

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA

**ATENÇÃO AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA:
participação de gestores municipais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Judith Sena da Silva Santana

**FEIRA DE SANTANA-BAHIA
2007**

A Deus, que me deu sabedoria, paciência e paz para guiar meus pensamentos.

À minha mãe, o grande amor da minha vida, que sempre me abençoou. A você devo o que sou.

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão, Maurício Alan, e meu sobrinho, Maurício Filho, que fizeram companhia à minha mãe e a confortou na minha ausência.

A Matheus Reis, meu namorado, que me incentivou e sempre esteve ao meu lado.

Aos meus amigos que não me permitiram desanimar e que sempre acreditaram na minha capacidade.

À minha amiga Aretusa Martins por ter me estimulado na realização das minhas “loucuras”.

A Prof^a Ângela Nascimento que foi minha segunda mãe, que me deu o acolhimento e com quem criei vínculo.

Às minhas companheiras de quarto e república, em especial Syliana Sana, pela sua doçura e Ariane Leite, pelos seus conselhos e orações.

A todos os colegas do curso de mestrado, inclusive os da turma 2004, em especial Márcio, Jair Magalhães e Josele Farias.

A todos da Secretaria de Saúde de Itabuna, em especial aos gestores que aceitaram participar desse estudo.

Em especial, à minha orientadora, professora Judith Sena da Silva Santana por sua competência, exigência e disciplina. Obrigada por não ter desistido de mim.

Em especial aos meus amigos Marcos Vinícius, Vilara Pires e Ana Cláudia Nascimento que foram fiéis e solidários.

Enfim, a todos que contribuíram para a concretização deste trabalho.

“Para ser um agente facilitador junto à criança e adolescente em situação de violência não basta somente ter, montar ou treinar equipes e pessoas, mas, principalmente, estudar com rigor científico a amplitude do tema violência”.

(SCHERER)

RESUMO

A violência tem se configurado como um problema de saúde pública devido a sua magnitude, pois tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, em especial dos adolescentes. O quadro, decorrente dos traumas físicos, psicológicos, morais e sociais originados pelas causas externas sobre a vida humana, constitui-se em um problema que preocupa os cidadãos e exige soluções por parte do Estado e da sociedade. Este estudo, de abordagem qualitativa, tem como objetivo geral analisar a participação dos gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente, vítima de violência, no município de Itabuna-Ba. Dentre os objetivos específicos buscamos identificar as percepções dos gestores municipais de saúde acerca da violência e suas repercussões na adolescência; identificar as políticas públicas de atenção ao adolescente implantadas no sistema municipal de saúde de Itabuna-BA, focalizando a violência e descrever as ações desenvolvidas pelos gestores municipais de saúde para a conformação e efetivação das políticas de atenção ao adolescente vítima de violência. Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada (15 entrevistas) e a análise documental. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Identificamos três categorias analíticas: A violência enquanto qualquer forma de agressão física, moral, psíquica, social, omissão e desrespeito aos direitos humanos; A violência repercute psicologicamente na adolescência causa dor, sofrimento, desestrutura a vida e o futuro e gera violência; Atenção ao adolescente vítima de violência: limites e avanços de uma política em construção. Os resultados desse estudo apontam que os gestores têm direcionado suas ações para a implementação efetiva do Programa de Saúde do Adolescente com o propósito de incluir a abordagem da violência como foco de ação. Entretanto, apontam a restrição dos recursos financeiros como uma das maiores dificuldades para o desenvolvimento de políticas. O cenário local mostrou-nos que as ações e o desenvolvimento das políticas de atenção ao adolescente em situação de violência têm partido de gestores mediante a articulação com os diversos setores e instituições, bem como a participação dos conselheiros representantes dos diversos segmentos que compõem o conselho municipal e, também, mediante o compromisso dos profissionais em executar ações apoiadas em estudos e pesquisas que demonstrem a necessidade de implantação destas.

Palavras-chave: Violência; Adolescente; Gestor de saúde; Políticas públicas.

ABSTRACT

The Violence has become a public health's problem due to its magnitude, because it has provoked a strong impact on morbidity and mortality of the population, notably the adolescents. The picture, caused by physical, psychological, moral and social trauma originated by the external causes on the human being life, constitutes a problem that worries the citizens and demands the State and society to find solutions. This quantitative approach study has the general objective to analyze the municipal health managers' participation adolescent care, victim of violence, in the city of Itabuna-Ba. Amongst the specific objectives we attempted to identify the perceptions of municipal health managers concerning the violence and its repercussions in the adolescence; identify the public policies on adolescent care developed in the municipal health system in Itabuna-BA, focusing the violence; and describe the actions developed by the municipal health managers for the conformation and execution of the adolescent care policies. Semi-structured interview (15 interviews) and documented analysis were the techniques used to collect data. The data were analyzed on the basis of content analysis technique. We identified three analytical categories: violence as any form of physical, moral, psychic, social aggression, omission, and disrespect to the human rights; violence reverberates psychologically in the adolescence, causes pain, suffering, loss of emotional control and generates violence; adolescent care who is victim of violence: limits and advances of a developing policy. The results of this study point that the managers have conducted their actions to implement effectively the Program of Adolescent's Health with the intention to include the violence approach as focus of action. However, they point the financial resource limitations as one of the greatest difficulties to the development of policies. The local scene showed that actions and development of care policies to the adolescent under violence situation have emerged from managers by means of articulation with several sectors and institutions, as well as the participation of the representative council members of several segments that compose city council e, also, by means of the commitment of the professionals in executing actions supported in studies and research that demonstrates the need of such development.

Keys Words: Violence; Adolescent; Health manager; Public policies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	17
3	ASPECTOS TEÓRICOS	18
3.1	A VIOLÊNCIA	18
3.1.1	Alguns dos vários conceitos de violência	18
3.1.2	Tipos de violência	21
3.1.3	Breve noção sobre a fisiopatologia da violência	23
3.1.4	A violência e o poder	25
3.2	PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA	26
3.3	O ADOLESCENTE	27
3.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O ADOLESCENTE BRASILEIRO	30
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1	TIPO DE ESTUDO	42
4.2	CAMPO DO ESTUDO	42
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	44
4.4	COLETA DE DADOS	46
4.5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	47
4.6	CRITÉRIOS ÉTICOS	49
5	A VIOLÊNCIA E SUA REPERCUSSÃO NA ADOLESCÊNCIA: DIALOGANDO COM GESTORES DE SAÚDE	50
5.1	A VIOLÊNCIA ENQUANTO QUALQUER FORMA DE AGRESSÃO FÍSICA, MORAL, PSÍQUICA, SOCIAL, OMISSÃO E DESRESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS.	50

5.2	A VIOLÊNCIA REPERCUTE PSICOLÓGICAMENTE NA ADOLESCÊNCIA, CAUSA DOR, SOFRIMENTO, DESESTRUTURA A VIDA E O FUTURO E GERA VIOLÊNCIA	62
5.3	ATENÇÃO AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: LIMITES E AVANÇOS DE UMA POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES	108
	ANEXOS	110

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar a participação dos gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente vítima de violência no município de Itabuna-Ba. Para tanto, buscamos identificar as percepções destes acerca da violência e repercussões na adolescência e as ações e políticas de atenção ao adolescente, com foco na violência, implantadas neste município.

A violência representa hoje uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. É um problema que se torna mais grave em países periféricos e em desenvolvimento, como o Brasil, principalmente, se considerarmos a questão social da desigualdade e a insuficiência das políticas públicas sociais. O desequilíbrio nas estruturas política, econômica e social aumenta a vulnerabilidade dos países à violência, a qual se apresenta multifacetada e formalmente diferenciada na população e nos diversos espaços públicos e privados.

Cruz Neto (1995) conceitua violência como um estado multifacetário por suas características externas (quantitativas) e internas (qualitativas), evento que abrange todas as esferas da vida social e individual, dela participando todos seja como vítimas ou autores.

Percebemos a violência como resultado da confluência de fatores de ordem microestruturais, inerentes ao indivíduo e ao biológico, e macroestruturais que incluem as desigualdades, a exclusão social.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), morreram 1,6 milhões de pessoas no mundo no ano de 2000 como resultado da violência, sendo que a metade delas por meio de suicídio ou violência infligida; 540 mil por homicídio ou violência interpessoal e 320 mil por conflitos armados intra ou entre países (BRASIL, 2002a).

No período de 1991 a 2000 a taxa de mortalidade por homicídio aumentou 48% na população jovem (15 a 24 anos), enquanto na população total o crescimento foi de 29,4% (PERES, 2004). No município de Salvador, capital do estado da Bahia, de 1998 a 2001, 21% das pessoas mortas violentamente eram crianças ou adolescentes até 19 anos (MORTES..., 2002).

Hoje, as violências e os acidentes, juntos, constituem a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira. Inclusive nas idades de 01 a 09 anos, 25% das mortes são devidas

a essas causas. E de 05 a 19 anos se constitui a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nessas faixas etárias (BRASIL, 2002c).

Com uma população de aproximadamente 35 milhões de adolescentes, o Brasil tem se destacado pelos altos números da violência contra este grupo e pelo alto custo que tem gerado para a saúde (RAMOS, 2001).

O paciente traumatizado por causas externas atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) representa 6% das internações. Dados da Rede Sarah de Hospitais indicam que 42% dos internados são vítimas de acidentes de trânsito e 25% de disparos de armas de fogo (PACTO..., 2002). Esses números revelam o significativo percentual de seqüelados vítimas da violência.

Já existem algumas tentativas de mensuração de custos da violência no Brasil. Uma pesquisa levada a efeito pelo BID estimou que a violência custa 84 bilhões de dólares ao Brasil ou seja, 10,5% do PIB nacional (KAHN, 2005).

As crianças e os adolescentes têm se destacado como vítimas da violência por seu aspecto indefeso e baixo poder de luta (SANTANA; SOUZA, 2002). A situação de violência tem trazido prejuízos para a população em geral, especialmente para os adolescentes, pela vulnerabilidade dessa faixa etária.

As desigualdades sociais proporcionam situações de risco, produzem crianças e adolescentes vulneráveis ao desenvolvimento de comportamentos violentos devido a sua exposição cotidiana na luta pela sobrevivência e à violação de seus direitos básicos.

A adolescência é um dos períodos em que o indivíduo mais necessita de que as suas necessidades básicas sejam supridas. A violência sofrida tem o poder de cercear o processo de crescimento e desenvolvimento deste como pessoa e produzir a aquisição de atitudes anti-sociais e a reprodução do ciclo da violência nas gerações futuras (SANTANA; SOUZA, 2002).

Ao se fazer o levantamento da violência brasileira pode-se facilmente perceber que este problema social é multifacetado, perpassa pelo desrespeito aos direitos humanos, pelas desigualdades sociais, pela insuficiência das políticas públicas e pelas diferenças regionais. Por este motivo, para o enfrentamento deste problema é necessário que sejam adotadas ações multidisciplinares e comprometimento dos envolvidos para sustentar políticas e desenvolver condutas contra a violência.

Para o desenvolvimento dessas políticas é, sobremaneira importante o envolvimento dos gestores e a percepção destes de que a violência é um problema que deve ser prioridade de

agenda. Se os gestores da saúde não compreenderem a violência enquanto problema de saúde e que traz conseqüências para a população, notadamente os adolescentes, certamente não se mobilizarão, não suscitarão e não efetivarão políticas de atenção às vítimas da violência.

Por conseguinte, para que políticas de prevenção à violência sejam, efetivamente, consolidadas, é forçoso a participação do Estado e da sociedade civil organizada, para garantir saúde, educação, segurança, habitação e emprego, assegurando, desta forma, bem-estar e desenvolvimento de suas potencialidades.

Segundo Queiroz (2002), políticas públicas são instrumentos que o Estado utiliza para conduzir sua ação com o objetivo de reduzir as diferenças entre as classes sociais e, assim, promover o desenvolvimento social. Para Gerschman (1995) as políticas públicas também são resultados da existência de diversos grupos de interesses presentes na sociedade que, ao atuarem em arenas políticas, influenciam as decisões sobre um conjunto de direitos positivos que vinculam o cidadão ao Estado.

Algumas políticas públicas que incluem o adolescente como grupo de atenção foram sendo criadas nas últimas décadas, a exemplo do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) instituído, em 1989, pelo Ministério da Saúde. Para fortalecer as políticas públicas voltadas para a atenção ao adolescente, contamos, a partir de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual estabelece a criança e o adolescente como prioridade absoluta e consolida alguns direitos constitucionais, dentre eles, o direito à saúde (BRASIL, 2001a). Em 1991 foi lançado, pela Associação Brasileira de Enfermagem em parceria com o Ministério da Saúde, o Projeto Acolher. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde lança o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, surge o Programa de Saúde da Família (PSF). Destacamos estas políticas por compreender que o adolescente, fazendo parte da família, também se constitui em um grupo alvo de atenção destas.

Dentre essas políticas públicas que atendem ao adolescente, ressalto o Projeto Acolher, o qual foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem em parceria com o Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde, o qual propõe o acolher e o assistir ao adolescente de forma ampliada, participativa e interativa. Logo, remete os profissionais de enfermagem à reflexão-ação em direção à promoção do desenvolvimento da saúde dos adolescentes (RAMOS, 2001).

A efetivação das políticas públicas e dos projetos criados para atender a grupos populacionais, através da participação política e social, tem como base de sustentação legal, a Constituição.

A Constituição Brasileira de 1988 garante um sistema de saúde gratuito e com inclusão social. Nos preceitos do SUS destacam-se seus princípios e diretrizes, como a descentralização cujas responsabilidades são distribuídas entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal, sob o compromisso dos gestores de saúde.

Quanto à saúde do adolescente, dentre as responsabilidades mínimas dos municípios, focalizamos a implantação e implementação do PROSAD (BAHIA, 2004). No entanto, outras políticas públicas podem ser sustentadas pela ou com a ajuda das Secretarias de Saúde, como a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, dentre outras.

Com base nas responsabilidades dos municípios quanto à atenção aos seus munícipes, destacamos o adolescente como grupo prioritário destas ações. Considerando as condições sociais a que os jovens brasileiros estão expostos, a situação da violência que conforma a realidade de muitos adolescentes, e, destacando o setor saúde como o desaguadouro das conseqüências da violência, esta repercutindo negativamente no desenvolvimento do adolescente, e os gestores de saúde enquanto atores sociais viabilizadores das políticas de atenção, apresentamos nosso interesse sobre a participação dos gestores municipais de saúde no desenvolvimento de políticas de atenção ao adolescente vítima de violência.

O fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento em nível municipal depende, todavia, do envolvimento dos diversos atores, especialmente, dos gestores.

A participação política dos gestores municipais na construção e efetivação de políticas públicas deve abranger os três níveis ou formas de participação definidas por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995). A primeira, designada pelos autores como **presença** é o modo menos intenso e mais marginal de participação política, uma vez que, nela, o indivíduo não investe qualquer contribuição pessoal. Na segunda forma, **a ativação**, o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas. E na terceira forma,

denominada **participação**, os indivíduos contribuem direta ou indiretamente para as decisões políticas.

Os gestores municipais de saúde, enquanto atores que participam, viabilizam e executam as políticas de saúde, têm como atribuição responder às demandas locais de saúde da população. No entanto, segundo Porto e outros (2003), essas demandas devem ter expressão e devem ser entendidas como problema, o que determinará as decisões políticas.

A partir desta consideração sobre o aspecto da valorização e expressão do fenômeno, no que tange a ser problema de saúde, a violência foi tema de estudo desenvolvido por Porto e outros. (2003), intitulado *A saúde da mulher em situação de violência* que buscou investigar as representações de gestores/as municipais de saúde sobre a saúde da mulher em situação de violência e a sua influência nas decisões por ações nesse setor. O estudo apontou que a pressão popular, através do movimento feminista, é um determinante das ações e que os gestores percebem a mulher em situação de violência como sendo um problema de saúde pública e qualidade de vida.

Então, a gestão do sistema municipal de saúde se dá através de inúmeras responsabilidades e atribuições as quais devem ser desenvolvidas pelos gestores e mediante a participação e a influência/pressão dos diversos atores envolvidos, dentre eles, os profissionais de saúde e a sociedade civil representada. Esta realidade pôde ser por nós constatada, em 2004, quando assumi o cargo de secretária de saúde em um determinado município baiano.

Durante os anos de 2001 a 2005 a experiência de docência nas disciplinas de Gerenciamento em Enfermagem nos Serviços de Saúde Coletiva, Prática de Gerenciamento em Enfermagem nos Serviços de Saúde Coletiva e Estágio Supervisionado II, na Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), oportunizaram reflexões acerca das práticas de gerência e gestão do sistema municipal de saúde, questionamentos sobre quais as ações dos gestores têm desenvolvido para responderem ao problema das vítimas da violência, quais as suas responsabilidades, como têm se articulado para implementar políticas voltadas para esse grupo e como se dá a participação dos gestores no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o adolescente vitimizado.

Estes questionamentos foram o *leitmotiv* (motivo condutor) do desenvolvimento desta investigação. Um dos campos de prática destas disciplinas situa-se no município de Itabuna-Ba. Esta experiência possibilitou a nós, enquanto docente, conhecer a dinâmica de funcionamento do

sistema de saúde deste município e a forma de operacionalização das políticas públicas municipais.

Ainda em 2004, no exercício das atividades de vice-coordenadora do projeto de extensão da Universidade Estadual de Santa Cruz denominado *Projeto Jovem Bom de Vida*, cujo objetivo é a atenção integral ao adolescente, foi, em nós, aguçada a necessidade de desenvolver este estudo, já que uma lacuna se mostrava no que tange à temática da violência no referido projeto.

Estas experiências traduzem nossa inquietação sobre o envolvimento e a atuação dos diversos atores, inclusive os gestores, na conformação de políticas públicas municipais.

Em meio à experiência profissional na área de conhecimento em gestão e, também, a uma crescente sensibilidade em relação ao fenômeno da violência, estes dois motivos, acreditamos, justificam o propósito de levar a cabo o presente estudo, ainda mais quando a isso se alia a relevância da atuação dos gestores municipais de saúde como imprescindível para o desenvolvimento de políticas de atenção ao adolescente vítima de violência. Além disso, os resultados deste estudo permitirão sinalizar, para não dizer, incentivar os gestores a refletirem sobre a responsabilização pela formulação e decisão a respeito das políticas de atenção ao adolescente vitimizado. Reflexões estas que poderão conformar ações que se convertam em benefícios para a sociedade.

Devido à amplitude do tema violência e do interesse em contribuir, de alguma forma, para discorrer sobre o problema, apresentamos como objeto deste estudo: a análise da participação de gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente vítima de violência.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a participação dos gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente vítima de violência no município de Itabuna-Ba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as percepções dos gestores municipais de saúde acerca da violência e suas repercussões na adolescência.

Identificar as políticas públicas de atenção ao adolescente implantadas no sistema municipal de saúde de Itabuna-Ba, focalizando a violência.

Descrever as ações desenvolvidas pelos gestores municipais de saúde para a conformação e efetivação das políticas de atenção ao adolescente vítima de violência.

3 ASPECTOS TEÓRICOS

3.1 VIOLÊNCIA

3.1.1 Alguns dos vários conceitos de violência

A concepção lingüística da palavra violência é descrita por Ferreira (1993) como sendo um constrangimento físico, moral, coação, força, qualidade de violento. Violento seria o que procede com ímpeto, que exerce com força, tumultuoso, que há emprego de força bruta. Segundo Odália (1983), a violência parece tão entranhada no nosso dia-a-dia que pensar e agir em função dela deixou de ser um ato circunstancial, para se transformar numa forma de ver e de viver o mundo do homem.

Gomes (1997), expressa o entendimento de ser comum empregar a expressão violência como sinônimo de agressão. Para esse autor, o instinto agressivo, que é inerente ao indivíduo, pode se associar ao emprego da violência e pode existir com a possibilidade de se realizar a paz. Portanto, a violência pode ser entendida como “o emprego desejado de agressividade, com fins destrutivos” e, “pode ser definida como o uso de agressividade com determinados fins e determinadas características sendo portanto, distinta da agressão” (GOMES, 1997, p. 94).

Para a OMS a violência tem sido definida como “um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprias e aos outros” (apud AGUIAR et al, 2002, p. 1). As formas de violência podem ser observadas em instituições, quando estas empregam diferentes formas de aniquilamento a outrem ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos, podendo, ainda, ser denominada de maus-tratos e abuso.

O termo violência recebe inúmeros conceitos de acordo com os diferentes enfoques. Sob o enfoque **biológico**, por exemplo, a violência é vista como um fenômeno de caráter universal,

porém atrelada ao ser humano em sua essência. Já o enfoque bio-psico-social, atribui à violência uma complementação dinâmica entre o biológico, o psicológico e o social (BALLONE, 2005).

Na área da saúde, o enfoque bio-psico-social é empregado com base no entendimento de que o processo saúde-doença é determinado por fatores internos e externos ao indivíduo, considerando, assim, a influência do meio social.

Para a **Psicologia**, o fenômeno da violência é explicado como o emprego desejado da agressividade com fins destrutivos, seja como uma forma de desrespeito e (ou?) de negação do outro (ZENAIDE, 2005).

No campo do **Direito**

vêm manifestando preocupação em relação a este aspecto. Esta situação possivelmente esteja relacionada às transformações sociais, políticas, econômicas e culturais e às concepções de cidadania e de homem enquanto sujeito, as quais vêm ocorrendo ao longo da História (SANTANA; SOUZA, 2002). A violência apresenta-se sob três dimensões:

a) dimensões econômicas e sociais – formas de violência que se manifestam e se expressam no plano material e da reprodução do homem; b) dimensões simbólicas – formas de violências que se expressam no plano psíquico, da subjetividade, dos afetos, das idéias, dos valores, das relações interpessoais e sociais; c) dimensões corporais – formas de violências que se manifestam no plano físico (agressões físicas, estupro, abuso sexual, falta de respeito, sexualidade precoce) (ZENAIDE, 2005, p. 2).

Diante do dimensionamento deste fenômeno, torna-se necessário discutir suas causas. Para Minayo (2003) a causalidade da violência é uma discussão complexa. Nos estudos científicos registram-se, pelo menos, três correntes que buscam construir um conceito para este evento. De um plano, estão os que sustentam a idéia da violência como resultante de necessidades biológicas. De outro aqueles que explicam a violência a partir exclusivamente do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais, ou se a violência fosse resultante de doença mental ou estivesse vinculada a determinadas concepções religiosas. Em um terceiro plano estão os estudiosos que tratam o âmbito social como o espaço dominante da violência, onde tomam corpo e se transformam os fatores biológicos e emocionais.

Especialmente sobre as causas da violência contra criança e adolescente pode-se afirmar que são múltiplas, e, dentre elas podemos citar as questões sociais, culturais, psicológicas e psiquiátricas. Mundialmente são reconhecidos alguns fatores desencadeantes da violência dos quais podemos destacar o abuso de poder do mais forte sobre o mais fraco e a situação de pobreza e miséria da família que chega a ser até cinco vezes mais freqüentes na camada injustiçada da população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA, 2005).

Considerando as questões sociais e as desigualdades sociais, Ravazzolla (1998) refere que a prática de violência é inerente às sociedades onde as diferenças entre as pessoas ganham conotação de hierarquia. Logo, a inserção social e fase da vida, ao lado das peculiaridades de cada ser envolvendo, também, a cultura, aqui acompanhando o raciocínio desse autor, são

elementos determinantes no que tange ao grau de risco diferenciado das pessoas e dos grupos para o confronto da violência.

Neste estudo utilizaremos como referência para o co

A violência estrutural, por sua vez, é aquela que incide sobre a condição de vida das famílias, a partir de decisões histórico-econômicas, políticas e sociais que determinam a opressão de grupos ou indivíduos tornando-os mais vulneráveis do que outros ao sofrimento e à morte. Por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece “naturalizada” (SILVA, 2002).

A violência intrafamiliar é definida como sendo toda ação ou omissão que cause prejuízo ao bem-estar, à integridade física, psicológica ou à liberdade e ao direito do pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora da casa por algum membro da família, incluindo-se as pessoas que possam assumir a função paternal mesmo sem laços de consangüinidade e em relações de poder frente à outra. Difere da violência doméstica, pois esta inclui outros membros do grupo, sem função paternal, que convivem no espaço doméstico, inserindo-se, aí, empregados, agregados e pessoas que compartilham o mesmo espaço esporadicamente (NATAL, 2002).

O Ministério da Saúde declara que a violência intrafamiliar pode se manifestar através de muitas maneiras, classificando-se em: negligência, abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e exploração (BRASIL, 2002c). A negligência/abandono é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. Acompanhando a linha desse raciocínio, também o Estado não está isento de ser considerado negligente se não proporciona condições básicas para estes grupos.

Já o abuso físico é o uso de força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes (DESLANDES, 1994).

Quanto ao abuso sexual, este consiste em todo ato, jogo ou relação sexual em que o agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente. E o agressor usa a violência física, faz ameaças ou indução para impor práticas eróticas e sexuais à criança ou ao adolescente (BRASIL, 2002b).

O abuso psicológico constitui toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de maus-

tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos significativamente deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida (BRASIL, 2002b).

A exploração do trabalho infantil também se constitui em uma das formas graves de violência contra crianças e adolescentes. O trabalho infantil é o uso de mão-de-obra da criança ou do adolescente com menos de 16 anos em qualquer atividade econômica e em situações prejudiciais ao desenvolvimento físico, mental, moral e à escolarização (TAVARES, 2003). As desigualdades sociais têm se configurado em uma causa preponderante no favorecimento deste tipo de violência.

Silva (2004) traz para a discussão outro tipo de violência, à qual denomina **violência institucional**. Esta modalidade é representada pela forma agressiva de se relacionar no interior das instituições destinadas a assistir, amparar, proteger, punir e reabilitar pessoas. No entanto, a finalidade destas instituições é comprometida quando passam a reproduzir internamente os mesmos desvios que deviam combater. Também, associa o desvio social à institucionalização e esta só podendo ser entendida em função do primeiro. Para o referido autor, o desvio considerado primário seria a quebra intencional das convenções sociais, capazes de colocar o indivíduo ou a família em situação fora do padrão, dando como exemplos: velhice, viuvez, loucura, para os quais as instituições são os abrigos, orfanatos, manicômios e asilos. Quanto ao desvio secundário, entende que há a intencionalidade na violação das leis escritas: delitos, infrações, crimes, cujas instituições são as prisões, institutos correcionais, unidades de cumprimento de medidas sócio-educativas (Febens).

3.1.3 Breve noção sobre a fisiopatologia da violência

A questão da violência como agravo à saúde, desafia os conceitos e as técnicas empregadas pelos profissionais de saúde, porque as variáveis que determinam esta problemática ultrapassam o saber da medicina. No entanto, a violência tem sido abordada por estes

profissionais, especialmente os médicos, como uma questão patológica determinada por fatores internos, sem desprezar as causas externas.

“A violência é um sintoma, não um diagnóstico” (LEWIS; WOLKMAR, 1993, p. 236). Compreendendo-a à luz do que declaram estes autores, a violência pode ser comparada a uma febre, em termos médicos, por ser este um sintoma de muitas doenças e síndromes e, por isso, requerer diagnóstico acurado. São vários os fatores etiológicos gerais da violência praticada contra adolescentes: fatores genéticos (por exemplo, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade); lesão cerebral (anoxia, traumatismo craniano); parentalidade desorganizada (alcoolismo, psicose); mau trato físico e sexual (testemunhar e/ou sofrer o mau trato); estressores e influências ambientais (LEWIS; WOLKMAR, 1993).

A fisiopatologia da violência apresenta-se como um campo amplo de pesquisas e estudos e tem sido explicada a partir de diversos fatores tais como: anatômicos (neurológicos e psicofisiológicos); bioquímicos e genéticos.

Para Queirós *apud* Ballone (2005) o sistema límbico pode ser considerado o substrato neural que atua no controle de nossas atividades emocionais; é esse sistema que comanda determinados comportamentos necessários à sobrevivência de todos os mamíferos. Quanto aos fatores bioquímicos, estudos procuram dosar algumas substâncias potencialmente envolvidas com o comportamento violento, por exemplo, o colesterol, a glicose, hormônios e alguns neurotransmissores. E, em relação à genética, acredita-se que fatores que incluem o perfil de atividade hormonal e os limiares de ativação das estruturas cerebrais podem, seguramente, ser transmitidos geneticamente.

Segundo May (1981) a violência é predominantemente um evento físico, mas que ocorre num contexto psicológico.

A violência é, por conseguinte, um evento multifatorial. Diante disso, entendemos que a violência deve ser compreendida no seu conceito, determinações e conseqüências de forma a requerer a ação dos diversos atores, dentre eles, os gestores de saúde.

3.1.4 A violência e o poder

Ao discutir sobre o fenômeno da violência incorremos em falar sobre o poder, mesmo porque dentre as teorias que tentam explicar a violência uma delas sustenta que o fenômeno é resultado do uso da coerção, da força. Gomes (1997) afirma que o poder está presente na violência à medida que esse fenômeno se concretiza a partir do uso da força física, psíquica ou moral e se expressa de forma direta ou indireta a serviço de algo.

Para uma grande parte dos cientistas sociais, o poder é a capacidade de um agente em produzir determinados efeitos, sendo uma decorrência da relação social entre indivíduos, grupos ou organizações em que uma das partes controla a outra (SILVA, 2001).

Segundo Michel Foucault (1998) o poder se materializa nas práticas ou relações. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona; ele não pode ser explicado inteiramente quando se deseja caracterizá-lo por sua função repressiva. Logo, não é um objeto natural, uma coisa, é sim uma prática social constituída historicamente. Em sua obra *A microfísica do poder* este autor discute o poder, suas relações e aspectos negativos e positivos, e afirma que o poder produz domínios de objetos e rituais de verdade.

Hanna Arendt (1994), ao tratar da mesma questão, afirma que é a desintegração do poder que leva à violência. Esta autora define o poder como resultante da capacidade humana para agir só ou em conjunto. Ao fazer a distinção entre violência e poder na política destaca que este se caracteriza como algo atribuído à liderança política por pessoas mobilizadas para fins coletivos, enquanto a violência seria uma ação de liderança baseada na coação, tomando decisões obrigatórias para a realização de objetivos coletivos.

Diante das colocações desses autores podemos entender a distinção entre os termos violência e poder a partir da compreensão de que a primeira é impulsionada pelo instinto da agressão e manifesta-se com fins punitivos ou destrutivos, enquanto o segundo pode ser caracterizado por aspectos também positivos. As mesmas considerações levam-nos a, também, constatar que a ocorrência do fenômeno da violência se dá entre pessoas que apresentam algum grau de diferença, seja cultural, social, econômica ou de idade. Agudelo (1989) endossa esta constatação quando confirma que entre os envolvidos no episódio violento está explícita ou

implícita uma relação assimétrica, desigual ou em desnível. E conclui que nas relações heterogêneas com poder desigual evidencia-se a violência.

3.2 PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA

Considerada a fisiopatologia da violência, o fenômeno em estudo apresenta-se, predominantemente, como uma questão social que tem magnitude como problema de saúde pública e tem ganhado importante vulto no quadro sa

violência, oferecer o atendimento necessário às vítimas, famílias e agressores e produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir novas propostas e projetos para a sua prevenção. A proposta das redes consiste numa forma ou estrutura de organização que prima pela descentralização na tomada de decisão e traz como concepção de trabalho a ênfase na atuação integrada e intersetorial, permitindo a integração dos serviços existentes e a agregação de parceiros (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

A prevenção da violência contra crianças e adolescentes requer consideração das áreas primárias, dirigidas a cada um dos fatores de risco biopsicossocial. Na prevenção secundária, requer manejo imediato e efetivo sobre os agravos com plano de tratamento. E, no tratamento terciário requer a disponibilidade de terapias, psicoterapias e intervenções que levem a adaptação ótima da criança ou adolescente (LEWIS; WOLKMAR, 1993). No entanto, a atenção em todos os serviços, inclusive nos de saúde, deve ser baseada nos princípios da humanização, com respeito ao tempo, ao ritmo e a decisão da pessoa, e da integralidade das ações e deve estar pautada na ética e na preservação do sigilo das informações (SILVA; SILVA, 2003).

Algumas políticas têm sido criadas para a prevenção e o combate à violência. Temos como exemplo, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências, publicada em 2001 pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo a prevenção desses eventos mediante a ação multisetorial.

3.3 O ADOLESCENTE

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências, em que aparecem as características secundárias da maturidade sexual, acelera-se o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade com padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a fase adulta. A OMS define como adolescentes a população compreendida entre 10 e 19 anos de idade (DONAS, 1992).

Saito e Silva (2001) situam a adolescência dentro das diversas áreas do saber e alertam que não existe uma definição consensual que resulte da pertinência e do equilíbrio de todas as áreas. De forma que:

para a **Sociologia**, a adolescência estaria na dependência da inserção do homem em cada cultura, sendo, portanto, produto singular de cada uma; a **Antropologia** a percebe envolvida por ritos de iniciação e passagem, até que seja alcançada a adultícia; o **Direito** se articula às questões da menoridade e maioridade e enxerga o adolescente conforme a legislação vigente; proposição mais exata tem a **Medicina** que vê a adolescência como período do processo de crescimento e desenvolvimento caracterizado por grandes transformações biopsicossociais, iniciando-se com a puberdade e terminando no final da segunda década de vida (SAITO; SILVA, 2001, p. 3).

Para Zagury (1996) a adolescência é uma fase de transição do desenvolvimento extremamente importante, com características muito próprias que conduzirão a criança a tornar-se um adulto, com capacidade reprodutiva.

Aberastury e Knobel (1981, p. 29) sintetizam as características da adolescência em dez sintomas:

1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal onde o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo (ABERASTURY e KNOBEL, 1981, p. 29).

Para Costa (1998) a adolescência é a etapa compreendida entre os 10 e 20 anos de vida. As etapas da adolescência são: a adolescência precoce, dos 10 aos 14 anos, etapa em que o adolescente fica preocupado com suas mudanças corporais, devido à puberdade; a média adolescência, entre 14 e 16 anos, caracteriza-se pelo interesse em explorar a sexualidade, há também a elaboração do pensamento abstrato e filosófico; e a adolescência tardia, entre 17 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, é a etapa marcada pelas mudanças na relação e juízo crítico da família e pelo estabelecimento da identidade e da capacidade de planejar o futuro.

A adolescência, também, pode ser entendida a partir do conceito da Síndrome da Adolescência Normal (SNA), que pressupõe:

um conjunto de “sintomas” característicos da fase da adolescência que embora se ap-4.15818(a)87-4.77687(s.15818(a)87-0.29872(n)-1.9197(l)-4.53846(e)-1.91845(2(n)1

vulnerável a um elenco de problemas de saúde, tais como suscetibilidade para doenças infecciosas, fatores de risco cardiovascular, doenças sexualmente transmissíveis e fragilidade da saúde mental.

Outros aspectos têm caracterizado esta fase, como alterações do crescimento e do desenvolvimento puberal, distúrbios menstruais e patologias urológicas. Além desses, a sexualidade e a gravidez na adolescência têm sido dois aspectos muito estudados no que respeite à complexidade do adolescente.

Destacamos a violência como uma questão que pode envolver diretamente o adolescente, visto que, segundo Pereira, Santana e Ferriani (2001) o processo de adolecer implica em características que, por si só, lhe confere certo grau de vulnerabilidade, o que exige atenção e compromisso especiais. Os adolescentes estão expostos a variados graus de risco podendo, este, assumir o papel de vítima ou autor de violência.

Após as considerações aqui feitas sobre os vários conceitos de adolescente, preferimos, neste momento, adotar o conceito da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) que classifica como adolescente o indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos e caracteriza a adolescência como um processo biológico no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O ADOLESCENTE BRASILEIRO

Ao tratar da violência contra adolescentes e da participação dos gestores municipais de saúde no desenvolvimento de ações e políticas de saúde que tratem desta problemática é importante abordar a evolução das políticas de proteção a este grupo, bem como a instituição do sistema público de saúde brasileiro, o SUS, para, em seguida, focar as políticas de atenção que, hoje, de alguma forma, amparam o adolescente quanto aos seus direitos e garantem o seu acesso a estes serviços.

Desde a origem do Estado Brasileiro, que se registra a presença das ações de saúde na agenda política de governo, ainda que de forma pontual e com foco nas ações de saúde pública e

campanhas de prevenção. Atualmente, vemos, ainda no Brasil, políticas de “programas” marcadas pelo caráter burocrático e clientelístico, o que desconfigura as diretrizes do Sistema Único de Saúde – o SUS (MIRANDA; FERRIANI, 2001).

Até à constituição do SUS, os programas de governo trouxeram algumas medidas e regulamentos que desencadeiam a evolução das políticas de proteção à saúde dos indivíduos, especialmente crianças e adolescentes.

Inicialmente, as ações e políticas estavam voltadas para a proteção materno-infantil, até contemplar a criança com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, na década de 80, e, o adolescente com o Estatuto da Criança e do Adolescente na década de 90.

A origem e evolução da proteção materno-infantil foi marcada por três períodos:

- a) 1920-1945, da Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância (HI) à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAM); b) 1940-1970, do Departamento Nacional da Criança (DNCr) à Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI); c) 1979-1985, da Coordenação de Proteção Materno-Infantil à Divisão de Saúde Materno-Infantil (CPMI/DINSAMI) (MIRANDA; FERRIANI, 2001, p.25).

Acompanhando a evolução histórica, no ano de 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a Constituição Brasileira de 1988 e incluiu, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde que consta no Capítulo Seguridade Social, a qual reconheceu a saúde como direito social e legalizou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o País, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade é a garantia da atenção sem distinção de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A integralidade pressupõe que o indivíduo deva ser considerado como um todo indivisível. E a equidade, significando que o SUS deve tratar desigualmente os desiguais, os serviços de saúde devem buscar conhecer as necessidades de sua população para priorizar os recursos, disponibilizando mais para quem mais precisa, buscando, dessa forma, reduzir as desigualdades. E, dentre os princípios organizativos que configuram o SUS, a saber: a regionalização e hierarquização, a participação popular e a descentralização, destacamos esta última que pode ser entendida como uma redistribuição de responsabilidades das ações e serviços de saúde pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1998). Confere, pois, ao município, logo, aos gestores municipais de saúde, a responsabilidade pela implantação e implementação de

ações e políticas de saúde. Todavia, é a partir da década de 90 que o SUS começa a avançar com a aprovação e a publicação das Leis Orgânicas de Saúde e a formalização das Normas Operacionais Básicas do SUS, as NOB/SUS.

Diante do conhecimento da evolução do SUS, é importante destacar algumas políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas e que incluem o adolescente como grupo de atenção, direta ou indiretamente.

Programa de Saúde Escolar

Considerando a população adolescente como percentual significativo dentre os que ocupam as salas de aula, e a partir da importância do contexto escolar na determinação das condições de saúde, surgem as primeiras experiências em saúde escolar desenvolvidas por Miranda e Ferriani.

Segundo Miranda e Ferriani (2001), no Brasil, a Saúde Escolar foi introduzida com a denominação Higiene escolar. Este modelo tinha como proposta organizar os órgãos públicos através de ações de higiene escolar. Inicialmente, com o controle do estado vacinal. A partir dos anos 50 surgem as discussões em torno da desnutrição e dos programas de merenda escolar, dentre outros, passando-se a associar a capacidade mental do indivíduo ao seu estado nutricional. Na década de 70 surge a medicina escolar, a antiga Saúde escolar, com enfoque biológico e no indivíduo. Nesta década, a ineficiência de serviços de saúde, para atender à demanda escolar, leva a centrar o atendimento de saúde nos especialistas, favorecendo o processo de medicalização e descaracterizando o atendimento escolar.

Em 1986, em Porto Velho (RO), é lançado o Programa de Saúde do Escolar precursor do Programa de Assistência Integral à Saúde do Escolar (PRIASE). A experiência do PRIASE também neste estado, que inicialmente se restringia a ações de promoção dentro da Divisão da Merenda Escolar, mostra a necessidade de que sejam desenvolvidas ações por equipe multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial. O objetivo geral do PRIASE, segundo Freitas (1997) é promover a melhora da saúde dos educandos matriculados na rede de ensino municipal de 1º grau, através de ações preventivas, educativas e curativas capazes de proporcionar melhor rendimento escolar e facilitar a integração escola-aluno. Dentre as metas deste programa estão: promover grupos de estudos e palestras com os profissionais envolvidos com o processo; promover avaliação psicopedagógica; oferecer atendimento psicopedagógico; e encaminhar os alunos avaliados para atendimento especializado.

O citado PRIASE foi resultado do interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (RO) que contratou duas profissionais para implantarem um programa voltado para o atendimento ao escolar. Estas, as referidas autoras, Miranda e Ferriani investiram esforços para inserir o enfermeiro como coordenador do Programa, pois, até então, este era visto como da área hospitalar, apenas vinculado a ações curativas.

A experiência do PRIASE prosseguiu tendo como modelo o Programa de Assistência Primária da Saúde Escolar (PROASE) com vistas à promoção da atenção integral à saúde do escolar, na contribuição para a melhoria da saúde e a análise do processo de trabalho em saúde na assistência ao escolar, entendendo-se o assistir do pré-escolar ao adolescente (FERRIANI, 1994).

Na avaliação de Miranda e Ferriani (2001, p. 58) “a atenção à criança em idade escolar e ao adolescente deve estar contida em uma política de atenção à saúde da criança”, que deve ter resposta efetiva às questões da assistência à saúde da criança e do adolescente dentro do espaço escolar, mediante a complementaridade dos setores Educação e Saúde aliada a uma atuação multi, interdisciplinar e intersetorial. Diante disso, entendemos que se faz necessário a participação e a articulação dos gestores quanto ao desenvolvimento dessa política que também tem o adolescente como população-alvo.

Ao analisarmos o PROASE e o PRIASE não verificamos enfoque à violência. No entanto, outras experiências têm acontecido nos espaços escolares. O Ministério da Educação, com execução da Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal de Santa Catarina, promove o Curso Formação de Educadores – Subsídios para Atuar no Enfrentamento à Violência contra crianças e adolescentes com o objetivo de formar profissionais para atuar na defesa dos direitos de crianças e adolescentes em situação de violência numa perspectiva preventiva (FALEIROS, 2006).

Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)

Em 1989 foi instituído, pela Portaria do Ministério da Saúde n. 980 de 21/12/89, o Programa de Saúde do Adolescente (BRASIL, 1989), fundamentado por uma política de promoção da saúde, observando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, também garantidas pela Constituição Brasileira (SAITO; SILVA, 2001). De acordo com os princípios da Constituição de 1988,

é dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à

educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, assegura ainda que o “Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades governamentais...” (BRASIL, 2005b, p. 1).

O PROSAD considera adolescência a faixa etária compreendida entre os 10 e 19 anos, caracterizada pelo intenso crescimento e desenvolvimento, que se revelam em transformações anátomo-fisiológicas, psicológicas e sociais. Este programa prevê a interação com outros setores no sentido de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos nesta faixa etária, de forma integral, multi-setorial e interdisciplinar (BRASIL, 1989).

São objetivos do PROSAD:

Geral: Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais. *Específicos:* 1. Capacitar e reciclar todos os profissionais que estiverem envolvidos no atendimento de população na faixa etária dos 10 a 19 anos; 2. Integrar todos os setores que desenvolvem ações junto ao adolescente; 3. Criar mecanismos de supervisão, acompanhamento e avaliação do PROSAD; 4. Realizar estudo e produção de instrumentos avaliadores do SUS - SESAB/PROSAD; 5. Planejar e elaborar com os diferentes setores um plano estratégico de ações específicas para adolescentes, voltados à saúde reprodutiva e saúde materno-infantil; 6. Divulgar as ações propostas pelo PROSAD para os Municípios, Unidades de Saúde, Instituições e Comunidades; Contemplar do ponto de vista estratégico, ações que priorizem a participação efetiva dos adolescentes, da comunidade e dos profissionais de saúde no processo de planejamento, execução e avaliação das atividades do programa (BAHIA, 2005b, p. 1).

O Programa tem como áreas prioritárias o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do adolescente no que tange a atenção à sexualidade, à saúde bucal, mental e reprodutiva, à saúde do escolar adolescente, bem como à prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus-tratos e assuntos referentes à família, ao trabalho, cultura, esporte e lazer visando à promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente, com vistas à melhoria dos níveis de saúde da população adolescente.

Destacando a violência e os maus-tratos, o PROSAD preconiza que sua abordagem deve ser multi-setorial e interdisciplinar, levando em consideração quatro princípios básicos: organização, investigação, educação/treinamento e legislação (BRASIL, 1989).

O PROSAD pressupõe o uso de metodologias participat

Conselhos de Classe, mesmo a despeito do receio de muitos profissionais de saúde que se omitem, alegando sigilo profissional.

Além desses artigos, estabelecidos no estatuto, que buscam garantir os direitos da criança e do adolescente, ainda destacamos o artigo 131 que define o Conselho tutelar como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 2003b, p. 47). Cabe destacar, por oportuno, a criação dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, no artigo 88 do ECA, os quais se constituem em órgãos deliberativos e controladores das ações que asseguram a participação popular por meio de organizações representativas. O primeiro não julga, resolve dentro da esfera social os problemas de violação dos direitos da criança e do adolescente, enquanto o segundo delibera políticas de proteção e atenção e controla as ações destas políticas através da participação das representações da sociedade civil e órgãos públicos.

O ECA, portanto, acrescenta novos elementos às políticas públicas para crianças e adolescentes, propiciando atendimento mais amplo e com adoção de uma nova estrutura política de promoção e defesa dos direitos baseada na descentralização político-administrativa e na participação da sociedade civil representada (ROQUE; FERRIANI, 2002).

Projeto Acolher/ABEn

Este projeto foi criado pela Associação Brasileira de Enfermagem, em 1991, com o intuito de consolidar e tornar práticas as ações de atenção à saúde dos adolescentes. O mesmo é sustentado pela abordagem promocional de saúde e caracterizado pela metodologia participativa, solidária e humanizada que busca tornar o adolescente autônomo e comprometido na luta pela atenção e garantia de seus direitos.

O Projeto Acolher tem como objetivo geral

propor e desenvolver ações integradas que propiciem transformações no modo de pensar/fazer enfermagem na sua prática cotidiana renovando seu compromisso com a integralidade da assistência ao adolescente” (RAMOS, 2001, p. 7).

O enfoque deste projeto está baseado na promoção da saúde e trabalha na perspectiva da educação popular em saúde, que entende o adolescente como protagonista, fonte de iniciativa e ação livre e comprometida. Para tanto, considera o contexto sócio-cultural e utiliza metodologias participativas (ROCHA, 2001).

Sobre a violência, o Projeto Acolher busca promover a reflexão e a sensibilização entre os profissionais de enfermagem sobre este fenômeno e sugere o apoio social na participação da elaboração e fiscalização para implantar e cumprir políticas públicas que contemplem ações para crianças e adolescentes. Diante da abordagem promocional da saúde, proposta pelo projeto, propõe, dentre outras ações, identificação de áreas de risco através do mapeamento da violência local, articulação com outros serviços e parcerias, acolhimento do adolescente e da família e assistência físico-emocional (PEREIRA; SANTANA; FERRIANI, 2001).

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde, tendo sido iniciado pela região Nordeste com prioridade para as ações de educação em saúde e atenção ao grupo materno-infantil. Em 2002 o programa foi largamente disseminado que o número de agentes comunitários de saúde já ultrapassava de 160.000. A implantação do PACS desencadeou a origem de um trabalho centrado nos princípios da territorialização e da adscrição da clientela, sob a responsabilidade, da sua microárea de atuação, o que corresponde a 150 famílias (PERES, 2002).

O PACS não estabelece, especificamente, a violência como objeto da ação. No entanto, consideramos oportuno abordá-lo, pois, como política de atenção que busca abranger todos os grupos etários, através da assistência no domicílio e nos serviços de saúde, destacamos a inclusão do adolescente que pode apresentar-se nestes espaços vítima de algum tipo de violência.

Programa de Saúde da Família (PSF)

O Programa de Saúde da Família foi resultado do avanço do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Apesar de ser intitulado de programa, o próprio Ministério da Saúde esclarece que este diverge das características de programa, uma vez que não se constitui em uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Trata-se, no entanto, de uma estratégia que faculta a integra6436(n)-0.293142(i)-2.16436(s)-180560.1891(a)3.74()-220.276(f)2.8.7103

A Portaria GM/MS n. 1.886, de 18.12.97 aprova normas e diretrizes do PACS e do PSF. Quanto às diretrizes operacionais do PSF, traz aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho na unidade de saúde da família, dentre aqueles estão o caráter substitutivo das práticas tradicionais das Unidades Básicas de Saúde, complementaridade e hierarquização; adscrição da população/territorialização; programação e planejamento descentralizados; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional; estímulo à ação intersetorial, estímulo à participação e controle social; educação permanente dos profissionais de saúde e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001b).

Quanto à caracterização da equipe de saúde da família (ESF), a portaria supracitada recomenda que a equipe deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (AQUINO, 2001). No que tange às atribuições partilhadas com a ESF, o médico e o enfermeiro têm como uma de suas atribuições específicas: executar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva e assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, **adolescente**, mulher, adulto, trabalhador, portador de deficiência física e idoso (BRASIL, 1997).

De modo semelhante ao PACS, o PSF não faz abordagem específica ao adolescente vitimizado, porém, traz como atribuição da equipe de saúde da família assistir às pessoas em todas as fases da vida, das quais destacamos a adolescência. Assim sendo, não deixa de ser uma política voltada para o adolescente, a qual tem se constituído num espaço que recebe este grupo populacional vítima das diversas condições de doença, associada ou não às situações de violência. Portanto, essa situação exige que os profissionais que compõem a equipe de saúde da família sejam preparados para procederem à abordagem às vítimas de violência. Pela própria especificidade, esta capacitação deve ser viabilizada pelas secretarias de saúde através dos seus gestores.

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Esta política enfoca a temática da violência com peculiaridade. Diante disso, a apresentamos, buscando correlação com a realidade de violência que ocorre com os adolescentes.

Os adolescentes, de modo geral, estão expostos a muitos agravos inusitados, considerando-se que se encontram numa fase de transição especial biopsicossocial. Esta exposição faz com que sejam os adolescentes e os jovens os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos:

atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas (BRASIL, 2002a).

Os acidentes e as violências configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. O quadro decorrente dos traumas originados por causas externas sobre a vida humana constitui um problema que preocupa os cidadãos e exige soluções por parte do Governo e da sociedade.

A resposta do Ministério da Saúde para fazer frente a essa realidade está expressa nas Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes no Trânsito. A primeira, em vigor desde maio de 2001; a segunda, desde fevereiro de 2002. Ambas adotam uma visão holística da questão, envolvendo agentes governamentais e órgãos representativos da sociedade civil, atuando no trinômio causas/processos/efeitos da violência (BRASIL, 2002a).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi publicada pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001, a qual estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. Vale salientar que os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas, dentre os quais, destacamos os adolescentes.

Os princípios básicos que norteiam esta Política Nacional são: a saúde que é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida, que figuram como valores éticos da cultura e da saúde; e a promoção da saúde que deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2001c). Logo, a presente política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condição e estilo de vida saudáveis.

Para a consecução do propósito desta Política são estabelecidas as diretrizes, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades. As diretrizes são as seguintes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da

ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001c).

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito

Outra política que aborda especificamente o fenômeno da violência é a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, a qual tem relação intrínseca com as situações de risco à vida do adolescente.

A primeira causa de morte dos adolescentes, no Brasil, é de origem externa, ou seja, são eventos possíveis de ser evitados, a exemplo de acidentes de trânsito, atropelamentos, homicídios, suicídios e, são seguidos de longe pelas causas mal definidas, tais como enfermidades do aparelho circulatório, enfermidades infecciosas e parasitárias e neoplasias (BRASIL, 2002a).

A Portaria n. 344, de 19 de fevereiro de 2002, dispõe sobre a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, a qual tem como objetivo geral a implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, com ênfase para a mudança de hábitos. Seus objetivos específicos são: mobilizar e capacitar equipes de profissionais de saúde dos serviços de emergência; construir banco de dados para identificar grupos de risco e subsidiar ações de intervenção; capacitar profissionais de mídia e representantes da sociedade para que atuem como agentes multiplicadores de informações sobre prevenção de acidentes; produzir e apoiar a produção de materiais educativos e de suporte para o desenvolvimento de ações e mobilizar e capacitar representantes de empregadores e condutores de veículos de grande porte (BRASIL, 2002a).

Enfim, as políticas públicas devem buscar, de alguma forma, a melhoria da qualidade de vida da população. No entanto, a criação e efetivação destas, na prática, dependem da estrutura de governo e das prioridades de sua agenda e, especialmente, das pressões sociais que irão refletir as necessidades da sociedade.

Recentemente, no ano de 2000, como resultado de muitas discussões que aconteceram na década de 90, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), diante das suas atribuições de deliberar e fiscalizar as políticas de atenção às crianças e adolescentes, apresentou as Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência 2001-2005. No entanto, para o setor saúde, trouxe como estratégia voltada para a violência “implantar ambulatórios especializados para o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos” (BRASIL, 2001a, p. 28). E, como ações especiais, fez destaque à violência sexual.

Em relação às políticas, aqui apresentadas, ressaltamos que os gestores municipais de saúde são atores responsáveis pela sua implantação e implementação, pois a vontade política se faz essencial para o desenvolvimento destas. Todavia, requer a pressão da população para fazer destas políticas uma prioridade de agenda de governo.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando o objeto deste estudo, a análise da participação de gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente vítima de violência, definimos o estudo como descritivo, uma vez que, segundo Leopardi (2001), este implica na necessidade de explicar uma situação não conhecida e sobre a qual desejamos maiores informações.

Optamos por adotar uma abordagem qualitativa porque nos permite compreender a realidade concreta, os fenômenos e os processos sociais, tornando-se adequada para os estudos das práticas de saúde e das relações que se estabelecem entre sujeitos no exercício destas práticas, como estabelece Minayo (1999).

A maior preocupação da pesquisa qualitativa reside na questão do processo. Por esta razão, ao estudar este objeto, buscamos analisar o processo de desenvolvimento, pelos gestores municipais de saúde, de ações e políticas de atenção ao adolescente vítima de violência.

4.2 CAMPO DO ESTUDO

Selecionamos o município de Itabuna-Ba, por este encontrar-se há mais de um ano de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e ter uma população de 203.815 habitantes, sendo que 46.434 estão na faixa etária de 10 a 19 anos, ou seja, 22,8% da população estão na fase da adolescência (BRASIL, 2005a).

No que tange à educação, o município possui escolas de nível fundamental, médio e superior, oferecendo, também, cursos em nível de pós-graduação. Os dois primeiros níveis são oferecidos pela rede pública e os dois últimos pela rede privada. No nível superior dispõe de duas faculdades, a Faculdade de Tecnologias e Ciências (FTC) e a Faculdade do Sul da Bahia (Facsul), as quais oferecem diversos cursos em diferentes áreas, inclusive na área de saúde. É importante destacar a proximidade geográfica com a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), situada no município de Ilhéus, da rede pública estadual, a qual oferece diferentes cursos na área de saúde, por exemplo, Medicina e Enfermagem, além de cursos de especialização e mestrado.

Na saúde, a forma de gestão, em Itabuna, é a Gestão Plena do Sistema Municipal desde 2001. A rede de serviços públicos de saúde está organizada em módulos (conforme as diretrizes de regionalização e hierarquização) com base territorial definida e população adscrita. Em cada um dos 04 módulos há uma unidade de saúde que é referência por seu maior nível de complexidade no atendimento. As unidades hospitalares, em número de cinco, estão localizadas nos módulos II e III, enquanto os centros de referência se distribuem nos módulos III e IV.

A rede pública de saúde dispõe de 14 unidades de saúde da família (PSF), 10 unidades básicas de saúde (UBS) e 09 centros de referência. São 16 equipes de saúde da família na zona urbana e uma equipe na zona rural, perfazendo 33% de cobertura do programa de saúde da família neste município. Quanto ao programa dos agentes comunitários de saúde (PACS), são 301 agentes, sendo 101 no distrito de Ilhéus e 200 no distrito de Itabuna.

Portanto, selecionamos como sujeitos deste estudo o secretário municipal de saúde, os diretores de departamento, os gerentes de módulos e os coordenadores de programa por entendermos que estes atores participam e desenvolvem, direta ou indiretamente, as atividades de gestão do sistema de saúde.

Os participantes deste estudo foram intencionalmente escolhidos. Para Minayo (1999, p. 102) “a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer”. E acrescenta que a questão da validade dessa amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto, assim, a amostra ideal reflete a totalidade nas suas dimensões, sem ater-se ao critério quantitativo da amostra.

Caracterizamos os sujeitos que protagonizaram este estudo a partir do sexo, idade, grau de instrução, formação; pós-graduação; ocupação/cargo e tempo de serviço como gestor. Ressaltamos que além dos gestores de saúde (aqui incluímos - os gerentes, diretores, coordenadores, secretário), entendemos ser necessário para a triangulação das informações entrevistar uma enfermeira assistencial e uma gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social, por considerarmos estas duas categorias informantes-chaves. A primeira, por ser a autora do projeto “Adolescente em Ação” referido por alguns gestores como modelo a ser implantado no município, e a segunda por representar outra secretaria que, segundo os entrevistados, tem exercido importante articulação no desenvolvimento de ações e políticas voltadas para o adolescente, inclusive, em situação de violência.

Os entrevistados são identificados por numeração (ex: E1, E2...). Para atender aos princípios éticos não discriminamos os cargos, apenas identificamos como gerentes, coordenadores ou diretores. Foram entrevistadas 12 pessoas do sexo feminino e 3, do sexo masculino, cujas idades variam entre 27 e 53 anos.

Considerando a gestão municipal atual (2005-2008) percebemos que a maioria dos entrevistados ocupa seus respectivos cargos desde 2005, tempo este que permite, de certa forma, adquirir experiência tanto durante o processo de administração pública municipal, quanto em sua prática cotidiana frente às transformações e conquistas ocorridas no sistema de saúde municipal de Itabuna-BA.

Como este estudo concentra-se na área de Saúde Coletiva é importante destacar que apenas quatro dos quinze entrevistados não têm curso de pós-graduação nesta área ou correlata, e,

ainda, destes, um é portador de diploma de nível médio. No entanto, dos que têm nível superior apenas um não possui qualquer curso de pós-graduação.

Destacamos também que dos 15 entrevistados 10 são graduados em Enfermagem. Em relação a este destaque Meneleu Neto e outros *apud* Brasil (2002) afirmam que todas as regiões do País apresentaram crescimento dos empregos de enfermeiros na administração pública entre 1995 a 2000. Nas Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste verificam-se as maiores taxas, destacando-se a Região Nordeste com 68,48% de crescimento.

4.4 COLETA DE DADOS

Iniciamos essa etapa da metodologia em junho de 2006 e utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada (roteiro ver APÊNDICE A) e a análise documental, as quais foram aplicadas por permitirem a expressão e a interpretação do objeto através dos depoimentos e dos registros.

Os dados primários foram coletados através da entrevista semi-estruturada, considerada como

aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias que interessam à pesquisa, e que em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Esta técnica foi usada a fim de buscar a resposta da pergunta de pesquisa através das informações fornecidas pelos gestores.

De acordo com Minayo (1999, p. 98), a entrevista “no sentido amplo da comunicação verbal e no sentido restrito da colheita de informações sobre determinado tema científico – é a técnica mais usada no processo de trabalho em campo”. Ela é uma estratégia em que o pesquisador, de forma intencional, colhe informações através da fala dos atores envolvidos.

Atendendo ao critério de saturação realizamos 15 entrevistas que duraram, em média, 40 minutos. Os entrevistados foram encontrados nos espaços da secretaria de saúde, apenas uma entrevista foi realizada no domicílio do entrevistado. Em todas as entrevistas foram sugeridos os

mesmos procedimentos. Foram precedidas da leitura do termo de consentimento e assinatura, e reafirmado o sigilo das informações gravadas em fita K7, além de ressaltado a utilização destas informações apenas para fins científicos de estudo e pesquisa.

Também realizamos a análise documental, incluindo o Relatório de Gestão 2006, a Programação da Atenção Básica 2006, a Agenda Municipal de Saúde 2005 e o Projeto Adolescentes em Ação, os quais constituíram os dados secundários para este estudo.

Segundo Richardson,

a análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas (RICHARDSON, 1989, p. 182).

Dentre os documentos que podem ser analisados para o desenvolvimento de uma pesquisa social, o mesmo autor, cita cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, relatórios, tabelas estatísticas, regulamentos, etc.

Para Gil (1991) a análise de documentos tem como vantagens o custo baixo, não há a necessidade do contato com os sujeitos da pesquisa e exige do pesquisador apenas a disponibilidades de tempo. Por outro lado, limita-se pela não representatividade e subjetividade dos documentos.

Para garantir a validade do estudo procedemos ao cruzamento dos dados coletados pela entrevista e nos documentos, por considerarmos as limitações de cada técnica, se utilizadas isoladamente. Dessa forma, mediante a análise dos dados nos foi possível comprovar as ações e os projetos implantados ou implementados no município, bem como analisar a participação dos gestores.

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As informações obtidas foram trabalhadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo como propõe Bardin (1977). No entanto, nos aproximamos do enfoque dialético proposto por Triviños (1987).

Para realizarmos a análise de conteúdo, orientamo-nos pelas três etapas básicas assinaladas por Bardin, quais sejam: a pré-análise; a descrição analítica e a interpretação inferencial (TRIVIÑOS, 1987).

Na etapa da pré-análise procedemos à transcrição das entrevistas e à sua exaustiva leitura, e selecionamos os trechos significativos com base no objeto e objetivos do estudo, além de os organizarmos sistematicamente.

Observada a frequência de aparecimento das falas, definimos três categorias analíticas: A violência enquanto qualquer forma de agressão física, moral, psíquica, social, omissão e desrespeito aos direitos humanos; a violência repercute psicologicamente na adolescência, causa dor, sofrimento, desestrutura a vida e o futuro e gera violência; atenção ao adolescente vítima de violência: limites e avanços de uma política em construção.

A partir dessa etapa, e, mediante a categorização analítica, adentramos na análise propriamente dita.

Para a análise e tratamento dos dados cumprimos a etapa da descrição analítica em que submetemos o material das entrevistas e o dos documentos que constituem o *corpus* desta investigação a um estudo aprofundado com base no referencial teórico. Apoiados nestes procedimentos, fizemos a interpretação referencial, última etapa do método de análise de conteúdo, oportunidade em que exploramos e demonstramos o conteúdo manifesto e o conteúdo latente das informações obtidas.

Na análise dos dados contemplamos o objeto e o analisamos a partir das categorias, aqui citadas, para a definição das quais consideramos uma maneira de categorização definida por Richardson (1989) em que o sistema de categorias emerge da classificação progressiva dos elementos. Além disso, exploramos as características que as categorias devem apresentar:

Exaustividade: cada categoria estabelecida deve permitir a inclusão de todos elementos levantados relativos a um determinado tema; exclusividade: nenhum elemento pode ser classificado em mais de uma categoria; concretude: os termos abstratos são muito complexos e sempre terão diversos significados; homogeneidade: as categorias devem basearem-se em um mesmo princípio de classificação; objetividade e fidelidade: os vieses devido à subjetividade dos codificadores, a diferença da interpretação, não se produzem quando as categorias são adequadas e bem definidas (RICHARDSON, 1989, p. 194).

4.6 CRITÉRIOS ÉTICOS

A proposta deste estudo foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), sob protocolo n. 010/2006, em 14 de março de 2006 e obteve aprovação em 02 de maio de 2006 (ANEXO A). Em seguida enviamos ofício à Secretaria de Saúde de Itabuna solicitando permissão para a pesquisa (ANEXO B).

Respeitamos os princípios éticos sobre pesquisa envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Segundo esta Resolução, a eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (DIRETRIZES..., 2005, p. 3).

Para a realização de todas as entrevistas, asseguramos aos participantes condições necessárias à sua realização (anonimato, privacidade, confidencialidade) e o sigilo quanto à autoria das respostas. Foi assegurada autonomia plena em participar ou não do estudo e afastarem-se, quando julgar necessário, sem prejuízo para o mesmo. Foi solicitada a participação do indivíduo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). Após concluído o estudo divulgaremos os resultados através de uma reunião com os profissionais e gestores na prefeitura de Itabuna e publicaremos por meios de revistas ou periódicos científicos.

5 A VIOLÊNCIA E SUA REPERCUSSÃO NA ADOLESCÊNCIA: DIALOGANDO COM GESTORES DE SAÚDE

5.1 A VIOLÊNCIA ENQUANTO QUALQUER FORMA DE AGRESSÃO FÍSICA, MORAL, PSÍQUICA, SOCIAL, OMISSÃO E DESRESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS

Apresentamos, a partir daqui, como os sujeitos deste estudo expressam as suas concepções sobre a violência diante da realidade em que vivem. Segundo Ferreira (1993) a palavra concepção pode ser entendida como conhecimento, idéia, opinião.

O modo de pensar e entender os fenômenos, em geral, determinam o agir. Os gestores que já incorporaram o conceito de saúde, enquanto determinação de múltiplos fatores individuais e sociais, terão mais facilidade de incluir a violência como problema de saúde e, possivelmente, terão maior grau de discernimento quanto às conseqüências desta para a sociedade o que implicará no desenvolvimento de políticas e programas especiais voltados para as vítimas.

O conhecimento é condição para o desenvolvimento de uma ação adequada, logo, o conjunto de saberes que adquirimos, através das relações, constitui conhecimento e se revela nas práticas (CHARLOT, 2000). Em se tratando da violência, o fato de não possuir saber contribui para a gravidade do problema, devido à inércia das ações e da busca de soluções. Luckesi e outros (1998, p. 55) afirmam que “o conhecimento é uma necessidade enquanto modo de ‘iluminação’ da realidade”. O critério de ação exige um conhecimento da realidade, a partir do que inferimos que, para desenvolver políticas estratégicas e resolutivas, é necessário aos formuladores, o conhecimento da necessidade de adoção dessas políticas.

Então, se considerarmos que as diversas áreas do conhecimento constituem-se por diferentes concepções, veremos que essas diferenças são expressas pela forma com que percebem um fenômeno e, também, como interpretam com base nos seus saberes. Um fenômeno pode ser entendido e percebido sob diferentes pontos de vista, a depender dos saberes e do conhecimento de quem o observa.

Registramos, no capítulo teórico, que o termo violência recebe inúmeros conceitos que são adotados pelas diversas áreas de conhecimento. Para os biólogos, a violência é entendida como um fenômeno atrelado ao ser humano em sua essência. No enfoque bio-psico-social, é atribuída à violência uma complementação dinâmica entre o biológico, o psicológico e o social. Para a psicologia, a violência está associada à agressividade, desrespeito e negação do outro. Para os juristas, a violência representa atos em que se exprimem a agressividade e a brutalidade do homem, causando lesões a seus semelhantes. Já os sociólogos explicam esse fenômeno como originado por alguma conturbação da ordem e tendem a compreender as condutas violentas como atitudes de sobrevivência de determinadas pessoas ou grupos vitimizados pelas contradições sociais. Na área da antropologia, esse fenômeno se mostra como algo que precisa ser analiticamente investigado no campo das microrrelações e da subjetividade dos sujeitos.

Portanto, percebemos que o entendimento que os gestores de saúde apresentam acerca da violência não está restrito a uma área de conhecimento apenas, visto que as distintas formações destes, bem como suas experiências influenciam no entendimento e caracterização desse fenômeno. Os gestores percebem a violência como fenômeno referente ao ser humano, cuja manifestação se dá mediante as relações sociais (Estado, sistema e sociedade), quando estas são marcadas por atos de agressão de qualquer forma, omissões e situações de desrespeito aos direitos do homem, como bem mostra esta fala de um dos nossos entrevistados:

Pra mim todas essas pessoas todas são vítimas da sociedade, são vítimas do sistema (E 12).

Acreditamos que a formação em Enfermagem pela maioria dos gestores tenha contribuído pouco para o entendimento conceitual da violência, visto que a abordagem sobre esta temática tem sido muito tímida senão inexistente nos currículos deste curso. Por outro lado, as experiências nos serviços de atendimento e a identificação de traumas físicos no corpo das vítimas que comparecem para a consulta por outros motivos, permitem a esses profissionais um conhecimento sobre a caracterização do fenômeno.

Logo, entendemos que a escolaridade somada às experiências vistas e vivenciadas podem contribuir para o entendimento sobre a violência. No entanto, conforme percebemos pelos relatos, são as experiências, os casos observados, as vítimas atendidas e principalmente as vivências os fatores que melhor permitem um entendimento sobre a violência.

A violência, enquanto fenômeno que ocorre em todas as esferas da vida social, tem suas raízes no modo como a sociedade se estrutura e se relaciona. Segundo Santana e Souza (2002) a violência é construída socialmente e ganha variadas formas de expressão por estar relacionada às transformações sociais, políticas, econômicas e culturais e, também, às concepções de cidadania e de homem enquanto sujeito.

Representa um grande risco para o crescimento e desenvolvimento humano e tem como consequência a produção de danos materiais, corporais e simbólicos (de valores, idéias, afetos, no universo da subjetividade). Mediante o entendimento dos gestores sobre este problema, bem como sobre as repercussões no adolescente, definem-se competências e as operacionalizam com o intento de enfrentar e diminuir as suas consequências.

Buscamos o entendimento dos gestores da saúde municipal de Itabuna, por esse município baiano se destacar quanto ao número de mortes por violência. Noronha e Daltro (1991) desenvolveram um estudo que pretendeu analisar os diferenciais por gênero de mortes violentas e outras agressões ocorridas na Bahia. Este estudo mostrou que a violência tem destaque no estado da Bahia, ressaltando-se que, no interior desse estado, destacam-se as cidades de Itabuna, Feira de Santana e Vitória da Conquista. Acreditamos que esses números se apresentam significativos nestas três cidades baianas, visto que são pólos de comércio e eixos rodoviários, o que configura maiores riscos para acidentes de trânsito e a exploração sexual comercial.

A violência pode ser entendida por alguns como uso da força contra ou sobre alguém. Para Zenaide (2005) a violência traduz-se no uso da coerção ou força, um dispositivo de poder sobre o outro, com produção de danos. O vocábulo violência provém do latim *violentia* que significa violência, caráter violento ou bravio, força, sentido que conflui com o entendimento de Ferreira (1993), segundo o qual a violência é definida como “força súbita, que se faz sentir com intensidade de fúria, demência”. Michaud (1989) auxilia neste entendimento, ao declarar que a idéia de força constitui o núcleo central da violência e contribui para fazê-la designar comportamentos e ações físicas. Um dos nossos entrevistados esboça o que compreende por violência:

Violência é qualquer assim, qualquer ato de agressão de um indivíduo para um indivíduo (E 11).

Minayo e outros (1999) consideram que a violência é determinada pelas manifestações da exacerbação de conflitos sociais que têm raiz nas estruturas sociais, políticas, econômicas e nas consciências individuais. No entanto, Michaud (1989) define e entende a violência em função de valores e critérios que constituem determinado grupo, numa determinada sociedade.

O Ministério da Saúde através da adoção de uma Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências define como violência “o evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos ou grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros” (BRASIL, 2001c, p. 21), um conceito que não passou despercebido a um dos depoentes, que o refere com absoluta clareza:

[...] qualquer ato ou ação ou omissão que causa dano a pessoa, ao ser humano, a qualquer ser, de modo que tire dela o poder de ação, o poder de defesa no sentido de que ela venha a sofrer conseqüências patrimoniais, financeiras, psicológicas, sociais, educacionais... Qualquer ato que impeça, modifique, altere, determinada comportamento, determinada ação ou omissão é um ato de violência ao meu modo de ver (E 12).

A omissão também pode estar camuflada no desconhecimento. Segundo Silva e Santana (2001) ambas situações se constituem terreno fértil para a manutenção dos episódios de violência, além de expor os vitimizados a mais um tipo de violência, a negligência, seja ela profissional, institucional ou por parte da sociedade.

Leal e Lopes (2005) referem que “omissão institucional” ocorre quando o hospital, por exemplo, não tem um protocolo estabelecendo o envolvimento da instituição e dos profissionais de saúde no atendimento ao usuário, e quando não existe capacitação para a detecção desse agravo, nem a possibilidade de encaminhar o usuário a serviços de referência visando a que o mesmo tenha a oportunidade de sair do ciclo da violência.

Diante dos diversos entendimentos dos gestores sobre violência, e retomando a discussão contida no capítulo “elementos teóricos” deste estudo, encontramos convergência entre o que foi discutido e as reflexões de Cruz Neto (1995), que caracteriza a violência pelos seus aspectos internos e externos, com abrangência a todas as esferas da vida social e individual e com a participação de todos enquanto vítimas ou autores. Percebemos a concordância sobre este fenômeno referido pelos gestores quando citam que os profissionais de saúde, o Estado e a sociedade em geral participam da determinação do evento por ato ou por omissão, o que reflete

no desrespeito aos direitos humanos. No entanto, embora não tenham formação em conteúdos da violência, os gestores apresentam, pela vivência geral, elementos de compreensão que se aproximam das discussões elaboradas por cientistas.

Portanto, ao considerarmos o entendimento dos gestores e as definições dos diversos autores acerca da violência perceberemos a influência sócio-cultural sobre a manifestação dos eventos violentos diferenciados que repercutem, de forma prolongada, na vida das pessoas.

Desde a década de 70 a violência deixou de ser um problema de atenção que se limitava à esfera policial, passando a ser tratado como uma questão social – fenômeno desenvolvido na vida em sociedade. Diante da dinâmica social, a violência traz impactos e acomete as pessoas de diferentes faixas etárias, notadamente os adolescentes, com repercussões reais severas.

A violência faz mal à saúde e é, especialmente, prejudicial na adolescência quando o indivíduo encontra-se em plena fase de desenvolvimento. A adolescência, em geral, é marcada por variações e mudanças psico-sócio-afetivas, de conduta e de comportamento. Como o adolescente ainda não tem completamente desenvolvido o seu poder de autodefesa e de administração de suas dificuldades, necessita que profissionais das diversas áreas o estejam subsidiando, dando acesso aos recursos disponíveis para lidar com o fenômeno da violência.

Para Deslandes (1994) os maus-tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida.

O adolescente deve ser compreendido como cidadão portador de necessidades que variam de acordo com seu grau de desenvolvimento e conforme o meio social em que está inserido. A violência interfere nesse processo porque ameaça a vida pelas suas diversas conseqüências e altera a saúde pela produção de enfermidades e perturbações psicológicas e emocionais. Portanto diante da complexidade do fenômeno e da dimensão dessa problemática impõe-se o desenvolvimento de ações multisetoriais e multiprofissionais, bem como a participação dos gestores e a vontade política para a implantação de políticas de atenção.

A interferência e a influência da violência sobre o modo de viver das pessoas foram expressas nos seguintes depoimentos:

[...] qualquer ato que coloca em risco nossa vida que nos deixa inseguros, levando riscos pra nossa vida, nosso ato de viver, pra nossa pessoa (E 3).

[...] a violência dentro do que nós vimos na dependência química [...] não só a violência física, mas existe a violência psicológica também como nós vemos assim familiares, familiares sendo agredidas tanto verbalmente, também violentado na sua moral na questão dos valores no seu núcleo familiar, isso é violência também, aquilo que você agride que também acontece, que fica machucado de uma forma assim externa. Mas internamente também existe a violência que causa danos também, muito difíceis depois de serem trabalhados (E 10).

Minayo e Souza (1998) tentam explicar as origens da violência por duas teorias: a que sustenta que a violência resulta de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais e são impulsionadas instintivamente pela agressividade humana; e a teoria que explica a violência como resultado dos efeitos dos processos de mudança social.

No entanto, apesar dessas duas teorias, que se complementam, tentarem explicar o fenômeno, tem sido difícil para muitos autores definir a violência, pois o entendimento desta está condicionado às influências sociais, históricas e culturais que variam com o decorrer do tempo e que determinam as necessidades da sociedade.

No Brasil, segundo Silva (2002) foi a partir de 1985 com o processo de redemocratização do país que o problema da violência ganhou *status* de problema nacional, passando a ser caracterizada como fenômeno urbano.

Chesnais (1999) aponta possíveis fatores causais da explosão da violência no Brasil: os de ordem socioeconômica, institucional e cultural; a explosão demográfica nas cidades; influência dos meios de comunicação de massa e o processo de globalização.

O Brasil, com forma de governo considerado democrático, porém com processo neoliberal em expansão, tem a violência como um grave problema de saúde pública. Se analisarmos a qualidade de vida dos brasileiros e relacionarmos com a distribuição de renda e as condições de pobreza, veremos que a forma de violência expressa por Mertens *apud* Gomes (1997) a “violência silenciosa” está presente de forma bastante velada. Esta é produto da situação de exploração e desigual distribuição de renda que configuram as relações entre o Estado e a sociedade. O envolvimento dessas duas instituições, Estado e sociedade, foi, assim, referido pelos sujeitos:

[...] um conjunto de agressões, de irregularidades que atingem não só o indivíduo quanto o Estado, a ordem pública [...] é o conjunto de agressões sofridas pelo indivíduo (E 7).

Para Freitas e outros (2000) a violência sempre foi tratada com maior ênfase no setor das ciências jurídicas e sociais. Porém, nos últimos anos tem sido tomada como problema de saúde pública tanto pelos danos físicos e psíquicos que ocasiona, quanto pelo número de óbitos.

É notório que a violência vem aumentando e atingindo crescentemente diferentes espaços, público e privado, e, ainda, com vulnerabilidade diferenciada pela etnia e pelos grupos sociais, cujas variadas formas de expressão são determinadas pelos valores e cultura, trazendo diversas conseqüências.

Considerando a violência como contrária ao direito e à justiça, entendemos que o Estado, enquanto poder público representado pelos gestores, pode, de algum modo, intervir nessa realidade, com vistas a reduzir as desigualdades mediante o provimento de políticas públicas sociais que ensejem melhorias para a qualidade de vida das populações.

A busca pela melhoria da qualidade de vida vem sendo discutida há um considerável tempo. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata apresenta a prioridade da qualidade de vida mediante os cuidados primários de saúde, e destaca que a saúde para todos será alcançada, dentre outras medidas, com o progresso econômico e o combate à pobreza. Mais tarde, em 1986 na Carta de Otawa, reafirma-se este tema como um objetivo a ser alcançado pela promoção da saúde (QUEIROZ, 2002).

Se considerarmos as propostas da Declaração de Alma-Ata e as medidas de combate à pobreza com progresso econômico como estratégias de elevação da qualidade de vida, conseqüentemente perceberemos uma redução dos índices da violência.

O Ministério da Saúde anuncia a valorização do conceito de Promoção da saúde no qual a garantia de melhores condições de vida passa pela tomada de atitudes contra problemas que, até bem pouco tempo, eram vistos, principalmente pelos mais conservadores, como elementos estranhos às questões sanitárias, como o trânsito, a segurança pública, a educação e, mesmo, as noções de cidadania (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

Queiroz (2002) em tese que trata da qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana-Bahia traz no marco teórico a discussão sobre os fatores determinantes da qualidade de vida e sua relação com as diferentes noções de desenvolvimento humano. Infere, esta autora, que quanto maior a concentração de renda, maior a distância de acesso aos bens de consumo básicos pelos menos favorecidos, o que revelará os baixos indicadores de desenvolvimento humano. Acrescenta que o índice de desenvolvimento humano (IDH) enfatiza

três opções básicas que devem estar articuladas: desfrutar uma vida longa e saudável; adquirir conhecimento e ter acesso aos recursos necessários para viver.

Diante das considerações desta autora, e estabelecendo um paralelo com a violência, percebemos que esta, enquanto fenômeno, decorre de situações de exclusão social, de desigualdade de renda, de falta de acesso a bens de consumo, desemprego e subemprego fatores que promovem alterações e conseqüências imediatas ou tardias, as quais interferem na qualidade de vida das pessoas, inclusive na sua saúde.

“Toda ação ou omissão que viola os direitos garantidos pela constituição e pelas leis é uma violência” diz González (1995, p. 7). Os adolescentes, enquanto cidadãos, devem gozar dos direitos sociais que configuram os direitos aos padrões de vida que prevalecem na sociedade. Pois, enquanto sujeitos de um processo de socialização estão vulneráveis às mazelas da sociedade, que repercutem nas dimensões somática, emocional, intelectual e social do ser humano. Vejamos as seguintes falas a respeito do entendimento dos gestores sobre violência:

[...] qualquer tipo de agressão causada ao ser humano de diversas naturezas, a violência física, a violência causada por preconceitos, a violência de você não poder ter acesso aos bens de consumo necessários para que você tenha uma vida de qualidade e digna, isso tudo eu considero também uma violência ao cidadão; uma violência também é a dificuldade de acesso a muitas situações que o cidadão tem por direito e não consegue ter acesso, eu considero isso uma violência (E 5).

[...] alguma citação ou ato que possa ferir ou transgredir a integridade de um indivíduo, moral, física, ideológica, psíquica (E 14).

O ECA estabelece os direitos específicos dos adolescentes como cidadãos no interior das áreas abordadas pela Constituição, como saúde, educação, profissionalização. Além disso, o Estatuto apresenta dispositivos legais para a garantia e o zelo dos direitos dos adolescentes. O Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, por exemplo, delibera sobre a política de promoção de atendimento e controla as ações desta política.

No município estudado existem implantados o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar.

Os maus-tratos (referem-se à descrição dos danos causados pelo abuso, aos atos e suas conseqüências) cometidos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão,

pela supressão ou transgressão dos seus direitos definidos por convenções legais ou normas culturais (GOMES *et al.*, 2002). É o que confirma o seguinte depoimento sobre a violência e os maus-tratos:

[...] é infringir os direitos humanos, é você ir de encontro ao que é de direito, ao que o estatuto determina. Então, você não ter direito à saúde, não ter direito à educação, não ter direito à alimentação, moradia, pra mim isso já é uma forma de violência, sem contar com as formas de violência física [...](E 6).

Os serviços públicos de saúde devem incluir o acesso e acompanhamento de profissionais da área. Sua inexistência ou negação pode ser combatida através de ações previstas no ECA. Este estatuto, na altura do artigo 245 refere que a não comunicação do profissional, inclusive o de saúde à autoridade competente, de casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes, incorre em multa de 3 a 20 salários de referência ou o dobro, em caso de reincidência (BRASIL, 2003b).

O depoimento, a seguir, confirma que os gestores estão cientes de que a violência pode representar uma omissão ou um ato, como a falta de atendimento ou o mau atendimento pelo profissional de saúde, o que representa desrespeito aos direitos humanos:

[...] quando a gente passa a não atender bem esse cliente, até às formas mesmo de agressão física, dentro da comunidade. O atendimento do profissional, a depender da forma que for colocada a ele, a resposta que a gente não dá [...](E 1).

Apesar da evolução, a partir da década de 90, no âmbito dos direitos da criança e do adolescente ainda há um distanciamento entre as conquistas jurídicas e a eficácia das políticas sociais para efetivar a proteção integral. O relatório do CONANDA, que dispõe sobre as diretrizes nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência 2001-2005, relata que os problemas mais cruciais são os relativos à adolescência e, dentre eles a violência. Também apresenta diretrizes para os diversos setores que, no caso da saúde, devem garantir uma política de acesso universal, igualitária e integral para crianças e adolescentes. Orienta para que os fundos nacionais, inclusive os municipais, se constituam em mecanismos de arrecadação de recursos financeiros para complementar a efetivação de políticas de atendimento. Acrescenta,

ainda, informações sobre a ampliação de Conselhos de Direitos e de Conselhos Tutelares nos municípios brasileiros.

Como podemos verificar, as situações de violência caracterizam-se, não só pelas guerras e conflitos, decorrentes de diferentes posições ideológicas, nem por se limitarem aos abusos de poder, mas caracterizam-se, também, pela negação e violação dos direitos humanos, como manifestação de racismo, discriminação, privação da liberdade de expressão e exclusão social, etc (LATERMAN, 2000). Podemos perceber, à luz do depoimento abaixo, que as situações de violência são facilmente percebidas, identificadas e compreendidas como tais:

Qualquer ato que impeça, modifique, altere determinado comportamento, determinada ação ou omissão é um ato de violência ao meu modo de ver (E 12).

A violência é determinada por fatores estruturais (desigualdades sociais, diferenças regionais, desigual concentração de riqueza), por fatores culturais e fatores ético-políticos (crise dos valores democráticos, baixo exercício da cidadania, falta de vontade política para apurar a responsabilidade penal de agressões, falta de controle do Estado por parte da sociedade civil) (ZENAIDE, 2005).

No I Seminário Multidisciplinar Violência Urbana – Múltiplos Olhares – 2006, promovido pela Faculdade do Sul da Bahia (Facsul), em Itabuna, um escrivão da Polícia Civil procedeu a uma comunicação sobre a "Distribuição Geográfica da Violência em Itabuna", que tem como os principais focos de violência os bairros Pedro Gerônimo, Maria Pinheiro, São Pedro, Fonseca, Daniel Gomes, Nova Califórnia, Santa Inês, Califórnia, Santo Antônio e Novo Horizonte. De acordo este escrivão estes são locais onde pessoas vivem em situação de extrema pobreza e a falta de perspectivas empurra os jovens para o tráfico. A droga, revelou ele, é um dos principais componentes do quadro de violência na cidade, que registrou 126 homicídios em 2005 e já contou 90 assassinatos até agosto de 2006. E concluiu: só o policiamento não basta, porque acredita que a raiz do problema está na exclusão social (EXCLUSÃO..., 2006).

Portanto, o adolescente, em sua maioria, que entra no mundo do crime, a porta de entrada é a conjuntura de desemprego, exclusão social, subemprego e a vontade destes em se inserir na sociedade de consumo. Por conseguinte, é impossível entender a violência fora da sociedade, que determina a necessidade de recursos, que aliena.

Segundo Arendt (1994, p. 60) “muito da glorificação da violência é causada pela severa frustração da faculdade da ação no mundo moderno”. A luta pelos direitos caracteriza a realidade da sociedade brasileira que deve buscar por diferentes formas o fortalecimento da cidadania. No entanto, segundo Minayo e outros (1999) o conceito de violência pode ser compreendido como limitante de direitos e como um “grito de expressão dos oprimidos”, portanto, negação da cidadania. A violência social manifesta-se na desigualdade das relações, na negação da cidadania, na negação dos direitos e se concretiza na discriminação e nas relações de poder entre os indivíduos.

Entendendo o homem como ser histórico, acreditamos que a violência é, também, resultado da História, pois decorre da forma como a sociedade vem se organizando, inclusive, produtivamente. Estamos falando da violência estrutural proveniente de problemas sociais somados à ausência ou ineficiência do Estado.

No caso de Itabuna, a história de empobrecimento com a queda da monocultura do cacau e a ocorrência de suicídios pelo descontentamento, aliados à não aceitação da crise financeira, levou a população deste município à revolta caracterizando a situação de violência social e estrutural.

Apesar das garantias democráticas acerca da universalidade dos direitos humanos expressas na Constituição de 1988 e no ECA, políticas públicas descomprometidas têm tornado o Estado um dos principais responsáveis pela violência estrutural.

Com essa visão adotamos o entendimento da violência estrutural expresso por Minayo (1994) e o atrelamos à referida violência silenciosa e social acima referidas. Como violência de âmbito sócio-econômico e político, manifesta-se nas desigualdades sociais, nas exclusões social e moral de determinados grupos e classes na forma de impedidos de exercerem sua cidadania.

Geralmente, quando perguntamos ou falamos sobre violência, muitas palavras são citadas, além da agressão, a força, o poder. Para Vasquez (1990) a violência é inerente e sempre esteve presente na realidade social se não em ato, em estado de latência, de forma visível ou velada, vinculada à alienação e à exploração do homem pelo homem. Agudelo (1989) por sua vez, refere que o poder está presente na violência à medida que esse fenômeno se concretiza a partir do uso da força física, psíquica ou moral e se expressa a serviço de algo. A violência se mostra a partir e através de uma relação assimétrica e desigual.

“Todo poder implica a existência de uma relação” (BRASIL, 2006b, p. 62), constata a Carta Brasileira. O poder é violento quando se estabelece uma relação de dominação, por meio do qual o dominador nega, de alguma forma, os direitos do dominado. Logo, a violência é uma violação de direitos, é negação e sofrimento do outro.

Nos depoimentos dos gestores de saúde podem ser registrados, com frequência, o uso contínuo do termo agressão como definição de violência. Alguns autores, dentre eles Costa (1986) e Gomes (1997), chamam-nos à atenção para a diferença de sentido que esses dois termos apresentam. Violência, no entender desses autores, é o emprego desejado de agressividade com fins destrutivos. Todavia, quando uma ação agressiva não busca a destruição ou é puramente instintiva, não deve ser traduzida como violência.

5.2 A VIOLÊNCIA REPERCUTE PSICOLÓGICAMENTE NA ADOLESCÊNCIA, CAUSA DOR, SOFRIMENTO, DESESTRUTURA A VIDA E O FUTURO E GERA VIOLÊNCIA

Os gestores municipais, enquanto formuladores e, também, executores de políticas públicas, constatam que a fase da adolescência, quando marcada por episódios de violência, pode transcorrer com perturbações psicológicas e dificuldades nas relações as quais desestrutura a vida

[...] afeta psicologicamente todo indivíduo e, sobretudo, o adolescente que está mais aberto pra absorver ocorrência de coisas ruins e guardar no subconsciente alguns aprendizados que, nem sempre, são construtivos em função da violência. Mas, com certeza absoluta, é o jovem, o foco da violência, o que é mais atingido psicologicamente, mesmo quando ele não está diretamente ligado à violência (E 7).

Principalmente emocional e, também, na vida futura dele como adulto isso vai repercutir muito em vários setores, vários âmbitos [...] (E 11).

A violência material (saúde, alimentação, habitação) e a intelectual (educação, lazer) junto à desagregação familiar tem influência importante no desenvolvimento emocional da criança e do adolescente, o que vai acompanhar a trajetória deste ser humano, prejudicando a sua realização como indivíduo (GONZÁLEZ, 1995). É o que mostra este depoimento:

[...] violência gera violência, quem tem no seu lar na sua formação convivido com cenas de violência, parte do seu cotidiano vai se incorporar como valores, vai ser natural e, mais tarde, essas pessoas voltarão a viver as mesmas práticas que elas conviveram durante a sua formação, então, sem dúvida, a violência ela estimula a violência. E também a impunidade é um fator que contribui para o seu crescimento (E 5).

O desenvolvimento do adolescente não se limita ao caráter somático, corporal, físico. A vida do adolescente vai se definindo com seus valores, atitudes e comportamentos de acordo com a interação que este faz com os componentes sociais, econômicos, institucionais, políticos, éticos e culturais.

O crescimento da criança e a vivência, até sua adolescência, num ambiente privado, familiar, violento faz com que este indivíduo naturalize o que vê e reproduza em sua vida, nas suas relações, ocorrendo daí a inversão de valores. Além disso, a convivência num contexto familiar violento pode aumentar as possibilidades de adoecimento e de repetência escolar.

A realidade tem mostrado que filhos e filhas que sofrem violência no contexto familiar têm três vezes mais possibilidades de adoecer e 63% destas crianças repetem o ano na escola pelo menos, uma vez e terminam por abandonar os estudos por volta dos nove anos de idade (BRASIL, 2002a). Estes dados mostram que, no mínimo, estes futuros adolescentes não gozarão nem do direito à educação no espaço escolar.

A violência compromete o crescimento e o desenvolvimento do adolescente e deixa seqüelas duradouras. O meio social transmite ao adolescente o modelo de vida que influencia na

expressão do seu comportamento presente e futuro. Isto porque a vida cotidiana, o dia-a-dia, o convívio social e intrafamiliar refletem no modo de ver e viver no mundo e na forma de encarar a vida. É o que expressam estes entrevistados:

[...] eu acho que pra ninguém, mais do que pra criança e pro adolescente a violência pode trazer tanta repercussão. Tipo traumas mesmo que vão prejudicar a vida dele futura, de se tornar, até, uma pessoa violenta em decorrência da pessoa sofrida que é. Caso ele não tenha um apoio, um apoio psicológico da família, eu acho que isso pode repercutir na vida dele futura, na formação dele, de jovem, adulto e ele pode trazer consigo essa violência da qual ele sofreu (E 13).

[...] o adolescente é uma pessoa que está em formação, e, quanto mais ele convive, aquilo ali, pode, realmente, interferir na formação dele até incentivar determinadas coisas, então interfere muito [...] (E 6)

Qualquer ato de violência, qualquer forma de transgressão da sua integridade vai ferir a qualquer pessoa, sobretudo, o adolescente que tem uma fase de indefinição e atos violentos podem dar seqüelas na sua personalidade de adulto, na sua forma de ver o mundo (E 14).

Faleiros (1998) observa que a violência não pode ser entendida apenas como um ato isolado, psicologizado pelo descontrole e pela doença, mas que é um fato que expressa o desencadear de relações que envolvem a cultura, o imaginário, as normas e o processo civilizatório de um povo. É o que diz o seguinte depoimento:

[...] se a gente marginaliza uma classe social a resposta que a gente vai ter dessa classe social, até por conta da limitação de consciência e de inteligência e de nível de educação, a resposta é virar como forma de violência [...] (E 7)

A sociedade, incluindo os diversos espaços nos quais o adolescente interage, tem papel estruturador ou desestruturador. Quando a sociedade está em estado de confusão, o adolescente sente-se menos seguro e mais perturbado. Pode, então, sentir-se compelido a praticar atos de violência contra os outros ou contra si mesmo. O adolescente tem de aprender como viver com a constante e rápida mudança social dos dias de hoje, bem como com a incerteza, ambigüidade e relatividade (LEWIS; WOLKMAR, 1993).

Portanto, chamamos a atenção para o papel desestruturador que o ambiente “rua” exerce sobre a criança e o adolescente, pois, neste espaço, todos, inclusive os adolescentes estão,

expostos aos diversos riscos e se tornam vítimas fáceis. É o que aponta os dados de uma pesquisa realizada pela Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador no ano de 1999. Os dados mostraram que 734 adolescentes foram vítimas de extermínio entre janeiro de 1996 a novembro de 1999 e metade dessas execuções foi realizada em via pública, ou seja, na rua (HIRATA, 2000).

Na dissertação de mestrado de Souza (1999) que tratou sobre a violência vivenciada por adolescentes trabalhadores de rua na cidade de Feira de Santana-BA foi verificado que estes adolescentes sofrem as seguintes violências: trabalho precoce, violência doméstica, violência institucional e, também, a praticada pelos concorrentes e bandidos. Quanto a esta última modalidade, ficou claro que reflete a violência por eles (as) sofrida: a violência física através de brigas, a prática de pequenos delitos, a de tomar mercadorias dos meninos menores e a expulsão de concorrentes dos pontos de trabalho.

Outros ambientes ou espaços também podem interferir na forma de viver do adolescente. Instituições, como presídios, escolas e abrigos têm se caracterizado pelo seu caráter violento, devido às normas, regras e funcionamento destas. Muitos dos danos produzidos nestes locais podem estar invisíveis, por colocar outros referenciais na vida das pessoas, que aí são instaladas, e que têm seus familiares substituídos por funcionários ou policiais, o que potencialmente prejudica o desenvolvimento de relações sociais e humanas.

Considerando os diversos espaços de manifestação de atos violentos compreendemos que existem distintos tipos e formas de violência em consequência das diferentes formas de expressão e dos diferentes grupos envolvidos. É o que confirma o depoimento a seguir:

A violência pode repercutir na formação do adolescente, com certeza, porque as formas de violência que a gente tem, não é só a violência de assaltos, de seqüestros, a gente tem a violência sexual que é muito comum acontecer em crianças e adolescentes, e, assim, toda criança, todo adolescente ele pode ser abusado, tem a violência sexual, tem a violência física dentro da sua casa e que ele percebe isso o que é que acontece ele vai mudar sua forma de agir na sua vida adulta [...] isso vai interferir bastante no seu estado psicológico, físico e mental (E 3).

Para Agudelo (1989) a violência não se reduz a um dano ou a um momento. Ela é um processo orientado para fins determinados a partir de diferentes causas, formas variadas,

produzindo danos, alterações e conseqüências imediatas ou tardias. Conforme afirma um dos nossos entrevistados:

Repercuta, com certeza repercuta, porque ele fica durante um tempo, ele pára com a vida dele, ele deixa de fazer uma série de situações na vida dele, por exemplo, estudar, ele deixa de estudar, trabalhar ele deixa de trabalhar, porque ele está passando por um momento de desestruturação interna mesmo, e isso é uma violência contra ele (E 10).

Silva e Silva (2003, p. 29) chamam a atenção para os efeitos a curto prazo da violência na saúde biopsicossocial da criança e do adolescente: “atitudes de choque e incredulidade; sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade, medo, raiva, isolamento, desamparo, comportamentos confusos e de extrema agitação, pesadelos, terror noturno e alterações do hábito alimentar”. Destaca, também, os efeitos a médio e longo prazos: “comportamentos autodestrutivos, ansiedade, sentimentos de isolamento e estigmatização, baixa auto-estima, dificuldade em acreditar em outras pessoas, tendência à futura revitimização, comportamento sexual desajustado, uso de álcool e outras drogas”.

Quanto à auto-estima, dados de um estudo realizado por Assis e Avanci (2004) revelaram que os adolescentes com baixa auto-estima sofreram violência psicológica severa de pessoa significativa quase duas vezes mais do que os de elevada auto-estima.

As formas de violência afetam diretamente os adolescentes e deixa marcas na sua vida. A violência sexual, por exemplo, é uma das formas mais graves de violência, pelo seu caráter íntimo e moral, e leva à desestruturação social e psíquica que se torna mais acentuada em situações de abusos sexuais freqüentes.

Em relação às conseqüências da violência sexual, Kornifield (2000) cita que mulheres que foram vítimas de abuso sexual podem carregar para os relacionamentos futuros marcas que comprometam, seriamente, as interações, tornando-se mães abusivas. Corroborando com este fato, trazemos o resultado de uma pesquisa realizada pela OMS que afirma que as mulheres vítimas de violência física e sexual apresentam mais problemas de saúde do que as mulheres sem história de violência. E que a tentativa de suicídio é de duas a três vezes mais entre estas vitimizadas (GUIMARÃES, 2004).

O Ministério da Saúde produziu Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia publicou em diário oficial, no ano de 2003, uma portaria (n. 412) que

define o IPERBA como Unidade de Referência para o atendimento às mulheres submetidas à violência sexual (BAHIA, 2006).

Estudos relatam uma série de conseqüências traumáticas, resultantes do abuso sexual em adolescentes, que pode ser de ordem psicológica como: sensação constante de medo, culpa, distúrbios de memória, dificuldades regulares de emoções/afeto, dificuldades no estabelecimento de relações íntimas. Ainda apresentam conseqüências como sintomas psiquiátricos ou psicosssexuais como frigidez, vaginismo, dispareunia, promiscuidade sexual, disfunção erétil, dificuldade sexual no casamento, incesto, abuso de drogas psicoativas, delinqüência, sintomas conversivos, automutilação e a probabilidade de tornar-se também um abusador de menores, dando continuidade a um ciclo vicioso (PEREIRA; FERRIANI; HIRATA, 2001). Os depoimentos provenientes da sabedoria popular alcançam esta mesma compreensão:

[...] essas pessoas carregam na sua história de vida essa marca difícil de ser apagada [...] as vítimas da violência estão carregando pra si uma história triste trazendo pra sua família, pro seu convívio uma situação de muita dor e de perda de muita moral, de dignidade, ou seja, essas pessoas vão sofrer pro resto da vida (E 5).

[...] sexual, por exemplo, é uma conseqüência tão grave para os jovens principalmente pra as meninas de onze, de doze, de treze, de quatorze anos, que tira dela qualquer poder de ação de pensar em alguma coisa boa pra o futuro, porque ela já é tolhida, ali, com a violência da responsabilidade [...] (E 12).

Portanto, os cuidadores assim como os gestores devem estar cientes que a violência compromete o crescimento e o desenvolvimento dos adolescentes em seus múltiplos aspectos, logo deixa seqüelas que repercutem progressivamente sobre a forma de encarar a vida, bem como dá margem para que o círculo da violência se reproduza. Este entendimento está expresso na fala seguinte de um dos gestores entrevistados:

O adolescente vitimizado, pra mim, é, ainda, pior, porque ele está na parte de formação ainda da sua personalidade, ele está ainda se encontrando, então, quando ele passa por esses tipos de agressão isso pode repercutir, de forma muito ruim, na formação da personalidade dele lá no futuro: ou ele vai se tornar recalcado, ou ele pode estar se tornando uma pessoa também agressiva devido a essa agressão que ele sofreu, ou, às vezes, a agressão que ele sofre, ele não sente como uma violência no momento e, depois dali, ele multiplica os gestos no decorrer da vida dele [...] (E 2).

A atenção à violência constitui-se, incontornavelmente, em uma demanda de Saúde Pública. Se considerarmos que os eventos violentos podem ser repetitivos, duradouros e crônicos constataremos a necessidade de implantarmos serviços e políticas de atenção urgentes a essa clientela que levará consigo, além das conseqüências somáticas, as psicológicas e sociais.

Contudo, a implantação e sustentação desses serviços e políticas somente será possível se houver vontade política, capacidade de articulação interinstitucional dos setores, e elaboração conjunta de proposta de trabalho integrado. E, ainda: os gestores devem compreender e garantir a base logística do processo além de estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação.

5.3 ATENÇÃO AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: LIMITES E AVANÇOS DE UMA POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO

Nesta categoria identificamos a insipiência na operacionalização das políticas de atenção voltadas para o adolescente em situação de violência no município de Itabuna-Ba. Tratamos de descrever e analisar essas políticas de atenção desenvolvidas pelo setor saúde, em especial. Para tanto, iniciamos a discussão reportando-nos ao Sistema Único de Saúde que tem como princípios e diretrizes a universalidade na atenção, a integralidade da assistência e a descentralização das ações com destaque para maior responsabilização dos municípios, representados, inclusive, pelos seus gestores.

A Constituição Federal de 1988 garante um sistema de saúde único que deve ser operacionalizado com base nos seus princípios e diretrizes. O artigo 196 da Constituição estabelece a Saúde como dever do Estado. Logo, as diferentes instâncias federativas devem garantir mediante a sua articulação, negociação e pactuação na oferta dos serviços de saúde a seus munícipes.

Segundo Teixeira e Molesini (2002), à gestão cabe a execução de atividades políticas, técnicas e administrativas, desenvolvidas com o propósito de assegurar o planejamento, a execução, a avaliação e a implementação de ações e de serviços de saúde. Isso quer dizer que os gestores federais, estaduais e municipais devem prover políticas de atenção com o propósito de garantir e assegurar os direitos da população à saúde.

Com o SUS, o processo de descentralização deve ganhar transparência para a operacionalização deste sistema na prática. As leis orgânicas de saúde bem como as normas regulatórias foram elaboradas com o intuito de direcionar as ações de descentralização da saúde. Assim, com a distribuição de responsabilidades entre os entes federados, destacamos o município que assume diversas responsabilidades quanto ao provimento de ações e serviços para seus municípios.

O município, então, passa a ser o grande eixo de mobilização pela descentralização. Segundo Teixeira e Molesini (2002) o processo de municipalização significa a transferência de todos os instrumentos políticos, administrativos, jurídicos e técnicos para plena funcionalidade e autonomia do município, o que implica na constituição de sistemas municipais de saúde. No entanto, para municipalizar o setor saúde é necessário o estabelecimento da co-responsabilidade dos diferentes atores, e especialmente o empenho dos gestores no suprimento de políticas públicas.

Os municípios que, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001, encontram-se habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) passam a ter a responsabilidade de responder às demandas da sua população, contando, para isso, com autonomia para a elaboração dos instrumentos de gestão a exemplo da agenda municipal de saúde, o relatório de gestão, a Programação Pactuada Integrada a partir dos quais assumem o compromisso de programar, formular e implementar ações e políticas de saúde, inclusive as ações avaliadas pelos gestores como relevantes ou prioritárias. Questionados sobre o que Itabuna, município habilitado há cinco anos na GPSM, tem realizado na atenção ao adolescente, obtivemos algumas respostas:

[...] nunca o adolescente foi trabalhado com essa ênfase que começou através da PPI. Eu acho que a PPI foi, ou talvez tenha sido, um marco pra essa grande preocupação (E 13).

O município que arcou com o treinamento dos profissionais de saúde sobre a saúde do adolescente, só ele só (E 14).

As políticas de atenção ao adolescente, com foco na violência, devem ser pensadas pelos gestores como estratégia prioritária de enfrentamento desse problema que tem sido responsável por uma demanda crescente nos serviços públicos de saúde. Acredita-se que a inserção da violência, como foco para o setor saúde, se deu não só pelos danos físicos causados por ela, mas pelo elevado ônus de custear a assistência dos serviços de emergência, principalmente.

Além dos custos indiretos (ligados à economia do país ou daquela família que deixou de produzir por conta da incapacidade temporária ou permanente do vitimizado), gerados pela violência, destacamos os custos diretos, efetivamente gastos com o atendimento prestado, desde a emergência até à reabilitação. Um estudo brasileiro sobre as internações revela que, em 2000, somadas todas as causas de acidentes e violências, o custo médio de internações hospitalares foi da ordem de R\$ 393,27 (CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE *apud* DESLANDES; GOMES *apud* LIMA *et al.*, 2004). Logo, se considerarmos além das internações, os atendimentos de emergência, ambulatoriais e serviços de reabilitação, os gastos tendem a ser muito superiores.

Segundo o sistema de informação do Ministério da Saúde, dados de julho de 2006 sobre morbidade hospitalar do SUS por causas externas, por local de internação, os municípios de Itabuna e Ilhéus somaram 306 internamentos (BRASIL, 2006a). É importante destacar que, em 2003, a taxa de internações por causas externas superou a de internação por transtornos mentais e a taxa por neoplasias. Diante dessas informações entendemos que a violência, em Itabuna, também colabora para os crescentes custos em saúde decorrentes dos eventos violentos.

O setor de saúde constitui o espaço para onde confluem todos os “corolários” da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (MINAYO; SOUZA, 1993). Esse fato aponta para a necessidade de o poder público assumir essa situação como um problema de saúde pública e capacitar os profissionais para o exercício dessa função, bem como lutar por uma melhor política de financiamento e por maior aporte de recursos tecnológicos.

Além dos gestores, que formulam políticas de enfrentamento e combate à violência, a atitude dos profissionais que prestam assistência a adolescentes vitimizados encontra-se intimamente relacionada com a visão que têm a respeito do problema e que assumem no cotidiano.

É importante investir no conhecimento específico e empírico dos problemas, levando-se em conta tempo, espaço, grupos atingidos, gravidade e representação. Primeiro para compreender e, em seguida, para agir: em sendo um fenômeno humano-histórico a violência esta aí para dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças. Porém, a compreensão de cada parte precisa ser articulada ao todo (MINAYO, 2003, p. 43).

O estudo de Porto e outros (2003), sobre as representações e decisões dos gestores municipais de saúde de três municípios da região metropolitana do Recife, acerca da saúde da mulher em situação de violência, mostrou que as decisões por ações são favorecidas a partir do entendimento da questão enquanto “problema” e demanda, cuja resposta deveria ser dada pelos gestores. Perceberam, na realidade pesquisada, que a decisão dos gestores pelas ações para essas mulheres não está relacionada à demanda da população em geral, enquanto problema de saúde pública, qualidade de vida e uso mais racional de recursos destinados à promoção da saúde, mas sim, ao atendimento da demanda específica do movimento feminista, parceiro e participante dessas ações, devido à pressão para inclusão de políticas para essas mulheres.

A negligência dos formuladores de políticas, quanto à elaboração de propostas de atenção aos vitimizados e combate à violência com recursos suficientes e garantia do atendimento de referência, potencializa o não encaminhamento, bem como a não notificação dos casos. No que se refere à notificação, Felizardo, Zürcher e Melo (2004) afirmam que, além do aprofundamento conceitual, o profissional precisa se instrumentalizar para registrar e notificar os casos com precisão, de forma a auxiliar toda a rede de atendimento, o que possibilitará uma maior resolutividade do problema. E acrescentam, afirmando que os gestores devem promover cursos de capacitação para os profissionais e oferecer atendimentos com base na realidade local identificada à luz dos diagnósticos que deverão alimentar os bancos de dados.

Segundo González (1995) a violência é toda ação ou omissão que viola os direitos garantidos pela Constituição e pelas leis. Se analisarmos cuidadosamente este conceito, veremos que gestores e profissionais estão praticando a violência quando negligenciam o problema ou não direcionam esforços para resolvê-lo, com o que concordam alguns entrevistados neste estudo:

[...] a gente também faz parte dessa violência toda ou por omissão ou por ação, a gente também faz parte disso tudo (E 14).

Quanto à atuação dos profissionais de saúde nos serviços de atenção, destacamos o estudo de Durand (2005) realizado com usuárias de serviços públicos de saúde. Este estudo mostrou que as mulheres, quando indagadas sobre a possibilidade de relatarem aos médicos os episódios de violência, apontaram a impossibilidade ou indisposição destes para escutar ou tomar qualquer providência.

A omissão e, até mesmo, o atendimento realizado de forma inadequada, tradicional e roteirizado, não permite ao profissional a percepção de necessidades e agravos não manifestos fisicamente. Este tipo de atendimento favorece uma situação que reforça a ineficiência dos serviços de saúde, quanto à resposta às demandas deste grupo, mantém o distanciamento destes, constituindo no não gozo do direito de atenção à saúde.

Para Mandú e Paiva (2001) a abordagem ao adolescente deve ter como objetivo identificar necessidades e buscar a intervenção nestas, mediante um processo de inter-relação e construção conjunta de novos valores e possibilidades práticas em saúde. No entanto, para o estabelecimento desse processo de relação de confiança entre o profissional e o adolescente, o atendimento a este deve levar em conta a garantia da sua privacidade, o clima confidencial, e a previsão por parte do adolescente, quanto à participação da família.

Apesar da necessidade de se ter profissionais capacitados na rede, o que observamos é o despreparo para a abordagem ao vitimizado, o que se dá em razão destes profissionais saírem das universidades sem a condição que se requer para assumir a responsabilidade de trabalhar em um serviço público que defenda a vida dos usuários, ou não apresentam a capacidade de escuta e de perceber o inaparente.

O despreparo dos profissionais, quanto à identificação dos danos inaparentes, sem sinais físicos, e da ocultação da forma de violência sofrida devido ao constrangimento sentido436(d)-0.293ela vítimas, acaba por inviabilizar o cuidado e a atenção necessária, condição que, certamente, desestruturará a vida da maioria delas.

Freqüentemente são os profissionais de saúde os primeiros a ser informados sobre os episódios de violência, visto que os vitimizados procuram os serviços em virtude das marcas e das seqüelas deixadas pelo ato, principalmente quando a violência se dá no plano físico. O comparecimento destas vítimas pode ter lugar nas unidades básicas e unidades de emergência, porém, muitas vezes o motivo pela busca do atendimento fica mascarado por outros problemas e sintomas. Então, com freqüência, a violência não é diagnosticada e o fato é tratado como lesão por agressão.

Leal e Lopes (2005), em seu estudo sobre o “olhar”

Com a implementação do ECA, os profissionais da saúde receberam uma incumbência especial para garantir os direitos das crianças e adolescentes, pelo estabelecimento de políticas públicas, bem como o provimento de ações e serviços a este grupo. É o que estabelece o artigo 7º: “a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. O artigo 11º acrescenta que está “assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2003b, p. 14). Concepções análogas a respeito da mesma questão, são observadas, também, nos depoimentos:

[...] é função, hoje, da secretaria tentar, do governo municipal que seja secretaria de saúde junto com a educação, bem-estar social. Não adianta eu querer colocar o programa de saúde do adolescente numa unidade de saúde sem estar articulado com a secretaria de educação, secretaria de bem-estar social, se eu faço a minha parte mínima e não consigo ver o todo. Então, eu acho que, articulando todos esses setores, é função da secretaria e da gestão tentar melhorar a situação do adolescente pra que não continuem sendo vitimados, mas que isso diminua bastante (E 14).

O setor saúde deve protagonizar com outros setores governamentais e não-governamentais no enfrentamento à violência. O que não significa dizer que os serviços públicos de saúde tenham a responsabilidade de arcar com o combate à violência. Estes devem criar espaços de discussão sobre o tema bem como buscar o desenvolvimento de ações públicas intersetoriais, interinstitucionais e multidisciplinares, como bem entende a comunidade. Sobre isso os nossos entrevistados comentaram:

[...] a gente vai precisar de parcerias da sociedade civil organizada pra isso (E 14).

Já tem essa inserção, que vai ser secretaria de educação, secretaria de cultura e de desenvolvimento social, pra que a gente possa começar pelos PSFs, a cada quatro PSF a gente está podendo inserir o assistente social e o pedagogo, porque ele não vai dar o suporte só aos outros programas, mas também pelo adolescente. Então, isso já tá em via da gente está sentando pra a gente fechar, mas as idéias já brotaram (E 2).

Silva e Silva (2003) acrescentam que a prestação de uma assistência efetiva que contemple os aspectos individual, institucional e social, dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e outros setores assistenciais, escola e as áreas jurídicas, de segurança e as organizações da sociedade civil.

Os gestores têm identificado alguns entraves para a oferta das ações e serviços, como: o despreparo na formação dos profissionais de saúde para a abordagem ao vitimizado, a precariedade de recursos, a ineficiência dos encaminhamentos e a falta de articulação entre os diversos setores, inclusive o jurídico. É o que mostram os seguintes depoimentos:

[...] os próprios profissionais que trabalham na rede não estão ainda capacitados, não estão ainda sensibilizados, não sabem como acolher [...] (E 11).

[...] aqui não tem ainda uma normatização pra a gente saber pra onde é que vai, o que é que faz, encaminhamento, referência não tem. Talvez até pelo fato de não existir esse atendimento lá na unidade, eles serem meio que excluídos, esses problemas são meio que excluídos mesmo, tipo como o paciente de saúde mental, que é excluído (E 4).

[...] a gente tem dificuldade com a Promotoria Pública, com a questão do Juizado de Menor. Esse respaldo a gente está tentando agora, conseguindo agora depois do Projeto Sentinela. Antes, a gente não conseguia respaldo nenhum na questão legal mesmo, até pra você ter uma abordagem melhor (E 14).

Silva e Santana (2001) realizaram um estudo que buscou identificar e analisar as informações sobre maus-tratos na infância e adolescência entre enfermeiros de um hospital público da Bahia. O estudo revelou a atuação destes profissionais restrita à identificação e encaminhamento do caso suspeito, sem participação no processo de acompanhamento, condição essa atribuída pela desinformação e pela falta de sistematização do atendimento de enfermagem.

Outro estudo desenvolvido no Rio de Janeiro, que procurou discutir a abordagem dos profissionais de saúde de uma instituição pública frente aos casos de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes, mostrou, pelos depoimentos dos entrevistados, que, por conta dos encaminhamentos e referências não terem êxito e as contra-referências não serem realizadas, nem sempre os profissionais conseguem dar conta das demandas dos vitimizados e constatam que há

dificuldades de contemplar a complexidade dos casos. Uma das dificuldades apontadas por aqueles profissionais, foi a falta de retorno das notificações encaminhadas aos conselhos tutelares. Outra descrença em relação à não resolubilidade dos casos reflete-se nas questões estruturais mais amplas, do aparelho público, que deveria estruturar redes de apoio e/ou equipes interdisciplinares para oferecer suporte ou subsídio às ações dos profissionais (GOMES *et al.*, 2002).

Diante das inúmeras repercussões da violência sobre os adolescentes, é fundamental promover o compromisso dos gestores com o intuito de implantar e implementar políticas de combate e enfrentamento da violência. A necessidade dessas políticas deve ser percebida pelos gestores, não só da saúde, considerando que os problemas e as conseqüências da violência recaem sobre este setor. No entanto, o enfrentamento desta requer ações articuladas por diversos campos de conhecimento, exigindo ações interdisciplinares e intersetoriais, inclusive, incluindo os agressores como alvo de atenção. Vejamos o seguinte depoimento:

Eu vejo, assim, com muita preocupação, e muita responsabilidade para os secretários municipais de saúde, para os secretários estaduais de saúde e para o ministro da saúde para poder lidar com situações que, na verdade, não são somente deles, mas que termina parando não é, na responsabilidade da secretaria municipal de saúde que deveria cuidar da prevenção, médico-sanitário, da vigilância epidemiológica e, na verdade, não é só isso, é muito mais do que isso (E 12).

No caso de Itabuna, os gestores da saúde são sensíveis à questão das repercussões da violência e são conscientes da sua responsabilidade e da necessidade de articulação entre os diversos setores pela amplitude e extensão que a violência toma.

Vontade política, capacidade de articulação interinstitucional dos setores, elaboração conjunta de proposta de trabalho integrado são algumas estratégias para a implantação e implementação de políticas públicas. Os gestores devem compreender e garantir a base logística do processo, estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação das políticas propostas. Porém, essas estratégias e essa compreensão não bastam, pois, conforme veremos na fala, a seguir, uma das maiores dificuldades é a garantia dessa base logística frente à insuficiência dos recursos financeiros:

Aqui em Itabuna que tem uma população habitacional de duzentos e três mil e oitocentos e quinze habitantes, segundo o IBGE, que, na verdade, ultrapassa os duzentos e cinqüenta mil fixo, tem uma população flutuante pactuada que vai em torno de um milhão e seiscentos a dois milhões e novecentos que vem parar em Itabuna. Então, você imagina o tamanho da responsabilidade de uma secretaria que detém metade do orçamento do município pra resolver essas ações. Não é brincadeira! (E 12).

Segundo González (1995) existem órgãos e instituições cujas funções estão relacionadas ao trabalho com crianças e adolescentes. O Poder Judiciário, a Justiça Federal, a Justiça do Trabalho, a Justiça Eleitoral e a Militar, sendo o Ministério Público o órgão de acusação junto aos processos criminais. Este deve proteger os interesses da sociedade; fiscalizar o cumprimento das leis e controlar externamente as atividades policiais. A Defensoria Pública defende as necessidades e é responsável pelo acompanhamento e defesa de crianças e adolescentes quando não tiverem advogado próprio. O Conselho tutelar, criado pelo ECA, não faz parte do Judiciário, não julga, resolve dentro da esfera social os problemas de violação de direitos de crianças e adolescentes, e atende a casos de ato infracional cometido por criança. Os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente deliberam sobre a política de proteção e atendimento à criança e ao adolescente e, ao lado disso, controla as ações desta política, representados por órgãos públicos e entidades da sociedade civil. Devem realizar o diagnóstico da situação da criança e do adolescente no município e definir prioridade de atenção para aplicação de verba do fundo municipal da criança. E o Fórum de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente tem caráter de pressão política e é espaço de discussão na formulação das políticas de atendimento. Para o desenvolvimento das políticas de atenção ao adolescente vitimizado é necessário um trabalho de articulação de todos esses órgãos e instituições. Considerando a realidade de Itabuna, apenas os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Fórum de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente estão em fase de implantação, mas os outros órgãos e instituições já são uma realidade em prática neste município.

O problema clássico da escassez ou inexistência dos recursos para financiamento das políticas sociais, somado às históricas dificuldades como a centralização política e administrativa, a desarticulação de programas e ações, o desvio de recursos, entre outras, revela a complexidade da realidade brasileira (BRASIL, 2005b). Acrescentamos, ainda, a falta de co-responsabilidade dos gestores, bem como o despreparo e falta de iniciativa de alguns destes que dificultam a

implantação e a operacionalização de políticas voltadas para a garantia dos direitos dos adolescentes.

É crescente o número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde e às clínicas particulares como vítimas de maus-tratos, de abuso físico, sexual, psicológico, de negligência ou de abandono. É importante oferecer serviços com profissionais capacitados para o atendimento dessa clientela. É importante incluir nessa atenção as ações de promoção e prevenção próprias da saúde coletiva. São fundamentais os procedimentos de identificação precoce e controle de situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e apoio aos familiares, com os serviços públicos existentes e com organizações não governamentais (SILVA; SILVA, 2003).

A equipe de saúde deve estar capacitada, sensibilizada para o tema, adquirindo incessantemente conhecimentos e refletindo sobre os mitos e preconceitos para que o atendimento seja prestado sem a presença de juízo de valor. Dessa forma, o profissional estará preparado para suspeitar/diagnosticar, investigar, assistir, tratar, proteger, acolher, documentar, notificar, orientar, apoiar/acompanhar e encaminhar. Esse acompanhamento deverá ocorrer de forma integrada com as equipes do PACS/PSF e a equipe dos Centros de Referência (SILVA; SILVA, 2003).

A estratégia de saúde da família criada pelo Ministério da Saúde constitui-se em uma política de atenção que busca a promoção da saúde e a prevenção de agravos, assim como a prestação da assistência no nível primário. Os profissionais que atuam na equipe ocupam uma posição favorável na detecção dos possíveis fatores de risco por atuarem em áreas adscritas. Entretanto, não se percebe uma atuação efetiva desses profissionais pelo despreparo que apresentam, e, ainda, pela indefinição das atribuições destes quanto à problemática da violência.

Os indicadores do sistema de informação da atenção básica (SIAB) de Itabuna-BA apontam 42% da população coberta pelo PACS e 33% coberta pelo PSF (zona urbana e rural). Apresenta a taxa de mortalidade específica de adolescente (10 a 19 anos) por violência, sendo na população coberta pelo PACS a taxa de 0,22 e na população coberta pelo PSF 1,03 (ITABUNA, 2006b).

Dentre as muitas políticas de atenção voltadas para o adolescente e que são desenvolvidas no âmbito municipal, trazemos também o PROSAD, o qual já foi implantado no município de

Itabuna, todavia, sem implementação nas unidades, estando sendo desenvolvidas, ainda, ações individualizadas pelo atendimento médico ou de enfermagem e ações educativas.

O Programa de Saúde do Adolescente prevê a intersetorialidade para a busca da promoção da saúde integral do adolescente, que pode ser um meio de participação dos gestores, além da multidisciplinaridade no tratamento das questões que o envolvem. Tem por objetivo a promoção da saúde, mediante o desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce dos agravos, tratamento e recuperação. Na realidade, de muitos municípios brasileiros, e particularmente no estado da Bahia, observa-se o interesse de alguns gestores em querer implantar o programa. No entanto, os esforços direcionados para esta iniciativa ainda são insatisfatórios. É o que percebemos nos seguintes depoimentos:

[...] que o programa ainda não está desenvolvido como deveria e nossos adolescentes, a gente normalmente acolhe ele ou no Pré-Natal ou no Planejamento, mas ainda não tem o dia dele, a semana dele, a gente ainda está em implantação ainda falta muita coisa para o adolescente [...] (E 1).

[...] hoje, a política existe, mas ela ainda precisa ser implementada com maior força (E 2).

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia busca ampliar o PROSAD para os municípios a fim de atender à diretriz da descentralização do SUS. Este programa deve desenvolver ações básicas, com prioridade na área educativa, assistência a patologias, capacitação de recursos humanos e pesquisa. Portanto, o município deve organizar e estruturar seus serviços a partir da realidade local.

O Relatório de Gestão 2005 do município de Itabuna (que descreve as atividades alcançadas em 2005), revela o compromisso com a rede básica de saúde e destaca as áreas de saúde que tiveram avanço, a exemplo da área de Saúde do Adolescente, que, segundo o referido documento, teve implantado e efetivado neste ano o Programa de Saúde do Adolescente (ITABUNA, 2006b).

O gerenciamento da rede básica municipal de Itabuna é realizado mediante a coordenação dos quatro módulos assistenciais¹. A coordenadora de um desses módulos é a responsável pela

¹ A forma de organização estrutural e gerencial da saúde de Itabuna não é por distritos sanitários (delimitação territorial definida por Mendes como espaço de práticas sanitárias que apresenta subdivisões), e sim por módulos.

Saúde do Adolescente. Com a participação das coordenadoras e da diretoria da atenção básica, um dos problemas identificados no ano de 2005 foi a falha na organização do atendimento ao adolescente e o não seguimento dos critérios do PROSAD, que teve o treinamento² (realizado no período de 11 a 15 de julho de 2005) dos profissionais da rede básica como estratégia de ação.

Além do treinamento específico do PROSAD, foi oferecido pelo município aos profissionais da rede, treinamento em DST Aids, manejo clínico de DST, capacitação de anticoncepção em emergência, cursos esses que dão suporte aos profissionais quanto ao atendimento ao adolescente.

Apesar de estar destacado neste documento a efetivação do PROSAD, no mesmo há a ressalva de que o Programa de Saúde do Adolescente está em andamento e que, até a elaboração deste relatório (23 de janeiro de 2006), aguardava-se a confecção de impressos pelo setor de compras para a implementação nas unidades de saúde, embora as consultas médicas e de algumas especialidades (fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição) já vinham sendo realizadas em 2005. Sobre isso o depoimento a seguir confirma:

Mas a gente já pensou mesmo num programa do adolescente junto com a Atenção Básica porque, até então, o que teve foi treinamento de profissionais, mas por falta, até, de investimento da própria secretaria, falta de investimento financeiro de profissionais [...], de material gráfico e outros materiais pra desenvolvimento do programa, ele está funcionando muito precariamente em poucas unidades (E 13).

Em específico à violência, o Relatório de Gestão cita a violência doméstica e sexual, mas, na área de atenção à saúde da mulher, em que destaca que, até o momento (janeiro de 2006), os profissionais das unidades não receberam treinamento específico sobre esta temática. E o atendimento em 2005 foi restrito aos sinais e sintomas apresentados pelas vítimas. A necessidade de treinamento com foco sobre a violência foi referido na seguinte fala:

Tem que capacitar todos os profissionais, principalmente a enfermeira que está mais direta, assim, no programa do adolescente. Depois, ter um curso exclusivo sobre violência com vários profissionais pra trabalhar com todo âmbito, psicológico, a questão jurídica [...] Tem que ter mais divulgação também, além de trabalhar com os profissionais [...](E 11)

² Em relação a treinamentos, a Agenda Municipal de Saúde 2005 de Itabuna-BA apresentou como ação estratégica traçada promover a capacitação de profissionais, segundo a necessidade do município, em áreas estratégicas definidas mediante a pactuação. E, dentre elas a área do adolescente, em articulação com o Pólo de Educação Permanente em Saúde (ITABUNA, 2006a).

Portanto, para os gestores, ainda não se nota o programa funcionando, uma vez que a clientela adolescente é atendida nas unidades de saúde de acordo, não com sua faixa etária, mas

constitui-se em uma das intervenções para a redução da mortalidade materna, compromisso número um da Agenda Estadual de Saúde na Bahia (BAHIA, 2006).

Como não encontramos uma descrição sobre a política de atenção ao adolescente em situação de violência no documento Programação da Atenção Básica, consideramos pertinente trazer as recomendações do Ministério da Saúde acerca da abordagem ampla e sistemática que deve ser feita na relação entre profissionais de saúde e mulheres (inclusive as adolescentes) em situação de violência. Esta abordagem consiste no acolher, estabelecer vínculo para avaliar tudo que diz respeito à violência, orientar as mulheres sobre as alternativas para lidar com o problema com garantia do direito de escolha e fortalecimento da sua auto-estima e autonomia, em apoiá-la no desejo de fazer o registro policial e informá-la sobre o significado do exame de corpo delito, em sugerir encaminhamentos, inclusive psicológico, em orientar a família ou casal, no caso da continuidade do relacionamento e manter visitas periódicas para acompanhamento do caso (BAHIA, 2006).

Conforme vemos, a violência vem sendo foco de reflexão pela expressão de seus dados e pela necessidade de abordagem nos diversos âmbitos, e faz da população adolescente uma de suas principais vítimas. Portanto, o município deve buscar estruturar a atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo aos adolescentes ações múltiplas e articuladas com os diferentes serviços, entre os diversos setores, envolvendo equipe multiprofissional e práticas interdisciplinares.

Entretanto, na busca pela operacionalização efetiva do PROSAD, um noticiário jornalístico recente, datado de agosto de 2006, informou que os técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde querem referenciar, para os demais 104 municípios pactuados com o Sistema Único de Saúde (SUS) de Itabuna, o PROSAD, implantado na rede de atenção básica em agosto de 2005. Informou, também, sobre o curso de capacitação promovido neste mês pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para os 21 municípios gerenciados pela 7ª Dires, que teve duração de cinco dias, onde foram abordados pela equipe do CRADIS temas como, Violência na Adolescência, Sexualidade, Gravidez, Contracepção, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids). Participaram desse curso profissionais de saúde do PSF – odontólogos, médicos e enfermeiros – educadores, assistentes sociais e representantes do Conselho Tutelar e ONGs que atuam no atendimento ao adolescente em Itabuna. Segundo um

gestor da saúde, entrevistado pelo jornalista, este curso veio fortalecer as ações de qualificação já desenvolvidas pelo município.

A responsabilização do município quanto à operacionalização das ações e serviços de saúde e o compromisso dos níveis estadual e federal no acompanhamento e a avaliação do impacto das políticas voltadas para a saúde da população mediante as áreas estratégicas estão explicitados em um instrumento de gestão chamado PPI da Atenção Básica ou Programação da Atenção Básica.

Este instrumento destaca o elenco mínimo de ações de atenção básica definidos na NOAS 2001. Quanto à saúde do adolescente cabe ao município identificar as necessidades da população adolescente, bem como garantir o acesso ao atendimento individual e coletivo, dentre outros. Quanto à violência, em especial, não traz enfoque direto, mas destaca que deve ser garantida assistência, dentre outros casos, no abortamento, intensificação das medidas preventivas de abuso de substâncias psicoativas e deve ser garantido método anticoncepcional. Essas medidas atingem os vitimizados que podem procurar o serviço, ainda que não expresse o real motivo da procura. Ou seja, este instrumento não traz as ações específicas que devem ser desenvolvidas na atenção à vítima de violência, o que não deixa de ser um limite aos gestores que se utilizam desse documento para programar e ofertar os serviços de saúde aos seus munícipes.

A Programação da Atenção Básica 2006 destaca teoricamente a violência como um dos principais problemas de saúde pública e que deve ser tratada com uma abordagem setorial. Portanto, como ação estratégica, a violência (doméstica e sexual) não é trazida na área do adolescente. Entretanto, na área da mulher, o município deve promover acolhimento às adolescentes vitimizadas, garantir educação continuada aos profissionais de saúde, fornecer contracepção de emergência em tempo hábil e intensificar medidas preventivas para DST Aids e Hepatite B nas primeiras 72 horas (BAHIA, 2006).

Entretanto, vemos que essa Programação da Atenção Básica não se refere às diversas formas de violência e não apresenta estratégias específicas para a violência contra o homem, como consequência, inclusive, da falta de uma política de atenção à saúde do homem. Acerca da relação homem e violência, Souza (2005) desenvolveu um estudo reflexivo sobre a expressão da violência no sexo masculino e, com base nos dados do Datasus/MS evidenciou que os homens são as maiores vítimas da violência e que dos 15 aos 19 anos os homens morrem 6,3 vezes mais

do que as mulheres. Evidências essas, que, segundo a autora, fazem do tema um campo interdisciplinar da Saúde Pública.

O município de Itabuna-BA, considerando a população de 10 a 24 anos, que representa 67.610 pessoas, conforme a programação da atenção básica, pactuou para o ano de 2006, 67.610 consultas médicas e esse mesmo número para consultas de enfermagem, considerando o direito de duas consultas por adolescente ao ano. Além disso, o município deve dispor de 861.900 preservativos, disponibilizar três profissionais de saúde para treinamento na atenção ao

faixas etárias, inclusive aos adolescentes. A partir dessa sensibilidade em relação à relevância do fenômeno os gestores devem decidir por implantar e implementar ações de enfrentamento, combate e proteção.

Para reduzir a incidência desses agravos acredita-se que o investimento do setor público e o direcionamento das ações com base na promoção de saúde seja a estratégia mais coerente. Portanto, iniciativas têm sido implantadas pelos municípios nesse intuito. Dentre elas, tem-se no município, em estudo, algumas já em operacionalização e outras implantadas (do próprio setor saúde e também de outros setores), porém, ainda não executadas. Quanto à conquista destas políticas em execução foi resultado da participação e do empenho dos gestores que apontam como maior dificuldade, a restrição dos recursos financeiros, mas que tem como elemento facilitador a articulação com outros setores, a exemplo do setor de desenvolvimento social.

Uma política de atenção que está sendo adotada de forma expansiva nos municípios é o Centro de Atenção Psicossocial³ (CAPS), citada na fala seguinte de um dos gestores entrevistados. Os CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional: é, também, uma porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Na realidade local em estudo, como resultado da participação e iniciativa dos gestores, têm implantadas duas modalidades desse serviço, o CAPS álcool e drogas (CAPS ad) e o CAPS da infância e adolescência (CAPS ia), que vêm desenvolvendo seu trabalho com repercussões positivas para os usuários e as famílias:

Nós temos o Caps ia, que é o Caps da infância e do adolescente que cuida de todas essas demandas, no que se refere ao tratamento e orientação sexual, psicológica, alcoolismo, drogas. Nós temos o Caps ad recentemente inaugurado, que é o centro psicossocial, que cuida justamente de alcoolismo e drogados, na recuperação desses jovens, na orientação às famílias desses jovens [...] a secretaria municipal de saúde de Itabuna está preocupada e ainda mais no departamento de DST Aids [...] nós temos todo um aparato organizacional de orientação aos jovens de um modo geral [...] Têm programas, que nós desenvolvemos justamente pra prevenir ações que são prejudiciais aos jovens, com

³ Os CAPS são instituições que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos – antigos hospícios ou manicômios – e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas. Instituído juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), através da Portaria/SNAS Nº 224 - 29/01/1992, consiste em um local que oferece cuidados intensivos, semi-intensivos ou não intensivos a pacientes em sofrimento mental diagnosticados como neuróticos ou psicóticos graves que já tenham histórico de internação e/ou tratamento.

relação as DST. [...] a secretaria está voltada pra isso, e espero que possamos realmente implementar as ações que temos implantado no que se refere aos adolescentes (E 12).

Outras políticas implantadas por outros setores também foram citadas pelos gestores de saúde que participaram deste estudo, as quais vêm sendo desenvolvidas de forma articulada e intersetorial. É o que mostram os próximos depoimentos:

[...] Tem o trabalho da Delegacia da Mulher que tem trabalhado com a questão da violência e pega alguns adolescentes [...] (E 10).

[...] a gente está buscando montar o Comitê do Adolescente (E 2).

[...] tem o projeto Sentinela [...]. É um projeto novo do município sobre a violência infantil, aí tem diversos grupos participando (E 1).

Tem o disque denúncia [...]. A gente quer junto com os agentes comunitários dentro da comunidade, aí ele divulga também pra que possa fazer a denúncia anônima (E 1).

Tem a Fundação Marimbeta que cuida da profissionalização desses jovens educando e ensinando profissões que são úteis a comunidade (E 12).

Vale ressaltar que o serviço disque denúncia de violência contra o adolescente é uma realização da Secretaria de Desenvolvimento Social, através do Projeto Sentinela⁴, projeto este que tem tido o envolvimento do setor saúde e tem sido o eixo estruturador do serviço de atenção ao adolescente e de suporte ao profissional da saúde, conforme afirma os depoimentos seguintes:

[...] a gente tem, mais ou menos dez meses de projeto implantado no município, então implementado em quatro unidades, mas que a gente vê que até o final do ano todas as unidades já estarão fazendo porque o projeto Sentinela está fortalecido no município (E 2).

Do projeto Sentinela, a nossa proposta, principalmente dos representantes da saúde é que dali se monte o conselho do adolescente (E 2).

⁴ O Programa Sentinela constitui um conjunto de ações sociais especializadas e multiprofissionais dirigidas a vítimas da violência sexual que faz parte do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, do governo federal, desde 2001. Tem como estratégias articular ações e metas para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual e/ou abuso sexual.

Segundo uma matéria publicada por um jornal municipal em março de 2006, a unidade do Projeto Sentinela, em funcionamento em Itabuna, atua em parceria com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Municipal da Criança e do Adolescente e os dois Conselhos Tutelares já implantados, além de outras parcerias com segmentos de Segurança Pública, Poder Judiciário e organizações governamentais e não governamentais. O projeto conta com uma dotação mensal de R\$ 6,4 mil repassados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e tem a meta de 80 famílias, o que representa muito pouco para uma cidade do porte de Itabuna, que tem uma população de mais de 200 mil habitantes, que é referência para muitos municípios, além de funcionar como pólo regional de comércio e serviços e estar localizada no eixo rodoviário que interliga a BR-101 e a BA-415, no Sul da Bahia, o que facilita a atuação de redes de prostituição e de aliciamento de crianças e adolescentes.

Devido ao Sentinela estar em sua fase inicial de funcionamento no município de Itabuna, ainda não se tem dados produzidos sobre suas ações. No entanto, no Brasil, esse programa abrange aproximadamente 6% dos municípios (dados de 2003) (BRASIL *apud* GRÜDTNER, 2005d).

Visto que o Programa Sentinela é uma proposta recente do governo federal e considerando que sua execução exige o envolvimento de diversos setores, o que, na prática de muitos municípios brasileiros, isso ainda não acontece de forma articulada, e, ainda, o fato de a violência não ser admitida, por alguns gestores, como problema prioritário, estes dois fatores acabam justificando esse percentual de 6%.

A rede de atenção básica de saúde do município de Itabuna, através de seus profissionais, tem desenvolvido sessões educativas em grupo de adolescentes, ação essa que constitui uma das metas pactuadas na Programação da Atenção Básica 2006 e que deve alcançar 708 sessões. Sobre isso o depoimento a seguir confirma:

[...] existe nas unidades de saúde os grupos de apoio ao adolescente [que oferecem] palestras, nas escolas municipais também, que fazem alguns trabalhos educativos [...] (E 8).

A fim de oferecer suporte aos estados e municípios, e por entender que um dos mecanismos, considerados importantes para a implementação de ações que contribuem para a melhoria da saúde da população adolescente, é qualificar a ação dos profissionais que lidam com ela, foi elaborado material educativo instrucional para a capacitação desses profissionais, com a

metodologia do ensino à distância (BRASIL, 2003c). O município de Itabuna-Ba dispõe deste material modular (composto por estudos de caso) desde o treinamento realizado em julho de 2005. No módulo avançado os acidentes de trânsito, a dependência química e a violência sexual fazem parte do eixo temático de abordagem intitulado principais problemas clínicos.

Segundo uma gestora entrevistada (E 11), no treinamento em Saúde do Adolescente, em que foi participante, apresentou-se esta proposta educativa do Ministério e, também, discutiu-se o estudo de caso. Porém, durante o curso não foi dada ênfase ao problema da violência, e, segundo a entrevistada, este foi apenas citado, o que não capacita para o atendimento (consulta) de um vitimizado.

Uma iniciativa citada por muitos entrevistados foi o Projeto Adolescentes em Ação elaborado por uma enfermeira (E 9)⁵ que atua em uma das equipes de saúde da família de Itabuna. O projeto busca, dentre outros objetivos, oferecer aos adolescentes assistência integral, bem como propiciar a implantação do PROSAD, diminuir o índice de gravidez, DSTs e Aids, violência intra e extra familiar e dependência química, além de resgatar o princípio da cidadania. Segundo a autora, pela abrangência da proposta de intervenção, esta acabou tomando a dimensão de projeto, por parte do departamento de atenção básica. Motivo pelo qual foi solicitada a sua apresentação na rede, com vistas a divulgar e buscar a implantação, discutindo-se os objetivos, a metodologia. No entanto, não foi apresentado o quantitativo previsto de recursos necessários e o cronograma para sua implantação. Trazemos a citação de um dos depoentes sobre este projeto:

[...] Adolescentes em Ação, uma proposta da enfermeira [...]. A gente está tentando implantar esse projeto em todas as unidades básicas, pra que seja o projeto piloto para o adolescente [...] (E 3).

Apesar do interesse, por parte da gestão da Atenção Básica, foram apontadas, pela entrevistada, algumas dificuldades que se têm enfrentado para a implantação do projeto, inclusive a falta de suporte para a estruturação deste serviço. A secretaria tem se manifestado no que tange à execução de ações pontuais, como vemos no depoimento a seguir:

Você fica querendo correr atrás de uma coisa e você olha pra todos os lados e não tem suporte nenhum. A verdade é essa, entendeu? Não tem. Tem assim, se eu ligar agora e disser, eu estou querendo fazer um

⁵ Embora este estudo tenha se proposto a entrevistar apenas gestores, considerou-se pertinente conversar com a enfermeira assistencial, autora do projeto referido por grande parte dos sujeitos entrevistados, para possibilitar maior consistência aos dados sobre este projeto.

trabalho com adolescente e preciso disso o suporte vem, entendeu. Mas, assim criar e [...] não. Infelizmente não (E 9).

Por outro lado, a iniciativa do gestor municipal e a sua visão ampliada que permitiu conferir a uma proposta a dimensão de projeto permite-nos perceber a influência positiva e o estímulo para a superação das dificuldades, buscar parcerias e fazer com que este projeto se torne em uma ação.

Alguns projetos têm sido executados por parte do Centro de Referência de DST Aids, a exemplo:

[...] nós temos um projeto aqui chamado “Intervenção de prevenção” que trabalha diretamente com estudantes, sobretudo com foco nos estudantes adolescentes. Estamos preocupados com a questão da infecção DST, HIV, Aids [...] outro projeto chamado “Ronda noturna” que a gente trabalha com a questão mais do submundo, embora o projeto seja dirigido para os profissionais do sexo, caminhoneiro e comunidade gay, a gente também não deixa de atender a menino de rua (E 7).

Têm alguns pontos também tipo os postos por onde passam os caminhoneiros na BR, eles tão fazendo, tem policiamento lá, tem alguns grupos que vão, não tem dia certo, eles às vezes, vão de surpresa, eles fazem trabalhos tanto com o caminhoneiro, como com quem passa, as pessoas que trabalham nos postos também (E 1).

Segundo o entrevistado (E 7), o Centro de Referência de DST Aids tem o adolescente como público-alvo o qual ao procurar o serviço é atendido e visto inicialmente como vítima.

9u585(y)3.74(,)0340.1499 a .23(e)3085(o)-0.295585(i)-2.16558(c)3.74(i)-2.165581.22997(t)-2.16558(i)-2.16436(v)-0.29

as pessoas recordarem e refletirem sobre as vítimas de ações criminais e estarem alertas para a possibilidade de futuros crimes na região. Conforme o noticiado no jornal, houve a adesão de autoridades e escolas, a ponto da caminhada reunir cerca de 20 mil pessoas.

Não obstante essas iniciativas, não foram citada nas entrevistas, tampouco observadas nos documentos a implantação e execução da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

As causas externas foram responsáveis por 106.814 óbitos no Brasil, no ano de 2003, sendo que desses 44,1% foram por consequência de agressões e 25,5% por acidentes de trânsito. Há que se considerar que a razão de óbitos informados e estimados na região Nordeste é de 70%, tendo destaque das outras regiões brasileiras, o que caracteriza uma considerável subnotificação (BRASIL, 2005c).

Essa política proposta pelo Ministério da Saúde prevê o enfrentamento do fenômeno da violência, mas por outro lado o País e, mais particularmente, os municípios, apresentam dificuldade estrutural para lidar com o problema, bem como com a falta de aparato tecnológico e melhor política de financiamento. Entretanto, diante das dificuldades, outras ações podem ser realizadas como, criação de protocolos nas unidades de saúde para atendimento das vítimas enquanto estratégia de organização dos serviços e, ainda, articulação com os setores existentes, jurídicos, de saúde, segurança, educação e social.

Entendemos ser pertinente trazer para a discussão sobre as políticas, algumas informações contidas numa descrição elaborada por Rezende (2006) sobre os principais programas e ações do governo Lula, do período de 2003 a 2005, na qual destacou que, para a implementação da agenda de prioridades do Ministério da Saúde/Governo Federal, é necessário haver o compromisso de compartilhamento de agendas entre as três esferas de governo. Dentre essas prioridades, o combate à violência teve destaque. Para justificar a relevância dessa ação, o Ministério da Saúde analisou os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2004, e organizou um *ranking* das 100 cidades mais violentas do País, com população maior do que 100 mil habitantes nas quais ocorrem 1/3 dos óbitos por violência do País, que chegaram a 127 mil em 2003. Em meio às dez cidades mais violentas, Salvador, a capital baiana, ocupa a 8ª posição. Diante dessa situação, desde 2004, está em debate o Plano Nacional de Prevenção da Violência cujos eixos propostos são referentes a agressões e homicídios, acidentes de trânsito, suicídios e tentativas, violência intra-familiar e doméstica, exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, e a

violência institucional. E quanto à proposta de formação da Rede Nacional de Prevenção à Violência, composta por universidades, secretarias estaduais e municipais de saúde e organizações da sociedade civil, o relatório destaca o investimento de R\$ 3,5 milhões pelo Ministério da Saúde/Governo Federal (REZENDE, 2006).

Embora não tenhamos esgotado a discussão sobre as políticas de atenção ao adolescente desenvolvidas no município de Itabuna, consideramos oportuno acrescentar que outros setores, além da saúde, também vêm desenvolvendo ações para o combate desse agravo: é o que revela uma matéria jornalística datada de março de 2006. Segundo essa matéria a administração municipal de Itabuna convocou uma sessão para discutir estratégias de enfrentamento desse fenômeno em articulação com as entidades públicas e privadas. Foi anunciada a criação do Conselho Municipal de Defesa e Segurança Pública e a posse dos novos conselheiros. Neste Conselho, as discussões sobre o tema teriam um fórum legítimo para acontecer e as entidades poderiam colocar as suas idéias e sugestões em relação ao tema. Foi também levantada a necessidade de uma pesquisa profunda e um diagnóstico completo da situação da violência em Itabuna, como meio, inclusive de reivindicar ou requerer alguma ação ou recurso do governo federal. Na oportunidade foi, também, sugerida a criação do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) com uma equipe multidisciplinar, que deverá ser mantida permanentemente, avaliando e analisando os dados obtidos através dos estudos relativos à violência e criminalidade.

Outra matéria jornalística destaca a Fundação Marimbeta (Sítios de Integração da Criança e do Adolescente localizados em cinco bairros do município), iniciativa do governo municipal, através da Secretaria de Assistência Social, que, com a meta de reduzir as desigualdades sociais e aumentar o índice de desenvolvimento humano nos bairros carentes de Itabuna, tem promovido o bem-estar desses jovens que vivem em situação de risco social, intensificando suas ações através de atividades educativas, esportivas, culturais e profissionalizantes, preenchendo o tempo ocioso dessas pessoas, para evitar que os assistidos (7 a 18 anos incompletos) fiquem expostos a fatores de riscos, principalmente pelo fato de eles estarem vulneráveis às drogas, à prostituição e à violência.

Enfim, diante das políticas de atenção ao adolescente vítima de violência implantadas e/ou em execução no município de Itabuna-BA, podemos inferir que, remetendo-nos às formas de participação política definidas nos estudos de Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995), apresentadas neste estudo no capítulo introdutório, os gestores municipais de saúde, que foram incluídos neste

estudo, participam de forma a contribuírem direta ou indiretamente para a implantação das políticas, superando a primeira forma de participação, ou presença (com participação marginal), e a segunda forma de participação, ou ativação (quando o sujeito desenvolve atividades que lhe foram confiadas).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a participação dos gestores no desenvolvimento de políticas de atenção ao adolescente vítima de violência no município de Itabuna-Ba, frente à magnitude e impacto desse fenômeno apontado como um grave problema de Saúde Pública.

Desenvolvemos este estudo analítico orientado por três categorias que emergiram do material empírico: a violência enquanto qualquer forma de agressão física, moral, psíquica, social, omissão e desrespeito aos direitos humanos; a violência repercute psicologicamente na adolescência causa dor, sofrimento, desestrutura a vida e o futuro e gera violência; atenção ao adolescente vítima de violência: limites e avanços de uma política em construção.

Diante do entendimento apresentado pelos gestores municipais de saúde entrevistados acerca da violência, o qual não está restrito a uma área de conhecimento apenas, vimos que as distintas formações destes bem como suas experiências influenciam no entendimento e caracterização desse fenômeno. Estes percebem a violência como fenômeno referente ao ser humano, cuja manifestação se dá mediante as relações sociais (Estado, sistema e sociedade), quando marcadas por atos de agressão de qualquer forma, omissões e situações de desrespeito aos direitos do homem.

Os gestores municipais de saúde enquanto formuladores e também executores de políticas públicas percebem que a fase da adolescência, quando marcada por episódios de violência, pode transcorrer com perturbações psicológicas e dificuldades nas relações as quais desestruturam a vida e interferem na forma de ver e viver o mundo, podendo, inclusive, desenvolver comportamentos violentos.

Itabuna apresenta uma realidade, não diferente dos outros municípios brasileiros, marcados por altos índices de violência de diversas causas e formas que atingem todos os grupos populacionais, inclusive os adolescentes. Diante disso, a atual gestão política tem desenvolvido propostas de enfrentamento através da articulação com os setores de saúde, desenvolvimento social e segurança pública, bem como tem buscado implementar a operacionalização de serviços e ações voltadas para os adolescentes.

O atendimento ao adolescente nos serviços de saúde da rede básica de Itabuna-BA tem acontecido nos programas de Planejamento Familiar, Pré-Natal e Doenças Sexualmente

Transmissíveis/Aids, sendo a atenção específica a essa faixa etária nas ações educativas de grupo desenvolvidas por alguns profissionais de saúde da família, que já passaram por duas capacitações em saúde do adolescente. Embora com o Prosad já tendo sido implantado, a abordagem da violência não constitui, até o momento, ação desses profissionais.

A inclusão da abordagem sobre violência no atendimento ao adolescente poderá se concretizar num futuro bem próximo no município de Itabuna, visto que o governo municipal, através dos seus gestores, inclusive da saúde, tem buscado articulações com o governo estadual e federal e parcerias com organizações governamentais e não-governamentais, além do estabelecimento de relações intersetoriais e interinstitucionais.

Os avanços e retrocessos vivenciados nesta gestão são compreendidos por parte dos gestores de saúde que pontuaram dificuldades de implementação das políticas, inclusive os insuficientes recursos financeiros.

Os resultados deste estudo permitem sinalizar a responsabilidade que os gestores devem ter quanto à elaboração e sustentação das políticas. Contudo, a forma de pensar dos gestores acerca deste fenômeno traduz práticas e ações que se concretizarão em propostas políticas capazes de produzir mudanças na real situação da violência local.

O estudo induz a pensar possíveis propostas de ação pelos gestores, e se ressalta por revelar a necessidade de se elaborar novas investigações sobre as políticas de atenção que enfocam a violência, uma vez que se deteve em descrever as experiências de implantação e implementação e identificando os entraves e os limites de operacionalização, ou então sugerindo estratégias de viabilização que levem à expansão do atendimento nas demais unidades e municípios.

Os gestores entendem ser necessário a efetivação das ações intersetoriais e interdisciplinares. Para tanto consideramos pertinente a estruturação de um serviço de Educação Permanente que busque sensibilizar os profissionais e, também, os gestores quanto às demandas dos seus municípios.

Diante da sugestão da administração municipal quanto à criação do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) no município de Itabuna, recomendamos a articulação com o Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (NIEVS) sediado na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Bahia, que desenvolve estudos e pesquisas na área de violência, inclusive com relatos de experiências de municípios que têm políticas de atenção com esse foco.

Acreditamos ser importante o conhecimento por parte dos gestores dos estudos e pesquisas realizados sobre o tema, especialmente a busca por pesquisas que tenham tido Itabuna como campo. É o caso do estudo de Martins, realizado em 2003, sobre a percepção das enfermeiras no processo de cuidar do adolescente, o qual a partir dos resultados obtidos apresentou algumas sugestões, sendo que uma delas, inclusive, já está sendo adotada pelo município, ou seja, a formação de núcleos de estudos interdisciplinares.

Para nós apresenta-se como inequívoco o fato de que o desenvolvimento das políticas de atenção ao adolescente em situação de violência deve partir das decisões dos gestores mediante a articulação com os diversos setores e instituições. Ao lado disso é de suma importância a participação do conselho municipal e local de saúde e a representação de diversos segmentos e mediante o compromisso dos profissionais em executar as ações apoiadas em um diagnóstico de situação, em estudos e pesquisas que demonstrem a viabilidade de implantação destas.

Enfim, pudemos constatar que os gestores municipais de saúde de Itabuna desenvolvem ações voltadas para a implantação e implementação de políticas de atenção ao adolescente em situação de violência. Portanto, constituem-se em atores que participam desse processo.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. e col. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- AGUDELO, S. F. **Violência y/o salud**: elementos preliminares para pensarlas y actuar. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz, diciembre, 1989. Mimeografado.
- AGUIAR, C., *et al.* Guia de serviços de atenção a pessoas em situação de violência. In: **FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA**, 2002, Salvador. Salvador: Grupo de Trabalho Rede de Atenção, 2002.
- ALMEIDA, H. D. de. Violência urbana: adolescente em emergência pública. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília, DF: ABEn;Governo Federal, 2000. p. 73-78.
- AQUINO, R. Programa de Saúde da Família. In: BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Manual de Treinamento Introdutório para equipes de saúde da família**. Salvador: SESAB, 2001.
- ARENDRT, H. **Sobre a violência**. Trad. André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- ASSIS, S. G. de; AVANCI, J. Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: LIMA, C. A. de *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Cap. 5, p. 59-67.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA ABRÁPIA. **Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes**. Disponível em: <www.abrapia.org.br/antigo/Dado/gráficos>. Acesso em: 1 abr. 2005.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. **Programação da Atenção Básica**: manual de orientação. Salvador: SESAB/SUS, 2006.
- _____. Secretaria da Saúde. **Mapas**. Disponível em: < www.bahia.ba.gov.br >. Acesso em: 12 set. 2005a.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde**. Salvador: SESAB/SUS, 2005b.

_____. Secretaria de Saúde. Superintendência de Regulação. **Programação e Pacto da Atenção Básica 2004**. Salvador: SESAB/SUS, 2004.

BALLONE, G. J. **Violência e saúde**. Disponível em: <
http://gballone.sites.uol.com.br/temas/violen_inde.html>. Acesso em: 24 out. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BLEFARI, A. de L. **Adolescência, família e drogas**. Disponível em: <
www.sobresites.com/dependencia/pdf/adolescencia_familia_e_drogas.doc>. Acesso em: 24 out. 2005.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 8. ed. Brasília, DF: UNB, 1995. v. 2.

BORGES, Maria Aparecida Santa Fé. **A enfermeira na municipalização da saúde em Itabuna-Ba: um caminho sem volta**. 2001. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

BOULDING, E. **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade hospitalar. **Datasus**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Dados populacionais. **Datasus**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 ago. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente**. Disponível em: <
http://www.saude.ba.gov.br/int_acoes_prog.html>. Acesso em: 31 out. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação do programa: programa de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. In: GRÜDTNER, D. I. **Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente**: reflexões sobre o cuidado de enfermagem. 2005. 208 f. Tese (Doutor em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003a.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. 4 ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens**: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: manual do facilitador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Revista da Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado, Brasília, DF., ano 3, n. 3, p. 6, 10-11, dez. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência – 2001-2005**. Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, n. 96, Seção 1, p. 64, 18 maio 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão em Saúde**: a formulação das políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente**: bases programáticas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1989.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE. Dados estatísticos. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Atuação dos Serviços de Saúde: dois modelos como inspiração. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 197.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4, p. 53-69, 1999.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CONANDA. **Diretrizes nacionais para a política de atenção integral à infância e à adolescência**. Brasília, DF: Conanda, 2000.

COSTA, J. F. **Violência e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

COSTA, M. C. O. Crescimento e desenvolvimento na infância e na adolescência. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. de S. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 35-53.

COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. **Adolescência**: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2001.

CRUZ NETO, O. **Corpos e sonhos destruídos**: relações entre violência, pobreza e exclusão social. 1995. 174 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ENSP; CLAVES, Jorge Careli, 1994.

DIRETRIZES e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº. 196/96**. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br>. Acesso em: 3 out. 2005.

DONAS, Solum. **Marco epidemiológico**: conceptual da saúde integral do adolescente. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1992.

DURAND, J. G. **Gestação e violência**: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde de grande São Paulo. 2005. 220 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

EXCLUSÃO social é a principal causa da violência urbana. Disponível em: <www.agora-online.com.br>. Acesso em: 29 set. 2006.

FALEIROS, V. de P. **Formação de educadores (as)**: subsídios para atuar no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: MEC/SECAD; Florianópolis: UFSC/SEAD 2006.

_____. Redes de exploração e abuso sexual e redes de proteção. In: CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS, 9., 1998, Brasília, DF. **Anais ...** Brasília, DF, 1998.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. **Violência Sexual: Conceituação e atendimento**. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. cap. 6, p. 69-80.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERRIANI, M. G. **Percepções dos atores sociais que utilizam o Programa de Assistência primária da Saúde escolar (PROASE) no Município de Ribeirão Preto**: análise crítica. 1994.

Tese (Livre Docência)– Escola de Enfermagem de Ribe

HIRATA, M. C. Processo de Cuidar do adolescente em situação de rua numa perspectiva alternativa. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília, DF: ABEn; Governo Federal, 2000, p. 144-159.

ITABUNA. Secretaria Municipal de Saúde. **Agenda Municipal de Saúde 2005**. Itabuna: Secretaria Municipal de Saúde, 2006a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão 2005**. Itabuna: Secretaria Municipal de Saúde, 2006b.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Itabuna: SMS de Itabuna; SUS, 2004.

KAHN, T. **Os custos da violência**: quanto se gasta ou deixa de ganhar por causa do crime no Estado de São Paulo. Disponível em: < www.scielo.br >. Acesso em: 3 nov. 2005.

KORNIFIELD, D. **Vítima, sobrevivente, vencedor**: perspectivas sobre abuso sexual. São Paulo: Sepal, 2000.

LATERMAN, I. **Violência e incivilidade na escola**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2000.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 419-431. 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

LEWIS, M.; WOLKMAR, F. Adolescência. In: LEWIS, M.; WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e na adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 19, p. 219-257.

LUCKESI, C. *et al.* **Fazer Universidade**: uma proposta metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MAY, R. A anatomia da violência. In: MAY, R (Org.). **Poder e inocência**: uma análise das fontes da violência. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1981. Cap. 9, p. 148-159.

MANDÚ, E. N. T.; PAIVA, M. S. Consulta de enfermagem a adolescentes. In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília, DF: ABEn, 2001, p. 131-136.

MARTINS, A. de O. **O processo de cuidar do adolescente**: percepções de enfermeiras do PSF. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba, 2003.

MARTINS, D. C. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política de atendimento a partir de uma perspectiva sócio-jurídica. **Rev. de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 1, 2004.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília, DF: Ipea, 1996.

MENELEU NETO, J. *et al.* Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil 1995-2000. **Mercado de Trabalho em Saúde**, Brasília, DF, v. 2, n. 6, set/dez, 2002.

MERTENS, P. Violência institucional, violência democrática y represión. In: GOMES, R. A violência em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 93-100, abr. 1997.

MICHAUD, Y. **A violência**. São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, M. C. de S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-45.

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC;ABRASCO, 1997.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Fala galera: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexão partindo do campo da saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. H, n. 1, p. 7-32, 1999.

_____. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História Ciência Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

_____. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 65-78, 1993.

MIRANDA, M. I. F. de; FERRIANI, M. das G. C. **Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes.** Goiânia: AB, 2001.

MORTES de residentes em Salvador de 1998 a 2001. In: FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA, 2., 2002, Salvador. **O rastro da violência em Salvador.** Salvador: Fórum Comunitário de Combate à Violência; UNESCO; UFBA, 2002.

NATAL. Secretaria do Estado da Saúde Pública. **Protocolo estadual de atendimento às pessoas em situação de violência:** orientação para a prática em serviço. Natal: 2002.

NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, abr-jun. 1991.

ODÁLIA, N. **O que é a violência.** 4. ed. São Paulo: Braziliense, 1983. Coleção Primeiros Passos.

OLIVEIRA, V. L. A. de, *et al.* Redes de proteção: novo paradigma de atuação: experiência de Curitiba. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Cap. 13, p. 143-150.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conceito de violência. In: AGUIAR, C., *et al.* **Guia de serviços de atenção a pessoas em situação de violência.** Salvador: Fórum Comunitário de Combate à Violência/ Grupo de Trabalho Rede de atenção, 2002.

PACTO da atenção básica 2006. **Planilhas da Programação da Atenção Básica 2006**. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/pacto/planilhas>. Acesso em: 11 jul. 2006.

PACTO para superar a violência. **Revista da Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado. Brasília, DF, ano 3, p. 27-30, dez. 2002.

SILVA, J. M. A. de P. Cultura escolar, autoridade, hierarquia e participação: alguns elementos para reflexão. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 112, mar, 2001.

PEREIRA, S. M.; FERRIANI, M. das G. C.; HIRATA, M. C. Violência sexual. In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília, DF: ABEn, 2001.

PEREIRA, S. M.; SANTANA, J. S. da S.; FERRIANI, M. das G. C. Violência rima com adolescência? In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília, DF: ABEn, 2001.

PERES, E. M. A estratégia saúde da família e sua ajuda na consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 115-224, dez. 2002.

PERES, M. F. T. **Violência por armas de fogo no Brasil**: relatório nacional. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo, 2004.

PORTO, M. *et al.* A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, 2003.

QUEIRÓS, C. A importância das abordagens biológicas no estudo do crime. In: BALLONE, G. J. **Componente biológico da agressão**. Disponível em: <www.psiqweb.med.br/forense/biocrime.html>. Acesso em: 19 nov. de 2005.

QUEIROZ, M. C. B. **Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana-Ba**. 136 f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília ,DF: ABEn, 2001.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília, DF: ABEn; Governo Federal, 2000.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S.; ROCHA, C. R. M. da. Viver e adolecer com qualidade. In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília, DF: ABEn, 2001.

RAVAZZOLA, M. C. **Violencia familiar**: el abuso relacional como un ataque a los derechos humanos: sistemas familiares. Buenos Aires, 1998. p. 29-41.

REZENDE, E. R. de. Principais programas e ações do governo Lula janeiro/2003 a julho/2005. Disponível em: <<http://www.pt.org.br/SaúdeLULA>>. Acesso em: 25 set. 2006.

RIBEIRO, Márcia Aparecida. **Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes**: estudo realizado no Centro de Referência e nos Conselhos Tutelares no município de Ribeirão Preto-SP. 2002. 154 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCHA, C. R. M. O acompanhamento do adolescente no meio social. In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília, DF: ABEn, 2001.

ROQUE, E. M. de S. T.; FERRIANI, M. das G. C. Desvelando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do Direito na comarca de Jardinópolis-SP. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 334-344, maio/jun. 2002.

SAITO, M. I., SILVA, L. E. V. **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANTANA, J. S. da S.; FERRIANI, M. das G. C; PEREIRA, S. M. Violência rima com adolescência? In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília: ABEn, 2001, 304 p.

SANTANA, J. S. da S.; SOUZA, S. L. de. Violência em situação de rua. In: COSTA, Maria Conceição O.; SOUZA, Ronald Pagnocelli de (Org.). **Adolescência**: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Comissão de Saúde do adolescente. **Adolescência e Saúde**. 2 ed. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 1994. p. 12-13.

SILVA, E. C. da; SANTANA, J. S. da S. **Informações sobre maus tratos na infância e adolescência entre enfermeiros(as) de um hospital público de Feira de Santana – Bahia**. Feira de Santana, 2001. 13 p. Mimeo.

SILVA, L. M. P. da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002.

SILVA, M. C. M. e; SILVA, L. M. P. da. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar**. Recife: EDUPE, 2003.

SILVA, R. da. Violência institucional: o difícil diagnóstico de saúde de suas vítimas. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Cap. 12, p. 125-133.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, S. de L. **Violência vivenciada por adolescentes trabalhadores de rua**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1999.

TAVARES, M. A. O trabalho infantil e as múltiplas faces da violência. In: SILVA, Maria Carmelita Maia e. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar**. Recife: EDUPE, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A.. Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de Unidades de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 26, n. 1/2, p. 29-40, jan./dez. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZENAIDE, M. de N. T. **Fundamentos teóricos sobre a violência**. Disponível em: <www.dhnet.org.br/direitosmilitantes/nazarezenaide/nazare_violencia.html>. Acesso em: 24 out. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
 TÍTULO DO ESTUDO: **ATENÇÃO AO ADOLESCENTE VÍTIMA
 DE VIOLÊNCIA: participação de gestores municipais de saúde**

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Formação:

Profissão:

Telefone:

Sexo:

Ocupação/Cargo que assume:

Tempo de serviço como gestor da saúde:

2. PERGUNTAS DA ENTREVISTA

1. O que você entende por violência e quais suas repercussões na adolescência?
2. Como você vê o adolescente vítima de violência?
3. Que políticas de atenção ao adolescente você identifica no município de Itabuna-Ba, focalizando a violência?
4. Cite algumas ações/iniciativas/projetos desenvolvidos pelos gestores de saúde no município de Itabuna ou em execução para a efetivação das políticas de atenção ao adolescente vítima de violência.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
 TÍTULO DO ESTUDO: **ATENÇÃO AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: participação de gestores municipais de saúde**

Na Universidade Estadual de Feira de Santana será desenvolvida uma pesquisa sobre a participação de gestores municipais de saúde no desenvolvimento de políticas de atenção voltadas para o adolescente vítima de violência. Nós, Judith Sena da Silva Santana, professora do Departamento de Saúde, doutora em Enfermagem e pesquisadora responsável e Mariluce Karla Bomfim de Souza, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nesta mesma instituição, somos as responsáveis por este estudo.

Nós estamos convidando você a participar deste estudo, de modo que, se concordar, deverá responder algumas perguntas sobre a sua experiência como gestor, o que contribuirá para a reflexão sobre as possibilidades de redução de prejuízos da violência praticada contra adolescentes no município de Itabuna-BA.

Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta, não precisa respondê-la, assim como deve ficar a vontade para desistir de participar a qualquer momento da entrevista, sem nenhum problema.

Asseguraremos o seu anonimato nas informações, prevenindo riscos a sua integridade profissional. Acrescentamos que os resultados obtidos apenas serão utilizados para fins científicos deste estudo.

Com o seu consentimento, sua entrevista será gravada e você poderá solicitar a escuta da fita e ficará à vontade para retirar ou acrescentar as informações que achar necessário. O material da gravação será arquivado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde – NIEVS localizado no módulo MT65 da UEFS por cinco anos e após esse período, destruído.

Diante disso, se você concordar em participar desta pesquisa deverá assinar este termo, ficando com uma cópia do mesmo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3224 1529, no módulo MT65 da UEFS.

Este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da UEFS, sob processo n. 010/2006.

Feira de Santana-BA, _____ de _____ de 2006.

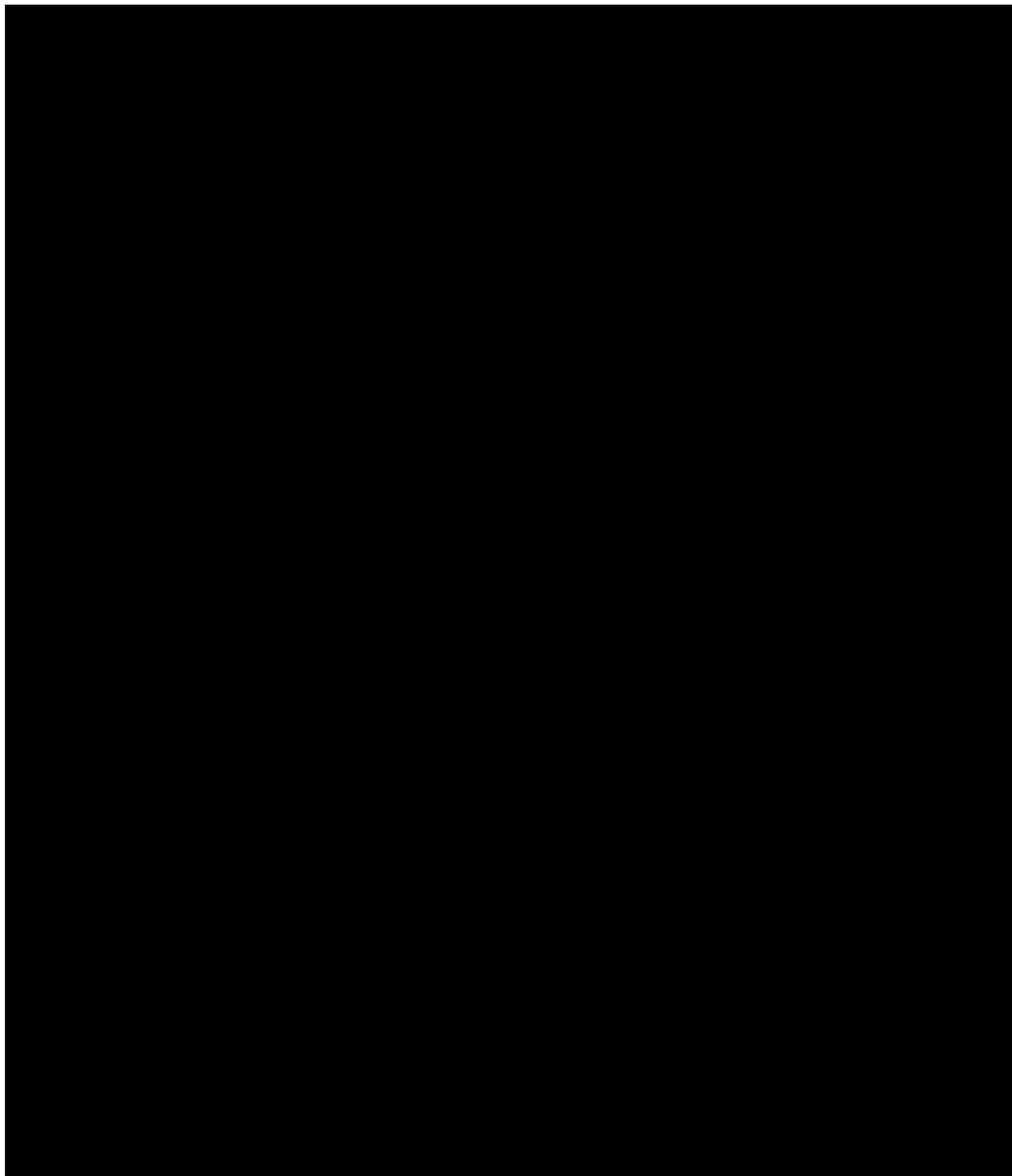
 Judith Sena da Silva Santana
 Orientadora-pesquisadora responsável
 Fone: (75) 3224 – 8095

 Mariluce Karla Bomfim de Souza
 Mestranda- pesquisadora colaboradora
 Fone: (73) 3612 – 8527

 Entrevistado

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEFS (CEP-UEFS)



ANEXO B – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO PARA PESQUISA

