

**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES**

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

FORTALEZA – CE

2010

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Fortaleza – CE

2010

---

F383p Ferreira Júnior, Antonio Rodrigues.

Percepções dos profissionais da estratégia saúde da família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes / Antonio Rodrigues Ferreira Júnior. – 2010.

99f

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.

“Orientação: Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.”

1. Saúde da família. 2. Adolescentes – Violência. 3. Atenção primária à saúde.

I. Título.

CDU 614:316.812

---

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES**

**Grupo de Pesquisa:** Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

**Núcleo Temático:** Acidentes e Violências

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira  
Orientadora - UNIFOR

---

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros  
Membro Efetivo - UNICAMP

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Yoshie Matsue  
Membro Efetivo - UNIFOR

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Membro Suplente - UNIFOR/ESP-CE/URCA

Aprovada em: 16/12/2010

Este trabalho integra a produção científica do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência** – NEPAV, conta com o apoio financeiro da **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico** – FUNCAP, por meio do Edital de Segurança Pública nº 05/2008 e do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico** - CNPq, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico, Processo nº. 306061/2008-2.

Dedico este trabalho aqueles que comigo dividiram meu primeiro choro e agora compartilham sorrisos por nossas conquistas: meus pais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me mostrado os caminhos a percorrer durante minha vida.

Aos meus pais, Antonio Rodrigues Ferreira e Cleonice Moreira Rodrigues, que sempre foram o sustentáculo para minhas conquistas.

À professora Dr<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, pela acolhida calorosa, amizade sincera e orientação não restrita ao âmbito de minha vida profissional.

Aos meus irmãos, Cleidyson Moreira Rodrigues e Cleiton Moreira Rodrigues, pelo carinho e motivação.

Aos meus familiares pelo apoio constante durante minha jornada de aprimoramento profissional.

Aos meus amigos pelos momentos de descontração propiciados, durante esta caminhada de menos convivência e mais saudade.

À professora Dr<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, pela dedicação e apoio para a efetivação das conquistas profissionais planejadas.

Ao professor Dr. Nelson Filice de Barros, pelo acolhimento e valiosas contribuições durante a jornada de realização do Mestrado.

À professora Dr<sup>a</sup> Regina Yoshie Matsue, pelos ensinamentos que impulsionaram o norte qualitativo neste estudo.

À professora Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Antero Sousa Machado, pelas orientações que possibilitaram o aprimoramento desta pesquisa.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências da Universidade de Fortaleza que me propiciou encantamento pela temática.

Aos amigos “nepavianos”, Aline de Souza Pereira, Isabella Lima Barbosa, Deborah Pedrosa Moreira, Geisy Lane Muniz Luna, Juliana Guimarães e Silva e Renata Carneiro Ferreira pela cumplicidade que nos faz família.

Aos queridos colegas da Turma IV em Saúde Coletiva da UNIFOR pela

convivência harmônica que possibilitou formação de fortes laços de amizade que irão perdurar.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, pela dedicação e auxílio prestado neste percurso.

Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, Paulo Vitor da Costa, Francisca Francicleide Paiva Martins e Francisco Widson da Costa Dias, pela solicitude em todos os momentos.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pelo auxílio financeiro que proporcionou a realização desta pesquisa.

Aos gestores, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos, sujeitos deste estudo, pelas contribuições que nortearam o trabalho e nos impulsiona para a realização de outros.

Aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde, cenário desta pesquisa, pelo apoio durante o desenvolvimento da pesquisa.

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho.



*É melhor tentar e falhar,  
que preocupar-se e ver a vida passar.  
É melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se, fazendo nada até o final.  
Eu prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver.*

Martin Luther King

## RESUMO

A violência está inserida no cotidiano das famílias brasileiras, especialmente entre os adolescentes e isso tem gerado demanda para atuação de diversos setores, inclusive da saúde. A atenção básica conseguiu ampliar o acesso da população aos serviços, expandindo as responsabilidades dos gestores e profissionais da área para o desenvolvimento de práticas para seu enfrentamento. Nesta perspectiva, o trabalho analisa as percepções dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e gestores da Estratégia Saúde da Família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes, descrevendo o entendimento destes acerca de situações vivenciadas envolvendo o fenômeno. Com abordagem qualitativa, assumindo uma releitura da percepção das relações entre os sujeitos e as instituições envolvidas, a pesquisa envolveu três gerentes e 13 profissionais, de três Unidades Básicas de Saúde – UBS, em Sobral (CE), em 2010. A produção dos elementos que constituíram os discursos dos participantes deu-se por meio de entrevistas individuais e observação participante dos cenários institucionais e estes foram reelaborados mediante a análise do discurso. Os agrupamentos temáticos surgidos no discurso dos gestores sinalizaram que a UBS convive com a violência, o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da violência ainda se mostra pontual e a gestão está distante dos adolescentes. No discurso dos profissionais, emergiu que os adolescentes ainda não são prioridade na lógica da Estratégia Saúde da Família; há dificuldade para se articular o trabalho em equipe; os profissionais não se sentem preparados para atuar no enfrentamento da violência. Amplia-se este discurso com relatos da existência de insegurança profissional para lidar com as situações de violência e a cobrança dos gestores para que trabalhem com o tema direcionando-o aos adolescentes. Duas descontinuidades temáticas apontaram a não priorização da promoção da saúde nos cenários investigados e conhecimento evidenciado por um dos participantes sobre violência e facilidade de trabalhar com adolescentes. Em concluso, essa realidade pode dificultar a consolidação de um modelo de atenção em saúde que priorize a co-responsabilização, centrada nas dimensões de saúde do usuário. Desse modo, fragiliza a formação de vínculos entre os integrantes da equipe e comunidade, compromete a articulação de ações promotoras de saúde dos indivíduos e suas famílias e o enfrentamento responsável da violência contra o adolescente.

Palavras-chave: Violência; Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Papel profissional.

## ABSTRACT

Violence is part of the every day life of Brazilian families, specially among adolescents this has generated a demand for attention in various sectors, including the health area. Basic attention has amplified the population's access to the services, expanding the responsibilities of administrators and professionals in this area to develop practices to confront it. With this perspective, the study analyzes perceptions by dentists, nurses, doctors and administrators of the Family Health Strategy to confront violence among adolescents. With a qualitative approach, assuming a re-reading of the perceptions of the relationships between the subjects and institutions involved, the research included three managers and 13 professionals in three Basic Health Units (BHU) in Sobral, Ceará, Brazil, in 2009-2010. The elements produced constitute the discourses of the participants done using individual interviews and by observing participant in the institutional scenarios and these were re-elaborated analyzing the discourse. The thematic groups that formed during the administrators' discourse showed that the BHU lived with the violence, developing action to confront the violence is still punctual and the administration is distant from the adolescents. In the professionals' discourses, emerged the fact that the adolescents still are not a priority in the Family Health Strategy's logic. It is hard to have teamwork, and the professionals do not feel prepared to confront the violence. There are also narratives of Professional insecurity to deal with violent situations and administrative pressure to work with the theme directed towards adolescents. Two cases pointed to a failure to prioritize health promotion in the investigated scenarios. One of the participants knew about the violence and how easy it was to work with adolescents. In conclusion, this reality can make it difficult to consolidate a model of attention to health that prioritizes co-responsibility centralized on the patients' health dimensions. In this way, it fragilizes the links formed among the health staff and the community, it compromises the articulation of health promoting actions of individual and their families and the responsible confrontation of the violence against the adolescent.

Palavras-chave: Violence; Adolescent; Primary Health Attention; Health Administration; Professional Role.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Mapa da Sede de Sobral com a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio. Sobral - CE, 2009.....	52
Figura 2 - Mapa dos Distritos de Sobral com a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio. Sobral - CE, 2009.....	53
Figura 3 - Mapa da 11ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará. Sobral - CE, 2010.....	54
Quadro 1 - Caracterização, profissão e formação complementar das gerentes das Unidades Básicas de Saúde de Sobral – CE. 2010.....	61
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Sobral – CE. 2010.....	62

## LISTA DE SIGLAS

AC – Alta Complexidade

AIPS - Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde

CEM - Centro de Especialidades Médicas

COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

MC – Média Complexidade

MR - Microrregional

MS - Ministério da Saúde

MSC - Mestrado em Saúde Coletiva

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPAV - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Aproximação do pesquisador com o objeto.....	13
1.2 Contextualização do objeto.....	14
2 CONCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA E ADOLESCENTES.....	24
2.1 Estratégia Saúde da Família, violência e adolescentes.....	24
2.2 Breve olhar sobre violência na perspectiva social.....	31
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
3.1 Teórico.....	33
3.2 Metodológico.....	35
4 DESCRIÇÕES DOS CENÁRIOS.....	45
5 OS DISCURSOS DOS GESTORES.....	58
6 OS DISCURSOS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS, ENFERMEIROS E MÉDICOS.....	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES .....	96
ANEXOS.....	101

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 *Aproximação do pesquisador com o objeto*

Ao longo da minha trajetória profissional, sempre estive diretamente envolto com as ações desenvolvidas na Atenção Básica em Saúde, o que me ajudou a construir um maior entendimento acerca das práticas exitosas desenvolvidas, bem como dos problemas que permeiam a temática.

Trabalhando inicialmente como enfermeiro integrante de equipe da Estratégia Saúde da Família, pude vivenciar a busca constante para o desenvolvimento de ações orientadas pelas normas propostas pelo Ministério da Saúde, ao tempo em que percebi a necessidade de adequação do que era proposto à realidade das comunidades.

A busca pelo atendimento singular, porém enfocando, especialmente, a família, sempre foi um dos grandes nortes da Estratégia, mas também uma das maiores dificuldades experimentadas pelos integrantes da equipe.

Saliento também a importância do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, priorizando a participação comunitária, o envolvimento de grupos específicos, como idosos, gestantes e adolescentes, sempre com a finalidade de possibilitar construções coletivas de mudança de comportamento com adoção de melhores práticas de saúde.

Várias indagações foram surgindo acerca da práxis do enfermeiro e de outros profissionais nessa atenção dispensada às comunidades, e isso evoluiu substancialmente quando assumi a gestão do Sistema Único de Saúde em um município de pequeno porte do Estado do Ceará.

A visão acerca da interligação entre os níveis de atenção em saúde, bem como da importância crucial da Atenção Básica para todo o sistema, foi ampliada durante essa experiência profissional. Isso foi propiciado por minhas funções que agregavam a gestão do sistema, mas também a participação efetiva no planejamento, implementação e avaliação de políticas de saúde voltadas para o âmbito do município.

Conheci sobremaneira as demandas oriundas da incapacidade da Atenção Básica em minorar todos os problemas da população. Isso facilitou a percepção da situação dicotômica em que os profissionais se encontram: ajudar a resolver a maioria dos problemas das famílias e de seus integrantes, ao mesmo tempo em que não lhes são dados estímulos para o sentimento profissional de responsabilização por essas práticas, com condições de trabalho para a efetivação dessas ações.

Meu ingresso e vivência no Programa de Pós-graduação da Universidade de Fortaleza, no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva (MSC) possibilitaram ampliar questionamentos e refletir sobre os percalços, as conquistas e os desafios encontrados durante a minha experiência no setor público de saúde.

Aliou-se a isso minha participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências – NEPAV, grupo de estudo do MSC, específico para discussão acerca da temática, com a gênese de pesquisas que propiciem divulgação de novos conhecimentos e possibilidades de repensar as práticas profissionais para o enfrentamento da magnitude e complexidade desse fenômeno.

No NEPAV, pude compilar as várias ideias anteriormente surgidas com as que foram sendo construídas ao longo das várias discussões que participei. Essa junção de vários fatores focou meu olhar e determinação para a formulação deste projeto que visa às convergências das políticas de saúde no âmbito da atenção básica e a violência, especialmente na adolescência.

## **1.2 Contextualização do objeto**

Com a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, publica a Política Nacional de Atenção Básica. Ela se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).



A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, estando as equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2006a). As dificuldades para a organização de um sistema de saúde efetivamente integral traduzem o grande desafio de adequação das políticas de saúde aos diferentes contextos sociais (SAITO, 2008).

A Atenção Primária em Saúde no Brasil tem alcançado grande desenvolvimento da capacidade para absorção dos problemas na comunidade, sendo comumente o primeiro contato da população com um serviço de saúde. Seus profissionais trabalham visando à integralidade das ações, com continuidade do cuidado e organização centrada na família e no indivíduo. Isso tem gerado demandas cada vez maiores, o que exige constante aprimoramento no modo de fazer saúde (TAKEDA, 2004).

Camargo Júnior *et al.* (2008) esclarecem que é importante considerar a dimensão político institucional para análise do contexto de implementação de ações na atenção básica, pois isso permeia o conhecimento de limites e possibilidades da instituição em dar resposta às demandas sociais. Deve-se atentar para o que é proposto nas políticas governamentais e o que realmente é possível ou está sendo feito pelos profissionais que possuem a capacidade de fazê-lo.

É importante que os profissionais realizem levantamento das necessidades das comunidades, visando ao alcance da integralidade das ações em todo o contexto que permeia o processo saúde-doença (BUDÓ *et al.*, 2007). Merhy (2007) defende que há desafios para implementação de modelos de atenção que consigam agregar necessidades, possibilidades e vontades de todos os atores envolvidos no processo, pois existe o importante papel dos usuários, trabalhadores e gestores para a consolidação do sistema de saúde público, centrado, especialmente nos usuários.

Isso deve ser encarado como desafio importante, considerando ainda a desorganização destes sujeitos na busca de resoluções para as necessidades coletivas em detrimento das individuais. Fica explícita a importância dos usuários para uma construção de novas tecnologias e ações que causem efetivo impacto na vida destes, embora a formatação deste processo também envolva outros importantes segmentos,

representados pelos profissionais de saúde e gestores dos serviços.

Existem várias tentativas do Ministério da Saúde em agregar os usuários e profissionais de saúde com o intuito de qualificá-los para participação mais efetiva nas discussões realizadas em todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

No Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, fica clara a importância de participação comunitária, com envolvimento dos profissionais de saúde e gestores para efetivação das políticas públicas que também devem ser formuladas a partir de demandas dos três segmentos. Várias partes do documento discorrem acerca da temática, corroborando sempre a necessidade de integração e discussão entre todos, com a finalidade precípua de otimizar os serviços de saúde brasileiros, especialmente os da atenção básica, sendo estes confirmados como prioritários (BRASIL, 2009c).

O fazer saúde encontra dificuldades para sua implementação, intrínsecas nas complexas relações de poder entre as diversas categorias profissionais. A mudança é difícil de ser apreendida e exercitada por muitos, considerando o fato que o trabalhador perdeu espaço para as necessidades dos usuários, bem como para os recursos que os gestores possuem para efetivar seu poder.

Para que as ações de saúde sejam efetivadas com sucesso em todos os locais do país é necessária uma constante atuação conjunta do controle social e dos profissionais, especialmente no que tange à aplicação de recursos e atuação dos gestores. Isso fica explícito no Relatório da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorrida em 2007, que discorre acerca de várias discussões, em que foi acordado que os profissionais de saúde brasileiros precisam de melhores ferramentas para executar seu trabalho (BRASIL, 2008a).

Fica exposta certa hegemonia dos gestores no que concerne às decisões, pois são ainda os controladores dos recursos, especialmente financeiros. Também se deve levar em consideração que todo o aparato de estrutura física e até de recursos humanos encontra-se sob influência direta das vontades da gestão, que por sua vez é encarcerada, muitas vezes, pelas construções políticas partidárias.

Acerca disso, o Conselho Nacional de Saúde afirma que: “A rede de atenção básica está desestruturada. Para o gestor é mais fácil ter um arremedo de Estratégia de Saúde da Família do que ter uma rede de atenção básica funcionando, é a conveniência.” (BRASIL, 2008a, p.77)

Salientamos que essa conveniência também pode ser percebida em alguns profissionais que se eximem das novas responsabilidades oriundas de mudanças nas necessidades das comunidades aos quais atuam diariamente.

As equipes de Saúde da Família têm que avançar nas práticas em seu território e isso significa aprofundar os conceitos de responsabilidade sanitária e aumento do vínculo entre profissionais e usuários. Há a necessidade de modificações importantes na atuação dessas equipes, visto que os desafios da atenção primária estão cada vez maiores, com o aumento constante de problemas que antes eram menos discutidos (BRASIL, 2008b; CEAP, 2009).

Os profissionais inseridos nesta estratégia participam de atividades que promovem a saúde da coletividade (BRASIL, 2006a). Dentre essas atividades, a realização de grupos operativos com adolescentes deve estar presente, conforme afirma as políticas de atenção a esse grupo (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b). A dificuldade de acesso aos direitos sociais, a pobreza, a baixa qualidade da educação, a falta de oportunidades de trabalho, emprego e efetivação de políticas públicas colocam o adolescente em situação de risco e vulnerabilidade, tornando-o mais exposto ao envolvimento com a violência (ZAVAREZA; BIANCHINI, 2008).

No entanto, a violência não é considerada um problema com gênese na atualidade. A história de Caim e Abel na Bíblia é exemplo de como é quase impossível descrever qualquer trajetória humana sem a utilização do uso da força, da experiência de dominação e das tentativas de exclusão do outro (ASSIS e SOUZA, 1999; MINAYO, 2006a).

Nesta intenção, a literatura evidencia que a violência não é uma, é múltipla. Ela deve ser socialmente situada e compreendida tanto no nível da própria vítima como das condições sociais que o infrator se encontra (MINAYO, 2006a; MINAYO; SOUZA, 2003). Representa um fenômeno que está se tornando cada vez mais sério nas regiões

das Américas e mundialmente, afetando particularmente grupos mais vulneráveis na sociedade, como crianças, adolescentes e adultos jovens, em especial as mulheres (BOLÍVIA, 2004).

Por desencadear e generalizar um “clima” de insegurança em todas as esferas sociais, a violência se situa como alvo de estudos (PORDEUS, FRAGA E PESSOA, 2006; ABRAMOVAY *et al.*, 2002; DESLANDES *et al.*, 2007, WAISELFISZ, 2008a, WAISELFISZ, 2008b) e de preocupação por parte dos vários segmentos da sociedade, revelando também que ela está cada vez mais presente no cotidiano das cidades, suscitando a necessidade de continuar investigando a temática.

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001; 2005), voltada para o impacto da violência nos serviços de saúde, afirmando que a violência tem raízes tanto nas estruturas sociais, econômicas e políticas, como nas relações dinâmicas entre indivíduos. A Política informa que existem diversas formas de representação da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

Diante da magnitude e transcendência do tema e as sérias repercussões na saúde individual e coletiva, é importante considerar a Política Nacional de Promoção da Saúde, quando esclarece a necessidade de se intervir em saúde com um olhar ampliado, vislumbrando além das unidades e sistemas de saúde. Uma das ações específicas é o combate à violência e fomento à cultura de paz, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como prevenção de situações limites que culminam com violências e resgate de valores sociais que sensibilizam e motivam os cidadãos a cultuarem a paz (BRASIL, 2006b).

Existem situações distintas em que os grupos populacionais são afetados. Os homens, na sua grande maioria, ao sofrerem violência, chegam ao óbito, já crianças, adolescentes, mulheres e idosos representam o perfil de morbidade, devido ao impacto sobre a saúde (BRASIL, 2001; 2005).

Essa questão acerca da mortalidade e da morbidade decorrentes da violência traz uma visualização da magnitude deste impacto para mais próximo da realidade, levando a uma reflexão sobre esta problemática e o impacto no setor de saúde

brasileiro.

A Organização Mundial da Saúde (2002) define violência como sendo o uso propositado da força contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que se reverta ou tenha grande possibilidade de resultar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002).

Segundo Minayo (2006a), a violência é complexa, tanto para estudiosos da área de saúde coletiva, como para antropólogos (VELHO, 2000) e sociólogos (SANTOS, 1999; PORTO, 2006) que estudam a temática, no sentido de compreendê-la e contribuir com mecanismos para o seu enfrentamento e prevenção. Conhecer a violência diante das várias formas que a mesma se materializa, favorece o entendimento da relação deste fenômeno com a cultura e com os ambientes naturais onde esta eclode.

Oportuno lembrar que a violência ainda é cristalizada por paradigmas que atribuem à punição como a única alternativa para a solução desse problema que atinge as diversas camadas sociais e nações. O distanciamento de realidades leva principalmente os adolescentes ao encontro da violência que, gradativamente, se transformou em um grave problema para a sociedade do Brasil, especialmente em áreas urbanas, acompanhando uma tendência mundial de crescimento deste fenômeno (ASSIS e SOUZA, 1999).

Os jovens encontram no crime uma forma de responder ao anseio de estar inserido na esfera do poder, no mundo onde se pode comprar o que é exposto pelos meios de comunicação. Esta criminalidade é vivenciada por todos que residem nos grandes centros urbanos e denota medo para os moradores destes locais (FACUNDO e PEDRÃO, 2008).

A realidade não nos permite omitir fatos que ainda persistem na nossa nação. Os jovens encontram, nas drogas ilícitas e lícitas, formas de obter prazer e alegria. Importante ressaltar o estudo realizado por Meer Sanchez, Oliveira e Nappo (2005), em que a disponibilidade de informações e a estrutura familiar protetora foram observadas como razões no afastamento dos jovens das drogas. A importância desses fatores é enfatizada quando sua ausência é relatada e criticada entre os usuários de drogas.

O uso e o abuso do álcool e outras drogas têm constituído uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude. Concomitante ao exposto, existe a problemática do tráfico, que é uma séria ameaça à estabilidade social no Brasil (BRASIL, 2007b).

Dessa forma, o adolescente, como ator desse contexto, ou mergulha no meio da violência ou se apropria de mecanismos de enfrentamento para superar essas dificuldades que percorrem seu ambiente sociocultural.

Deslandes (2003) defende que a família sempre teve grande importância para a prevenção do envolvimento dos adolescentes com drogas, mas esta percepção deve ser atualizada, considerando a inserção de novos atores que permeiam o cotidiano das pessoas, como os serviços de saúde.

Complementa ao informar que ainda há desencontros no que concerne ao acompanhamento profissional de famílias que apresentam dificuldades referentes à temática, visto que inicialmente os serviços buscavam priorizar o tratamento farmacológico em detrimento da busca de conhecimento acerca das causas sociais que desencadearam esse fenômeno.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) afirma que está ocorrendo no Brasil um excesso de mortalidade nos jovens por fatores intrinsecamente ligados à violência e isso exige reestruturação/readequação dos serviços de saúde. A Estratégia Saúde da Família melhorou quantitativamente a distribuição de profissionais no país, mas ainda é necessário evoluir na qualidade no que tange a novas demandas epidemiológicas, em crescimento contínuo, como os acidentes e violências (OPAS, 2009).

Com a Portaria Nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, o Ministério da Saúde agrega novas prioridades ao Pacto pela Vida, dentre elas a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, o que institucionaliza a responsabilidade dos serviços de saúde brasileiros para melhora da capacidade de resposta no que tange a esta temática (BRASIL, 2009).

Os profissionais de saúde são orientados a notificar compulsoriamente um caso de violência, mas estes ainda demonstram dificuldades para realizar essa ação.

Geralmente tem conseguido fazer o acolhimento e uma escuta qualificada, mas não ao ponto de tirar essa situação da lista de desafios encontrados pelo sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2008c).

Sousa e Hamann (2009) clarificam que a violência e suas demais matrizes ainda provocam resistências dos profissionais para sua inclusão como assunto pertinente à atenção básica, visto que historicamente sempre foi tratada por áreas especializadas. Isso é um desafio, pois em todas as discussões coloca-se essa temática como questão a ser trabalhada pela Estratégia Saúde da Família.

Deve-se atentar que há o aspecto jurídico, mas também há consciência moral na responsabilidade de profissionais em trabalhos que envolvam o tema da violência. Porém isto está relacionado diretamente aos valores éticos da sociedade na qual o indivíduo se encontra inserido, causando divergências entre o pensar e o agir, influenciando sobremaneira a atuação dos profissionais que lidam diariamente com situações de violência.

Visto suas características peculiares, a Estratégia Saúde da Família surge como importante meio planejador e executor de ações que atuem de forma eficaz no enfrentamento da violência nas comunidades, porém isso não tem ocorrido a contento, devido à junção de vários fatores que acabam denotando as fragilidades da equipe em atuar em situações mais delicadas, como as que envolvem a temática.

Ocorre, então, a defesa de construções que promovam uma miscelânea entre as vontades individuais e coletivas, modificando os processos produtivos em saúde, que considerem as relações e tensões entre usuários, trabalhadores e gestores. Apenas quando ocorrer a convergência de ideias que deixem de lado as visões românticas e passem a interpretar de forma realista o que ocorre no setor da saúde, explicitando suas dificuldades e desafios, os modelos de atenção se enquadrarão no que todos realmente desejam conquistar.

Diante do exposto, de que modo a Estratégia Saúde da Família está se articulando e desenvolvendo ações que possibilitem ao adolescente se munir de mecanismos para o enfrentamento da violência?

A partir dessa indagação, o estudo adota os seguintes pressupostos:

- (i) os investimentos governamentais na instrumentalização de profissionais para o enfrentamento da violência têm sido crescentes;
- (ii) a promulgação de políticas, planos e programas, orientando as ações da Estratégia Saúde da Família para lidar com situações de violência entre os usuários, também tem se ampliado;
- (iii) as ações desenvolvidas na atenção aos adolescentes são pontuais, assistemáticas e desarticuladas;
- (iv) a violência ainda não é prioridade nas discussões e ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

As dificuldades do profissional de saúde em agir em casos claros de violência, especialmente no que tange aos aspectos mais cruciais, como a notificação, ainda é uma contradição, pois há uma legislação avançada no Brasil, mas que não foi acompanhada por aqueles que devem fazê-la ser cumprida (LUNA, 2007). Por outro lado, é necessária a incorporação dessas ações de prevenção da violência na agenda do setor público, promovendo, também, a intersetorialidade como forma de encarar com menor dificuldade a complexidade das causas deste fenômeno nas comunidades (PORDEUS, FRAGA e FACÓ, 2003).

Nessa perspectiva, a pesquisa visa colaborar com a discussão do tema na área da saúde; contribuir para maior engajamento dos profissionais dos serviços (com enfoque na atenção básica), na promoção da saúde do adolescente, e fomentar/desenvolver ações que favoreçam a prevenção e o enfrentamento da violência por esse grupo.

No alcance dessa colaboração e de uma discussão profícua, os propósitos do estudo se articulam em: (i) analisar as percepções dos médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e gestores da Estratégia Saúde da Família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes.



## **2 CONCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA E ADOLESCENTES**

### ***2.1 Estratégia Saúde da Família, violência e adolescentes***

A OMS define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (OMS, 1995). É uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

Corresponde a um período marcado por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. O crescimento físico é acompanhado de perto pela maturação sexual. É na juventude que se desenvolve o poder de autoconhecimento e da crítica (BRASIL, 2004a).

Constitui uma época de mudança gradativa, no qual surgem características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação (MONTEIRO *et al.*, 2007). As crianças e os adolescentes têm seus direitos e deveres regidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). Essa proteção representa um avanço, pois os reconhece como integrantes da sociedade tendo todos seus direitos respaldados perante a lei.

O período da adolescência condiz a um tempo longo do desenvolvimento humano, que se estende desde os 10 aos 19 anos de idade (OMS, 1995). Por outro lado, o período defendido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente define a adolescência como a idade compreendida dos 12 até os 18 anos (BRASIL, 1990). Para a realidade deste estudo, preconizamos a definição da OMS, situando o adolescente compreendido na faixa etária de 10 a 19 anos.

Souza (2004) informa que se faz necessária uma visão mais ampla acerca do adolescente, considerando principalmente as três etapas que ele está atravessando: (i)

a Adolescência Precoce, quando suas preocupações estão voltadas às modificações do próprio corpo; (ii) a Média, onde eles procuram uma identidade por meio da busca contínua de grupos de iguais e a (iii) Tardia, quando o comportamento de adulto começa a ser visualizado e torna-se importante a estabilidade social.

Conforme afirma Waiselfisk (2007), no relatório de desenvolvimento juvenil, nos últimos anos tem-se observado uma crescente focalização no problema da violência entre os jovens. Os mesmos constituem um segmento particularmente vulnerável à mortalidade por causas violentas, em proporções bem mais significativas do que no restante da população. E, dentre as causas violentas, os homicídios constituem o principal fator de mortalidade entre esse grupo.

Em uma pesquisa realizada nos anos 2001/2003/2005, em todas as unidades de federação do país, percebeu-se que a mortalidade por causas violentas entre os jovens não estava, necessariamente, vinculada a condições de pobreza. Os Estados do Maranhão, Piauí, Acre e Rio Grande do Norte apresentaram taxas relativamente baixa de mortalidade por essas causas (WAISELFISZ, 2007). Este dado pode refletir um olhar diferenciado para a relação violência-pobreza, e, ainda, alerta para a complexidade do que realmente sejam os fatores desencadeadores da violência.

Em 1999, era discutida a questão das altas taxas de mortalidade por homicídios entre adolescentes e jovens na população mundial. Em um estudo realizado com 16 países da América com dados provenientes da Organização Pan-Americana de Saúde, durante a década 1980-1990, mostrou que a tendência entre os países com maiores taxas de mortalidade por causas externas em adolescentes e jovens em ordem decrescente eram: Colômbia, El Salvador, Venezuela, Brasil e Porto Rico (YUNES, ZUBAREW, 1999).

Dados mais recentes retratam que mortes por homicídios é a segunda causa de óbito em jovens entre 15 e 24 anos de idade nos Estados Unidos, enquanto que, no México, mortes por causas violentas e acidentes ocupam a primeira causa de óbito em adolescentes (ALVEREZ-SOLÍS e VARGAS-VALEJO, 2002).

O Brasil é o oitavo país do mundo em mortes violentas, com uma taxa de 49,1 óbitos por 100 mil, segundo dados de 2005. Comparado a 82 países, o Brasil é o quarto

com a maior proporção de jovens (de 15 a 24 anos) mortos de forma violenta, uma taxa de 79,6 por 100 mil (WAISELFISZ, 2008a).

No Ceará, as causas externas, que são compreendidas pelos acidentes e violências, estão entre as maiores causas de mortes na população geral e dentre essas, o homicídio ocupa o primeiro lugar. Desde 1996, há um aumento crescente no número de óbitos e na taxa de homicídio, chegando a mais de 20 óbitos/100 mil habitantes a partir do ano de 2003. Destaca-se o fato de que esses números concentram-se, principalmente, em adultos jovens, do sexo masculino (CEARÁ, 2006). Segundo o Mapa da Violência (2008), Fortaleza é a oitava cidade, dentre os 200 municípios do estado, que apresentou elevado índice de homicídios em 2006 em relação a outras cidades (WAISELFISZ, 2008b).

Conforme declaram Abramovay *et al.* (2002), a relação entre juventude e violência vem sendo pautada na percepção de uma associação entre vulnerabilidade, desigualdade social e segregação juvenil. Essa relação é percebida como o produto de dinâmicas sociais, ocasionadas por irregularidade de oportunidades, segregações, uma inserção deficiente na educação e no mercado de trabalho, ausência de oportunidades para lazer, formação ética e cultural.

Outros fatores para ocasionar a violência em particular nos adolescentes são laços familiares frágeis, abuso físico e sexual, baixo rendimento escolar, associações em grupos com comportamento delinquencial e a vida em bairros com alta criminalidade, conforme afirma Bolívia (2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que a violência seja estratificada em três níveis: autoinfligida, interpessoal e coletiva. A violência autoinfligida é a que o indivíduo pratica contra a si mesmo; a interpessoal, aquela que ocorre no âmbito intrafamiliar e comunitário, sendo as maiores vítimas as crianças e os adolescentes, na forma de maus-tratos, negligência e/ou abandono. A violência comunitária é aquela que ocorre no ambiente em geral, escola, local de trabalho, clube, e tem expressão nas agressões físicas, estupro e violência juvenil (KRUG *et al.*, 2002; ASSIS, DESLANDES e SANTOS, 2005).

A violência coletiva, também chamada de estrutural, incide sobre a condição de

vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulneráveis suas condições de crescimento e desenvolvimento. Esta acontece no âmbito social, político e econômico e caracteriza a dominação de grupos e do Estado (KRUG *et al.*, 2002; ASSIS, DESLANDES e SANTOS, 2005; MINAYO, 2007).

O consumo de substâncias psicoativas, a convivência com pessoas que consomem drogas e a proximidade da juventude com o tráfico de drogas tem profundo impacto na gênese de situações de violência enfrentadas pelos jovens brasileiros. O Brasil vem chamando a atenção para a relação entre as condições de vida dos adolescentes e sua associação com o uso de álcool e outras drogas, com o desencadeamento da violência. (NOTO *et al.*, 2003; BRASIL, 2008c; SANTOS, ALÉSSIO, SILVA, 2009).

Estudiosos do tema evidenciam em seus trabalhos que há grande interface entre o uso de substâncias psicoativas na adolescência e violência, e isso denota a necessidade de melhores estratégias de promoção da saúde, evitando o uso de drogas, conseqüentemente auxiliando na prevenção da violência (NJAINÉ *et al.*, 2006; BUCHELE, COELHO, LINDNER, 2009; SOUZA, SANTANA, 2009).

A adolescência é vista como um importante momento de domínio das regras e dos valores da vida social, de ganho da autonomia, de maturação física e psíquica e de gradativa incorporação de papéis sociais do mundo adulto. Independentemente das diversas formas e singularidades das culturas históricas que possam existir, pode-se considerar que, atualmente, a adolescência é uma fase extremamente especial do desenvolvimento humano. Nesse período, o adolescente constrói uma imagem de si e várias competências cognitivas e socioculturais rumo à inserção nas relações da sociabilidade adulta (ASSIS, DESLANDES, SANTOS, 2005).

A sociedade contemporânea vive, em relação a sua juventude, um paradoxo. Tem-se de um lado uma cultura marcada por uma supervalorização do jovem e do “ser jovem”. Essa dimensão se relaciona com questões de vitalidade, dinamismo e criatividade articulada a outras características dos tempos atuais: valorização social do tempo livre, do lazer e do ócio. No contexto familiar, famílias desestruturadas

contribuem na formação da personalidade sem maturidade, tornando os jovens vulneráveis, podendo assim favorecer a inserção dos riscos.

Saito (2008) pontua que o contexto intrafamiliar funciona também como fator de proteção, em que estão presentes o amor, o compromisso, o respeito, o diálogo e os limites. Torna-se necessária a orientação quanto ao uso da liberdade vinculada à responsabilidade. Feijó (2001), em seu estudo com jovens infratores, realizado no Rio de Janeiro - RJ, retrata instituições sociais, como escola, igreja, família, governo, como sendo essenciais para a manutenção de uma vida com valores morais e com equilíbrio.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde esclarece que a participação juvenil favorece ações de enfrentamento de problemas reais da comunidade. É essencial que o serviço de saúde repense sua forma de agir frente a essa clientela que pode contribuir de forma ativa para a resolutividade ou prevenção de problemas que perpassam a comunidade (BRASIL, 2007a).

Contextualizando o fortalecimento da atenção básica, a Constituição de 1988 traz o Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios para a reorganização da Atenção Básica no Brasil. O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado e hoje é conhecido por Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Programa Saúde da Família tornou-se a grande estratégia da maioria dos municípios brasileiros e é a partir da organização desse serviço que se busca fortalecer a concepção da atenção à saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias. Ressalta-se que os princípios do Sistema Único de Saúde estão na base de todas as ações planejadas e executadas por esta política, enfocando, especialmente, a promoção da saúde que modifica o foco da doença para a prática de ações que desenvolverão as potencialidades humanas (SUCUPIRA e MENDES, 2003).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Esse modelo de atenção utiliza tecnologias que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, fazendo uso da coordenação do

cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Deve-se salientar que o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica abrange ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis. Inseridos neste novo modelo de atenção à saúde, o MS (Brasil, 2007a) orienta aos profissionais que trabalham na atenção básica a realização da captação dos jovens (por meio da divulgação e facilitação do acesso ao serviço) no intuito de otimizar as oportunidades de contato com a equipe.

Conforme Fleury e Ouverney (2007), as organizações de saúde devem permitir um fluxo contínuo de trocas de experiências dentro de seu território de atuação, causando interdependência entre as unidades promotoras de saúde e a comunidade.

A unidade de saúde tem a função de desenvolver ações diferenciadas para atender as necessidades dos adolescentes. O MS orienta algumas dessas atividades: visita domiciliar, atendimento individual, ações educativas e de promoção da saúde, participação juvenil, atividades intersetoriais e atividades em grupo para adolescentes, jovens e familiares. Considerando que adolescentes e jovens se aglomeram em grupos, pode-se inferir que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas (BRASIL, 2007a).

O Ministério da Saúde, em seu manual técnico sobre saúde dos adolescentes e jovens informa que o atendimento grupal constitui-se uma forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, como a busca de soluções de problemas. Dessa forma, as atividades de grupo permitem: desenvolver a capacidade de ouvir, falar e comunicar-se; estabelecer um processo coletivo de discussão e reflexão e construir uma experiência de reflexão educativa comum (BRASIL, 2007b).

Recomenda-se neste manual que as ações educativas sejam voltadas para o contexto sociocultural, histórico, político e econômico da região, para que não haja um

desligamento da realidade. Em um de seus tópicos, cita a violência como um tema importante a ser discutido com os mesmos.

Infelizmente, o atendimento ao adolescente nas unidades ainda não se encontra fortalecido. Tal situação é percebida pela ausência de uma assistência continuada a essa demanda, bem como trabalhos ainda voltados para a resolução de problemas e não com a busca constante pela prevenção continuada destes. O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) retrata a obrigatoriedade e priorização da saúde em relação às ações e serviços que atendam ao segmento infante-juvenil, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso.

Neste sentido, a ESF, como eixo estruturante da atenção básica e do cuidado integral às famílias e comunidades, tem o papel de identificar os focos de risco (nos quais os adolescentes estão inseridos) que interferem no desenvolvimento saudável do território, sujeito às situações de violência e degradação humana, para, portanto, elaborar ações que construam um ambiente de crescimento e desenvolvimento juvenil, visualizando o exercício de uma cidadania responsável.

Nascimento e Costa (2009) defendem que o processo de descentralização das atividades de saúde oriundo da implementação da Estratégia Saúde da Família propiciou importantes ganhos para a população brasileira, mas que, em várias outras vertentes, isso tem causado grande desconforto por conta das demandas geradas e que não encontraram respostas adequadas dos profissionais de saúde.

A rede de atenção básica brasileira ainda hoje encontra empecilhos para se firmar como estrutura pública de suporte social, reconhecida pela comunidade como sua, pois não tem utilizado instrumentos para a melhora da participação comunitária, ainda deixando muito a mercê dos gestores e dos profissionais o planejamento e a implementação das ações necessárias.

Coelho e Jorge (2009) referem à formação de vínculos como o principal passo para melhora da relação entre profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família, explicitando que se trata de uma difícil conquista que deve ser trabalhada constantemente, especialmente quando se trata do cuidado a grupos específicos da comunidade.

## **2.2 Breve olhar sobre violência na perspectiva social**

Autores na década de 1980 já refletiam sobre a violência estar relacionada com questões de poder e de desequilíbrio entre classes sociais. Dessa forma, Arendt (1985) põe em pauta a questão da violência nos domínios da política ao afirmar que o ser político está intimamente ligado a sua forma de agir.

Tanto a violência, quanto o poder são manifestações de um processo natural, pois pertencem ao setor das atividades humanas cuja qualidade por essência do homem é garantida pela capacidade do homem de agir, a habilidade de iniciar algo novo.

A autora destaca, em seu discurso, que quanto mais forte um país se encontra, em termos de população e industrialização, maior a aquisição de poder. Esse pensamento traz à tona a questão do uso do poder como forma de repressão, de autoritarismo, que desde a década de 1980 já era vista como uma forma de violência na comunidade (ARENDR, 1985).

Velho (2000), sob a perspectiva da Antropologia, defende a ideia de que uma das variáveis fundamentais para se compreender a violência na sociedade brasileira não é somente pela ótica da desigualdade social, mas, também, pelo fato de estar conjugada a um esvaziamento de conteúdos culturais, éticos e de relações sociais.

Desta maneira, a pobreza tomada isoladamente não explica a perda de referenciais éticos que sustentam as interações entre grupos e indivíduos. Isto fica mais evidente nas grandes cidades, devido à exacerbação da iniquidade social gerada pelo contraste agudo dos modos de vida.

O autor enfatiza que no ambiente das favelas, na periferia das grandes cidades e nos conjuntos habitacionais, multiplicam-se quadrilhas, compostas em sua maioria por jovens que passaram a exercer, em muitos casos, um controle efetivo sobre essas áreas da cidade. Através do tráfico, passaram a ter acesso a armas de todos os tipos, com as quais exercem seu poder (VELHO, 2000).

Neste sentido, Velho (2000) declara que a ausência de um sistema de



reciprocidade se expressa em uma desigualdade associada e produtora de violência. A impossibilidade de acesso da grande maioria das camadas populares a bens e valores largamente utilizados pela publicidade, através da mídia e da cultura de massa em geral, acirra a tensão e o ódio sociais. A inadequação de meios legítimos para realizar essas aspirações fortalece o mundo do crime.

Os jovens encontram no crime uma forma de anseio de estar inserido no mundo do dinheiro, no mundo onde se pode comprar o que é vendido pela mídia. Esta criminalidade já é vivenciada por todos que vivem nos grandes centros urbanos e traz à população o medo de sair de suas casas.

A violência tomou uma proporção ampliada e, com isto, deve ser enfrentada intersetorialmente e com ações conjuntas que deem estrutura para as famílias se fortalecerem enquanto cidadãos.

Marty (2006), psicanalista francês, declara que é frequente a relação da violência com a adolescência, informando que a adolescência é violenta, porém a violência não é exclusivamente adolescente. Ele informa que o adolescente é violento em decorrência de uma violência que ele sofre na sociedade.

Esta afirmação remete a uma visão reducionista do fenômeno, induzindo o olhar da sociedade muitas vezes de forma punitiva e com ênfase no perpetrador da violência. Deve-se analisar esta questão com uma lente cultural ampliada, colocando o adolescente como participante desse contexto, ora como autor e por vezes vitimado como produto do meio e de suas redes sociais de pertencimento.

Daí ser importante, apesar de aparentar um paradoxo, adotar uma postura empática para compreender o ambiente em que o outro vive e se encontra, para, assim, analisar o contexto sociocultural do ingresso no mundo violento (MINAYO, 2004).

### 3 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

#### 3.1 Teóricos

Os referenciais teóricos que dão aporte ao estudo transitam nas concepções de autores que discorrem acerca do cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, bem como violência e adolescência (COHN, 2009; MERHY, 2007; DESLANDES, 2007; BRASIL, 2007a; 2006a; 2006b; 2005; MINAYO, 2006b; CAMPOS, 2006).

Na concepção de autores, o estudo elege conceitos operacionais:

1. Ao **acolhimento** é atribuída a possibilidade de gerar encontros e desencontros na unidade de saúde, permitindo pensar acerca dos processos institucionais que permeiam a acessibilidade do usuário ao serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).
2. É necessário trabalhar as instituições e os sujeitos, um interferindo no outro, com o intuito de produzir uma gestão coletiva, visando novos valores e nova ética, onde seja pensada e praticada a **cogestão**, não a dominação (CAMPOS, 2007a).
3. A **promoção da saúde** surge enaltecendo a diversidade de saberes e as subjetividades por eles construídas na tentativa de produzir novas formas de cuidado coletivas e individuais, embora ainda esteja calcada na interdisciplinaridade, consequência da super especialização presente no modelo médico-centrado que ainda perdura (FERNANDEZ *et al.*, 2008).
4. A **escuta qualificada** se coloca com um dos principais mecanismos para a humanização das práticas nos serviços de saúde, pois possibilita interação entre profissionais e usuários, facilitando resolução de demandas (BRASIL, 2006c).
5. A emergência de novos paradigmas gerenciais em saúde tem provocado mudança nas **relações de poder** que sempre existiram, construindo uma tendência de conflitos mais equilibrados devido maior divisão de responsabilidades (MERHY, 2007b; CAMPOS, 2007a).

6. O **vínculo** é um dos preceitos básicos para modificações positivas no modelo de atenção em saúde centrado no usuário, produzindo abordagem singular às demandas de saúde (CAMPOS, 2007b).
7. O **enfrentamento da violência** perpassa pelas ações cotidianas das equipes da Estratégia Saúde da Família, envolvendo mapeamento das situações de risco, garantia de integralidade na assistência por meio dos encaminhamentos necessários, acompanhamento dos casos detectados, avaliando possíveis dificuldades encontradas durante o processo e desenvolvimento de estratégias de prevenção em parcerias com outros equipamentos sociais (CONASS, 2009).
8. A fragmentação de ações e o hospitalocentrismo com valorização exacerbada de especialistas provocaram tendências comprometedoras das respostas dos sistemas de saúde, porém o mundo vive um momento de transição entre este **modelo de atenção em saúde** e outro baseado em novos valores e expectativas, com priorização da atenção primária em saúde, que no Brasil é denominada atenção básica, centrada no usuário, com respostas mais abrangentes e integradas (OMS, 2008).

Estes conceitos visam aprimorar o conhecimento das práticas de um serviço de saúde, sendo de suma importância para avaliação contínua da atuação dos profissionais e seu desempenho diante das dificuldades conhecidas e reconhecidas, durante a atuação destes diariamente nas comunidades.

Investigar isso sob a visão de todos os envolvidos com os equipamentos sociais, no caso deste estudo, as unidades básicas de saúde, é de grande relevância, pois congrega as dificuldades relatadas pelos profissionais em relação à interação com a comunidade e as normas impostas pelos gestores dos respectivos serviços.

Para compreender as interfaces entre as ações desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica no atendimento do ser adolescente, no contexto da violência comunitária, bem como tentar explicitar como as normas vigentes nas instituições de saúde interferem nesse processo, percebe-se que este estudo qualitativo se encaixa no objeto proposto.

## **3.2 Metodológico**

### **3.2.1 Abordagem e Tipo de Estudo**

Abordagem qualitativa e estudo exploratório descritivo, visando melhor compreender e descrever a situação natural dos sujeitos estudados e possibilitar uma maior aproximação da realidade.

Esta se aplica à proposta, de acordo com a historicidade, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, resultados das explicações que o homem faz a respeito de seus relacionamentos, sua vida, como sentem e pensam. Essa abordagem melhor se enquadra em investigações de grupos e segmentos focalizados, de histórias sociais sob a ótica de atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (FLICK, 2009; POPE; MAYS, 2005; MINAYO, 2006b).

Nos trabalhos qualitativos, o pesquisador deve possuir conhecimento profundo acerca da ambiência do sujeito, oportunizando maiores possibilidades para o alcance dos objetivos propostos, principalmente, quando estes tratam de experiências individuais (ZANELI, 2002).

### **3.2.2 Cenário do Estudo**

O cenário consta de uma cidade do Estado do Ceará de médio porte (Sobral), com população estimada no ano de 2009 em 182.431 habitantes (IBGE, 2010). A escolha do município de Sobral ocorreu devido a esse ter sido um dos pioneiros no Brasil na implantação da Estratégia Saúde da Família como modelo de organização da atenção primária em saúde, norteando as políticas municipais, enfocando a atenção básica como prioritária no atendimento à população.

O processo foi construído, coletivamente, entre a gestão, os profissionais e usuários do sistema de saúde, possibilitando envolvimento de todos e oportunizando

práticas que alcançaram vultosa importância. Desse modo, o município se tornou referência nacional e internacional pelas ações desenvolvidas ao longo dos anos após a implantação em 1997, visando melhoria da qualidade de vida de seus munícipes (ANDRADE *et al.*, 2004).

Essa experiência foi alvo do reconhecimento pelo Ministério da Saúde com o Prêmio Saúde Brasil – o Retrato da Saúde da Família. Em 1999, Sobral foi premiado pela Fundação Getúlio Vargas em um concurso que avaliou mais de 900 experiências inovadoras no âmbito nacional (SILVA, 2003).

Em 2009, o Projeto Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde (AIPS), um projeto de intercâmbio entre o Canadá e o Brasil, com o objetivo de sistematizar e apoiar ações de promoção da saúde em seis municípios brasileiros selecionou Sobral. Para a efetivação do Projeto em Sobral, foram incluídos três bairros, os quais se constituem territórios de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Esses territórios constituíram um Pacto Intersetorial visando à análise de seus problemas, ao fortalecimento da participação comunitária e ao planejamento e execução de ações coletivas (FIOCRUZ/ENSP, 2009).

Atualmente, o município conta com 48 equipes da Estratégia Saúde da Família, cadastradas no Ministério da Saúde em seu território, distribuídos na zona urbana e rural. Isso denota cobertura populacional de 91,80% (FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Foram escolhidas três Unidades Básicas de Saúde para este estudo, acolhendo em sua estrutura física sete equipes da Estratégia Saúde da Família com as categorias profissionais que as formam, compostas por agentes comunitários de saúde, atendentes de consultório dentário, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem.

### **3.2.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos foram formados por dois grupos importantes para a construção do processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde: profissionais e gestores do sistema. Preservando o anonimato desses sujeitos, foram atribuídos a letra G para gestores (G1, G2 e G3) e P para os profissionais (P1, P2, ... P13) acrescido dos

números de 1 ao número 13.

Os profissionais de saúde eleitos da equipe da Estratégia Saúde da Família foram: enfermeiro, médico e cirurgião-dentista, considerando que possuem, geralmente, um perfil agregador com outros profissionais, a comunidade adscrita e os gestores, influenciando diretamente nas práticas adotadas por todos.

Os gestores das Unidades Básicas de Saúde escolhidas, representados por seus respectivos gerentes, responsáveis pelos encaminhamentos administrativos, bem como o elo entre a equipe, os usuários e a gestão municipal central.

### **3.2.4 Coleta de dados**

Conforme a metodologia aplicada neste estudo, a coleta de dados ocorreu por meio de observação generalizada (início do pesquisador no campo), observação focalizada (olhar direcionado ao objeto de investigação), entrevistas individuais e observação participante.

Antes da inserção nos grupos, ocorreram visitas às unidades para a aproximação com o cenário de práticas e a percepção do ambiente que os mesmos estão inseridos. O contato inicial se deu sempre com a gerente da unidade, para explicitação dos objetivos da pesquisa e do papel do pesquisador durante o tempo vigente da coleta dos dados, que ocorreu durante três meses.

Na reunião de equipe, havia a apresentação do pesquisador para todos, onde eram replicadas as informações ditas às gerentes, minorando as dúvidas dos presentes, ao tempo em que era solicitada colaboração dos profissionais para sua participação no estudo.

Posteriormente, a inserção do pesquisador nos grupos ocorreu de forma satisfatória, havendo a percepção de todos acerca da importância da realização de pesquisas para o conhecimento da realidade local e desenvolvimento de novas práticas.

Isso foi propiciado pelo território servir de campo de estágio para curso da graduação na área da saúde de universidades públicas e privadas, tais como:

Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia. Também da Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, o que ampliava a presença de outros profissionais com formação superior na equipe, agregando fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e assistentes sociais.

Inicialmente, os profissionais demonstraram apreensão em participar das entrevistas, visto que era uma temática tida por todos como difícil de ser tratada, bem como o trabalho abordava as ações desenvolvidas pela equipe, o que deixou implícito o receio de estarem sendo avaliados por sua atuação.

Posteriormente, essa percepção inicial foi sendo dissipada, principalmente ocasionada pela naturalização da presença do pesquisador no campo, tornando-o mais próximo da equipe e, portanto, um ente menos amedrontador.

As entrevistas individuais foram realizadas nos consultórios das unidades, em que não estavam ocorrendo atendimentos no momento em que os profissionais demonstravam disponibilidade para participar do estudo. Geralmente ocorria após atendimentos aos usuários ou reuniões das equipes, facilitando maior interação com o pesquisador, visto que as responsabilidades do cronograma diário do profissional já tinham sido realizadas.

O roteiro da entrevista visava buscar dados de identificação do participante, bem como questões norteadoras que propiciaram discussões acerca das situações de violência encontradas na área adscrita da unidade, as ações desenvolvidas pela equipe para o enfrentamento do problema e as facilidades e dificuldades no desenvolvimento destas atividades (Apêndices A e B).

Para o registro dos dados construídos, foi utilizado um gravador para não dissipar as falas dos participantes, como também um diário de campo onde foram arquivados, em forma escrita, os frutos das entrevistas, bem como a percepção do pesquisador. A utilização do recurso de áudio foi utilizada mediante a autorização dos participantes.

A outra forma de coleta de dados se deu pela observação participante. Spradley (1980) apud Flick (2009) informa que a mesma possui três fases: 1 - observação

descritiva; 2 - observação focalizada; 3 - observação seletiva (concentra-se em encontrar mais indícios e exemplos para os tipos de práticas e processos descobertos anteriormente). No tocante à observação participante, o pesquisador irá conhecer e vivenciar a realidade desses adolescentes para poder compreender e ter um olhar mais ampliado em relação aos sujeitos da pesquisa, e solidificando, desta forma, a etnografia.

A observação participante é uma importante ferramenta para os estudos etnográficos, pois propicia interação mais efetiva do pesquisador com o objeto pesquisado (DELAMONT, 2004), bem como convergências interessantes na pesquisa, ao tempo em que é capaz de facilitar o conhecimento das pessoas e de seu modo de vida pelo pesquisador (ANGROSINO, 2009).

Buscou-se a observação das práticas que envolviam os diversos sujeitos, bem como a relação entre eles, especialmente durante realização de atividades em conjunto, tais como: reuniões e sessões educativas. Também ocorreu observação da dinâmica de acesso e utilização dos serviços pela comunidade, podendo o pesquisador conhecer desde o processo de acolhimento na unidade até o momento de despedida entre usuários e profissionais.

### **3.2.5 Análise dos dados**

A análise do discurso, nas suas diversas variedades, é apenas uma forma (a mais visível) das abordagens existentes no construcionismo social. Seu ponto de partida é a premissa da filosofia da linguagem, pois é através desta que criamos as representações (que nunca são um simples reflexo de uma realidade preexistente) que contribuem para a construção da realidade (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2009).

Consoante Maingueneau (1989), ela surgiu na França em 1960, rompendo ideias já formadas anteriormente acerca de interpretação em leituras. Sempre buscou uma análise mais aprofundada acerca do objeto de estudo, não assumindo a superficialidade como norte, mas exatamente o oposto: os desdobramentos do discurso do sujeito. O autor complementa afirmando que inicialmente a língua era o principal mecanismo de avaliação, mas posteriormente isso foi sendo modificado para o



conhecimento do que o sujeito quer expressar, seja de forma explícita ou implícita.

A possibilidade do conhecimento acerca do discurso implícito é a principal característica desta análise, visto que na linguagem encontram-se todos os mecanismos de convergência entre os interlocutores. A palavra é o meio primário que revela os meios básicos da comunicação e isso facilita o entendimento dos relacionamentos entre os indivíduos e sua interação em coletividade (BAHKTIN, 1979).

As palavras expõem as contradições, os conflitos e as interações em comunidade, oriundas especificamente de um indivíduo, possibilitando a partir dessas ideias a construção de um emaranhado discursivo socialmente compartilhado (MINAYO, 2006b).

Gregolin (2003) explica que os sujeitos acreditam produzir discursos com liberdade individual, porém essas ideias estão já construídas socialmente, estabelecendo uma memória discursiva universal.

Isso possibilita grande envolvimento entre análise do discurso e a área da saúde, pois as construções acerca dos processos de trabalho e processo saúde-doença perpassam pela interação entre as pessoas. O discurso revela a compreensão do sujeito acerca de sua realidade e sua integração social com discursos de outros indivíduos (MINAYO, 2010).

Ela vai de encontro às concepções positivistas de análise, pois não aceita as facilidades da generalização como pressuposto para facilitar o trabalho do pesquisador. Na análise do discurso, as características individuais da fala são processadas e potencializadas, visando ao entendimento mais profundo do objeto de estudo (IÑIGUEZ, 2004; ORLANDI, 2003).

Macedo *et al.* (2008) defendem que este tipo de análise é importante para a área da saúde, pois não somente deve ser explicitada a compreensão dos indivíduos acerca da complexidade do processo saúde-doença, bem como as questões estruturais e suas particularidades que influenciam esta compreensão.

Neste sentido, a análise do discurso converge sobremaneira com pesquisa qualitativa abordada no presente estudo, visto que enfoca o sujeito em seu local de

vivência em sociedade, considerando suas construções individuais e coletivas e dando importância aos fatores estruturais dos processos de trabalhos em saúde, o que gera várias consequências no discurso destes.

Essa técnica permite aos pesquisadores estudar os elementos constituintes do discurso cotidiano, abordando tanto textos escritos, quanto a interação oral (formal e informal), focando a construção de linguagens específicas, como a organizacional e a política (NKOMO; COX JUNIOR, 1996; SILVA; SARGENTINI, 2005).

Discorrendo sobre a epistemologia da análise crítica do discurso, para Stubbe *et. al.* (2003), esta possui multiplicidades de abordagens analíticas disponíveis nas ciências humanas e sociais. Ainda que haja muitas semelhanças existem, também, muitas diferenças no modo de fazer análise, em suas influências e pressupostos básicos.

Também não existe consenso sobre o que é o discurso ou sobre o modo de analisá-lo. As diferentes perspectivas oferecem suas próprias sugestões e definições, competindo na apropriação os termos discursos e análise de discurso (PHILLIPS; JORGENSEN, 2002).

Segundo Nogueira e Fidalgo (1995), os efeitos discursivos são aqueles que operam por cima do nível individual, então ao trabalhar os textos devemos procurar os efeitos que o material tem “por direito próprio” que o leitor é capaz de captar. A tarefa do analista consiste em percorrer os textos, procurando todas as possíveis leituras e identificar aquelas que sejam mais adequadas para a relação social que está em consideração.

O processo de análise é exaustivo, mas torna clara a importância da contextualização entre os sujeitos pesquisados e o pesquisador, pois há sempre grande heterogeneidade dos discursos, que é reconhecido nas pausas, no não verbalizado, na dificuldade do expressar (MAINGUENEAU, 1989).

As possibilidades qualitativas do texto serão facilitadoras para a abordagem que culminará com a análise de cada discurso, corroborando com as ideias de Barros (2004), que enfoca as referências intertextuais, a recorrência de palavras e a organização da narrativa como mecanismo de pronúncia do discurso, contribuindo para

sua análise.

Sua utilização, de acordo com as autoras Phillips e Jorgensen (2002), fundamenta-se em um “pacote completo” que contém: (a) premissas filosóficas (ontológicas e epistemológicas) com relação ao papel da linguagem na construção social do mundo; (b) modelos teóricos; (c) guias metodológicos para abordar um domínio de pesquisa e (d) técnicas específicas para a análise.

Apesar de dever formar um conjunto integrado, cada pesquisador pode criar o seu “pacote” através da combinação de elementos de perspectivas de análise de discurso diferentes e, até mesmo, de perspectivas analíticas não-discursivas. Entretanto, deve haver uma coerência nesta integração, tomando-se cuidado com as diferenças e semelhanças filosóficas, teóricas e metodológicas de cada abordagem.

No processo de análise da entrevista, é a leitura repetida das transcrições que trará as grandes categorias, que começam a emergir da recorrência de temas e são relacionadas à literatura e, numa leitura mais detalhada, refinadas em categorias recorrentes menores, os “repertórios” ou “discursos”, ou seja, são elaboradas conexões em torno das questões de pesquisa; detalhados e sinalizados os significados construídos no texto e o modo como estes objetos são construídos (PEACE, 2003; PARKER, 2005).

O objetivo principal da análise do discurso é revelar as conexões entre linguagem, poder e ideologia, bem como descrever o modo como poder e dominação são produzidos na prática social através de estruturas discursivas de interação (STUBBE *et al.*, 2003).

Desse modo, a análise do discurso, adotada pelo estudo, e utilizada como meio para o entendimento das informações coletadas pelo pesquisador, estão fundamentadas por Dooley e Levinsohn (2009).

No material analisado, podemos afirmar a representatividade dos gestores e profissionais selecionados para o estudo, uma vez que correspondem aos que compõe as Equipes da Estratégia Saúde da Família das áreas delimitadas. Neste aspecto, as falas podem ser consideradas discursos, também por possuir coerência e coesão (DOOLEY; LEVINSOHN, 2009). Outro critério para identificar um discurso, consiste na

necessidade do texto ter efeitos discursivos na atuação dos participantes do estudo. É visto que isso ocorre no posicionamento em relação ao enfrentamento da violência contra adolescentes, pois se trata de cuidados/intervenção/prevenção.

No estudo, as falas foram transcritas na íntegra, impressas e recortadas separando cada resposta de acordo com as respectivas indagações. As respostas dos sujeitos foram posteriormente coladas lado a lado em cartolinas, possibilitando melhor visualização das falas. Pôde-se buscar coesão e coerência nas respostas, atentando para agrupamentos temáticos e descontinuidades temáticas.

Deve-se ressaltar que foram retirados os vícios de linguagem e realizada correção ortográfica para proteção dos participantes do estudo, técnica que está sendo utilizada na literatura (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Com o surgimento destes agrupamentos, verificou-se a presença de diálogos discursivos, construídos pela convergência da realidade aos quais os participantes da pesquisa estavam vivenciando. Isso propiciou análise dos discursos explícitos, que visavam respostas aos questionamentos do pesquisador, mas também dos implícitos, que emergiam trazendo novo foco ao enunciado.

Nos discursos dos gestores, foram explicitados três agrupamentos temáticos: a Unidade Básica de Saúde (UBS) convive com a violência; desenvolvimento de ações pontuais para o enfrentamento da violência e a gestão está distante dos adolescentes.

Já nos discursos dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos surgiram cinco agrupamentos temáticos, sendo eles: os adolescentes não são prioridade na Estratégia Saúde da Família; há dificuldades no trabalho em equipe; os profissionais não se sentem preparados para atuar no enfrentamento da violência; insegurança do profissional para lidar com o tema violência e os profissionais são cobrados para trabalhar com o tema violência envolvendo adolescentes.

Porém, ocorreu o aparecimento de duas descontinuidades temáticas na narrativa destes sujeitos, que foram: a promoção da saúde ainda não é priorizada; conhecimento sobre violência e facilidade de trabalhar com adolescentes.

### **3.2.6 Ética na pesquisa**

Foram seguidos os preceitos da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o parecer de n.377/2009.

Ocorreu esclarecimento aos participantes do objetivo do estudo, bem como se tornou clara a questão do anonimato durante toda a vigência da pesquisa. Os resultados serão devolvidos aos participantes/instituição por meio de defesa pública da dissertação e apresentação em eventos e publicações em periódicos. Os dirigentes da instituição e órgãos afins estão convidados para esta etapa.

## **4 DESCRIÇÕES DOS CENÁRIOS**

### **4.1 Sobralensidade<sup>1</sup>**

O bairrismo é forte em Sobral e isso ficou explícito nas diversas conversas informais com usuários e profissionais geradas nas UBS participantes da pesquisa. Este parece ser consequência do orgulho que os munícipes têm de viver no município, que é um dos mais importantes do Estado do Ceará e que historicamente sempre esteve em destaque em distintas áreas, do comércio à política, da educação à cultura.

O município alcançou destaque no Estado por ser ponto de confluência para o comércio de gado, charque e couro, conseguindo rápido desenvolvimento, chegando a superar Fortaleza, na primeira metade do século XIX, como mais importante polo comercial. A hegemonia na Região Norte do Ceará continua atualmente, especialmente no setor industrial e de serviços (SILVA, 2007).

A autora ainda informa que esse expressivo crescimento econômico possibilitou a construção de um rico acervo arquitetônico tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – IPHAN, incluindo teatro, igrejas, escolas e museus que estão preservados e são de utilização pública. Estes propiciam a lembrança diária da época de imponência e riqueza que marcou o desenvolvimento da cidade e de sua população.

O banco de dados com os últimos índices publicados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) e do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE (2010), nos mostram que Sobral possui área territorial de 2.123km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 73,25 hab./km<sup>2</sup> (2000), grau de urbanização de 86,63% (2005), possuindo Produto Interno Bruto – PIB *per capita* de R\$9.908,00 (2007) e taxa de crescimento populacional de 1,81% ao ano (2000).

Ainda pode-se afirmar que a esperança de vida ao nascer é de 68,3 anos (2000), a taxa de mortalidade infantil é 13,9 mortes por mil nascidos vivos (2008), a taxa de

---

<sup>1</sup> Neologismo utilizado para denotar o modo singular de vida dos munícipes de Sobral enfatizando as particularidades de comportamento e relações sociais.

mortalidade por causas externas - homicídios é de 22,75 mortes por 100.000 habitantes (2006), cobertura de rede de abastecimento de água na área urbana 94,52% (2009) e cobertura de sistema de esgotamento sanitário 52,49% (2009).

O município de Sobral é reconhecido nacionalmente por seu pioneirismo nas ações de saúde, sendo considerado um dos berços do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família.

Buss e Carvalho (2009) nos lembram que o Programa Saúde da Família foi iniciado no ano de 1992, porém devido a suas características que não remetem à finitude, hoje é reconhecido como Estratégia Saúde da Família, que busca a conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, priorizando a atenção básica por meio de sua expansão e se adequando aos preceitos da integralidade e da qualidade de atenção.

O Sistema Municipal da Saúde dispõe de uma rede estruturada com capacidade instalada para a realização de serviços da atenção básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar.

Os serviços da atenção à saúde compreendem 48 equipes de Saúde da Família, 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) distribuídos em 28 Unidades Básicas de Saúde da Família e 05 unidades de apoio, em áreas distribuídas na sede e zona rural (Figuras 1 e 2), onde, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população, acompanham 600 a 1.200 famílias, garantindo uma cobertura assistencial de 93,4% da população do município (SOBRAL, 2009).

**Figura 1** - Mapa da Sede de Sobral com a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio. Sobral - CE, 2009.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral, Secretaria da Saúde e Ação Social, Plano Municipal de Saúde – 2009/2012.

Na rede de Atenção Secundária e Terciária, o município dispõe de Unidades Especializadas, Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Centro de Reabilitação de Sobral, Laboratório Regional, Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, os quais recebem pacientes referenciados das Unidades Básicas de toda Região Noroeste do Estado. A rede de urgência e emergência conta com o sistema do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

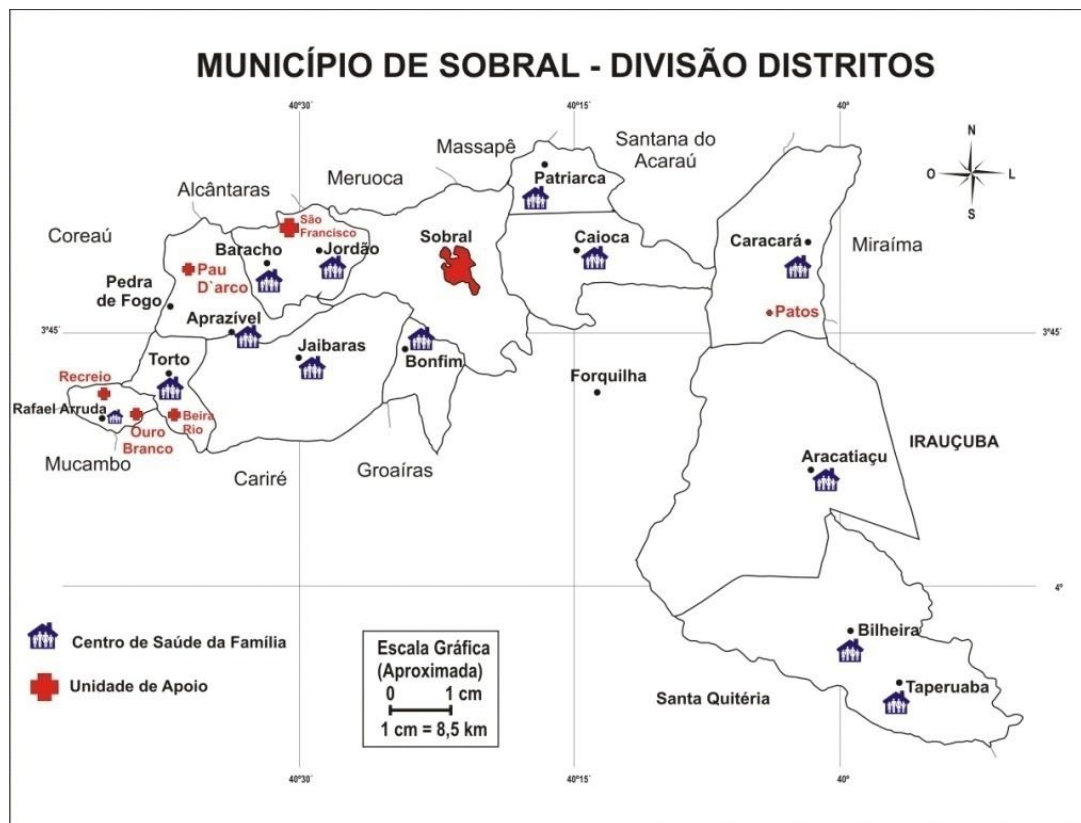
O município dispõe dos seguintes hospitais: Santa Casa de Misericórdia Sobral, caracterizado como instituição filantrópica, Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda,



Clínica Dr. Alves e Hospital do Coração, instituições privadas conveniadas com o SUS e o Hospital Regional Unimed de Sobral.

Em 2010, o Governo do Estado do Ceará deu início às obras para construção do Hospital Regional Norte no município de Sobral. Este, de acordo com dados do Governo do Estado do Ceará, será o maior hospital do interior do Nordeste (CEARÁ, 2010), idealizado com o objetivo de minorar a sobrecarga de atendimento em hospitais do município de Fortaleza.

**Figura 2** - Mapa dos Distritos de Sobral com a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio. Sobral - CE, 2009.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral, Secretaria da Saúde e Ação Social, Plano Municipal de Saúde – 2009/2012

O município apresenta uma vultosa importância para o sistema de saúde do Estado por ser sede da maior microrregional de saúde do Ceará, sendo referência para 24 municípios na atenção secundária (Figura 3). Também é sede de uma das três macrorregiões, sendo o polo aglutinador de 55 municípios, com responsabilidades na atenção terciária para 1.533.595 cearenses (CEARÁ, 2010).

**Figura 3** - Mapa da 11ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará. Sobral - CE, 2010.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2010).

#### **4.2 A organização, estrutura e dinâmica das Unidades Básicas de Saúde**

As Unidades Básicas de Saúde A, B e C inserem-se em realidades análogas, agregam bairros vizinhos, possuem contiguidade em suas áreas de adscrição. Localizam-se estrategicamente em suas regiões, estando em pontos conhecidos nos seus bairros, garantindo acessibilidade aos usuários e profissionais. O Ministério da Saúde (Brasil, 2008) preconiza que a unidade de saúde deve estar próxima da comunidade, garantindo o acesso à maior quantidade possível de pessoas, independente da idade ou capacidade de mobilidade. Tanto a área física como mobiliário devem acolher os usuários, com facilidade na circulação de pessoas, garantindo utilização segura por todos.

A estrutura física destas unidades no município de Sobral é coerente com as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2008) e é considerada modelo para a construção de outras UBS no Brasil. Atende, inclusive, aos princípios do HumanizaSus (Brasil, 2006c), quanto à existência de um ambiente acolhedor, incluindo decoração e harmonia visual. Por esta razão, essas unidades foram fotografadas e exibidas na primeira edição do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família, editado pelo Ministério da Saúde para orientar a construção e reforma dos centros de saúde no país (BRASIL, 2006d).

Isso remete à qualidade e ao diferencial das construções em questão, denotando uma modificação no modelo assistencial no município, que envolveu investimentos desde a área física até os recursos humanos.

Várias características estruturais devem ser avaliadas nas unidades de saúde, tais como: ambiência, ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais e acabamento. Deve-se atentar para o fluxo de usuários, a facilidade de limpeza e desinfecção, bem como a segurança das pessoas que circulam diariamente pelo serviço (BRASIL, 2008d).

Por terem sido escolhidas como referência brasileira, as unidades causam boa impressão a todos, pela facilidade de acesso e construção arquitetônica considerada pelos usuários como muito bonita, principalmente por se diferenciar dos antigos centros de saúde que não privilegiavam os espaços coletivos e o paisagismo.

Estas são iluminadas, dispõem de paisagismo diferenciado em vários locais e quadros decorativos completam o ambiente acolhedor. Os cartazes informativos não são restritos as “propagandas associadas somente às doenças”, fato comum em muitos serviços da atenção básica. Percebe-se na estrutura física e distribuição do mobiliário uma tentativa de se distanciar do modelo fragmentado de atenção, em que a doença sobressai em detrimento da interação entre os profissionais e a população. A descrição nos aproxima da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b) e Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b) que entendem os serviços como locais promotores de saúde, podendo e devendo ser utilizados pelas comunidades em qualquer demanda e, não apenas, quando estas se percebem em processo de adoecimento.

Vale salientar que uma das unidades está agregada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, que, desde 1997, apoia a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular, disponibilizando cursos e treinamentos para a rede pública do município de Sobral e consolidando-se como referência para realização de cursos para a região norte do Estado do Ceará (SOBRAL, 2010).

Ao adentrar nas unidades, a recepção situa-se nas imediações da “porta de entrada” promovendo melhor acesso e dando a impressão de maior abertura dos serviços à comunidade. Sempre há agentes administrativos responsáveis pelas informações no balcão de atendimento e um enfermeiro no acolhimento dos usuários, organizando a demanda em busca de uma escuta qualificada e solucionar o motivo de procura à unidade pelo usuário.

A descrição dessas unidades exige comprometimento e ampliação do olhar do pesquisador, para que as práticas possam ser identificadas e modificações e reestruturações sejam percebidas, com maior confiabilidade. Essa concepção foi identificada nas adaptações estruturais dessas construções (UBS), no sentido de remodelar as práticas dos profissionais em consonância com a política de humanização (BRASIL, 2004).

Na menor das unidades, há uma centralização dos locais disponíveis para a espera, estando na frente do balcão de informações. Porém, nas outras os usuários

ficam dispersos em distintos locais, próximos dos consultórios e salas de atendimento, evitando aglomeração de pessoas em apenas uma área.

Há uma unidade que possui melhor estrutura para integração das equipes de saúde, com construções que permitem a comunicação entre os profissionais por meio de um corredor exclusivo, possibilitando interação com a gerência e mobilidade aos serviços da copa. Contudo, os profissionais não se deparam com os usuários que aguardam o momento de serem atendidos, mediante chamada do número da ficha, “respeitando” a ordem de chegada e/ou prioridade.

A subjetividade das relações entre os sujeitos é difícil de ser entendida, especialmente quando se lida com perspectivas individuais e coletivas, em ambientes que ainda priorizam o modelo biomédico de cuidado, centrado nos relacionamentos menos próximos entre os indivíduos (TRAVERSO-YEPÉZ, BERNARDINO e GOMES, 2007).

Traverso-Yepéz e Morais (2004) nos remetem ao fato de que pessoas inseridas em determinados processos de trabalho tendem a agir de forma peculiar, considerando sua vivência pessoal e as normas da instituição a qual se encontra vinculado para a tomada de atitudes.

As autoras ainda explicitam que o trabalho em saúde se dá em uma instituição, portanto, se submete aos mais variados processos de significação, envolvendo a realidade cultural, social, ideológica e econômica dos envolvidos.

Neste âmbito, salienta-se que os profissionais trabalham conforme cronograma construído coletivamente, buscando atender as prioridades estabelecidas pela Política Nacional da Atenção Básica e Pacto pela Saúde (BRASIL 2006a; 2008b). Isso propicia um fluxo contínuo de usuários com necessidades distintas a UBS. Enquanto o enfermeiro atende uma gestante no pré-natal, o médico realiza consultas a pessoas com hipertensão e diabetes e o cirurgião-dentista está em uma escola realizando atividades de escovação supervisionada.

A literatura pontua que a equipe precisa combinar suas atividades, priorizando o trabalho em conjunto como possibilidade constante de interação interdisciplinar que enfoque “o que fazer, como fazer, com que frequência fazer” (PINTO; COELHO, 2010,

p.327).

As normas nas instituições sempre serão importantes para fomentar as decisões cotidianas em qualquer situação no trabalho, porém deve ser lembrado que a subjetividade inerente aos indivíduos é essencial para a efetivação de quaisquer atividades, consolidando um panorama de conflito entre o que deve ser feito e o que a pessoa acha que deve ser feito (CAMPBELL; GREGOR, 2004).

As atividades destas três categorias podem ser consideradas as centrais para o planejamento das ações de todos na equipe. Os outros trabalhadores da UBS, como os técnicos de Enfermagem, auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde possuem funções distintas, mas todas relacionadas às atividades diárias dos enfermeiros, médicos ou cirurgiões-dentistas.

O gerente da unidade possui uma agenda mais flexível, já que é responsável por atividades voltadas ao âmbito administrativo, tendo menos contato com os usuários, com exceção dos casos em que assume a função de ouvidor, recebendo sugestões, elogios e, na maioria das vezes, reclamações.

A interação entre os profissionais é estimulada pelos gestores por meio de reuniões semanais que exigem a participação de toda a equipe de saúde, chamada por todos de reunião de roda. Não são agendados atendimentos para o turno em que será realizada a reunião, justamente por ser considerado um momento específico para discussão entre a equipe. Ela segue os preceitos teóricos construídos por Campos (2007a), em sua obra *Um método para análise e co-gestão de coletivos*.

Viana e Andrade (2005) analisaram a implantação e desenvolvimento do método de cogestão de coletivos ou método da roda no âmbito da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral e verificaram modificações importantes no que concerne à melhora da comunicação entre a equipe de profissionais e encaminhamento das demandas, antes latentes.

Na reunião semanal, participam todos os trabalhadores da UBS. Esta é uma estratégia utilizada para agregar as pessoas e gerar oportunidade às reclamações, sugestões, informes e decisões de forma coletiva. Geralmente, o encaminhamento da reunião é delegado a grupos específicos de trabalhadores, como os técnicos de

enfermagem, residentes em saúde da família etc., que ficam responsáveis pelo acolhimento e para facilitar a discussão de assuntos pertinentes à equipe, previamente delimitados.

Tenta-se colocar a disposição das cadeiras em círculo, mas o espaço nem sempre é suficiente, visto que o número de profissionais presentes é grande, especialmente por causa dos agentes comunitários de saúde. Percebe-se no momento do acolhimento uma tentativa constante de integração entre os profissionais, mas as posições em que a maioria se senta denotam a formação de subgrupos dentro da equipe. Enfermeiros sentam próximos de enfermeiros, técnicos de enfermagem ficam ao lado de seus pares e assim acontece com praticamente todas as categorias profissionais.

Há a leitura da ata da reunião anterior e no seguimento ocorre apresentação de algum assunto de interesse da equipe, utilizando vídeos, música e apresentações em *slides*, com posterior discussão, tais como: desenvolvimento infantil, Estatuto da Criança e do Adolescente, gestão de finanças pessoais e saúde do idoso.

Essa perspectiva vai ao encontro do que é delimitado por Campos (2007a), visto que o método da roda possui três importantes componentes: pedagógico, administrativo e terapêutico. Ele visa melhorar a comunicação entre os gestores e profissionais, o desenvolvimento de ações de educação em serviço e servir de palco para explicitar os conflitos, configurando-se como momento terapêutico.

Porém, se observa que em muitos momentos há pouca participação dos presentes, mostrando-se indiferentes ao que está sendo apresentado ou discutido por um colega. Surgem diálogos paralelos, com constante intervenção das gerentes, solicitando o silêncio e o respeito ao profissional que está expondo suas ideias. Por fazer parte do cronograma da equipe há muitos anos, fica aparente que a reunião de roda perdeu um pouco de suas características inovadoras, sendo vista pela equipe como mais uma reunião, enfadonha, com longa duração, aonde todos vão se reunir, contudo não vão se encontrar.

O método da roda deve ser visto como potência da prática de cogestão dentro do espaço da Estratégia Saúde da Família, agregando maior resolubilidade nos

atendimentos do SUS e ampliando a realização e o bem-estar profissional. Também devem ser ressaltadas a promoção de novas ferramentas de gestão do trabalho em saúde e a construção de novas práticas (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Foram realizadas em agosto de 2010 oficinas de revitalização das rodas de centro de saúde da família com profissionais diversos, com o intuito de abordar a roda como espaço de educação permanente em saúde, bem como discutir suas ferramentas terapêuticas, pedagógicas e administrativas (SOBRAL, 2010). Isso denota a percepção da gestão municipal acerca da necessidade de propiciar renovação e discussão acerca das atividades realizadas nas reuniões das UBS.

A reunião sempre continua com os informes que são dados por qualquer profissional que precise dividir o conhecimento de algo com a equipe, mas este momento é “dominado” pelas gerentes com informações referentes à gestão: apresentação de novas normas; explicação sobre procedimentos executados de forma errônea; cobranças de ações mal desempenhadas ou metas não realizadas.

As temáticas da adolescência e violência são tocadas esporadicamente, especialmente quando são assuntos debatidos no momento pedagógico ou, principalmente, para discussão de questões pontuais e restritas referente a algum usuário. Não há perspectiva cotidiana de planejamento na equipe voltado para as ações de enfrentamento da violência no público adolescente.

Isso denota que com a convivência dos gerentes e profissionais, o assunto ainda não é considerado de forma satisfatória como integrante das responsabilidades da Estratégia Saúde da Família, permanecendo à margem nos momentos de discussão coletiva, refletindo sobremaneira nos cuidados dispensados aos usuários que se encontram envoltos por situações de violência.

### **4.3 Caracterização dos sujeitos**

O estudo contou com a participação de dezesseis profissionais: três gerentes e treze profissionais da equipe de saúde da família que atuavam diretamente desenvolvendo ações em suas áreas de adscrição.



Todas as gerentes foram entrevistadas, porém não todos os profissionais devido à saturação das respostas, o que possibilitou esse número de participantes. Visando à preservação do anonimato dos sujeitos, escolheu-se a denominação de gerente e profissional, seguido do número correspondente a ordem de entrevista. O termo gerente devido à visibilidade na equipe proporcionada pelo cargo e o termo profissional por tentar resgatar o papel importante que estes trabalhadores têm na construção do sistema de saúde brasileiro.

Neste aspecto, corroboramos com Hunter (2006), quando afirma que a liderança deve ser exercida durante a construção de relacionamentos, onde as necessidades coletivas sejam trabalhadas em um esforço de construção das relações fortalecidas pela confiança.

Nesse sentido, discorreremos sobre características que fazem interface com as atribuições que o cargo demanda a exemplo da profissão e formação complementar dos gerentes, participantes do estudo.

Quadro 1 – Caracterização, profissão e formação complementar das gerentes das Unidades Básicas de Saúde de Sobral – CE. 2010

	CARACTERIZAÇÃO			ESPECIALIZAÇÃO	CURSOS	
	Idade	Sexo	Profissão	Saúde da Família	Adolescente	Violência
G1	35	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
G2	49	F	Enfermeiro	Sim	Sim	Sim
G3	36	F	Enfermeiro	Sim	Sim	Não

As gerentes têm em média 40 anos, são enfermeiras, naturais do interior do Estado do Ceará, católicas, possuem residência ou especialização em Saúde da Família, já tendo participado de curso ou treinamento acerca da Saúde do Adolescente, mas nunca sobre enfrentamento da violência.

Do mesmo modo, é importante pontuar características dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, como descrito a seguir.

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Sobral – CE. 2010

	CARACTERIZAÇÃO			ESPECIALIZAÇÃO	CURSOS	
	Idade	Sexo	Profissão	Saúde da Família	Adolescente	Violência
P1	41	F	Médico	Sim	Não	Não
P2	33	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
P3	30	F	Enfermeiro	Não	Sim	Não
P4	37	F	Cirurgião-dentista	Sim	Não	Não
P5	41	F	Enfermeiro	Sim	Sim	Não
P6	26	F	Enfermeiro	Sim	Sim	Não
P7	25	M	Enfermeiro	Sim	Sim	Não
P8	35	F	Enfermeiro	Sim	Sim	Não
P9	31	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
P10	29	M	Enfermeiro	Sim	Não	Não
P11	33	M	Médico	Sim	Não	Não
P12	32	F	Médico	Sim	Não	Não
P13	29	M	Cirurgião-dentista	Sim	Não	Não

A média de idade entre os profissionais é de 32 anos, sendo oito enfermeiros, três médicos e dois cirurgiões-dentistas. A especialização ou residência em Saúde da Família foi realizada por 11 sujeitos, sendo que cinco realizaram algum curso ou treinamento acerca de saúde do adolescente, porém nenhum deles relatou a participação de algum curso sobre o enfrentamento da violência.

## 5 OS DISCURSOS DOS GESTORES

Pôde-se averiguar a presença de três agrupamentos temáticos, que também possuem algumas descontinuidades nos discursos analisados. Eles expressam o implícito na fala dos gerentes acerca da interface entre adolescência, violência e Estratégia Saúde da Família, orientando-nos por meio das dimensões temáticas de continuidade/descontinuidade das narrativas propostas por Dooley e Levinsohn (2009).

### 5.1 A Unidade Básica de Saúde convive com a violência

Os gestores percebem a violência em seu cotidiano, especialmente contra crianças e adolescentes. Isso se reflete em seus discursos preocupados, assustados e inclusive repletos de casos que, de alguma forma, foram vivenciados pela equipe de saúde.

*Eu percebo muita violência doméstica. Muito mesmo, tanto entre os cônjuges, como também entre filhos ou alguns parentes.*  
(G3)

*O mais recente agora foi o estupro em uma criança, mas têm vários casos, muitos envolvendo adolescentes.* (G2)

Ao mesmo tempo, traz possíveis motivos para a percepção desta violência, principalmente fazendo emergir o problema do uso de substâncias psicoativas como mecanismo propulsor de violência na comunidade. Isso faz o adolescente ser alçado ao foco das atenções, visto que são consumidores costumazes de drogas em suas comunidades.

São vários os fatores de risco para o uso e abuso de drogas entre adolescentes, destacando-se a busca pela autoestima e independência familiar, aceitação em grupos e estrutura familiar fragilizada (BERNARDY E OLIVEIRA, 2010).

*A gente percebe que hoje a violência é muita por conta das drogas. De certa forma cresceu muito a violência juvenil, essa é nossa percepção.* (G3)

*E a violência que a gente vê mais aqui é o uso e abuso de drogas que eu também acho uma violência. (G2)*

*Estamos encontrando usuários de droga, principalmente na área dos campos dos velhos, e nós temos também bem aqui na rua do açude que é próximo ao estádio, uma rua bem pobre que tem ponto mesmo lá de drogas. A noite tem violência entre adolescente justamente por causa das drogas. (G1)*

Outro motivo citado como desencadeador de violência envolvendo jovens está a necessidade de aceitação em seus grupos, algo típico da adolescência. Horta *et al.* (2010) inferem que o comportamento violento geralmente está relacionado à ideia de juventude e é esperado em muitas situações. Essa premissa pode levar à valoração positiva do uso da força e à busca do desenvolvimento de competências para que isto ocorra, reforçando as ideias que estabelecem o uso de violência como meio de resolução de conflitos.

*É uma forma que os jovens estão encontrando de mostrar a cara, de serem percebidos na sociedade ou pela família. Então ser chefe de uma gangue hoje é um futuro para a vida deles. Negativo lógico, mas para eles é mostrando que eles têm poder, já que eles não têm condição de trabalhar, passear, morar bem, comer bem, diversão. Então eles estão mostrando isso com a violência. (G3)*

E as aglomerações de adolescentes em grupos chamados de gangues estão afetando a rotina nas UBS, fazendo a gestão conhecer os fatos, por ser afetada diretamente dentro de suas dependências. Não há, portanto, possibilidade para os gestores discordarem da existência das situações de conflito ocasionadas pela violência e que envolvem as unidades de saúde e todos seus profissionais.

*Algumas vezes já entraram aqui na unidade a noite quando só estava o vigia. Gangues vindas dos bairros brigando. Então aqui já teve até tiro, aqui dentro da unidade. (G1)*

*Aqui são duas gangues fortes que digladiam entre si. O ponto de separação aqui no bairro é o posto de saúde. O pau de briga é exatamente na nossa rua do posto, então tudo é motivo. Na época do inverno eles usavam como arma fogos de artifício. Começava a chover, corriam todos para a rua e ficavam atirando fogos uns em cima do outros. Passou um período que eram muitas pedras, pau, vidro. Uns contra os outros. Isso também acontecia de dia. (G3)*

O trabalho desenvolvido pela equipe está sobremaneira afetado, sendo modificado pelas dificuldades impostas pelas situações de violência envolvendo gangues. O trajeto até a UBS se tornou perigoso para vários adolescentes e isso tem exigido mudanças na forma de gerir as ações das equipes, na tentativa de manter a integridade física de alguns moradores da área adstrita a unidade.

*(...) tem gente nossa que não pode fazer o pré-natal aqui, pois participam ou tem o marido, o irmão, o companheiro envolvido por uma gangue. Então elas não podem transitar para a unidade. Nós já tivemos episódio de uma pessoa que fazia parte de uma gangue, ele foi fazer uma arma artesanal e se machucou e perdeu parte da mão. Teve que preparar um enxerto. Nesse meio tempo ele veio fazer um curativo aqui, quando perceberam que ele estava aqui, assim que ele saiu da unidade, tanto bateram muito no rapaz como no pai. Tem dificultado muito o nosso trabalho. Nossa vida é fazer curativo simples, que as pessoas poderiam estar fazendo na unidade e a gente vai fazer no domicílio porque eles não podem vir. Gestante fica sem pré-natal porque não pode vir ao posto. Crianças tão com sua puericultura atrasada porque não podem vir ao posto. (G3)*

Há uma unidade na qual a gerente decidiu que a escala de trabalho dos técnicos de Enfermagem iria mudar, visando adequação ao maior quantitativo de visitas domiciliares necessárias para a realização de procedimentos básicos antes realizados na unidade, mas que devido às situações de violência que dificultam o acesso de alguns usuários ao serviço agora são feitos no domicílio.

Procedimentos como aplicação de vacinas, realização de curativos e até consultas de pré-natal, denotando adequação do acesso dos usuários aos serviços, conforme a realidade local. Isso imprime a importância da gerência, que em alguns momentos consegue concatenar as possibilidades institucionais com as necessidades oriundas das demandas da comunidade.

Importante atentar que a violência está reorientando a lógica da ESF e essas repercussões estão sendo minimizadas pela equipe e pela sociedade em geral, tratando a situação apenas como um leve empecilho para a realização das atividades diárias. Ressalta-se que a equipe de saúde “tem que cumprir metas” seja de vacinação, realização das consultas de pré-natal e até mesmo curativos, portanto, encontraram um “jeitinho” para conseguir esse objetivo por meio do aumento das visitas domiciliares.

Esta conjuntura deveria servir como alerta para a situação adversa na qual as equipes estão envoltas. Conforme Sakata *et al.* (2007), as visitas domiciliares deveriam ser vistas como um instrumento de inserção das equipes na vida da comunidade, favorecendo o estabelecimento de vínculos e o conhecimento das dinâmicas familiares e comunitárias.

Nos cenários estudados, a visita domiciliar destoa do conceito anterior, sendo utilizada como mecanismo para facilitar a realização dos procedimentos, sem reflexões acerca de sua necessidade, que atitude tomar para encarar o “problema” e negociar soluções. A violência deve ser percebida no contexto e não apenas no outro, e tem implicações individuais e coletivas.

Não se pode assumir uma postura reducionista e acreditar que a mediação do problema resolver-se-á invertendo a lógica e contrariando princípios operacionais da ESF. Aparentemente é como se tudo pudesse ser resolvido com a visita, não importando todo o complexo ambiente que permeia essa atuação da equipe.

## **5.2 Desenvolvimento de ações pontuais para o enfrentamento da violência**

Percebe-se o entendimento dos gestores acerca da violência como algo complexo, envolto de variados fatores que podem ser desencadeadores para o surgimento do fenômeno. E, neste contexto, surge uma das maiores dificuldades dos gerentes em enfrentar o assunto, pois há todo o conhecimento do problema, de alguns motivos locais para seu aparecimento, porém não se observa a visão da violência como demanda do setor saúde.

E como tal, há certo conformismo no que concerne a atuação das equipes para o enfrentamento do fenômeno, denotando necessidade de modificação no modo como a gestão percebe seu enfrentamento, pois o entendimento que possibilita a percepção que a UBS tem poucos mecanismos para lidar com a temática é falha, obsoleta e consequente de uma situação mais ampla encontrada na sociedade, em que se conhece a magnitude do problema, mas não se procura enfrentá-lo como é devido.

A constituição das práticas em saúde deriva da organização e produção das condições delimitadas pela gestão. Mas deve-se atentar que ela é uma forma visível de exercício do poder, sendo um conjunto de ações sobre ações que trabalha em um vasto campo de possibilidades (SANTOS, 2010; FERIGATO; CARVALHO, 2009).

Verifica-se nos discursos dos gestores preocupação acerca da notificação dos casos de violência como primeira ação a ser desenvolvida no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Isso é reflexo dos investimentos realizados no Estado do Ceará, por meio da Secretaria de Saúde, que realizou em maio de 2010, no município de Sobral, o II Seminário Macrorregional de Estruturação de Ações e Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura da Paz na Estratégia Saúde da Família, para a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, que exige notificação compulsória de todo caso atendido pela atenção básica do Estado (CEARÁ, 2010).

*Infelizmente a unidade não tem muito que fazer porque a família se recusa a notificar. (G2)*

*Muito difícil denunciar principalmente porque prejudica o*

*trabalho do agente de saúde. Qualquer denúncia que é feita a população já identifica o agente de saúde como denunciante, mesmo não sendo. Cria uma barreira mesmo não sendo a equipe que não tem nada a ver, mas eles apontam o agente de saúde como denunciante e já complica tudo. (G3)*

Percebe-se que o instituído (práticas) renega o instituinte (políticas), pois há dificuldade na internalização do fenômeno violência como pertença do setor saúde, causando uma rejeição da temática, na qual ela é entregue para outro “dono”. Neste caso, algum setor que hipoteticamente possa estar mais bem preparado para lidar com essa complexidade.

*Sei que há tentativa de grupo de dança, grupo de quadrilhas, grupo de teatro, capoeira, porque o Centro de Referência da Assistência Social tem esse trabalho, mas não é fácil. (G3)*

*A unidade de saúde não tem muito que fazer. A gente aciona o Conselho tutelar, o Centro de Referência da Assistência Social é acionado em alguns casos. (G2)*

*Não temos estrutura para acompanhar os casos de violência. Nós tínhamos um projeto (...) que era exatamente para acolher as crianças e adolescentes que tinham sido agredidas, violentadas sexualmente. Mas esse projeto concluiu uma etapa e acabou. Projeto de ação social infelizmente sofre com uma nova eleição, uma nova pessoa no poder, pois as coisas vão embora, mesmo sendo boas. (G3)*

Os próprios participantes da gestão reclamam da finitude de alguns bons projetos, que conseguem ir além do ato de notificar. Esse entendimento percebe que não se pode apenas trabalhar na gestão buscando conhecer o fenômeno, pois muito já se discutiu acerca disso. Agora é necessária a construção de redes para o



encaminhamento e acompanhamento dos casos, tendo como cenário principal a UBS.

Outra forma de atuação da equipe da UBS com adolescentes vista pelos gerentes está na formação de grupos liderados pelos profissionais, embora todos apresentem dificuldades para sua concretização e funcionamento.

Atenta-se para as dimensões de continuidade da narrativa, visto que o tempo, lugar e ação são compartilhados pelos participantes.

*O trabalho que a gente tava fazendo era no grupo dos adolescentes no campo dos velhos, mas a gente parou por falta de espaço. (G1)*

*Aqui a gente já tentou algumas vezes formar grupos de adolescente, então a gente chamou vários deles e perguntou qual o assunto que eles gostariam de trabalhar. (...) Aí não tem um grupo, ele não é consistente. Hoje vem três adolescentes, amanhã vem só um, mas não tem uma rotina, não tem uma seqüência. (G3)*

*(...) aqui temos o grupo do adolescente (...) a gente aborda vários temas com 50 adolescentes. Tem alguns que a gente conseguiu tirar da droga e que a gente toda semana aborda um tema. Geralmente tem nosso tema, dos organizadores da Estratégia Saúde da Família e os outros, a gente pede para eles escolherem. Aí eles escolhem sempre droga e violência. (G2)*

As variadas dificuldades para o desenvolvimento de ações com o público adolescente são citadas de forma veemente pelas gerentes. Percebe-se nos discursos a tentativa de enaltecer essas dificuldades, como pretexto para a não realização de ações constantes, articuladas, nas quais o protagonismo fique sob responsabilidade da Estratégia Saúde da Família.

*(...) trabalhar com o adolescente já é um desafio, porque a*

gente tem que ter uma estratégia bem feita. Nos encontros não podemos ir de qualquer jeito porque se os adolescentes não gostarem eles não vão mais, se esse encontro não foi bom o próximo ele não vai. Ele diz que foi besta, que está muito ruim, não é interessante. (G1)

*(...) não é muito fácil trabalhar com adolescente. Não é tão fácil não. (G2)*

Os serviços públicos devem atuar visando colocar o jovem como um sujeito de direitos, atentando para suas particularidades e não apenas vê-lo como um usuário que merece ações tutoriais e controladoras, que caracterizam as instituições mais tradicionalmente estruturadas (CASTRO, AQUINO E ANDRADE, 2009).

### **5.3 A gestão está distante dos adolescentes**

É notória a distância que separa os adolescentes dos gerentes. E essa dificuldade é colocada como barreira para a melhor atuação da equipe no enfrentamento da violência. Salienta-se nos discursos uma intenção comunicativa, ocorrendo tentativa de culpar o usuário por não ter vínculo com os profissionais da UBS. Ocorre aqui um elo coesivo para o agrupamento temático, pois há um padrão de respostas que pode ser observado facilmente nos discursos.

*Os adolescentes não gostam muito de vir pra unidade. (G2)*

*No dia a dia pouco os adolescentes vêm à unidade. (G1)*

*Os adolescentes estão precocemente entrando mesmo na violência urbana, se agregando a gangue. A maioria hoje está envolvida na questão da violência, estão precocemente entrando nesses grupos e isso dificulta sua ida ao posto de saúde. (G3)*

Pode-se citar a falha na comunicação entre profissional de saúde e usuário do

serviço como fator predisponente para majoração das dificuldades, para que estes busquem um entendimento acerca das suas necessidades e possibilidades na construção de objetivos comuns. Isso pode gerar menor grau de comprometimento dos usuários na adesão ao acompanhamento terapêutico formulado pelos profissionais, sendo ainda difícil para os que representam as instituições de saúde entender os motivos para esse desacordo (TRAVERSO-YEPÉZ; MORAIS, 2004).

Por outro lado, também há reconhecimento das fragilidades dos gerentes para atuar com público tão envolto em especificidades, embora a singularidade do atendimento não esteja sendo reconhecida como fator importante para a implantação de um modelo de atenção centrado no usuário.

É necessário que esse discurso universal (GREGOLIN, 2003) seja desconstruído, pois a ESF é conhecida mundialmente como norteadora dos cuidados à família e a gestão e os profissionais devem ir à família e não apenas o contrário.

O grande norte que deve ser seguido na gestão é a construção de processos de modificação da atenção centrada no usuário, nas suas necessidades, nas suas potencialidades. Isso propicia mudança profunda no papel dos gestores e profissionais que passam a planejar as atividades de uma forma mais descentralizada e voltada para as aspirações da comunidade (CUNHA, 2010; RUTHES, FELDMAN, CUNHA, 2010; CAMPOS, 2007a; MERHY *et al.*, 2007).

*A gente tem dificuldade de conversar, abordar o adolescente.*  
(G3)

*É muito difícil para os profissionais atenderem adolescentes, porque eles são diferentes, querem coisas que os outros usuários não querem.* (G2)

Percebe-se que os gestores não estão conseguindo propiciar a formação de vínculos entre a equipe da Estratégia Saúde da Família e os adolescentes da área, mesmo possuindo o entendimento acerca das normatizações do Sistema Único de Saúde que prioriza este grupo populacional e coloca várias ações como de responsabilidade da atenção básica.

Isso pode ser consequência do próprio modo como os gestores se veem na equipe. Nota-se que o gerente delega todas as ações que envolvem maior contato com os usuários, por acreditar que não lhes pertencem.

*Eu não tenho área, sou só enfermeira gerente. (G2)*

*Eu como gerente não tenho muito relacionamento com adolescentes. O próprio trabalho se distancia um pouco (...) o único contato que eu tenho é com alguns adolescentes no grupo porque por eu ser professora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, todos os encontros eu estou com os acadêmicos lá. (G1)*

*(...) eu não dou assim uma assistência, eu não trabalho na assistência como um todo. São poucos que entro em contato. (G3)*

Isso vai de encontro com a formação profissional específica das gerentes pesquisadas, visto que são enfermeiras e acredita-se que tiveram muitas discussões e construções propiciadas pela universidade para a atuação no cargo que ocupam, envoltas de conhecimentos acerca do gerenciamento dos serviços no âmbito do SUS.

Lourenção e Benito (2010) explicitam que várias competências são trabalhadas na formação do enfermeiro, sendo elas: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Ruthes e Cunha (2008) informam que o conceito de competências é delineado em distintas dimensões, sendo as habilidades, os conhecimentos e as práticas as mais importantes.

São variadas as contribuições dos enfermeiros gerentes na atenção primária, pois são capazes de potencializar os cuidados prestados de forma coletiva, às famílias que geralmente estão adscritas às unidades de saúde. As principais dificuldades colocadas são referentes aos poucos recursos financeiros e humanos, bem como necessidade constante de atualização profissional (FERNANDES *et al.*, 2010; WEIRICH *et al.*, 2009; FRANCO, ANDRADE; FERREIRA, 2009).

## 6 OS DISCURSOS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS, ENFERMEIROS E MÉDICOS

Ocorreram cinco agrupamentos temáticos e duas descontinuidades temáticas bem aparentes nos discursos dos profissionais, que conforme Dooley e Levinsohn (2009) surgem como quebras na narrativa, embora sejam consideradas importantes por denotar mudanças no pensamento que gerou o discurso.

Há coerência nos discursos apresentados, justificados por exemplos de fatos ocorridos no cotidiano dos profissionais na UBS. A coesão fica aparente ao podermos encontrar possibilidades de diálogos entre os discursos, mesmo a coleta tendo ocorrido de forma individual. Nota-se uma vivência coletiva de situações análogas, justificada pelo compartilhamento do mesmo cenário de trabalho.

### 6.1 *Os adolescentes não são prioridade na Estratégia Saúde da Família*

Verificou-se nos discursos que o cuidado ao adolescente é visto como mais uma ação colocada para ser desenvolvida pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, somando-se a todas as outras responsabilidades antes existentes. Falta o entendimento do atendimento integral à família, incluindo todos seus aspectos, e isso propicia uma sensação dos profissionais de ter apenas mais trabalho.

*Praticamente não vejo adolescentes aqui, a não ser no pré-natal. É um público muito difícil de trabalhar e isso reflete mesmo na relação dos profissionais com eles. Acaba não se tornando prioridade como deveria ser. (P11)*

*A principal dificuldade é a questão do tempo, reservar um horário para atender especificamente o adolescente ou ter que ir aos locais dos adolescentes. Há muita dificuldade, porque aqui devido à demanda ser muito grande isso acaba não acontecendo. (P10)*

Salienta-se que as normatizações desenvolvidas pela gestão voltada ao cuidado deste público específico não são novas, denotando que os profissionais já tiveram

bastante tempo para assimilarem essa responsabilidade como rotina no seu trabalho (BRASIL, 1990; 2005; 2006b; 2007a; 2007b).

*A minha área especificamente não tem nenhum tipo de atenção voltada especificamente voltada ao público adolescente, porque a gente procura trabalhar com o maior perfil. Então o maior perfil na minha área é de idoso, então a gente tem ações voltadas mais é para idosos. (P2)*

Porém, os programas mais antigos, trabalhados desde a implantação da ESF, acabam sendo utilizados como justificativa para a dificuldade na adoção da saúde do adolescente. Somam-se a isso as peculiaridades típicas desta fase do desenvolvimento humano, que acabam exigindo mais empenho profissional para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e acompanhamento no âmbito da atenção básica.

## **6.2 Há dificuldades no trabalho em equipe**

O cerne da ESF é o trabalho em equipe, visto que o modelo de atenção que tenta sobressair atualmente é centrado no usuário e entende o ser humano em sua complexidade. Isso exige a atuação de variados olhares profissionais com o intuito de melhora constante do cuidado.

Porém, estamos vivenciando um período de transição da atenção à saúde, emergindo situações que fazem o modelo fragmentado de atenção surgir. Deve existir coerência entre a situação de saúde local e o sistema de atenção, mas quando isso não ocorre há o enaltecimento de dificuldades, que se colocam como antagônicas a todos os princípios exigidos para uma mudança proposta na atenção básica brasileira (MENDES, 2010).

*A gente está muito envolvida nas questões de consultas clínicas, embora tenhamos a visão de atenção integral ao ser humano. A gente tenta trabalhar em equipe, mas é difícil, pois são muitas demandas para poucos profissionais. (P12)*

*O contato que tenho com adolescentes é dentro do consultório mesmo e, no máximo, na escovação supervisionada nas escolas. Desconheço alguma ação desenvolvida na unidade para o enfretamento da violência mesmo. (P13)*

Um dos principais empecilhos que dificultam a prática em equipe na Estratégia Saúde da Família é a formação dos profissionais de saúde, que geralmente privilegia o trabalho individual em detrimento do coletivo, prejudicando a interação entre os diferentes saberes e a aplicação da prática necessária para melhorar o ambiente encontrado no território de atuação (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

O olhar próprio da etnografia institucional permite o entendimento destas dificuldades nas práticas cotidianas dos profissionais, visando conhecer as relações entre as pessoas reunindo as interfaces entre suas ocupações e preocupações (RANKIN; CAMPBELL, 2009)

E isso fica claro nos discursos dos profissionais, que expressam descontinuidades de ação (DOOLEY; LEVINSOHN, 2009), ao denotar frases curtas na narrativa que tratam de um agrupamento consistente de conceitos, embora seja um fragmento do texto geral. Posteriormente, são construídas justificativas para o que foi explicitado no início da fala.

*A dificuldade é trabalhar interdisciplinar. Cada profissional se fecha nas suas atribuições. A gente tem essa estrutura, mas tem que atender a demanda da área, que são inúmeras e acaba que ficamos meio faltosos em relação a esse assunto. (P7)*

*Cada um faz o seu e pronto. Não vejo muitas ações para o enfretamento da violência. A gente desenvolve ações com adolescentes na escola, na escovação supervisionada, mas eu nunca participei de grupos ou outra situação com envolvimento de outros profissionais não. (P4)*

Existem nas formações profissionais falsas dicotomias que nos levam a pensar, erroneamente, acerca das competências para a boa realização de uma tarefa. Um antagonismo pernicioso entre a prática e a teoria, entre os diversos campos do conhecimento humano. Isso deve ser transposto considerando a construção de competências coletivas para o aprimoramento profissional constante (ZABALA; ARNAU, 2010).

Internalizando esses discursos e repensando a práxis dos profissionais que estão na Saúde da Família (diríamos no SUS), por que não aproveitar as oportunidades de contato com os adolescentes para expandir ações em saúde? O que impede os profissionais que são designados como responsáveis em conduzir esses encontros mencionar a prevenção da violência e temas afins durante, por exemplo, uma escovação supervisionada?

Defendemos que os momentos sejam somados, todas as atividades devem ser planejadas coletivamente, nem que os outros profissionais não possam deixar a unidade, mas o conhecimento vai com o profissional que tem a formação específica, ou seja, está mais credenciado, apto, técnico e cientificamente preparado para essas ações.

Daí a importância de se identificar as situações limites e discutir possibilidades de soluções, resolubilidade, convergindo saberes e não os individualizando e perdendo ou adiando as possibilidades de, realmente, pensar e fazer saúde da família.

### ***6.3 Os profissionais não se sentem preparados para atuar no enfrentamento da violência***

Há reclamação quase unânime entre os sujeitos acerca da falta de preparo para estes profissionais desenvolverem ações pertinentes ao fenômeno da violência. Nenhum dos participantes do estudo realizou curso ou capacitação específica para este fim, mas deve ser ressaltada a formação em saúde da família que certamente deve considerar essas questões.



Existe, portanto, uma situação visível de necessidade de discussão acerca dessa fragilidade encontrada na equipe, que suscita sua utilização como ferramenta inicial para que a gestão e os profissionais construam coletivamente o planejamento da UBS para minorar essa dificuldade.

*A gente não é capacitada pra trabalhar com adolescente, nem tampouco pra lidar com adolescente envolvido em violência. Isso dificulta demais o trabalho da gente. (P4)*

*A gente sabe que existem propostas, que existe toda uma política de prevenção da violência contra o adolescente, sabe o que tem que fazer, tem que ter os grupos, ir à escola, mas quando a gente vai fazer, vai ao cenário, ao campo de trabalho mesmo, a gente sabe que não consegue. (P7)*

O modelo de gestão em saúde atual considera os avanços científicos e o desenvolvimento do processo de trabalho, conforme novas dinâmicas impostas pela sociedade, implicando a necessidade constante de atualização profissional, por meio da construção de uma base interdisciplinar sólida de conhecimentos, que lhes permitam atuar na diversidade. Na ESF a necessidade de formação permanente dos profissionais torna esse desafio maior, pois vai de encontro com as formas tradicionais de ensino socialmente reconhecidas (MENDONÇA *et al.*, 2010), o que demanda um esforço coletivo de gestores, profissionais e usuários para que se efetive as políticas que estão postas, salientando a da Educação Permanente para o SUS.

Importante referir que o enfrentamento da violência é uma responsabilidade de todos e exige um repensar dos nossos valores, das nossas atitudes, das nossas práticas na reconstrução da tão propagada “cartografia do trabalho vivo em saúde” (MERHY, 2007b).

Para o alcance e exercício da cidadania, propagada na “constituição cidadã”, é urgente que se estabeleça maior comprometimento político e engajamento popular na resolução de problemas complexos e que repercutem, com extrema severidade, na dinâmica individual e coletiva das pessoas.

Em estudo realizado por Sousa *et al.* (2009) acerca da participação social em um dos bairros que serve de cenário para esta pesquisa, percebeu-se que os movimentos juvenis, mesmo sendo discretos, estão sendo responsáveis pela construção de identidades coletivas, que possibilitam a geração de novos elementos de conhecimento da comunidade para o enfrentamento de problemas diversos.

A violência atinge todo tipo de comunidade, porém as que possuem maior mobilização social conseguem obter uma percepção mais complexa acerca da realidade, favorecendo seu enfrentamento, ao contrário de comunidades desmobilizadas, que acabam reproduzindo visões reducionistas da situação, voltando-se apenas ao foco da violência como possibilidade de delinquência juvenil (AMARO; ANDRADE; GARANHANI, 2010).

A participação da comunidade nas decisões da área da saúde possui um sentido amplo de participação política, indutora de modificações positivas para a tomada de decisão dos gestores, no entanto, esta prática ainda encontra empecilhos para sua progressão. Existe avanço significativo no setor saúde brasileiro decorrente da participação comunitária, como a ampliação da atenção básica, porém ainda não se conseguiu o mesmo empenho para a implementação de políticas específicas e necessárias, como a que trata do enfrentamento da violência (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

*Em minha opinião, a gente tem que ter uma melhor estrutura, ter capacitação pra lidar com situações desse tipo. (P5)*

*O grupo de adolescentes não durou muito pela própria dificuldade e incapacidade dos profissionais em lidar com esse grupo. A mesma dificuldade em lidar com esse público é geral. Parece que os profissionais não são formados para lidar com isso. A gente tem aprendido muito, ao mesmo tempo estou ansiosa por capacitações, pois é muito difícil trabalhar com esse público. (P6)*

É notório o desejo dos profissionais em conseguir ter instrumentalização técnica para poder desenvolver da melhor forma possível suas atividades na UBS. Há necessidade de formação permanente acerca da temática da violência, envolvendo todos seus aspectos, gerando, inclusive, possibilidade de discussão sobre acolhimento dos usuários, prática efetiva da escuta qualificada nos atendimentos individuais e fortificação do vínculo entre a equipe e a comunidade na qual está inserida.

#### **6.4 Insegurança profissional para lidar com o tema violência**

Os profissionais da ESF discutem com naturalidade as questões que envolvem promoção da saúde ou prevenção das situações de violência, mas quando se trata do acompanhamento de um caso e das resoluções e encaminhamentos necessários para que o evento não ocorra novamente, se percebe um entrave.

As narrativas refletem insegurança em trabalhar com situações delicadas como estas, que envolvem denúncia, notificação, parcerias com conselho tutelar e até mesmo com instituições responsáveis pela segurança pública. Está explícito o medo no discurso dos médicos, enfermeiro e cirurgiões-dentistas. Há neles a tentativa de justificar esse sentimento pelo contato mais próximo e frequente que estes profissionais possuem com a comunidade.

Nota-se a necessidade de manutenção de “boa convivência” com a população, mesmo que isso exija o silêncio profissional diante de situações gritantes de violência ocorridas em seu território. Há um acordo velado entre a equipe e a comunidade, que impede o enfrentamento direto das situações de violência que envolve os adolescentes.

A violência contra a criança e o adolescente é uma demanda antiga para os profissionais de saúde, mas estes, em sua maioria, não desenvolveram meios para seu enfrentamento. Isso ocorre por medo do profissional de envolvimento legal, embora haja amparo, especialmente, no Estatuto da Criança e do Adolescente, para que as ações desenvolvidas surtam efeito e não prejudiquem o trabalhador da saúde (PIRES, 2004).

*Em relação ao grupo de adolescentes fica difícil discutir*

*violência, inclusive pelo medo que eles têm de denunciar, porque muitos têm familiares envolvidos na violência das gangues no bairro e isso complica a situação, inclusive a nossa que de alguma forma vamos conviver com esses usuários aqui na unidade e nos caminhos para chegar até aqui. (P7)*

O medo dos profissionais em notificar casos de violência pode sugerir ausência de suporte institucional eficaz, pois a falta deste apoio pode dificultar atitudes proativas em relação à notificação de violência na Estratégia Saúde da Família (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010).

*Não temos estrutura para acompanhar esse tipo de caso, até porque violência sempre causa mais violência e se a gente for e meter de alguma forma pode também ser violentado. (P8)*

*Você fazer denúncia fica difícil para o profissional, pois a gente pode ser inclusive ameaçada também e não temos nenhum suporte pra se sentir seguro para fazer as notificações. (P9)*

Essa realidade nos remete à necessidade de construção de uma rede de apoio pela gestão, que consiga dar segurança ao profissional que trabalha na ESF. Sem ela, continuará ocorrendo a hegemonia do silêncio, em detrimento da fala de protesto e das ações contra essa conjuntura que aflige as comunidades nas quais os profissionais procuram melhorar a qualidade de vida dos moradores.

### **6.5 Os profissionais são cobrados para trabalhar com o tema violência envolvendo adolescentes**

Percebe-se que a temática da saúde do adolescente e da violência já entrou discretamente nas preocupações da gestão, ao tempo em que os discursos enaltecem as cobranças para que sejam efetivadas ações de enfrentamento do problema pelos profissionais da estratégia. Porém, ressalta-se que a importância surge por considerar que é mais um indicador pactuado e deve ser constantemente trabalhado, pois há uma

rede hierarquizada nos serviços públicos dos entes federados que acompanham e avaliam esse desempenho.

*Muito já foi cobrado da gente antes, pra fazer um acompanhamento do desenvolvimento do adolescente, mas é ainda difícil demais trabalhar assim, pois eles vêm por demanda livre.*  
(P5)

*Quando a gente é exposto a uma sobrecarga excessiva de trabalho e é obrigado a sobrepujar, dando conta dos índices que foram pactuados eu me sinto violentado. Para poder estar nos indicadores tudo ok, só que só a gente sabe o quanto nos custa estar na área lutando, conversando tentando fazer com que isso dê certo.* (P7)

Há uma característica gerencial dominante que causa centralização normativa e descentralização executiva. Convocam-se os trabalhadores para corrigir os erros sempre conforme o programa preestabelecido, buscando sempre o funcionamento ideal para atender os protocolos, as metas, as diretrizes e os pactos, definidos muitas vezes sem a participação dos trabalhadores executores (CAMPOS, 2010).

*Essa história da gente trabalhar sob pressão pra manter os indicadores é muito ruim. Fica tentando dar conta sozinha, acumulando responsabilidades muito grandes, por conta disso estou desenvolvendo pico hipertensivo e acredito que seja por causa desse tipo de pressão no trabalho. Esse excesso de preocupação, constantes e sem apoio de outros setores para resolver problemas que existem todo dia, inclusive em relação à violência e o adolescente.* (P8)

*Somos cobrados pra sempre estar fazendo essas ações e a gente até tenta fazer, mas não é como deveria e isso a gente sabe. A gente faz um grupo onde abordamos vários assuntos, mas ainda não discutido tudo como gostaríamos. Porque não podemos dar*

*conta de tudo. (P9)*

A gestão deve considerar que o funcionamento adequado das redes de atenção à saúde só ocorrerá se a implantação de novas tecnologias e o desenvolvimento profissional constante for prioridade. A racionalização do tempo de consulta liberará a equipe para as ações de promoção e prevenção. Isso potencializa as atividades profissionais, que agregarão esforços para as situações que demandam maior risco e vulnerabilidade (DIAS *et al.*, 2009).

Identifica-se a hegemonia que emana das relações de poder na gestão como um dos fios condutores para a gênese do sofrimento psíquico e adoecimento do profissional.

Agrava-se o enigma entre as relações institucionais, quando se detecta uma “linha tênue” entre as relações harmônicas e desarmônicas entre os envolvidos - profissionais e gestores - aliada à ausência da comunidade e ações intersetoriais que também respondem pela saúde integral do adolescente.

Uma escola atrativa e de qualidade, espaço de incentivo e cultivo à arte, um lazer coerente com a energia e capacidade desse grupo, amplas discussões sobre empreendedorismo, além de outras possibilidades, urgem um debate entre os profissionais da saúde da família. Não podemos permanecer na inércia e não assumirmos que é preciso se reportar ao conceito ampliado de saúde que, literalmente, expressa as dimensões do trabalho, da segurança, da paz, do lazer, da educação, enfim, de vida cidadã.

## **6.6 Descontinuidades temáticas**

A análise dos discursos nos permite perceber as convergências entre o que os sujeitos exprimem como também as divergências e, especialmente, as particularidades de cada narrativa, gerando as descontinuidades temáticas. Estas, na perspectiva de Dooley e Levinsohn (2009) são importantes para o entendimento do falante como ser único, que pode destoar de outros, por divergência narrativa nas dimensões do tempo, lugar, ação e, inclusive, dos participantes.

Isso fica explícito nos discursos de três sujeitos da pesquisa que trouxeram diferentes abordagens às questões discutidas acerca das nuances que permeiam o enfrentamento da violência entre adolescentes. Possibilitaram um olhar singular para o que foi dito, fazendo emergir assuntos importantes que não podem ser esquecidos.

### **6.6.1 A promoção da saúde ainda não é priorizada**

Surgiu em um discurso a dificuldade para a priorização da promoção da saúde na ESF e isso nos remete à importância de uma nova estruturação das equipes para a adequação aos pactos e políticas institucionais aprovados. Eles devem nortear as atividades dos profissionais no âmbito do sistema público de saúde por considerar os princípios do SUS em sua formulação e efetivação.

*Ainda vai levar um tempo para a gente trabalhar a promoção da saúde de forma devida, pois a necessidade de tratamento de doenças ainda é muito forte na população. (P12)*

Observa-se que pouco ainda conseguimos avançar na reforma sanitária brasileira para além da ampliação do acesso aos serviços e isso exige mecanismos de cogestão que considerem a subjetividade das relações entre gestores, profissionais e usuários, tentando modificar a dinâmica das instituições de saúde, visando à melhora das práticas e dos processos de gestão (SÁ; AZEVEDO, 2010).

As relações institucionais têm que transpor as estruturas físicas e isso é feito por meio das pessoas, porém elas estão presas pelas estruturas físicas, materiais e pelas amarras hierárquicas que as impossibilitam de perceber que a realidade é dinâmica e exige adequação constante destas estruturas e práticas profissionais, para que não se tornem obsoletas e inadequadas.

### **6.6.2 Conhecimento sobre violência e facilidade de trabalhar com adolescentes**

Ao contrário da quase totalidade dos discursos, surge um profissional que afirma ter facilidade no contato e desenvolvimento de trabalhos voltados para o público adolescente. Isso destoa da memória discursiva universal (GREGOLIN, 2003) acerca da temática, que considera o trabalho com adolescentes e violência difícil de ser entendido e executado.

Deve-se considerar a possibilidade de experiências exitosas desta profissional no âmbito do cuidado ao adolescente, o que pode ter refletido neste discurso que possui coesão ao unir preparação técnica e satisfação pessoal.

*Eu me sinto preparada tentar ajudar os adolescentes. Eu gosto de trabalhar com adolescentes. (P1)*

Muitos profissionais entendem o fenômeno da violência como algo voltado especificamente para a área biológica, excluindo fatores que estão intrinsecamente ligados ao problema. São condicionantes sociais, culturais, históricos que interferem no seu enfrentamento como área de responsabilidade do setor saúde.

No entanto, emergiu em um discurso toda a complexidade da temática, denotando o conhecimento das dificuldades e o reconhecimento de seu enfrentamento como algo inerente aos profissionais da ESF, mostrando que de alguma forma alguns profissionais procuram aprofundamento teórico acerca da temática pra modificação de sua práxis.

*Na verdade a violência que a gente presencia dentro dos consultórios é só uma pequena parte do que realmente acontece, mas eu já lidei direto com caso de abuso sexual. Violências físicas são constantes no nosso consultório e a questão também do assédio moral (...) devemos observar esse modelo educacional em que os pais têm o costume de mandar e o filho obedecer. Agora isso está sendo questionado pelos próprios adolescentes gerando conflito familiar intenso. Até onde é pedagógico e até onde é violência, e a gente fica numa questão conflituosa para contornar, por ter que considerar a questão histórico-social que*



*envolve o fato. Mas é isso mesmo, assédio moral, violência física, psicológica e sexual. E a área é conhecida por ter gangues, uso de drogas com intensidade. (...) O que aparece é só a ponta do iceberg, pois são muitas interações: a violência e a droga, a violência e a prostituição, violência e a pobreza e fica mais complexo, muito mais difícil. São soluções que vêm em longo prazo e a gente precisa de muito mais energia para poder agir.*

(P7)

A capacitação permanente dos profissionais, promoção do exercício de comunicação e troca de informações entre a equipe e o rompimento da lógica de trabalho verticalizado e setorial pode formar profissionais melhor preparados para lidar com situações de violência, que geralmente encontram dificuldades em sua condução. O conhecimento é primordial para a minimização das dificuldades dos profissionais, fortalecendo as redes de prevenção à violência (NJAINÉ *et al.*, 2006).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao relembrar a caminhada propiciada neste estudo, as Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família delineiam um cenário dinâmico de relações interpessoais e interinstitucionais, em construção e desconstrução diária, capaz de interferir positivamente na vida de muitas pessoas da comunidade que também participam de variadas formas deste processo.

Essas relações enriquecem o trabalho dos profissionais e gerentes envolvidos na prática cotidiana do cuidado na atenção básica em saúde. Isso propicia uma multiplicidade de ações, entendimentos e práticas, que desencadeiam distintos modos de fazer saúde.

Não há distinção nesta realidade quando trazemos ao bojo das discussões as temáticas que envolvem adolescência, violência e as possibilidades de seu enfrentamento de forma direta ou indireta, implícita ou explícita, corajosa ou amedrontada. Os investimentos governamentais para a instrumentalização dos profissionais para este enfrentamento existem, apesar de que ainda não conseguiram universalizar essa capacidade de atuar de forma mais resolutiva, imprimindo segurança aos atos realizados por profissionais em prol dos usuários.

O quantitativo de políticas, planos e programas que serve para orientar as ações da Estratégia Saúde da Família para a mesma finalidade tem se avultado, embora não tenha conseguido a descentralização suficiente para chegar a todos os profissionais da forma que é necessária.

A violência, apesar de ser percebida por todos, inclusive no arcabouço físico da UBS, ainda não se tornou prioridade nas discussões e ações dos profissionais, possibilitando, conseqüentemente, o desenvolvimento de atividades pontuais, desarticuladas e assistemáticas, sem o aproveitamento da capacidade de organização coletiva das comunidades, tampouco utilizando a importância social da ESF e nem de seus equipamentos, para promover parcerias com a sociedade onde a estrutura pública está localizada.

O discurso dos gerentes torna claro o quanto a violência contra o adolescente

pode modificar o processo de trabalho na unidade de saúde, mesmo assim a gestão se encontra distante dos usuários adolescentes, sendo coniventes com a realização de ações pontuais, ao mesmo tempo em que cobram maior empenho e desenvolvimento de atividades dos profissionais. Este posicionamento favorece uma interpretação paradoxal, dialética, presente na práxis em saúde.

Algumas peculiaridades foram percebidas nos discursos dos cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros, como a explicitada pela dificuldade de trabalhar em equipe. Algo que vai de encontro à formação da ESF, trazendo empecilhos para o sucesso das atividades desenvolvidas e tensionando as relações entre profissional-profissional e profissional-gerente.

Esses conflitos intensos podem minar a consolidação de um modelo de atenção em saúde que prioriza a cogestão, sendo centrado no usuário, em suas demandas e não apenas na capacidade de oferta do serviço. Isso dificulta a formação de vínculos entre os integrantes da equipe e comunidade, minorando a importância do acolhimento e da escuta qualificada nas unidades. Também há comprometimento das ações que visam à busca pela promoção da saúde dos indivíduos e suas famílias, bem como o enfrentamento responsável da violência contra o adolescente.

A complexidade da temática possibilita a noção do tamanho da dificuldade que deve ser transposta coletivamente nas UBS, tornando a gestão deste equipamento social e seus profissionais cientes de sua vultosa responsabilidade para o enfrentamento direto do fenômeno e suas consequências deletérias, que a cada dia ceifam mais e mais vidas jovens nas comunidades brasileiras.

A experimentação desta vivência por meio do estudo pôde suscitar algumas recomendações que poderão servir de norte para o aprimoramento das atividades desenvolvidas pela ESF no enfrentamento da violência contra adolescentes:

- Considerando as consequências da violência sentidas por todos, deve-se alçá-la ao nível de destaque nas discussões da equipe, possibilitando a construção de planejamento coletivo de ações.

- Firmar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais para melhorar a segurança institucional para a notificação de casos, dando seguimento e acompanhamento pelos profissionais da UBS, contribuindo com a responsabilidade compartilhada entre os vários entes envolvidos com o fenômeno.

- Instrumentalizar os profissionais para o desenvolvimento de atividades com adolescentes, utilizando meios que favoreçam o surgimento do protagonismo juvenil nas comunidades, envolvendo variados equipamentos sociais, tais como: escolas, igrejas e centros comunitários.

- Priorizar nas políticas municipais de educação permanente o desenvolvimento de atividades envolvendo as temáticas da violência e adolescência, conclamando os Conselhos Locais para enriquecer esses embates.

- Expandir os mecanismos de cogestão na equipe de saúde, para o compartilhamento de decisões e resolução de conflitos.

- Promover entre os gerentes o aprimoramento da descentralização administrativa, facilitando o acesso dos usuários à gestão do serviço, melhorando a tomada de decisão pela maior proximidade entre serviço e comunidade.

O tema instiga a aplicabilidade da pesquisa em outros cenários, cidades de maior e menor porte, com redes de saúde organizadas de diferentes formas, utilizando os agrupamentos temáticos para visualização das fragilidades das ações desenvolvidas na ESF, redimensionando o cuidado a saúde integral do adolescente e o enfrentamento da violência.

Ressalta-se que o foco na gestão e nas práticas dos serviços deve ser o norteador para as novas construções, pois muitos estudos delinearão o perfil dos envolvidos com o fenômeno, porém há necessidade premente de discussões que estimulem a efetiva implementação das políticas já estruturadas.

## REFERÊNCIAS

ABROMAVAY, et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ALVAREZ-SOLÍS, R.M.; VARGAS-VALLEJO, M. del P. Violencia en la adolescencia. **Salud en Tabasco**, v. 8, n.2, p. 95-98, ago. 2002.

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina, Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 302-309, 2010.

ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE. Revista de Políticas Públicas**. Ano V, n. 1, p. 8-20, 2004.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ARENDT, H. **Da violência**. Brasília: Universidade de Brasília, 1985.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C. Violência: Um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M. C.S. (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. Criando Caim e Abel – Pensando a prevenção da infração juvenil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.131-144; 1999.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1721-1730; 2009.

BAHKTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1979.

BARROS, J. D. **O campo da história: especialidades e abordagens**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. p.11-17, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.069, 13 jul. 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N. 196. **Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Adolescer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 936, de 18 de maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. **Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: saúde, um direito dos adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência**

**Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias nacionais de conselhos de saúde: relatórios finais XII e XIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de violência e Cultura de Paz . Painel de indicadores do SUS nº 5.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Temáticos Saúde da Família. Painel de indicadores do SUS nº 4.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizamus:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Deportes ; Dirección General de Salud; Programa Nacional de Género y Violencias. **Salud y violencias: plan nacional 2004 – 2007.** Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: OPS/OMS, 2004.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 14. n. 1. jan/fev, 2009.

BUDÓ, M. L. D. et al. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva cultural. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, Vol. 16. n. 3.p. 511-519. jul/set, 2007.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva.** V.14, n.6, p. 2305-2316, 2009.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, Vol.24, supl. 1, p. 558-568, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010. p. 2337-2344.

CAMPOS, G. W. S. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 3. Ed. São

Paulo: HUCITEC, 2007a.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M. C.; ANDRADE, C. C. (Orgs.). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **A saúde no Ceará: uma construção de todos**. Relatório da gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: OMNI Editora, 2006.

CEARÁ. **Secretaria da Saúde do Estado**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>  
Acesso em: 20 de outubro de 2010.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2.ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14. (supl. 1), p. 1523-1531, set./out. 2009.

CONH, A. (org.) **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Violência: uma epidemia silenciosa**. Brasília: CONASS, 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 3ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

DELAMONT, S. Ethnography and participant observation. *In: SEALE, C. et al. **Qualitative Research Practice***. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2004, p. 217-229.

DESLANDES, S. F. Drogas e vulnerabilidades às violências. *In: MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde***. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11 (supl), 2007.

DIAS, E. C. et.al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez, 2009. p. 2061-2070.

DOOLEY, R. A.; LEVINSOHN, S. H. **Análise do discurso: conceitos básicos em lingüística**. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.



FACUNDO, Francisco Rafael Guzmán; PEDRAO, Luiz Jorge. Personal and interpersonal risk factors in the consumption of illicit drugs by marginal adolescents and young people from juvenile gangs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, jun. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 set. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692008000300006.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. O poder da gestão e a gestão do poder. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009, p.53-73.

FERNANDES, M. C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.1, jan-fev p.11-15, 2010.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros et al . Promoção da saúde: elemento instituinte?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Set. 2010. doi: 10.1590/S0104-12902008000100014.

FIOCRUZ/ENSP. **Projeto de Promoção da Saúde**: Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?origem=3&matid=17226>> Acesso em 20 julho 2009.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FEIJÓ, M.C.C. **Raízes da violência: a importância da família na formação da percepção, da motivação e da atribuição de causalidades de adolescentes infratores e de seus irmãos não infratores**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001, 239p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª Ed., São Paulo, HUCITEC, 2007. p 37-54.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS. Disponível em: < <http://www.fns.saude.gov.br/>> Acesso em 24 outubro 2010.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- GREGOLIN, M. R. V. Análise do discurso: lugar de enfrentamentos teóricos. In: FERNANDES, C. A.; SANTOS J. B. C. (Orgs.). **Teorias lingüísticas: problemáticas contemporâneas**. Uberlândia: EDUFU, 2003.
- HORTA, R. L. et al. Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parentofamiliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010005000042&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000042&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 nov. 2010. Epub 08-Out-2010. doi: 10.1590/S0034-89102010005000042.
- HUNTER, J. C. O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.
- IÑIGUEZ, L. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: \_\_\_\_ (Org.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p.105-116.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 30 setembro 2010.
- INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br>> Acesso em 15 novembro 2010.
- KRUG et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, World Health Organization, 2002.
- LOCK-NECKEL, G. et. al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set/out, p.1463-1472, 2009.
- LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010, jan-fev, p. 91-97.
- LUNA, G. L. M. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família – Fortaleza (CE)**. Fortaleza, Universidade de Fortaleza, 2007, 97p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).
- LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar, p. 481-491, 2010.
- MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 12, n. 26, set. 2008.
- MAINGUINEAU, D. **As novas tendências em análise de discurso**. Campinas:

Pontes/Editora Unicamp, 1989.

MARTY, F. Adolescência, violência e sociedade. **Ágora**, v. 9, n.1, p.119-131, jan-jun. 2006.

MEER SANCHEZ, Z.V.D.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco, **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.4, p.599-605. 2005.

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

MENDONÇA, M. H. M. et. al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010. p. 2355-2365.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª Ed., São Paulo, HUCITEC, 2007. p 15-35.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004.

\_\_\_\_\_. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e saúde coletiva**, v. 11, sup, 2007.

MINAYO, M.C. de S.; SOUZA, E. R. (org.) **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/>> Acesso em 28 outubro 2010.

MONTEIRO, C.F.S. et al . A violência intrafamiliar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, ago. 2007.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralizando e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (org.) **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009, p. 67 – 92.

NJAINE, K. et. al. Networks for prevention of violence: from utopia to action. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, abr/jun. 2006. p. 429-438.

NKOMO, S. M.; COX JUNIOR, T. Diverse identities in organizational. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. (Ed.). **Handbook of organization studies**. London: SAGE, 1996, p. 338-356.

NOGUEIRA, C.; FIDALGO, L. Análise do discurso: a tarefa e o poder das palavras. In: ALMEIDA, L. S.; RIBEIRO, I. S. (Orgs.) **Avaliação psicológica: formas e contextos**. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, vol.3. p.181-188, 1995.

NOTO, A. R. et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 19, n. 1, 2003.

OLIVEIRA, A. M. F. et al. Espirais D'Ascese: contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a Potencialização do método da Roda. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010. p. 2455-2464.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jovens: Um reto y una esperanza**. Genebra, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009.

ORLANDI, E. N. **Análise de discurso: princípios e fundamentos**. 5. Ed. Campinas: Pontes, 2003.

PARKER, I. **Qualitative Psychology. Introducing radical research**. New York: Open University Press; 2005.

PEACE, P. Balancing power: the discursive maintenance of gender inequality by wo/men at university. **Feminism & Psychology**. v. 13. n. 2. 2003.

PHILLIPS, L. J.; JORGENSEN, M. **Discourse analysis as theory and method**. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications, 2002.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V.

P. (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

PIRES, J. M. A. Violência contra a criança e o adolescente. . *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 297-304.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. *In*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O.; FACÓ, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol. 19. n. 4. p. 1201-1204, jul/ago, 2003.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O.; PESSOA, T.N.F.D. Contextualização epidemiológica das mortes por causas externas em crianças e adolescentes de Fortaleza década de noventa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.19,n.03,2006.

PORTO, M. S. G. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**. ano 8, n.16, p. 205-273, jul/dez, 2006.

RANKIN, J. M.; CAMPBELL, M. Institutional Ethnography (IE), nursing work in hospital reform: IE's cautionary analysis. **Qualitative social research**. v. 10. n. 2. May, 2009.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, 2008 jan-fev, p. 109-12.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n. 2, Mar-Abr 2010, p. 317-21.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010. p. 2345-2354.

SAITO, R.X.S. Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. *In*: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. (Org). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

SAKATA, K. N. et.al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 6, 2007. P.659-664.

SANTOS, J.V.T. Novos processos sociais globais e violência, **São Paulo em Perspectiva**, v.13, n. 3, p.18-23, 1999.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. **Rev O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2010, v. 34, n. 1, p. 8-19.

SANTOS, M. F. S.; ALÉSSIO, R. L. S.; SILVA, J. M. M. N. Os adolescentes e a violência na imprensa. **Psicologia: Teoria e pesquisa**. Brasília. vol. 25, n. 3, jul/set, 2009.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003, 144p.

SILVA, F. P.; SARGENTINE, V. M. O. Análise de discurso político e a política da análise de discurso. **Estudos da Língua(gem)**. Vitória da Conquista. n. 1. p. 83-90, jun, 2005.

SOBRAL. PREFEITURA MUNICIPAL/Secretaria da Saúde e Ação Social. Plano Municipal de Saúde – 2009/2012. Sobral: Prefeitura Municipal, 2009.

SOBRAL. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Disponível em: < <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/>> Acesso em 30 outubro 2010.

SOUSA, M. L. T. et. al. Participação social no bairro Vila União em Sobral-CE: desvelando percepções e novos arranjos participativos a partir da vivência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Sanare**. v. 8, n. 1, p. 18-27, jan/jun. 2009.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 14. supl. 1. p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, M. K.B; SANTANA, J. S. S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, mar/abr, 2009.

SOUZA, R. P. Adolescência: abordagem ao adolescente. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 305-312.

STUBBE, M. et. al. Multiple discourse analyses of a workplace interaction. **Discourse Studies**. v. 5. n. 3, p. 351-388, 2003.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. **SANARE. Revista de políticas Públicas**. Ano IV, n. 1, p. 7-10, Jan/Fev/Mar, 2003.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. . *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 69-75.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha; BERNARDINO, Jhoseanne Magalhães; GOMES, Lílian Oliveira. "Fazem um PSF lá de cima...": um estudo de caso. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, dez. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 set. 2009. doi: 10.1590/S1413-73722007000300016.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 set. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100022.

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. VELHO, G.; ALVITO, M.(org). **Cidadania e violência**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: UFRJ; FGV, 2000.

VIANA, Andréa Silveira de Assis; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Método da roda na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde no município de Sobral: um novo agir em gestão de saúde pública. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 19-27, maio 2005.

WASELFISZ, J.J. **Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007**. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Ciência e Tecnologia. [S.l] Artecór, 2007.

\_\_\_\_\_. **Mapa da Violência**: os jovens da América Latina. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Justiça. [S.l] Artecór, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros**. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Justiça. [S.l] Artecór, 2008b.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, 2009 Abr-Jun, p. 249-257.

YUNES, J.; ZUBAREW, T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [online]. v. 2, n. 3, pp. 102-171, 1999.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

ZANELLI, José Carlos. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. spe, 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

294X2002000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mai 2009. doi: 10.1590/S1413-294X2002000300009.

ZAVAREZA, L.G.; BIANCHINI, S.M. Assistência de Enfermagem e o Adolescente. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. (Org). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Roteiro de entrevista – Profissionais de Saúde e Gestores

**Identificação** \_\_\_\_\_

**1) Sexo:**

1. ( ) Masculino    2. ( ) Feminino

**2) Idade (anos):** \_\_\_\_\_

**3) Naturalidade:**

1. ( ) Fortaleza e Região Metropolitana  
2. ( ) Interior do Estado do Ceará  
3. ( ) Fora do Estado do Ceará

**4) Profissão:** \_\_\_\_\_

**5) Você possui alguma especialização?**

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

**Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**6) Já fez algum tipo de curso ou treinamento acerca de Saúde do Adolescente?**

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

**Se sim, qual ou quais?** \_\_\_\_\_

**7) Já fez algum tipo de curso ou treinamento acerca de Enfrentamento da Violência?**

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

**Se sim, qual ou quais?** \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B - Questões norteadoras – Profissionais de Saúde e Gestores**

- Descreva as situações de violência encontradas na área adscrita a Unidade de Saúde na qual você trabalha.
- Em sua opinião, como a Equipe Saúde da Família desenvolve ações que ajudam os adolescentes a enfrentar a violência?
- Fale como você se relaciona com os adolescentes da sua área de trabalho.
- Quais facilidades e quais dificuldades encontradas para implementar ações de enfrentamento da violência com adolescentes?

## **APÊNDICE C - CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DO ESTUDO**

Eu, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, enfermeiro, aluno do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes. O estudo tem como objetivo:

1. Analisar as percepções dos médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e gestores da Estratégia Saúde da Família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais a profissionais e gestores vinculados à Estratégia Saúde da Família. Informo que antes e durante a pesquisa, será esclarecido de que não haverá riscos, que o entrevistado poderá se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema. O segredo das informações e o seu anonimato, ou seja, o seu nome não será revelado, são garantias deste estudo.

Importante esclarecer que “a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos –COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321 CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará”.

Sendo necessário, contatar com o pesquisador responsável:

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 3477.32.80

CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará.

Professora Orientadora: Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

---

Assinatura do Participante

---

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior  
Pesquisador Responsável

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –**  
Profissionais de Saúde e Gestores

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

---

\_ portador (a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pelo pesquisador em seus mínimos detalhes, cientes do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmam seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante e seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (art. 35 e 37 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem).

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Sobral-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

---

Assinatura do Participante

---

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR  
Pesquisador Responsável

## **ANEXOS**