

# **O PROTAGONISMO DE UM COLETIVO DE TRABALHADORES(AS) EM SAÚDE DA CIDADE DE PORTO ALEGRE NA INTERAÇÃO COM A VIOLÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA EM UM PRONTO ATENDIMENTO DA REDE DO SUS**

Por Joscelaine Guedes

Orientador: Daniel Canavese

## **RESUMO**

A presença da violência na interação social humana é um fato histórico. Há relatos de atos violentos desde a antiguidade como os massacres dos gladiadores na Roma antiga, passando pela inquisição na Idade Média e chegando aos dias atuais com chacinas e atentados terroristas. A violência sempre marcou a história com acontecimentos de grande impacto, porém há também a violência invisível do dia adia, como as que ocorrem dentro das instituições. No setor saúde a violência aumenta de proporção a partir do momento que a lógica de “espaço protegido” não se configura mais como uma realidade. No cotidiano dos serviços de saúde os trabalhadores atendem a populações com diferentes tipos de necessidades, muitas delas relacionadas a condições sociais como trabalho, renda, habitação, educação. Esse cenário é o pano de fundo de constantes situações de violência, que juntamente com os usuários, adentram os serviços de saúde e exigem dos profissionais a ressignificação do trabalho e a incorporação de tecnologias no atendimento às demandas diárias por cuidado.

Neste contexto, este trabalho pretende, a partir de um estudo de caso, descrever a construção de trabalho Multiprofissional Colaborativo com o uso da ferramenta Acesso Mais Seguro (AMS). A implantação da ferramenta no Serviço de Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), no município de Porto Alegre, contou com a parceria da Cruz Vermelha Internacional (CICV) ocorreu no período de junho de 2015 a setembro de 2017 e procurou instrumentalizar os profissionais para a interação com a violência.

**Palavras-chave:** Violência, Humanização, Trabalho em saúde

A violência em todas as suas formas traz consequências no cotidiano dos indivíduos, pois historicamente está presente nas sociedades de todo mundo. Para conceituá-la temos que considerar alguns fatores, como crenças e valores pessoais. Ela acontece não só em territórios vulneráveis e de baixa condição social, está no dia a dia das ações dos indivíduos e como se relacionam com o ambiente, com situações cotidianas de estresse, é biológica, para Freud (1980) a agressividade é um impulso natural que é relacionado com sobrevivência, defesa e adaptação do ser humano. Causa grandes danos aos indivíduos, segundo Minayo (2005) “*A violência consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades*”. No setor saúde o desafio é ainda maior, pois absorve o impacto em todos os ângulos. Para Organização Mundial da Saúde(OMS) saúde se configura como, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” e no dia a dia dos serviços de saúde os (as) trabalhadores (as) atendem uma população carente em suas necessidades mais básicas como trabalho, habitação, educação , portanto claramente há uma lacuna a ser preenchida pelo setor público nesse sentido, assim há necessidade de se pensar o que pode determinar este cenário. Para a OMS os determinantes sociais da saúde relacionam-se as condições de vida e trabalho, e levam em consideração aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Estas questões influenciam na forma como o indivíduo relaciona-se com o outro, pois suas fragilidades os colocam em uma condição de desigualdade, e as iniquidades existentes podem em muitas situações colocar a agressividade e o comportamento violento como alternativa para que seu direito a atenção em saúde seja respeitado.

Os(as) trabalhadores(as) ao exercerem suas funções diárias nos serviços de saúde estão expostos(as), a violência estrutural, institucional e interpessoal (MINAYO, 2005). As desigualdades sociais produzem na sociedade todo tipo de miséria humana. A carência causada pela ausência do setor público nesse espaço reflete diretamente nos profissionais envolvidos, devido aumento pela procura dos serviços de saúde.

Os processos de trabalho tornam-se burocratizados e verticalizados, despersonalizando e desconsiderando as subjetividades dos indivíduos, o que causa, em muitos momentos, o “endurecimento” na atuação dos trabalhadores (as) e influenciando na maneira de como esses se relacionam como usuário e com o trabalho em si.

Ressignificar os processos de trabalho é necessário a partir do momento que a lógica instalada de trabalho mecanizado e despersonalizado do trabalhador (a) o expõe a situações que em muitos momentos colocam sua integridade física e emocional em risco. Assim a busca de resiliência como alternativa pessoal para que haja uma melhora na interação com a equipe e como trabalho executado pode ser estratégico neste cenário. É importante também citar a posição de respeito aos direitos humanos que o setor saúde deve se propor, pois os equipamentos de saúde devem sempre ser espaços do cuidado, não realizando processos discriminatórios ou de julgamento.

## *Violência, investigação e ação!*

*“A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO; SOUZA, 1998*

## AS INTERAÇÕES HUMANAS COMO TECNOLOGIA DO TRABALHO.

O princípio do trabalho humano se dá a partir das tecnologias neles colocado, sendo necessário refletir sobre as relações que ocorrem entre as tecnologias, a ciência e o humano nos diferentes espaços em que se apresentam (MERHY, 2001). Essas tecnologias podem ser classificadas da seguinte maneira: tecnologia dura, (equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais); leve-dura (compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde); e a leve, (se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização). Embora exista uma relação clara entre elas é possível dizer que no trabalho em saúde, em especial, as tecnologias de relações, definidas como ‘leves’, são as capazes de propiciar o acolhimento necessário tanto para o usuário como para o profissional envolvido. Este envolvimento promove melhor interação na relação do processo saúde/doença e nos desdobramentos resultantes. Isso porque as tecnologias leves consideram a complexidade do indivíduo, a subjetividade do sujeito é contextualizada, tal como a consideração das condições biopsicossociais, do seu estilo de vida e dos espaços em que se opera o cuidado.

Embora seja evidente a importância das tecnologias duras e leves-duras no setor saúde, podemos dizer que neste setor a que mais se destaca é o quanto de “humano” é investido.

---

*“(...) somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança ( MERHY 2002).*

---

## CONECTANDO VIDAS À SABERES E FAZERES

O acolhimento é uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2003) que ganha contornos próprios e relevância na atenção em saúde como estratégia de cuidado. Baseia-se no princípio da equidade para garantir acesso humanizado e resolutivo às demandas de saúde de usuários e comunidades. Neste sentido destaca-se como estratégia a escuta não apenas no sentido usuário – profissional, mas também a execução da prática dentro das relações de trabalho, como uma medida dos profissionais conectarem-se, tornando o cotidiano do trabalho mais adequado e justo para todos.

---

*“O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde ( Brasil 2010).*

---

O acolhimento ao trabalhador em saúde é algo ainda muito pouco realizado, pois entende-se que o trabalho deve ser mecanizado, sem a compreensão da necessidade de realização pessoal pelo trabalho, o que conseqüentemente gera o sentimento de desvalorização, há o entendimento da mecanização do trabalho, a lógica de tarefas, ou seja, não está claro que ao realizar o trabalho se espera que haja uma realização pessoal e por consequência o reconhecimento, causando também o sentimento de desvalorização. Acredita-se que o saber acolher está muito ligado a vivências prévias, o profissional toma como plausível a escuta quando consegue entender e reconhecer as subjetividades dos indivíduos e assim, a tolerância é algo a ser exercitada diariamente.

*“(…) Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, sob qualquer destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos. Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres ( MERHY 2002).”*

Portanto, é necessário repensar ações e mecanismos para o enfrentamento diário as situações de violência. A utilização de com tecnologias que ao mesmo tempo dão significado ao trabalho e cumpram com as demandas diárias, sem que para isto o sofrimento pessoal seja algo banalizado, e que tanto usuários (as) como trabalhadores (as) sejam contemplados (as) nas suas expectativas.

Neste contexto, este trabalho descreve a construção do trabalho Multiprofissional Colaborativo com o uso da ferramenta Acesso Mais Seguro (AMS) em parceria com a Cruz Vermelha Internacional (CICV) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no Serviço de Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ) na Cidade de Porto Alegre (POA), no período de junho de 2015 a setembro de 2017.

O Pronto Atendimento Bom Jesus é localizado na região leste da cidade de Porto Alegre, região composta pelos bairros Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. Com população de 114.309 habitantes, representando 8,11% da população do município, com área de 15,41 Km<sup>2</sup>, representa 3,24% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.417,85 habitantes por Km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 2,62% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 4,77 salários mínimos. Com IDH de 0,777 esta região é conhecida pela alta vulnerabilidade social (OBERSERVAPOA, 2017). Fundado em 20/01/1996, conta atualmente com aproximadamente 250 trabalhadores entre servidores municipais e terceirizados, funcionando nas 24 horas do dia, todos os dias do ano. Atende adultos e crianças. Atualmente tem uma média de 275 atendimentos/dia ou 8400 atendimentos/mês.

## **O INÍCIO DO PROCESSO: A CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO DE DIÁLOGO NO PRONTO ATENDIMENTO DA REDE DO SUS**

No ano 2015 houve uma mudança no cenário da violência urbana na cidade de Porto Alegre e a lógica que até então existia era que os serviços de saúde, de certa maneira, eram “protegidos” como território neutro em relação à violência. Porém a violência passou a adentrar nos serviços. A incidência de um grande número de agressões verbais e de ameaças a integridade física de trabalhadores (as) do PABJ na cidade de POA, destacou a necessidade de reflexão sobre como agir nessas situações. No primeiro

momento os(as) trabalhadores(as) se organizaram e realizaram uma mobilização com restrição do atendimento no serviço. O propósito era de chamar a atenção da comunidade atendida para a situação instalada no PABJ com o chamado: “Não agrida a quem te cuida”, realizado em junho de 2015.

A sensibilização da gestão do serviço fez-se necessária dando início ao primeiro espaço específico para o diálogo entre trabalhadores e gestão o “Grupo de trabalho sobre violências”. Esse grupo foi composto por representantes das diversas áreas do serviço como enfermagem, administrativo, setor médico e a gestão local. O objetivo central foi discutir questões estruturais que acabavam expondo os trabalhadores a riscos de agressões.

Com o andamento dos trabalhos e a instalação de efetivo espaço do diálogo multiprofissional, o coletivo de trabalhadores (as) envolvidos com o PABJ propiciaram a discussão de fluxos de trabalho e como estes interferem da dinâmica diária de atendimento e na interação com o público atendido. Com a concretização efetiva da atuação do grupo como espaço de diálogo, o mesmo foi nomeado “GT Cultura da Paz”, pois sua atuação procurou com o apoio do diálogo suscitar o entendimento de que somente por meio do envolvimento haveria a possibilidade de melhorar as condições de trabalho e conseqüentemente diminuir dos eventos de violência vivida pelos trabalhadores (as) do serviço. O GT Cultura da Paz teve importante papel na consolidação do espaço de diálogo multiprofissional, atuando efetivamente durante um ano. As conquistas foram significativas, incidindo diretamente na diminuição das agressões sofridas pelos profissionais. Cabe citar algumas destas conquistas:

- ✓ Criação de rotina escrita de visitantes e acompanhantes, discutida por todos os implicados no processo;
- ✓ Criação do protocolo de ação no caso de agressão a trabalhador ou em caso de dano ao patrimônio;
- ✓ Construção de banheiros no saguão, dando mais conforto aos usuários (as) e diminuindo o número de pessoas circulantes no serviço;
- ✓ Mudança do local de atendimento da farmácia que funcionava em regime de plantão nos finais de semana, evitando aglomeração no corredor da sala de observação. O novo local propiciou mais agilidade no atendimento aos usuários (as);

- ✓ Criação do protocolo de limitação de chamada de pacientes para classificação de risco, no intuito de diminuir a aglomeração de usuários (as) em frente aos consultórios.

No primeiro trimestre de 2016 a violência urbana em Porto Alegre teve um aumento considerável, as disputas de território por grupos armados rivais se intensificaram e por consequência os atendimentos a feridos múltiplos de arma de fogo também aumentaram no PABJ. O medo de invasão do serviço durante os atendimentos aos feridos era mais presente entre os trabalhadores (as) e a insegurança se instalou de forma preocupante.

Os(as) trabalhadores(as) viram-se entre a necessidade de oferecer atendimento à população e protegerem-se em momentos críticos. A organização de ações específicas para minimizar as consequências deste tipo de evento surgiu como uma questão urgente. Neste cenário a ferramenta AMS, protocolo usado pelo CICV para atuar em nações em conflito armado e foi adaptado para serviços de saúde, surgiu como alternativa.

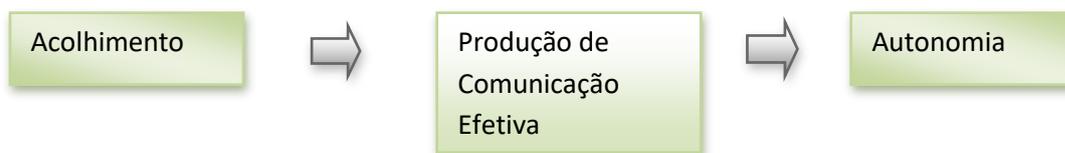
## **CONSOLIDANDO UMA TECNOLOGIA LEVE: A CONSTRUÇÃO DO PLANO AMS**

Através de convênio firmado em maio de 2016 entre o CICV e SMS houve um acolhimento da demanda dos servidores (as) relacionado as situações vividas pelos mesmos. Inicialmente foram treinados cerca de quarenta servidores(as) com a ferramenta, que multiplicariam nos seus setores posteriormente. Esta ferramenta apresenta alguns princípios básicos, são eles:

- ✓ Adaptação ao contexto: realidade local, riscos observados no território, dinâmica do público atendido;
- ✓ Autonomia para a gestão diária: só é possível o dimensionamento real do risco a partir do olhar de quem vivencia o evento de violência.
- ✓ Responsabilidade compartilhada: ao participar do processo de tomada de decisão o indivíduo se coresponsabiliza pela conduta tomada que foi pactuada previamente com toda a equipe.

Constituiu-se como principal objetivo da ferramenta o acolhimento ao profissional envolvido, na promoção de espaço efetivo de produção de comunicação entre os envolvidos no processo, para que, ao ser instrumentalizado possa atuar na redução das consequências da violência a que são expostos nos serviços de saúde. Isso, portanto, resultará na autonomia do profissional perante uma situação de violência. A figura 1 ilustra esse processo.

Figura 1: Fluxograma do processo de apropriação da ferramenta e constituição da autonomia perante a situação de violência.



Os Prontos atendimentos (PAs) possuíam uma dinâmica diferenciada e foi necessária a discussão de estratégia específica para a implantação e efetivação desta ferramenta no serviço considerando suas particularidades. Foi então criado um grupo com representação de todos os serviços de pronto atendimento da cidade de POA para que a efetiva implantação fosse organizada levando em consideração a realidade vivida por cada um. Como o AMS não havia sido implantado em Emergências, o planejamento das ações para sua implantação necessitaria uma atenção redobrada.

O processo de construção do plano AMS ocorreu de maneira lenta e em alguns momentos truncada, uma vez que os processos de trabalho que estavam instalados há muitos anos surgiram como dificultadores em alguns momentos. Os profissionais ofereceram resistência a mudança, as individualidades eram colocadas como prioridade em relação ao coletivo quase que permanentemente. A desconstrução de algumas práticas foi necessária e talvez neste momento o descrédito ao trabalho iniciado se fez mais presente, a intencionalidade da ação era colocada em dúvida.

Em julho de 2016 o grupo dos PAs iniciaram seus encontros para discussão da estratégia adequada para começar a replicação da ferramenta nestes serviços e a primeira escolhida foi a de troca de oficinairos, por exemplo, oficinairos do PABJ treinariam trabalhadores do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) e vice-versa. Em agosto aconteceram os primeiros encontros para a sensibilização com os (as) trabalhadores (as)

do PABJ, desses encontros foram elencados os primeiros nomes de trabalhadores (as) para realizarem a oficina de AMS e a partir daí iniciar a formulação do plano, importante salientar que se procurou estimular o interesse da participação voluntária nas oficinas.

As oficinas de sensibilização foram o contato inicial dos trabalhadores do serviço com a ferramenta. O espaço foi aproveitado para fala, houve catarse em todos os espaços de oficina, evidenciou-se o sentimento de invisibilidade, de abandono e descrédito. As falas estavam ressentidas, o cuidado com o trabalhador é algo que é reivindicado constantemente em vários espaços, mas até então não havia sido identificado algo que pudesse contemplar as expectativas dos trabalhadores. Observou-se claramente o início da construção do processo comunicação de forma ampla, horizontalizada, em que as subjetividades dos indivíduos implicados foram consideradas e a partir daí seguir para outro estágio na formulação do plano, agora sim como algo realizável.

A primeira oficina com a participação de doze trabalhadores(as), que se propuseram de forma voluntária ou após serem convidados a participar da oficina, foi realizada no mês de setembro com duração de dois dias no qual todo o processo de mudança de comportamento a que se propõe a ferramenta foi amplamente dialogado e a partir daí formou-se o grupo responsável pela formulação e planejamento do plano da seguinte maneira:

- ✓ Oficinas de classificação de risco e comportamentos seguros;
- ✓ Compilação de todos os dados produzidos pelos trabalhadores nas oficinas realizadas;
- ✓ Início da redação do plano a partir do que foi produzido;
- ✓ Reuniões para discutir o que foi produzido até então;
- ✓ Criação de um e-mail para o grupo, para que os(as) componentes pudessem construir juntos(as) um documento único através do Google drive e também como forma de armazenamento de todos os materiais produzidos pelo grupo.

Durante os meses seguintes a redação do documento se deu á de maneira mais lenta, mas contínua, pois todos (as) os envolvidos (as) acrescentaram na sua rotina a atuação no grupo, além da carga horária usual de trabalho. É importante salientar que para a composição do grupo utilizou-se o critério de ter trabalhadores (as) das mais diversas áreas. Um outro levou em consideração o tempo de atuação no PA também e esse teve grande valia, visto que alguns já atuavam a vinte anos no serviço e conheciam bem o

território e também a comunidade. Aos poucos esse grupo foi adquirindo visibilidade, o trabalho realizado e o empenho dos (as) trabalhadores (as) envolvidos (as) foram reconhecidos (as). Assim por consequência uma cobrança em relação à finalização do plano também surgiu.

As dificuldades na formulação deram-se principalmente pelas complexidades do serviço e também por não haver experiências anteriores. Em março de 2017, com o plano já em fase de conclusão foi realizada a devolutiva do que até então havia sido construído no sentido de que os(as) trabalhadores(as) tivessem o conhecimento do plano e também pudessem contribuir naquilo que achassem necessário, isso proporcionou a manutenção do espaço de dialogo estabelecido até então. No mês de abril as reuniões aconteceram com o objetivo de analisar as sugestões e críticas dos trabalhadores participantes das reuniões de devolutiva.

Durante o processo de elaboração do plano, o grupo responsável pela classificação diária do risco. O Grupo de Tomada de Decisão (GTD), foi constituindo-se de forma natural. Este grupo, a partir da capacitação na ferramenta e da real apropriação do que ela se propõe teve como tarefa fazer a tomada de decisão no momento da crise, ou seja, o membro que estivesse presente na cena deveria a partir do plano, tomar a decisão que achasse adequada para a manutenção da segurança da equipe. Foi composto pelos (as) trabalhadores (as) que reuniram-se inicialmente por ser perfil facilitador e também de forma voluntária. Tem como tarefa, realizar reuniões sempre que necessário visando avaliação do plano, assim como revisão das condutas tomadas, no sentido de que essas estejam sempre alinhadas para bom andamento do plano em momento de crise, proporcionando condições adequadas de segurança aos trabalhadores (as).

A certificação realizada pela Secretaria municipal de Saúde concedida aos serviços que concluem a formulação do plano de AMS foi em setembro de 2017. Este momento foi de vital importância, pois confere aos(as) trabalhadores(as) do serviço a autonomia para agir em situações de risco para os mesmos a partir do plano AMS construído, foi a validação de todo processo e também a valorização deste trabalho coletivo. Cabe salientar o protagonismo dos(as) trabalhadores(as) do PABJ, uma vez que foram o primeiro serviço de emergência no país a formular um plano de ação para eventos e as consequências de violência, com o uso da ferramenta AMS.

Pode-se dizer que as dificuldades identificadas durante a formulação do plano de ação elaborado com o uso da ferramenta AMS foram superadas, dentro do possível. Cada uma sendo trabalhada de maneira ampla e horizontal à medida que apareciam. É importante salientar que mudança de comportamentos foi necessária para que houvesse uma melhor interação profissional/profissional e profissional /usuário. Há o entendimento de que processos de trabalho burocratizados e engessados tendem a interferir e muitas vezes dificultar esta interação. Foi de suma relevância a produção efetiva de comunicação entre as partes. Para uma mudança real do entendimento de que só com o envolvimento de todos os interessados no processo e que se beneficiam dele poderia efetivamente contribuir para uma nova forma de agir e pensar. É preciso colocar o coletivo a frente do individual.

## **PRÓXIMOS PASSOS**

Observa-se que a proposta implantada no serviço de Pronto Atendimento na cidade de Porto Alegre apresenta-se como alternativa para outras questões inerentes ao setor saúde. Salienta-se que ao desacomodarem-se no ano de 2015, os(as) servidores(as) provocaram o início do pensamento crítico em relação a situações vividas, neste caso o tema disparador foi a violência vivenciada no dia a dia, mas o que manteve a mobilização dos envolvidos no processo foi a autocuidado em relação a segurança. A disseminação do trabalho realizado pode e deve ser feita para outros serviços e também em outros municípios. Socializar as boas práticas de equipes é estratégico, pois a valorização é o princípio básico na identificação do trabalhador com o trabalho em si. A busca de alternativas para que o mundo do trabalho em saúde seja mais justo e que aos trabalhadores e usuários sejam agentes atuantes nesta busca, deve ser agenda contínua nas discussões sobre o assunto na esfera pública. Entender o sujeito indiferentemente do papel que ocupe no processo saúde/doença/cuidado, incidirá no produto resultante disso. O desenvolvimento de tecnologias leves por sua característica transformadora nas relações e interações humanas tem importante papel nesse cenário, para que todos se sintam contemplados em suas demandas e que a qualidade de vida de ambas as partes seja o principal objetivo.

Artigo produzido como Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em Saúde Coletiva/UFRGS .

## REFERÊNCIAS

MINAYO, MCS. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from SciELO Books

Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa ER, organizadores. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35.

FREUD, S. Por que a guerra? In: Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 241-259. v.22.

MINAYO, MC de S. e SOUZA, ER de: '**Violência e saúde** como um **campo interdisciplinar** e de **ação coletiva**'. História, Ciências, **Saúde**— Manguinhos, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev.

FIOCRUZ. **Determinantes Sociais**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Política Nacional de Humanização de 2003. **Humanizausus**.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (Rio de Janeiro). Acesso Mais Seguro. 2013. Disponível em ,<<https://www.icrc.org/pt/document/o-programaaccessomais-seguro>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

OBERSERVAPOA. Porto Alegre em Análise. 2017. Disponível em: <[http://portoalegreemanalise.proccmpa.com.br/?regiao=4\\_2\\_114](http://portoalegreemanalise.proccmpa.com.br/?regiao=4_2_114)>. Acesso em: 10 dez. 2017.