidir quais são as alternativas mais adequadas para sua proteção. A ilusão do controle e prevenção de riscos, diante de um fenômeno em que a previsibilidade não é sua principal característica, não contempla a complexidade do fenômeno.

Constata-se que, não tem sido construída uma agenda em torno do problema da violência nos processos de trabalho e formação dos serviços. As iniciativas encontradas neste âmbito são particulares e de alguns profissionais e em alguns territórios.

Os sujeitos do estudo ressaltaram que, apesar de todos os desafios enfrentados no desempenho do cuidado, buscam constantemente, reunir forças e desempenhar a assistência em saúde da melhor forma possível. São profissionais que enfrentam um processo contínuo de adaptação a uma realidade de trabalho, permeada por uma diversidade de sentimentos, apoiando-se em sua capacidade de resistência e enfrentando seus medos e anseios para continuar desempenhando seu trabalho.

Para isso, é necessário que ações intersetoriais sejam bem articuladas, tendo em vista que as ações de prevenção à violência, quando ocorrem de forma integrada, através de ações desempenhadas em diversos setores sociais, possuem mais êxito, se comparadas com ações de caráter individual, claro que, observando a falácia de eventos grandiosos e pontuais. Estamos falando de ações coletivas e contínuas, construídas e pensadas com os trabalhadores e as comunidades.

Emerge, portanto, a necessidade da implementação de estratégias de intervenção em caráter multisetorial, que propiciem a realização dos cuidados necessários para a população, sobretudo para as que residem em áreas nas quais são vivenciadas as disputas do tráfico. Aqui, o desafio, além de articular as políticas de proteção social, é integrar a política de segurança na busca pelo um diálogo mais próximo e contínuo, pois, notoriamente, o papel da segurança resume-se em aprisionar, e ampliar esse olhar é um dos maiores obstáculos.

Outra possibilidade é diante da proximidade da APS com a comunidade. Esta possui um papel relevante no enfrentamento à violência, sobretudo na prática de atividades em educação em saúde e articulação comunitária, possibilitando o surgimento de futuros líderes comunitários, visto que existem uma importante carência de lideranças que não venham do tráfico. Através da educação, é possível conhecer as características da realidade imposta, orientar os moradores e estabelecer vínculos com a comunidade, os quais são importantes para o enfrentamento à violência na assistência à saúde, pois a violência não se relaciona apenas ao tráfico de drogas e suas consequências, ela está presente no cotidiano da vida humana, podendo surgir por questões estruturais, decorrentes da sobreposição de privações e segregação social que acaba por impactar negativamente na atenção à saúde.

Extrapolando a necessidade de resistência diante das adversidades e, sobretudo, a vital importância do posicionamento de gestores e das autoridades públicas diante das mazelas sociais vivenciadas pelas comunidades. Entende-se que a violência se apresenta como um reflexo de todo o contexto socioeconômico que vivenciamos hoje, o desemprego, a ausência de políticas públicas, a falta de infraestrutura, a falta de atividades culturais e lazer, além de diversos problemas sanitários, são importantes expressões desse sistema. Assim, o desenvolvimento de estratégias de cuidado que promovam uma amplitude da assistência à saúde é necessária e urgente para essa população, haja vista que estamos falando de direitos que estão sistematicamente sendo violados e negados pelo Estado. Pois apesar de a violência urbana se configurar tema de crescentes debates no Brasil, sua tematização, atrela-se sobretudo ao campo da Segurança Pública e da Justiça.

Compreendendo a complexidade da relação entre violência urbana e saúde, conclui-se que urge a necessidade de a saúde assumir uma nova agenda, colocando em análise práticas que ainda são regidas por uma lógica biomédico-individualista

sobre os problemas das comunidades, territórios nos quais a presença do Estado não ocorre na completude, o que resulta e impera a lógica da exclusão.

## REFERÊNCIAS

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. **A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR)**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 171-180 – 2008.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 10<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2000.

ARENDT, H. **On Violence**. New York, Harcourt, Brace & World, 1970.

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS – **Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. Ano I, n 1 , jan-jun 2000 – São Luis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS – 2007.

ÁVILA, F.; ARAÚJO, J. R. **Vilas da grande cruzeiro**. Porto Alegre: Unidade Editorial/SMC, 2006.

BOSCHETTI, I. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Nota Técnica Nº 17- **Atlas da Violência** - Brasília, Março de 2016. Disponível em: [www.ipea.gov.br/atlasviolencia/pdf/2016](http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/pdf/2016) Acesso em 09 de Novembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília (DF), 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 7 a 21 de março de 1986.

BRAVO. M. I de S. **Serviço Social e Saúde: desafios atuais**. In Temporalis - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social — ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, n. 13, ano VII, jan.-jun. 2007.

BUSS, P. M.; FILHO A. P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Comissão de Defesa do Consumidor, Direitos Humanos e Segurança Urbana – CEDECONDH. **Mapa dos Direitos Humanos, do Direito à Cidade e da Segurança Pública de Porto Alegre 2015**. Organizado por Fernanda Melchionna e Nina Becker, colaboração de Raquel Matos e Lara Nasi. – Porto Alegre: Stampa Comunicação, 2015.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, *et al.* (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 2006.

CASTELL, R. **A insegurança social: O que é ser protegido?**; tradução de Lucia M. Endlich. Petrópolis:Vozes, 2005.

CASTELL, Robert. **A insegurança social: O que é ser protegido?**; tradução de Lucia M. Endlich. Petrópolis:Vozes, 2005.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>. Acesso: 16 de setembro de 2017.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, URSS, 1978.

FERREIRA, I. C. B.; PENNA, N. A. **Território da violência: um olhar geográfico sobre a violência urbana**. Revista GEOUSP - Espaço e Tempo, São Paulo, n.18, p.155-168, 2005. M. Endlich Orth – Petrópolis, RJ: Ed vozes 2005.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H. **Intersetorialidade na Rede Unida. Divulgação em Saúde para Debate**, 2000, v.22: p. 25-35.

FIUZA, T. M.; et al, **Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro**. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, SC- 2011.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Política de Saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.

FRANCO, M.- **UPP – A REDUÇÃO DA FAVELA A TRÊS LETRAS: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- (Dissertação de mestrado)** - Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Turismo da Universidade Federal Fluminense, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. - 6 ed.- São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008

GIL, C. R. R. **Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.  
HAESBAERT, R. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção**. RJ: Bertrand, 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. Em: Dicionário



da Educação Profissional em Saúde. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 10 de Setembro de 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5. p.2297- 2305, 2010.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, J. M. R. **O acidente e a morte no trabalho: o verso e o averso de uma história e a construção social de sua invisibilidade**. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley. *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. **Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo , n. 107, p. 461-481, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2DdclcB>. Acesso em 18 de janeiro de 2018.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. **Trabalho, classe operária e proteção social: reflexões e inquietações**. *Rev. Katál. Florianópolis v. 12 n. 2 p. 241-248 jul./dez.* 2009.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. ed Hucitec- ABRASCO SP-RJ, 1995.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 4: 513-531, 1998.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violência, um problema mundial de saúde pública: relatório mundial sobre a violência e a saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PAOLI, M. C. **O Mundo do indistinto: Sobre Gestão, Violência e Política**. In: OLIVEIRA, F. e RIZEK, S. (orgs.) A era da indeterminação. São Paulo: Boi Tempo. 2007.

PEREIRA, C. P. **Proteção Social no Capitalismo Crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas- subsídios à crítica dos mínimos sociais**. - 6 ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

PINHEIRO, R. (org); MATTOS, R. A. de (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. RJ, 4ª ed, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria de Planejamento Municipal: **Projeto Integrado de desenvolvimento Sustentável da Lomba do Pinheiro – Construindo a Lomba do Futuro** – Julho, 2003.

SALVADOR, E.; TEIXEIRA, S. O. **ORÇAMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS: metodologia de análise na perspectiva crítica**. R. Pol. Públ., São Luís, v. 18, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2014.

SANTOS, J. V. T. dos **Violências e dilemas do controle social nas sociedades da "modernidade tardia"**. *São Paulo Perspec.* 2004, vol.18,ed 2009.

SANTOS, J. V. T. dos. **As lutas sociais contra as violências**. *Política e Sociedade* Nº 11 – outubro de 2007.

SANTOS, J. V. T. dos. **Violências e conflitualidades**. Porto Alegre: Ed - Tomo, 2009.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2000.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SCHACHTER, S. **Tiempos violentos, barbárie y decadência civilizatória**, ed Herramienta 2015, Buenos Aires, Argentina.

SILVA, A. **As Relações entre Estado e Sociedade: as “novas” formas de gestão social no Brasil**. In: A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.

SOUSA, R. P. **Proteção Social**. In: FERNANDES, R. M. C.; HELLMANN, A. (org.). Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.

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

TEIXEIRA, C.F. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

VIEIRA, N. M. F.; DESLANDES, S. F. **As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1583-1596. ISSN 1413-8123. disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>. Acesso em 25 de setembro 2017.

## ANEXO A

### Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Nome:            Idade:            Categoria Profissional:            Tempo de trabalho na APS:  
Vínculo:        ()       Prefeitura        Municipal        de       Porto       Alegre        ()  
outros\_\_\_\_\_

Conte um como foi a sua aproximação com APS.

Na sua perspectiva, o que é violência urbana?

Como vocês organizam o dia a dia de trabalho na unidade de saúde.

Você intensifica alguma forma de interferência da violência urbana no seu processo de trabalho? Explique como acontece.

Você conhece a história dessa comunidade?

Como você percebe suas principais vulnerabilidades e potencialidades?

Na sua percepção, quais os principais desafios de trabalhar com essa comunidade?

A partir de sua experiência, a equipe encontra-se instrumentalizada para lidar com essas situações de violência urbana que vem ocorrendo?

Em seu processo de formação, em algum momento foi abordada a temática da violência urbana?

E agora, atuando como profissional contratado, a temática da violência urbana é trabalhada com a equipe? De que forma?

Na sua perspectiva, a violência urbana é uma questão referente a esse território? E quais são as estratégias da equipe diante dessa realidade?

Existem espaços de diálogo entre equipe e comunidade? Onde e como acontece?

Você sente medo de trabalhar com essa comunidade?

Você gostaria de contar sobre alguma experiência que tenha marcado sua atuação no posto? Como se sentiu? Pode descrevê-la?

Na sua opinião quais as possíveis causas da violência urbana nesse território?

Na sua visão é possível buscar/e ou construir estratégias de enfrentamento a violência urbana? Indique quais seriam?

Além Posto quais outros serviços desenvolve junto a essa comunidade? Na sua visão como se dá a comunicação e articulação entre a sua equipe e esses serviços?

**ANEXO B**  
**TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Instituto de Psicologia**  
**Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social - Mestrado**

**TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos você a está a participar da coleta de dados da pesquisa intitulada “Atenção Primária em Saúde: entre vivências de cuidados e violência urbana” cujo objetivo é o compreender como a violência urbana interfere no cotidiano de trabalho dos profissionais da APS, que atuam na Vila Herdeiros e na Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre/RS, tendo como eixo central o processo de trabalho e o cuidado integral em saúde.

Ao aceitar participar da pesquisa, será preenchido um questionário, bem como se realizará uma entrevista individual na busca de interlocução sobre suas vivencias no trabalho, ressaltamos que a coleta de dados será realizada em torno de 40 minutos e que a entrevista acontecerá conforme sua disponibilidade a fim de não interferir ou prejudicar suas atividades de trabalho.

Os benefícios desta pesquisa se referem à produção de conhecimento sobre realidade vivenciada neste cotidiano de trabalho, colaborando com o debate sobre os efeitos da violência na organização do trabalho das equipes e no cuidado integral á saúde no território. Enquanto que os riscos são considerados mínimos, no entanto caso ocorra algum tipo de desconforto com o presente estudo, será ofertado pelo pesquisador espaço de cuidado e escuta individual adequado se necessitar, caso necessite de cuidados mais específicos serão feitos os devidos encaminhamentos para rede de cuidado de referencia do município. As entrevistas serão gravadas a fim de garantir o processo fidedigno de análise de seus conteúdos, preservando a confidencialidade da sua identificação, e mantendo sigilo através da eliminação de qualquer informação que possa identificá-lo (a). O tempo previsto para coleta será de em media 40 minutos. Os dados coletados serão mantidas sob sigilo em local seguro, no endereço Rua Ramiro Barcelos 2600, Bairro Santa Cecília – Instituto de Psicologia, sala 513 A pelo período de 05 anos, após, serão destruídos. Os resultados desta pesquisa serão encaminhados para divulgação, através de artigos, capítulos de livros,

jornais, encontros ou seminários voltados para a área, ressaltando que a identidade dos participantes será sempre preservada. A devolução destes resultados aos sujeitos do estudo ocorrerá em reunião específica, após o término da coleta e análise dos dados. O acesso aos resultados também será garantido através da participação na defesa pública da dissertação de mestrado, em data a ser divulgada, e também no acesso on-line disponível nas bases de consulta pública na UFRGS e CAPES.

Não haverá nenhuma forma de remuneração ou ressarcimento referente à participação dos sujeitos nesta pesquisa. Você poderá pedir esclarecimentos, interrupção, ou desligamento da pesquisa em qualquer etapa do processo.

Outros esclarecimentos ou informações sobre a pesquisa poderão ser obtidos com o pesquisador responsável, Profa. Dr<sup>a</sup> Jussara Maria Rosa Mendes - ou com a mestrande Janaíra Dorneles de Quadros D'ávila, através do e-mail – [jdavila@hcpa.edu.br](mailto:jdavila@hcpa.edu.br). Também podem ser esclarecidas quaisquer dúvidas com os comitês de ética: do Instituto de Psicologia da UFRGS, através do telefone (51) 3308-5698 e/ou endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília - Porto Alegre/RS. E-mail: [cep-psico@ufrgs.br](mailto:cep-psico@ufrgs.br) e também com coparticipação do **Comitê de Ética em Pesquisa SMS**- Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico) - Fone: 32.89.55.17- e-mail: [cep\\_sms@hotmail.com](mailto:cep_sms@hotmail.com).

De acordo:

---

Assinatura do (a) participante voluntário (a)

---

Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

