

**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice – Reitoria de Pesquisa e Pós – Graduação - VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva**

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DESENVOLVIDA PELO
SETOR SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE
FORTALEZA**

Aline de Souza Pereira

Fortaleza – CE
2010

ALINE DE SOUZA PEREIRA

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DESENVOLVIDA PELO
SETOR SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE
FORTALEZA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca de Defesa do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Fortaleza – CE
2010

ALINE DE SOUZA PEREIRA

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DESENVOLVIDA PELO SETOR SAÚDE DA REGIÃO
METROPOLITANA DE FORTALEZA**

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Acidentes e Violências

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR
Orientadora

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

Profª Drª Regina Yoshie Matsue - UNIFOR
Membro Efetivo

Profª Drª Augediva Maria Jucá Pordeus - UNIFOR/SESA
Membro Suplente

Aprovada em: _____ / _____ / 2010

-
- P436a Pereira, Aline de Souza.
desenvolvida Ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes
pelo setor saúde da região metropolitana de Fortaleza / Aline de Souza Pereira.
2010.
107 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.
“Orientação: Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.”
1. Gestão em saúde. 2. Crianças – Violência. 3. Adolescente – Violência.
4. Saúde pública. I. Título.

CDU 614:65

Este trabalho integra a produção científica do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência** – NEPAV e conta com o apoio financeiro da **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico** – FUNCAP, por meio do Edital de Segurança Pública nº 05/2008 e do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico** - CNPq, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico, Processo nº. 554397/2009-9.

A todas as crianças e adolescentes que tiveram sua infância marcada por alguma situação de violência praticada por aqueles que deviam protegê-los.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar por me proporcionar a realização deste sonho, sem Ele eu não teria conseguido. Obrigada Senhor por sempre preparar tudo.

À toda minha família que sempre acompanhou meus estudos sonhando os meus sonhos, principalmente a Mãe Elza (minha vó e mãe), a Tia Valesca (minha mãe), a Tieiaia e a Tia Iracema, dando - me força para a concretização desse sonho. E aos meus irmãos Alberto, Alita e Alana pela paciência, e compreensão no momento que mais precisei.

Ao meu esposo e amigo Luiz Freddy pela força, carinho, dedicação, paciência, amor, por sempre estar comigo nos momentos de alegria e tristeza, por entender minha ausência e sempre correr atrás comigo dos meus sonhos. Amo você (VIDA).

À minha querida orientadora e amiga, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, que sempre me acompanhou desde a vida acadêmica e agora pessoal, abrindo as portas da sua casa e do seu coração, por acreditar em mim, proporcionar a realização desse sonho e sempre passar para nós seus princípios éticos e pessoais. Foi Deus quem colocou a senhora no meu caminho.

Aos meus familiares e amigos que estão sempre torcendo pelas minhas conquistas. Muito Obrigada por vocês existirem.

Aos meus pastores, sogro e sogra pela cobertura em oração nos dias de aflição. Obrigada!

A Secretaria Estadual do Ceará, na pessoa da professora Dra Augediva Maria Jucá Pordeus e Dr Manuel Dias Fonseca Neto na viabilização e contribuições fundamentais para a realização desse estudo.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências – NEPAV, pela união e oportunidade de crescermos juntos em combate a esse mal que assola a humanidade. Obrigada por sermos um grupo.

Aos “nepavianos” que acompanharam de perto cada passo do meu crescimento e desenvolvimento para que concretizasse esse sonho e me tornasse uma defensora da Saúde Coletiva. Agradeço a Deborah, Isabella, Júnior, Ivna,

Samira, Renata, Geysel, Karol, Juliana, Kátia e Ana Cléa. Vocês são um exemplo para mim.

À disponibilidade da Gerarda, Marcela, Macelle, Nara e Sara, que contribuíram na coleta de dados desse estudo. Obrigada pela força e atenção.

À Turma IV do Mestrado em Saúde Coletiva por dividirmos momento de conhecimento, alegria, angústias e tristezas: Isabella, Liskelvia, Maxmiria, Julyana, Erineide, Rosalice e Junior. Amigos para sempre.

À coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva, prof^a Dra Raimunda Magalhães “Raimundinha”, pela dedicação e preocupação com nosso crescimento. Pessoa que admiro!

Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva, na pessoa da Cleide, Vitor e Widson pela disponibilidade em sempre nos atender com carinho e dedicação.

Aos professores doutores Nelson Filice de Barros, Regina Yoshie Matsue e Augediva Maria Jucá Pordeus, pela disponibilidade de tempo para ler com carinho essa dissertação e participar da banca.

Às enfermeiras e companheiras de trabalho, obrigada pela torcida e disponibilidade em ajudar sempre que precisei me ausentar para me dedicar a esse estudo. Sou grata por tudo!

Aos Secretários de Saúde da Região Metropolitana de Fortaleza, pela disponibilidade e interesse em atender meu pedido para tratar de um assunto de dimensão árdua.

À Fundação Cearense de Apoio de Desenvolvimento Científico e Tecnológico FUNCAP, pelo auxílio financeiro na realização desta pesquisa (Edital de Segurança Pública nº 05/2008) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ, pelo auxílio financeiro nos meus estudos.

RESUMO

A prevenção da violência e a promoção da saúde, direcionadas às crianças e aos adolescentes, configuraram-se como desafios para sociedade civil e para os gestores envolvidos na legislação, articulação e sustentação de políticas públicas que alcancem esse propósito. Esta pesquisa analisa as percepções dos gestores em saúde sobre a prevenção da violência contra crianças e adolescentes e as percepções dos gestores em saúde sobre a promoção da saúde ao grupo de crianças e adolescentes na Região Metropolitana de Fortaleza. Estudo com abordagem qualitativa e descritiva, apropriando-se da entrevista semiestruturada para a produção de dados, com a participação de 13 gestores do setor saúde, no período de 2009-2010. Os gestores foram indagados sobre o cenário da violência em seus municípios, as ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, ações de promoção da saúde para o mesmo grupo e a existência de ações intersetoriais, desenvolvidas pelo setor saúde, para a prevenção da violência contra crianças e adolescentes. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) instrumentalizou a análise dos dados, resultando em 11 Ideias Centrais (IC's) com seus respectivos discursos. Os dados foram discutidos por meio da literatura, programas, relatórios, planos, políticas e autores que conversam entre si sobre o assunto. Os resultados sinalizam que o convívio com a violência na RMF é motivo de muita preocupação e desafio constante entre gestores e profissionais. Apesar de desenvolverem alguns trabalhos intersetoriais, as políticas públicas ainda são ineficazes e o setor saúde não reconhece a violência contra crianças e adolescentes como sua responsabilidade. A resistência dos profissionais em aceitar a violência como demanda da saúde é citada pelos gestores como um fato que fragiliza a adoção de medidas preventivas da violência direcionadas a esse grupo, representando a construção social acerca desse fenômeno. Desse modo, o estudo aponta a responsabilidade dos gestores na execução, acompanhamento e sustentação das políticas públicas de saúde, inclusive para a prevenção da violência em seus municípios, que necessita de redirecionamento e reflexões coletivas. Em concluso, a sociedade anseia por transformações, quando presencia perdas de vidas, perdas de perspectivas nesse grupo e enfrenta desestruturas familiares e sociais. Importante acrescentar que não há mais como permitir que os recursos alocados para a elaboração e promulgação de políticas e planos, bem como para a formação de recursos humanos em saúde, que o poder público já investiu e vem investindo, não impacte na qualidade de vida de seus cidadãos.

Palavras-chave: Prevenção, Violência, Gestão em Saúde, Criança, Adolescente, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Violence prevention and health protection for children and teenagers represent challenges for the civil society and managers engaged in legislation, articulation and sustainability of public policies focused on that purpose. This survey analyzes the health managers' perceptions of health promotion for children and teenagers in Fortaleza Metropolitan Region. This is a study with a qualitative and descriptive approach based a semistructured data production interview of 13 healthcare managers in the period of 2009-2010. Such managers were inquired about violence scenarios in their respective municipalities, actions to prevent violence against children and teenagers, health promotion actions focused on that segment and the existence of intersectorial actions developed by the health sector to prevent violence against children and teenagers. The Collective Subject Discourse (CSD) supported the data analysis and resulted in 11 Core Ideas (CI's) and respective discourses. Data were discussed in the form of literature, programs, reports, plans, policies and authors discussing the matter with one another. Results suggest that coexistence with violence in FMR is a reason for deep concern and a continued challenge for managers and professionals. Even though they have developed some intersectorial works, public policies are still ineffective and the health sector does not recognize violence against children and teenagers as its responsibility. Professionals' resistance to accept violence as a healthcare demand is considered by managers as a factor that weakens the adoption of preventive actions against violence focused on that group, thus representing the social construction of that phenomenon. This way, this study shows the managers' responsibility for execution, monitoring and sustainability of public health policies, including preventing violence in their respective municipalities, which requires a new approach and collective reflections. In short, the society looks forward to transformations upon witnessing losses of lives, losses of perspectives in that segment, while facing family and social disruption. It is important to add that it is no longer acceptable that funds allocated to the preparation and enactment of policies and plans and the qualification of human resources in healthcare, invested of being invested by the government, would go on failing to impact the citizens' life quality.

Key words: Prevention, Violence, Health Management, Child, Teenager, Health Promotion.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Esquema da organização de serviços apresentado no Relatório Dawson.....	27
Figura 2 - Mapa da Região Metropolitana de Fortaleza com seus 13 municípios.....	34
Quadro 1 - Distribuição do número de profissionais da Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, nº Agente Comunitário de Saúde e Cobertura do Programa de Saúde da Família.....	35
Quadro 2 - Idéias Centrais que emergiram do estudo.....	39
Quadro 3 - Dados sobre o Índice de desenvolvimento humano, densidade demográfica, esperança de vida ao nascer e renda per capita, dos municípios com mais de 100 mil habitantes.....	44
Quadro 4 - Dados sobre o índice de desenvolvimento humano, densidade demográfica, esperança de vida ao nascer e renda per capita, dos municípios de 50 a 100 mil habitantes.....	45
Quadro 5 - Dados sobre o índice de desenvolvimento humano, densidade demográfica, esperança de vida ao nascer e renda per capita, dos municípios com menos de 100 mil habitantes.....	45
Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica dos gestores em saúde da RMF, Ceará, 2010.....	46
Quadro 7 - Caracterização dos gestores em saúde em relação a formação acadêmica e profissional da RMF, Ceará, 2010.....	47

LISTA DE SIGLAS

AEACAD: Ação Escola de Artes e Cultura Águia Dourado
AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APAE: Associação de Pais e Amigos
APS: Atenção Primária em Saúde
BIREME: Biblioteca Virtual em Saúde
CT: Conselho Tutelar
CAJ: Centro de Apoio ao Jovem
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEART: Centro de Arte
CRS: Coordenadoria Regional de Saúde
CRAS: Centro de Referência da Assistência Social
CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social
COMDICA: Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente
DAB: Departamento de Atenção Básica
DEMUTRAN: Departamento Municipal de Trânsito
DSC: Discurso do Sujeito Coletivo
DST: Doença Sexualmente Transmissível
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
ESP: Escola de Saúde Pública
EAD: Educação a distância
ECH: Expressão Chave
ESF: Estratégia Saúde da Família
FUNCI: Fundação da Criança e da Família Cidadã
IC: Idéia Central
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IAD: Instrumento de Análise de Discurso
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML: Instituto Médico Legal
MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPAV: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência
OPAS: Organização Pan Americana de Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PETI: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNUD: Programa das Nações Unidas
PIB: Produto Interno Bruto
PROJOVEM: Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PSE: Programa Saúde Escolar
RAICA: Rede de Atenção a Criança e Adolescente
RMF: Região Metropolitana de Fortaleza
SAS: Serviço de Atenção a Saúde
SDE: Secretaria de Desenvolvimento Econômico
SEMAS: Secretaria Municipal Assistência Social
SER: Secretaria Executiva Regional
SESA: Secretaria Estadual de Saúde
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS: Sistema Único de Saúde
SUSP: Sistema Integrado de Segurança Pública
UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O problema da pesquisa	13
2	O ESTADO DA ARTE	22
2.1	Prevenção da Violência contra crianças e adolescentes.....	22
2.2	Ações Intersetoriais de promoção da saúde.....	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	31
3.1	Teórico.....	31
3.2	Metodológico.....	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	Caracterização dos Municípios da Região Metropolitana de Fortaleza.....	41
4.2	Gestores em Saúde da Região Metropolitana de Fortaleza.....	45
5	DISCURSOS COLETIVOS DE GESTORES DO SETOR SAÚDE	49
5.1	O convívio com a violência entre crianças e adolescentes.....	50
5.2	Ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes.....	63
5.3	Ações de promoção da saúde direcionada à criança e ao adolescente.....	73
5.4	Ações Intersetoriais para prevenção da violência e promoção da saúde.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema na pesquisa

A violência é uma questão global que afeta os diversos segmentos das sociedades e traz consequências graves para a saúde das populações. Provoca morte, lesões, traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2007).

Esta compreensão é consenso dos órgãos internacionais (UNESCO, 2008; OPAS, 2003; OMS, 2002), dos relatórios emitidos sobre o tema (CONASS, 2008; OMS, 2002), das políticas nacionais (BRASIL, 2001a; 2005a), nos estudos de pesquisadores (MINAYO; DESLANDES, 2009; PORDEUS *et al*, 2009; VIEIRA *et al*, 2009; AVANCI, 2007) do fenômeno e do senso comum.

Nesse sentido, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010), nos Estados Unidos, em 2007, divulgou que aproximadamente 5.764 jovens de 10-24 anos foram assassinados, o que registra uma média de 16 jovens por dia, sendo o homicídio a causa principal dessas mortes. Entre estes jovens, 86% (4.973) dos homicídios eram do sexo masculino e 84%, mortos com armas de fogo (CDC, 2010).

A América latina registra uma elevada taxa, 19,9 para cada 100mil indivíduos, que por afinidade regional e cultural estendem-se aos países caribenhos (16,3), e são, de longe, bem superiores das regiões da África (10,5), América do Norte (5,6) e Europa (5,1). A probabilidade de um jovem da América Latina morrer vítima de violência é trinta vezes maior que a de um jovem da Europa e acima de setenta vezes maior que a de jovens da Grécia, da Hungria ou da Inglaterra, do Japão ou da Irlanda. (WAISELFISZ, 2008).

No Brasil, em 2002, o Ministério da Saúde se pronunciou oficialmente (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001) sobre o assunto, com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV, introduzindo um

conceito semelhante ao da Organização Mundial de Saúde (OMS): “*consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros*” (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2001a p. 7).

Outras definições existem, algumas coincidentes, outras divergentes, porque a violência é um fenômeno complexo, multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, e foge a qualquer conceituação precisa e cabal (MINAYO; SOUZA, 2003).

Xavier (2008), versando sobre as diversas definições dadas a violência, destacou que, pela sua etimologia, *violência* provém do latim *violentia*, relacionado a *vis* e a *violare*, e porta os significados de força em ação, força física, potência, essência, mas também de algo que *viola*, que profana, transgride e destrói.

No Brasil, de acordo com Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2006, ocorreram 128.388 óbitos por violência. A Região Nordeste destacou-se por apresentar o segundo maior número de óbitos com um total de 33.815, perdendo apenas para a Região Sudeste que atingiu 55.665 óbitos. Por conseguinte, foram as Regiões que apresentaram maior mortalidade em crianças e adolescentes entre 5 a 14 anos, com 1.258 e 1.489 respectivamente (DATASUS, 2009).

Alguns estudos afirmam que a violência passa a ser objeto de reflexão por várias áreas do saber, entre elas a Saúde Pública, pelo papel que assume diante da morbimortalidade, vitimando crianças, jovens, adultos e idosos indiscriminadamente (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; COSTA, 2001).

Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, as violências revelaram-se como a 2ª causa de morte, representando 11,9% do total de óbitos, em 2004. A mortalidade por causas externas no Ceará tem demonstrado importante parcela de contribuição no obituário, sua taxa passou de 10,0 por 100 mil habitantes no ano de 1988 para 11,9 em 2004 (CEARÁ, 2006).

Diante do aumento das violências no país, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Redução de Morbimortalidade que chama atenção para as diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência

psicológica e violência institucional. A violência vem apresentando profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2001a).

Conhecer essa realidade pode certamente ser um caminho para a elaboração e implementação de políticas públicas que deem conta de minimizar esta realidade. Revela-se então a finalidade do estudo que é esquadriñar, entre os gestores, que ações estão sendo desenvolvidas para o enfrentamento da violência, a sua prevenção, bem como ações promotoras de saúde.

A violência abrange todas as faixas etárias, não escolhe sexo, nem raça, nem nível social, porém existe o grupo das crianças e dos adolescentes que são mais vulneráveis e fragilizados aos remates negativos decorrentes das situações de violência (ASSIS, 2007).

Um estudo sobre o Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros revelou importantes dados sobre homicídio entre crianças e jovens na faixa etária de 0 a 19 anos, mostrando que, entre 1997 a 2007, os homicídios passaram de 6.645 para 8.166 (WAISELFISZ, 2010).

A mídia vem acompanhando a evolução de homicídios (ou execuções sumárias), na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), contra adolescentes, que registrou, em nove meses, um total de 1.028 mortes em 10 comunidades dessa região, locais estes denominados, pelos moradores, de “território da morte” (RIBEIRO, DN, 2009). E, em apenas quatro meses, 72 jovens entre 12 e 17 anos foram assassinados na Grande Fortaleza (RIBEIRO, DN, 2010).

Esta mortandade confirma-se em pesquisa realizada entre as regiões metropolitanas do Nordeste que identificou a de Fortaleza com os maiores índices de homicídio envolvendo crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos (WAISELFISZ, 2010). No entanto, prevenir a violência contra crianças e adolescentes requer a efetivação de políticas públicas e uma efetiva mobilização social. O governo tem se empenhado nesse combate com a promulgação de políticas e planos nacional, estadual e municipal. Salienta-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005a) e o Plano Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2005) é um documento que descreve as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem com informações do setor Saúde e sua prática e estabelece diretrizes para a prevenção das violências e promoção da saúde (MINAYO, 2007; BRASIL, 2005).

Pensar em prevenção da violência contra criança e adolescente e promoção da saúde para este grupo requer trabalho em equipe, ações multisetoriais, criação de políticas públicas efetivas, serviços sentinela, capacitação dos profissionais para trabalhar com as situações de violência nas várias fases da vida, promover ambiente favorável, sensibilização dos pais e cuidadores, trabalho desenvolvido nas universidades, investimentos em pesquisas, ações governamentais e não governamentais, dentre outras estratégias que possam minimizar esse crescente problema.

Nesse sentido, prevenção em saúde pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença (ou um fenômeno que desestabilize a saúde). Prevenir é prever antes que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003), perpassando os níveis de complexidade da atenção à saúde.

Quando usamos a expressão prevenir contextualizada com as possíveis situações de violências, investimentos na educação permanente dos profissionais de saúde, que trabalham na atenção básica, tornam-se uma exigência entre esses órgãos, obedecendo aos níveis de hierarquização do cuidado.

Os desafios postos diante das gestões públicas e das sociedades para manter a prática de uma formação contínua entre os profissionais da saúde urge ser concretizados. A sociedade encontra-se refém da violência e os profissionais descobrem-se em condições análogas, quando se percebem inaptos em lidar com o problema. Investir também na disseminação da informação das políticas que norteiam o SUS, entre os gestores municipais, monitorando e avaliando os setores da saúde pública no desempenho de ações voltadas à prevenção da violência e promoção da saúde, é um diferencial no enfrentamento do problema.

A literatura retrata que a noção de Promoção da Saúde está muito próxima à ideia de prevenção à violência, porém vai mais além. Medidas de promoção da

saúde são consideradas muito eficazes para a redução de diversas formas de violência social, grupal e individual, como as ações intersetoriais envolvendo os diversos setores da administração municipal com intuito de promover a educação em saúde através de palestras, teatros, abolindo a ociosidade, capacitando familiares, promovendo ambientes saudáveis (AVANCI, 2007).

A promoção da saúde foi inicialmente discutida, no século XIX, por sanitaristas europeus que consideravam as causas sociais, econômicas e físicas das epidemias e elegeram como estratégias de ação: prosperidade, educação e liberdade para a população. Posteriormente, adotaram uma versão biomédica centrada no indivíduo, com projeção para a família ou grupos próximos, e, nas últimas três décadas, essas ações tomaram direção radicalmente diferenciada, englobando medidas sobre o ambiente físico e os estilos de vida (BUSS; CARVALHO, 2009, AVANCI, 2007, BUSS, 2000).

Em 1986, houve em Ottawa, Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como principal produto a Carta de Ottawa (CPHA, 1986), definindo promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (BUSS; CARVALHO, 2009; CZERESNIA; FREITAS, 2009; LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2004; BRASIL, 2001b).

Nesse contexto, a promoção da saúde configura-se como um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – individuais e coletivos – e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Portanto, na Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2005), estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção da violência no País (LAWN *et al*, 2008; BRASIL, 2005a).

Assim, difundiu-se um novo movimento de saúde pública no mundo, que visou dotar a população dos meios necessários para assumir melhor controle sobre sua própria saúde. Portanto, deixou-se de apenas prevenir os agravos à saúde (como a violência) e passou-se a promover a saúde, integrada ao ambiente e à sociedade na

qual está inserida (STARFIELD, 2002; FERRAZ, 1994).

Portanto, criou-se o modelo de atenção primária à saúde, com o intuito de promover, mediante estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde. Uma assistência focada na unidade familiar e consistente com o conselho socioeconômico, cultural e epidemiológico, da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006; STARFIELD, 2002).

A promoção da saúde é uma ação intersetorial, baseia-se no fortalecimento de fatores protetores para evitar ou controlar os riscos, estimular capacidades, o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Requer que os indivíduos, as famílias, os grupos e a sociedade se responsabilizem e se comprometam em adotar um estilo de vida saudável, um comportamento de responsabilidade e cuidado mútuo entre si e o meio ambiente. Precisa-se de requisitos como a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2003; CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Para obtermos todos os requisitos propostos pelo arcabouço teórico-conceitual da promoção da saúde, contamos com responsabilidades institucionais dos gestores, tendo como critério a articulação intersetorial no âmbito do governo federal, estadual e municipal e com a sociedade civil, nas áreas de desenvolvimento urbano, justiça e segurança, trabalho, emprego e previdência social, transportes, ciência e tecnologia (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; FERNANDEZ *et al.*, 2008, BRASIL, 2001b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) descreve que as ações intersetoriais implicam a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos, na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que esses setores produzam soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a todo setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar, a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

É importante ressaltar também o papel das universidades no setor saúde, pois

não podem ficar alheias à promoção da saúde e prevenção da violência. É necessário formar profissionais capazes de conhecer sua importância, chamar atenção para a produção de pesquisas de caráter estratégico, a fim de que o setor saúde possa atuar e apresentar impactos positivos, a partir de diagnósticos cientificamente informados (BRASIL, 2005a).

No intuito de aprofundar os conhecimentos e propor reflexões sobre tema complexo - prevenção da violência contra crianças e adolescentes -, há seis anos participo do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências (NEPAV), pelo qual fez crescer o interesse em trabalhar com esta temática, com finalidade de me instrumentalizar e refletir sobre as questões planejamento e gestão do setor saúde da Região Metropolitana de Fortaleza sobre a prevenção da violência.

Diante do exposto, esta pesquisa justifica-se por investigar um fenômeno que é um grave problema de saúde coletiva e é pauta nas agendas de pesquisas mundiais, necessitando de aprofundamento na compreensão de sua gênese para a minimização da mesma. Configura-se, hoje, como uma grande demanda dos serviços de saúde, perpassando os três níveis de atenção.

Para se incluir um evento como importante problema de saúde pública, este deve atender alguns critérios: análise da mortalidade, morbidade e sofrimento causados por esse evento; este problema deve representar impacto nos anos potenciais de vida perdidos, na extensão de incapacidades, na ocorrência de dor e desconforto, repercutir sobre a família e o custo de sua terapêutica nas dimensões individuais e sociais (COSTA; VICTORA, 2006), critérios estes que se enquadram na análise das situações de violências.

Como citado anteriormente, a atenção básica deveria ser a porta de entrada do sistema de saúde também para as pessoas em situações de violência – vítimas e agressores. Faz-se importante analisar como está se dando o enfrentamento da prevenção da violência e promoção da saúde entre os profissionais da estratégia saúde da família da Região Metropolitana de Fortaleza e, principalmente, saber como os gestores estão agindo diante da situação e como estão planejando suas ações, a fim de capacitar esses profissionais e manter um “trabalho em saúde vivo” (FERREIRA; FRANCO, 2009) e eficaz.

Vale acrescentar que apesar dos investimentos governamentais na

capacitação de recursos humanos para o enfrentamento do fenômeno, a sociedade não tem visualizado diminuição do problema. Desse modo, é urgente a efetivação das diretrizes preconizadas na Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2005) e do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), considerando que compete aos gestores do setor saúde e setores afins a operacionalização dessas diretrizes.

A pactuação entre gestores na formação da rede de atenção e proteção às vítimas de violência é imprescindível, para que se alcance a intersetorialidade das ações para o enfrentamento da violência. Salienta-se que a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e a Secretaria Municipal de Fortaleza investiram recursos materiais e humanos para capacitar os profissionais dos serviços de referência da atenção primária e secundária de atendimento à mulher, à criança, ao adolescente e ao idoso, para a identificação e notificação da violência (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; LUNA, 2007).

No reconhecimento da importância do desempenho dos gestores no alcance de pactuações que foram realizadas para o alcance do enfrentamento da violência nos municípios brasileiros, este estudo adota o conceito de gestor mencionado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS).

Este explicita que gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo empossados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde. Exercem as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003). São eles que estão envolvidos e responsáveis pelo planejamento e gestão das ações de saúde, através de uma gestão participativa e descentralizada (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

No intuito de analisar ações desenvolvidas pelo setor saúde que visem à prevenção/enfrentamento da violência e chamem a atenção e mobilização dos profissionais e gestores para a corresponsabilidade de promover o bem-estar da população, entendemos a relevância deste estudo ao dialogarmos com os gestores de saúde da Região Metropolitana de Fortaleza.

Reconhecendo a magnitude do tema, o estudo esboça estes pressupostos:

- ❖ a criança e o adolescente estão a cada dia mais vulneráveis às situações de violência;
- ❖ a prevenção e/ou o seu enfrentamento demanda a efetivação de políticas e ações intersetoriais;
- ❖ a articulação dos gestores do setor saúde para a prevenção da violência contra crianças e adolescentes ainda não impacta no seu discurso;
- ❖ as ações idealizadas e desenvolvidas pelo setor saúde são pontuais e fragmentadas, pois aparentam a não internalização dos desafios que o fenômeno apresenta.

Desse modo, o estudo tem como objetivos:

- ❖ analisar as percepções dos gestores em saúde sobre a prevenção da violência contra crianças e adolescentes e promoção da saúde voltada para esse grupo.

2 O ESTADO DA ARTE

2.1 Prevenção da violência contra crianças e adolescentes

É possível prevenir violência. Foi a afirmação dita por Dalhberg e Krug (2006) no Informe Mundial sobre Violência e Saúde (2002), e as autoras ainda ressaltam que esta afirmação não é um artigo de fé, mas baseada em evidências constatadas a partir de exemplos de sucesso em todo o mundo, desde ações individuais e comunitárias de pequena escala até políticas nacionais e iniciativas do legislativo.

Evidenciaram que a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais de um milhão de pessoas sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 a 44 anos em todo o mundo (DALHBERG; KRUG, 2006).

No Brasil (2005), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam crescimento no número de mortes de jovens associadas à violência a partir da década de 1980. O problema atinge, principalmente, jovens do sexo masculino entre 20 a 24 anos e este grupo apresenta quatro vezes mais risco de ter morte violenta, que mulheres nessa mesma faixa etária. Entre 1980 a 2003, a incidência desse tipo de morte entre jovens do sexo feminino sofreu pequena variação: indo de 18 para 22 óbitos a cada 1000 jovens brasileiros, e no sexo masculino variou de 121 para 184 óbitos a cada mil.

Com o propósito de identificar o estado da arte sobre violência, criança e adolescente, foi feita uma consulta à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), utilizando-se os descritores *violência*, *criança* e *adolescente*, balizou este procedimento. Esta consulta resultou em 1.634 produções: 1384 artigos, 139 monografias, 46 teses e 1 recurso da internet.

Entre estes achados, 761 abordavam a violência no âmbito geral, 301 violência doméstica, 241 ferimentos e lesões decorrentes de violência, 234 versavam sobre maus-tratos infantis e 157 sobre os maus-tratos sexuais infantis,

153 argumentavam sobre a defesa da criança e do adolescente. Sobre os adolescentes, 129 falavam sobre adolescente em geral, 102 demonstravam o comportamento do adolescente e 73 mostrava a realidade da delinquência juvenil (Biblioteca Virtual em Saúde, 2010).

Outros objetos também foram mencionados: transtornos de estresse pós-traumático (71), agressão (63), vítimas de crime (48), bem-estar da criança (61), serviço hospitalar de emergência (45), delitos sexuais (44), transtornos mentais (50) e saúde pública (46). Há publicações em mais de 5 idiomas e 1.065 dessas publicações são dos últimos dez anos (1999-2009).

A violência contra crianças e adolescentes no Brasil assume várias faces e nuances (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005). Apresenta-se de forma individual ou coletiva, interpessoal ou mediada por estruturas sociais. Fala-se de violências num plural ampliado que inclui desde as que são decorrências históricas das políticas e modelos econômicos, capazes de produzir exclusão e segregação social, trazendo consequências para uma cidadania precária, até as formas culturalmente arraigadas e banalizadas.

Estudos sobre o tema mostraram que ações de prevenção de acidentes e violência contra crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde em Fortaleza-CE, são pontuais, não existindo como política de saúde, visto que ocorrem na forma de campanhas, têm como foco principal a educação em saúde voltada para a prevenção do uso de álcool e outras drogas ilícitas, violências e acidentes domésticos e delinquência juvenil, necessitando ainda incorporar em sua agenda a prevenção desses agravos, utilizando a intersetorialidade e transformando as políticas de saúde em realidades (PORDEUS *et al.*, 2003).

Em Ribeirão Preto – SP, estudo demonstrou um avanço compensador com a implantação da Rede de Atenção à Criança e Adolescente – RAICA. Esta rede visa à articulação para a integração dos diversos serviços existentes e seus profissionais, para promover intervenções que crianças e adolescentes vêm sofrendo com o crescimento da violência em diversas áreas (VENDRÚSCOLO *et al.*, 2004).

A violência contra crianças e adolescentes é considerada uma violação dos direitos humanos, uma vez que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição cidadã de 1988 definem saúde como a resultante das condições de

alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (SANCHES; MINAYO, 2004).

Os direitos da criança estão promulgados numa Convenção da ONU de 1989, na Constituição de Brasileira de 1988, no seu artigo 227, e no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Todos esses documentos reportam aos princípios fundamentais estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (BRASIL, 1988, BRASIL, 1990).

A violência embora ocorra em todas as faixas etárias, não escolhe classe social, raça, credo, etnia e sexo, são as crianças e adolescentes, por estarem em processo de desenvolvimento e crescimento, que apresentam situações de maior vulnerabilidade e sofrem maiores repercussões sobre a saúde (ASSIS *et al.*, 2009; SANCHES; MINAYO, 2004).

Estudo realizado por Gomes *et al.* (2002) sobre a abordagem dos maus-tratos na infância e adolescência, em uma unidade de saúde pública, os profissionais retrataram como violência a esses grupos a negligência, os maus-tratos físicos e psicológicos, o abuso sexual, embora alguns não vejam diferença entre a negligência e a violência física, pois abandonar uma criança ou espancá-la é considerado uma negligência na visão desses profissionais.

Compreendendo a dificuldade de discernir sobre a natureza da violência, entre profissionais de saúde, foi somente a partir da segunda metade do século XX, em todo mundo ocidental, que o setor saúde tem se tornado um dos mais ativos defensores da proteção integral das crianças e adolescentes. Os precursores foram pediatras e sanitaristas Kemp *et al.* (1962), Fontana (1971), Kempe e Kempe (1978), dentre outros (SANCHES; MINAYO, 2004).

No Brasil, foi a partir da década de 1980 que se iniciou uma preocupação com a violência contra crianças, sob a ótica da epidemiologia, focalizando a prevenção dos fatores de risco e o atendimento especializado, coincidindo com a colocação do tema da violência na pauta da saúde pública e sua introdução no meio acadêmico com o aporte das produções científicas (MINAYO, 2007; SANCHES; MINAYO, 2004; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

A violência que atinge crianças e adolescentes tem muitas manifestações,

dentre elas pode-se elencar a estrutural, intrafamiliar, institucional e delinquencial encontradas em larga escala na sociedade brasileira. Reportando-se à violência estrutural, esta é a que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, impedindo-os de terem uma vida socioeconômica favorável para o seu crescimento e desenvolvimento, favorecendo o ingresso desse grupo nas diversas modalidades de violências (MINAYO, 2006).

Dentre as manifestações de violência contra crianças e adolescentes, além dos maus-tratos, negligências, abuso sexual, dentre outras, devemos ficar atentos para o trabalho infantil (MINAYO, 2006), em que a criança é levada a trabalhar para ajudar nas despesas do lar, declinando dimensões importantes para o seu crescimento, desenvolvimento e inserção social (FERNANDES; SOUZA, 2003).

Pesquisas revelam que muitas crianças são submetidas ao trabalho infantil precoce para colocabaram com a sobrevivência familiar (MINAYO, 2006; SANCHES; MINAYO, 2004; GONÇALVES; FERREIRA, 2002), e esses estudiosos defendem que lugar de criança é na escola, no lazer, praticando esporte, adentrando no “mundo da tecnologia”, dentre outras ações que diminuam as desigualdades entre os pares.

A violência estrutural tem várias formas-limites de manifestação: existência de meninos e meninas vivendo ou trabalhando nas ruas, os meninos e meninas trabalhando para sobreviver e a vida de meninos e meninas dentro das instituições de privação de liberdade (SANCHES; MINAYO, 2004). A intervenção específica do setor nesse sentido deve ser feita para reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar acesso e a qualidade da atenção. No âmbito da cidadania, os profissionais deveriam se engajar nos processos políticos de transformação social.

A violência intrafamiliar é aquela que ocorre no lar, é muita das vezes considerada com uma forma de comunicação e de relação interpessoal. As crianças e adolescentes são vítimas de raiva, ressentimentos, impaciências e emoções negativas dos outros membros, atingindo-as como se fossem válvula de escape. Essa é a concepção dos estudiosos sobre o tema (SANCHES; MINAYO, 2004).

Na violência intrafamiliar, destacam-se as agressões físicas, abuso sexual e a violência psicológica, causando desde agressões físicas, traumas, fraturas, hematomas, trauma crânio-encefálico, doenças sexualmente transmissíveis,

gravidez precoce, sangramentos, fobias, terror noturno, comportamento autodestrutivo, isolamento social, precoces atitudes erotizadas, dificuldade de fazer amizade, baixa autoestima e medo (SANCHES; MINAYO, 2004).

Diante dessas ocorrências e consequências, vários estudos destacam a importância de promover ações intersetoriais de prevenção da violência contra crianças e adolescentes e promoção da saúde, mobilizando os profissionais da área da saúde e outros setores, como a família, segurança pública, mídia, promotores e juízes (BRITO *et al.*, 2005; NJAINE; MINAYO, 2004; ROQUE; FERRIANI, 2002).

2.2 Ações intersetoriais de promoção da Saúde

Após suscitar sobre o tema da prevenção da violência contra crianças e adolescentes, seus conceitos e importância de evitá-la, é imperiosa a reorientação da prática no desenvolvimento de ações intersetoriais e a promoção da saúde.

Para iniciar esta pauta, a primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Campos (2006) comentando sobre a Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 1970 e o Sistema Único de Saúde (SUS) menciona o Relatório Dawson, considerado um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de sistemas nacionais. Acrescenta que uma das principais diretrizes do SUS filia-se a essa tradição.

A concepção clássica de organização dos serviços de saúde como um sistema foi feita pelo médico britânico Bertrand Dawson, que no início do século XX propôs a reorganização do setor de saúde britânico de forma a vir a compor um sistema de saúde “com base em quatro princípios: a) Estado como provedor e controlador de políticas de saúde, b) esforços coordenados ou trabalho em equipe nos serviços de

Henry Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Ele afirmou que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Posteriormente, Leavell e Clark (1965) utilizam o conceito de promoção de saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção. Dentre esses três níveis, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. Todavia verificou-se que esses conceitos eram inapropriados para o caso das doenças crônicas não – transmissíveis.

No Canadá, o moderno movimento de promoção da saúde surge em 1974, com a divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como Informe Lalonde (1996). Foi o primeiro documento oficial a usar o termo promoção da saúde e a colocar este campo no contexto do pensamento estratégico (BUSS, 2003).

Em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que teve como produto a Carta de Ottawa, que define promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002). Consideram também cinco campos de ação social para a promoção da saúde ao lado da criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (BUSS; CARVALHO, 2009; BUSS, 2003; BRASIL, 2001b).

A partir daí, observou-se grande coincidência entre os conceitos de promoção da saúde com o de desenvolvimento humano sustentável, Agenda 21, direito à saúde e à moradia e outros, como o cooperativismo, pois todos eles trabalham com fatores determinantes internos e externos aos respectivos campos a que centralmente se refere (desenvolvimento, ambiente, saúde, aglomerações humanas e produção coletiva de bens e serviços), o que evoca a ação intersetorial para o enfrentamento identificado (BUSS, 2003).

Nesse sentido, entende-se promoção da saúde enquanto uma estratégia de articulação transversal, na qual se conferem visibilidades aos fatores/situações de risco, aos diferentes grupos sociais e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, objetivando estabelecer mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas, e defender a equidade (DWYER *et al.*, 2007).

Portanto, a promoção da saúde pode ser entendida como um nível de atenção com ações destinadas a incrementar a saúde dos não enfermos, como enfoque com visão holística do processo saúde-doença e da forma de intervir na forma de entender e atuar em saúde, como função essencial da saúde pública, visando ações na comunidade que contêm, com ativa participação cidadã, fortalecimento da intersetorialidade e empoderamento para facilitar uma cultura de saúde (BUSS; CARVALHO, 2009).

Dwyer (2007) afirma que a atenção básica é o melhor local de resolução da maior parte dos problemas de saúde, e o local legítimo de realização da integralidade e do controle social, que mais que atributos são valores do SUS.

No entanto, o setor saúde tem passado por mudanças no sentido de reorientar suas práticas, mudando seu enfoque, passando do plano curativo para preventivo. Essa mudança é norteadada pelas ideias de proteção e promoção da saúde, vistas sua significância mais ampliada de bem-estar individual e coletivo (GALHEIGO, 2008). Galheigo (2008) destaca que o setor saúde sempre foi mais preocupado em atender as vítimas de violência do que em debruçar sobre o estudo das causas e do planejamento estratégico para sua prevenção.

Neste andamento, serão discorridas as ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção da violência contra crianças e adolescentes, tomando como base o discurso de Njaine *et al.* (2006), ao relatarem sobre a importância das redes de prevenção à violência, enfatizando que a cooperação de grupos de trabalho de diferentes setores locais, que se articulam formal ou informalmente, vem dando algumas respostas aos problemas da violência no interior das próprias comunidades.

Para conhecer a produção científica brasileira sobre a promoção da saúde e ações intersetoriais, realizou-se uma pesquisa na base de dados da Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde, 2010), usando os descritores *promoção da saúde* e

ações intersetoriais, encontrando 58 produções: artigos (34), monografias (2), teses (19) recursos educacionais abertos (2).

O objeto de estudo desses manuscritos dividiu-se em: promoção da saúde (34), ações intersetoriais (21), qualidade de vida (8), cidade saudável (7), participação comunitária e Programa de Saúde da Família (5), avaliação de programas e projetos de saúde, saúde do trabalhador e desenvolvimento sustentável (4), política social, descentralização, sistemas locais de saúde, desenvolvimento da comunidade, educação e assistência à saúde e serviços de saúde (3) e atenção primária e saúde, prática profissional e administração em saúde pública (2).

Esses estudos estão sendo abordados em dois idiomas (português e inglês) e mostraram que das 58 produções 53 são dos últimos 10 anos, revelando um aumento crescente da discussão sobre a temática, registrando a maior produção no ano de 2004 (10) e 2005 (8).

Apesar do avanço da produção na temática, investigações sobre este objeto é pertinente e contribui para o delineamento de estratégias preventivas e reorientação de práticas atuais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

3.1 Teórico

Os marcos conceituais que dão aporte ao estudo circunscrevem-se nas concepções dos relatórios, planos, políticas e leis que realizam a interface com a prevenção da violência contra crianças e adolescentes, bem como estudiosos do tema (BRASIL, 2008, BRASIL, 2006; BRASIL, 2005; BRASIL, 2004, BRASIL, 2003, DESLANDES, 2007, MINAYO, 2009, 2007, 2005).

Em consonância com os documentos oficiais e estes autores, o estudo adota os seguintes conceitos como pilares que sustentam a discussão analítica:

Os gestores são representantes de cada esfera de governo empossados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde. Exercem as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).

Violência contra crianças e adolescentes no Brasil assume várias faces e nuances, apresenta-se forma individual ou coletiva, interpessoal ou mediada por estruturas sociais, estar representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos, transtornos a seu desenvolvimento integral (MINAYO, 2005).

A promoção da saúde surge como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, considerando também cinco campos de ação social para a promoção da saúde ao lado da criação de ambientes favoráveis a saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimentos de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

As **Ações intersetoriais** são ações desenvolvidas pelos serviços de saúde juntamente com outros serviços no território que atendem crianças e adolescentes em situação de violência que devem estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município. A seguir destaque alguns desses outros serviços: proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, educação e ação social (BRASIL, 2010).

E o conceito de **Intersetorialidade** inclui a participação dos trabalhadores e

suas representações como elemento fundamental para a garantia de qualidade técnica e política das ações em política do trabalhador (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009) que desenvolve ações de prevenção da violência e promoção da saúde.

3.2 Metodológico

3.2.1 Abordagem e Tipo de Estudo

Estudo desenvolvido com a abordagem qualitativa. Este método de investigação permite ao pesquisador aproximar-se de uma gama de informações (explícitas e encobertas na vida cotidiana das pessoas), pois as ações humanas estão incorporadas por significados sociais: intenções, motivos, atitudes e crenças (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994). Uma pesquisa qualitativa se faz desde o momento em que a realidade em estudo precisa de uma visão ampliada a fim de que possa ser compreendida. Estudos que tratam sobre violência requerem essa abordagem para se aproximar da compreensão de um tema complexo e multifacetado.

De acordo com Minayo (2010), a metodologia qualitativa é abordada procurando focar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a fala como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais. Santos (2005) preconiza que as pesquisas que utilizam o método qualitativo trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões; não há qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre.

Diante desse arcabouço teórico e a partir de unidades de análises, procuramos saber como estão se configurando, pelo poder público municipal, na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), ações que objetivam prevenir a violência e promover a saúde, norteadas pela dimensão da intersetorialidade, entre o grupo de crianças e adolescentes.

3.2.2 Cenário do Estudo

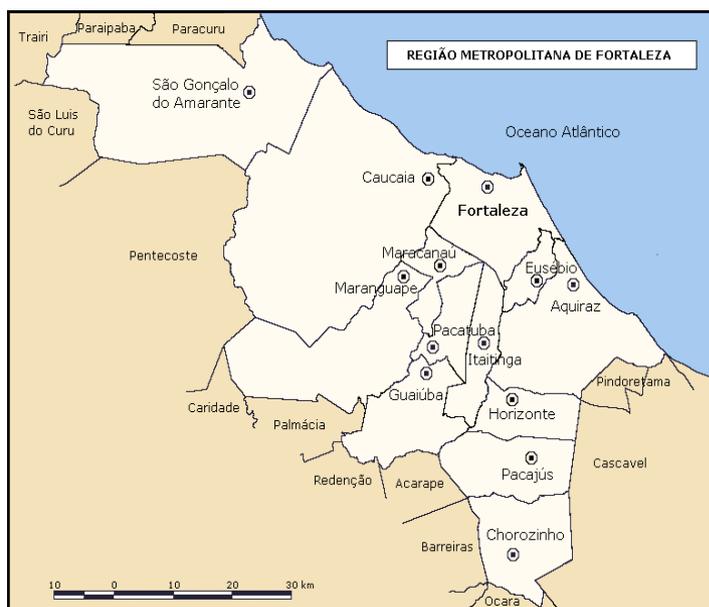
O estudo foi realizado na RMF que inclui os seguintes municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Cascavel, Euzébio, Fortaleza Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Pindoretama e São Gonçalo do Amarante. Esta região é formada atualmente por um conjunto de 15 municípios, constituindo-se em um importante aglomerado demográfico, possuidor de expressão política e econômica (CEARÁ, 2009; OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2008).

Gostaríamos de pontuar aqui que a situação descrita acima foi na época do desenho do projeto, pois em 2009 o governo estadual incluiu mais duas cidades a RMF: Pindoretama e Cascavel, mas para este estudo participaram apenas 13 municípios, excluindo os últimos municípios que entraram, portanto utilizamos como critério de inclusão todos os municípios que compõe a RMF na época da realização desse projeto (CEARÁ, 2009).

Segundo a Grande Enciclopédia Larousse Cultural (1998), região metropolitana configura-se em um grande centro populacional, que consiste em uma (ou, às vezes, duas ou até mais) grande cidade central (metrópole) e sua zona adjacente de influência. Geralmente, regiões metropolitanas formam aglomerações urbanas, uma grande área urbanizada formada pela cidade núcleo e cidades adjacentes, originando uma cornubação (unificação da malha urbana de duas ou mais cidades, em consequência de seu crescimento geográfico).

A RMF foi criada pela Lei Complementar Federal nº 14, de 8 de junho de 1973, formada inicialmente por apenas cinco municípios (Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Pacatuba e Aquiraz), com uma massa populacional de aproximadamente 1 milhão de habitantes. Em 1986, Maracanaú, também por lei federal, passou a fazer parte da RMF. Em 1991 foram adicionados mais dois municípios, Euzébio e Guaiúba. A partir de 1999, mais cinco cidades passaram a integrar a região metropolitana: Itaitinga, Chorozinho, Pacajus, Horizonte e São Gonçalo do Amarante (ONU, 2008). Com 3.435.456 habitantes, é a terceira maior região metropolitana do Nordeste e a sétima do Brasil (IBGE, 2007).

Figura 2: Mapa da Região Metropolitana de Fortaleza e seus treze municípios.



Fonte: IBGE, 2008; Cidades, 2008.

No tocante às características da saúde, esses municípios vêm adotando a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da atenção primária à saúde de suas populações. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os 13 municípios contam, atualmente, com 1.869 agentes comunitários de saúde, 463 equipes de saúde da família e 315 equipes de saúde bucal, e cobertura média de 83,0% na região (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SAS/DAB/ e IBGE, 2009).

No Quadro 1 está distribuído o número de profissionais da Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF):

São Gonçalo do Amarante		Caucaia		Maracanaú	
População	40.470	População	314.061	População	196.422
Nº ACS	69	Nº ACS	300	Nº ACS	210
Nº ESF	14	Nº ESF	65	Nº ESF	51
Nº ESB	12	Nº ESB	37	Nº ESB	27
Cobertura(%)	100,00	Cobertura(%)	71,40	Cobertura(%)	89,58
Maranguape		Pacatuba		Euzébio	
População	100.279	População	62.320	População	39.697
Nº ACS	156	Nº ACS	70	Nº ACS	59
Nº ESF	21	Nº ESF	15	Nº ESF	15
Nº ESB	14	Nº ESB	09	Nº ESB	13
Cobertura(%)	72,25	Cobertura(%)	64.59	Cobertura(%)	100,00
Itaitinga		Aquiraz		Horizonte	
População	33.941	População	71.386	População	45.251
Nº ACS	55	Nº ACS	91	Nº ACS	71
Nº ESF	10	Nº ESF	20	Nº ESF	12
Nº ESB	07	Nº ESB	15	Nº ESB	08
Cobertura(%)	100,00	Cobertura(%)	96.66	Cobertura(%)	91.49
Guaiúba		Pacajus		Chorozinho	
População	21.637	População	53.139	População	21.172
Nº ACS	39	Nº ACS	77	Nº ACS	30
Nº ESF	08	Nº ESF	13	Nº ESF	05
Nº ESB	07	Nº ESB	06	Nº ESB	03
Cobertura(%)	100,00	Cobertura(%)	84,40	Cobertura(%)	81,48

FONTE: Ministério da Saúde/ SAS/DAB/ e IBGE, 2009.

3.2.3 Participantes do estudo, coleta e análise dos dados

Atendendo ao conceito de gestor adotado pelo estudo, participaram **13** gestores municipais de saúde, representados por secretários de saúde e coordenadores da atenção básica, coordenadores da vigilância epidemiológica e da educação permanente dos 13 municípios da região Metropolitana de Fortaleza.

Estar secretário de saúde era um critério de escolha, intencional, para o estudo, porém alguns secretários delegaram a sua participação aos coordenadores, por não haver disponibilidade, naquele momento, e outras pelo coordenador dominar as ações, ou seja, ser o real executor das ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

No entanto, utilizamos a expressão gestores para secretários de saúde e coordenadores, uma vez que são atores sociais que desenvolvem direta e/ou indiretamente as atividades de gestão do sistema de saúde dos municípios da RMF.

Portanto, empregamos a definição de gestão como a atividade e

responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).

A escolha por gestores municipais deve-se à descentralização da gestão na saúde, diretriz instituída pelo SUS, que possibilita decisões políticas com base na realidade local.

Para coleta de dados, optou-se para a utilização de entrevista semiestruturada, individual e gravada a partir das seguintes questões norteadoras: (i) Em sua opinião, como seu município convive com a violência entre crianças e adolescentes? (ii) Descreva as metas estruturantes do seu município na área da saúde, e como estão contempladas as ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes (iii) Como o setor saúde desenvolve ações de promoção da saúde com enfoque na criança e no adolescente? (iv) Existem ações de promoção da saúde e prevenção da violência desenvolvidas por outros setores da administração municipal em conjunto com o setor saúde para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes? (APÊNDICE C).

Trentini e Paim (1999) afirmam que a entrevista semiestruturada visa investigar um tema na sua máxima horizontalidade, verticalidade e profundidade, pois poderá descobrir como ocorrem certos fenômenos. Na perspectiva de Gaskell e Bawer (2002), a entrevista qualitativa é uma técnica de coleta de dados amplamente empregada, podendo desempenhar um papel vital na combinação com os outros métodos.

O acesso aos gestores foi intermediado pelos seus assessores e/ou secretários a partir de visitas realizadas nas secretarias dos municípios previamente agendadas por telefone. Os números dos telefones foram identificados pela busca no site disponível da prefeitura do município. De posse desses dados, entrava-se em contato com os gestores municipais de saúde por meio da sua secretária, explicando sobre a importância da pesquisa, tipo de coleta, público alvo e local, e agendava-se horário e data disponível de acordo com a agenda do gestor. A coleta dos dados deu-se no período de dezembro de 2009 a agosto de 2010.

Na data e local agendado, a pesquisadora dirigia-se para o local, onde era atendida pela secretária, aguardava até que o gestor estivesse disponível, porém

mesmo agendado horário, muitas vezes eles estavam ocupados, em reuniões com o prefeito ou tendo que ir a capital, então a entrevista era passada para outra pessoa com nível hierárquico menor, diretamente ligado ao gestor, ou seja, coordenador da atenção básica, coordenador de distrito, ou coordenador da vigilância epidemiológica. Em algumas ocasiões os secretários de saúde, referiam que os coordenadores eram mais “capacitados” para responder essas perguntas do que eles, e então mesmo eles estando lá se recusavam em participar da entrevista.

No primeiro contato com o gestor, no momento da entrevista, foi entregue a carta de informação (APÊNDICE A) ao participante que continha os dados da pesquisadora responsável, título e objetivo do estudo. Desse modo, era informado sobre o caráter voluntário da pesquisa e que não haveria nenhum dano ao participante, além do que seria preservado em todas as etapas da pesquisa o seu anonimato.

Ao aceitar sua participação, ela era confirmada mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), logo em seguida o gestor era indagado sobre o uso do gravador, e em nenhum momento houve recusa na utilização desse recurso, apesar de alguns se sentirem constrangidos com o uso do mesmo, sempre demonstrando defesa em sua fala.

Após a entrevista gravada que foi realizada na própria secretaria de saúde do município, foi transcrita na íntegra, tendo uma média de duração de aproximadamente 10 minutos cada entrevista, perfazendo um total de cento e cinquenta e seis minutos. Stubbe *et al.* (2003) afirmam que a análise dos dados já se inicia com a transcrição, a transformação das falas em texto escrito, pois toda a transcrição é uma aproximação, uma reedição parcial da gravação em que se baseia, nunca é neutra ou recupera plenamente o texto falado. Uma vez que o processo de transcrição é, inevitavelmente, seletivo, envolve certa dose de interpretação e análise.

Gostaria de destacar aqui as limitações dessa pesquisa, pois no geral houve muitos empecilhos, uma vez que o tema pelo que percebi não era de interesse dos secretários e coordenadores, por ser um tema árduo. Eles se sentiam inseguros na sua resposta mesmo eu explicando o objetivo da pesquisa, mas para eles suava um tom avaliativo. Como já havia colocado antes os secretários de saúde são pessoas ocupadas, vivem em reuniões então mesmo com hora marcada eles desmarcavam

quando eu chegava lá e passavam a entrevista para a coordenação, sempre tinham uma desculpa: reuniões.

Para identificação dos municípios selecionados, foram enumerados de 1 a 13 por ordem de acontecimento das entrevistas, com o intuito de manter o sigilo e privacidade dos gestores envolvidos, evitando assim fazê-lo em ordem alfabética para não expor o município, ou seja, caracterizá-lo.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi aplicada na organização da produção dos dados, conforme fases descritas em Lefèvre e Lefèvre (2005). Trata-se de uma forma de representar a opinião coletiva por meio de uma série de discursos, pensamentos, ideias ou posicionamento sobre um dado tema presente em certa formação sociocultural. Como estratégia metodológica, visa tornar mais clara a expressão de uma determinada “figura”, ou seja, a representação social sobre um fenômeno vivenciado.

Para Lefèvre e Lefèvre (2005), quando a técnica tende a afirmar o pensamento individual como representação do que pensa a coletividade, os autores expressam o pensamento coletivo como se tratando da presença internalizada na reflexão de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. E para obter o pensamento coletivo, é preciso, portanto, convocar os indivíduos, um a um, que exporão seu pensamento social internalizado, livre de pressão psicossocial do grupo. O conjunto dessas individualidades opinantes pode representar, sociologicamente, uma coletividade.

Seguindo os passos da técnica, descritos por Lefèvre e Lefèvre (2005) e aplicados por Collares (2010), no primeiro momento da análise, as entrevistas foram gravadas e transcritas para serem agrupadas e tabuladas.

Pondo em prática esta técnica, no primeiro passo, as respostas dos sujeitos à questão número um foram transcritas literalmente em componente denominada “Instrumento de Análise de Discurso 1” (IAD 1) e, do mesmo modo, as respostas à questão 2 no instrumento IAD 2 e assim sucessivamente em todas as questões.

Cada instrumento consta de um quadro com duas colunas, sendo a primeira disposta “Expressões-Chave” (ECH) e a segunda, as “Ideias Centrais” (IC). O conjunto dos depoimentos compôs as “Expressões Chave” (ECH). Assim, cabe ao pesquisador ler o conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas, destacando

expressões-chave. Para Lefèvre e Lefèvre (2005), as ECH são transcrições literais ou trechos do depoimento que revelam a essência do discurso.

No segundo momento, a identificação e retirada das ECH, partes dos discursos eleitos com o *status* de IC, estabelecem a IC, definindo-a como expressão linguística que revela ou mesmo descreve, de forma sintética e o mais fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados.

No terceiro passo, etiquetadas e transferidas para o IAD2, as ICs foram trabalhadas no sentido de agrupá-las em ICs sínteses ou complementares, ou seja, reduzindo o mais possível a finalidade de análises.

A quarta etapa ocorreu com a “etiquetagem” dessas IC’s, com letras A, B e C... D, assim agrupando-as, de forma que todas as IC’s com a mesma etiqueta se tornassem síntese que denotassem as expressões em conjunto, sendo este o quinto passo.

Na sexta e última etapa, deu-se origem ao Discurso do Sujeito Coletivo, quando as ICs coincidentes foram editadas de um modo que permitiu resguardar uma natureza discursiva e, ainda, sua autonomia como objeto empírico.

Os dados, após serem processados, configuram-se como o DSC de 13 gestores em saúde da RMF. Dessa forma, obtivemos para a primeira questão quatro IC’s, na segunda questão três IC’s, e para a terceira e a quarta questões duas IC’s e respectivos DSC’s.

No Quadro 2 evidenciam-se as IC’s que emergiram do estudo:

1 O CONVÍVIO COM A VIOLÊNCIA
(1.1) <i>trabalho intersetorial</i>
(1.2) <i>preocupação e o constante desafio</i>
(1.3) <i>carência de políticas efetivas e cooperação do setor saúde</i>
(1.4) <i>resistência dos profissionais e subnotificação</i>
2 AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA
(2.1) <i>implantação das ações intersetoriais</i>
(2.2) <i>fortalecimento da atenção básica e o processo de notificação</i>
(2.3) <i>não há metas específicas</i>
3 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
(3.1) <i>ações como preconizadas pelo Ministério da Saúde no PSF</i>
(3.2) <i>desenvolvimento de programas e projetos</i>
4 EXISTÊNCIA DE AÇÕES INTERSETORIAIS
(4.1) <i>realização das ações intersetoriais e intrasetoriais na prevenção da violência</i>
(4.2) <i>não existem ações intersetoriais na prevenção da violência</i>

Todos os quadros elaborados e expostos representam o pensamento coletivo, que equivale a sua explicação ou interpretação. Assim, durante a construção do DSC, o pensamento foi o de tentar dar sequência para se criar um discurso lógico e agora coletivo. Para realização deste objetivo, foi preciso estar atento ao início, meio e fim, do mais geral para o menos, utilizar conectivos para a coesão do discurso e evitar ideias repetidas e as particularidades, já que se trata agora de um DSC, conforme explica Lefèvre e Lefèvre (2005).

3.2.4 Preceitos Éticos

Os pesquisadores deste projeto estiveram comprometidos com os procedimentos éticos, em todas as etapas, em respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), parecer de n. 351/2009.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterizações dos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF)

No que concerne à caracterização dos municípios, foram obtidas informações quanto à demografia, taxa de crescimento, taxa urbanização, população, analfabetismo, educação e nível habitacional. As informações foram alcançadas no site observatório das metrópoles (CIDADE, 2008; IBGE, 2010).

Tomamos essas informações com o intuito de nos aproximarmos sociodemográfico e economicamente dos municípios, a fim de conhecer os indicadores e situações de famílias que induzem crianças e adolescentes à vulnerabilidade da violência.

Henrique e Calvo (2009) afirmam que a compreensão dos fatores associados ao sucesso da implantação de políticas públicas é muito importante para estabelecer incentivos e propostas de correção. Alguns dos fatores a serem considerados na análise de programações locais de saúde são indicadores sociais e os determinantes geopolíticos dos municípios, tais com o porte populacional dos municípios, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), o gasto *per capita* público com saúde e o grupo político na gestão municipal.

Os municípios brasileiros caracterizam-se por serem uma unidade político-administrativa autônoma da Federação e por serem o local privilegiado de prestação de serviços públicos e a participação políticas dos cidadãos (CAMARGO, 2004).

O IDH foi criado nos anos oitenta pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD) e mede o desenvolvimento humano através da análise de três dimensões: educação (alfabetização e taxa de matrícula), a longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O IDH municipal mantém essas mesmas dimensões, com metodologia mais específica para avaliar grupos menores (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Estudos apontam que o grau de escolaridade e renda familiar das famílias estão relacionados diretamente com o envolvimento com a violência e relatam como principais causas da violência a pobreza, a marginalidade e a exclusão social,

podendo refletir na alta taxa de desocupados, o que tem consequência na pobreza e na miséria (PALAZZO *et al.*, 2008; XIMENES *et al.*, 2005).

A Região Metropolitana de Fortaleza é formada por um conjunto de 13 municípios, conforme o estudo, constituindo-se por um importante aglomerado demográfico, o qual é possuidor de grande expressão política e econômica. Sua institucionalização se deu antes que o processo de metropolização se manifestasse, mas sua oficialização foi instituída por força legal (Lei Complementar N14/73).

Quanto à demografia, a taxa de crescimento populacional encontra-se 2,44% no período entre 1991 – 2000, concentrando uma população de 2.984.689 habitantes. Representa 53,4% da população urbana do Estado do Ceará, sendo a capital Fortaleza responsável por 46,5% dessa população.

A taxa de urbanização da RMF (96,5%) é superior à do Estado do Ceará (71,5%). Nela encontram-se municípios com a população exclusivamente urbana, (Fortaleza e Eusébio), e municípios abaixo da média do Ceará (São Gonçalo do Amarante (62%) e Chorozinho (50,2%)).

A população da RMF, há dez anos, é avaliada com um perfil etário bastante jovem, com uma participação média do grupo com idade entre 0 e 14 anos na ordem de 31,1%. A faixa mais ativa de 15 a 64 anos representa 64% e os idosos com faixa etária de 65 anos e mais são 4,9% da população.

Em relação à educação, as mais altas taxas de analfabetismo de pessoas com 15 anos e mais na RMF estão concentradas no quintil que varia de 18,0 a 33,4%, com destaques para as áreas: zonas rurais dos municípios de Caucaia, Maranguape, Aquiraz, em municípios com predominância das atividades rurais: Chorozinho, Guaiúba, São Gonçalo do Amarante, em municípios que estão passando por uma reestruturação produtiva, com recente processo de industrialização (Horizonte, Pacajus, Itaitinga, Eusébio).

As maiores taxas de analfabetismo coincidem com as de maiores índices de analfabetismo funcional (57,18% a 34,71%), ou seja, pessoas de 15 anos de idade sem instrução ou com até 3 anos de estudo, e os responsáveis pela família sem instrução ou com até 3 anos de estudos, são eles: Chorozinho, Guaiúba, S.G. Amarante, Itaitinga, Horizonte, Pacajus, nas zonas rurais e de praias (Tabuba, Cumbuco e Icarai) de Caucaia, Aquiraz (Iguape) e de Maranguape.

Em relação às condições de moradia e à acessibilidade às redes de infraestrutura mostram-se bastante desiguais, com exceção do amplo acesso às redes de energia para as unidades domésticas, verificando-se diversos processos que demonstram as disparidades no espaço metropolitano.

Analisando a RMF, constata-se que há mais de 52.897 domicílios sem abastecimento de água. Fortaleza, Maracanaú e Eusébio, municípios com 100% de urbanização, ainda possuem domicílios sem abastecimento por rede, totalizando quase 22.000 moradias.

Em se tratando de saneamento, considerou-se adequado apenas o esgotamento sanitário, realizado pela concessionária de água e esgoto e a construção de fossas sépticas. Constata-se que apenas 6 de 10 pessoas vivendo na RMF possuem esgotamento adequado.

Considerando o total da população da RMF, tem-se que acima de 71% dos domicílios possuem todos os bens considerados de uso difundido: rádio, TV, geladeira. No que diz respeito à propriedade de dois bens de média difusão (carro, vídeo, máquina de lavar, telefone), observa-se que menos de um terço da população dos domicílios apresentam capacidade de aquisição. E menos de 32% possuem computador, micro-ondas e ar condicionado.

Dentre os municípios com altos percentuais de propriedade de bens de uso difundido, destaca-se Fortaleza, Maracanaú, Pacatuba e Eusébio. E os extremos são Chorozinho e S.G. Amarante. Em relação ao déficit habitacional, observa-se um dado alarmante, visto que mais de 40 mil famílias encontram-se desprovidas de banheiros em sua residência e mais de 10% das famílias sofrem com a densidade excessiva (mais de três ocupantes por cômodo utilizado como dormitório).

O universo metropolitano é complexo e contraditório, em função da deficiência ou mesmo ausência de políticas públicas capazes de discutir e propor, em conjunto, a gestão urbana e superar os problemas socioambientais.

Na perspectiva da gestão do território, o espaço metropolitano tem suas especificidades. Coordenar a administração de municípios com autonomia formal e representação popular exige uma organização que resulte de acordo voluntário entre agências governamentais autônomas.

Para melhor visibilidade e organização dos resultados da análise dos municípios, dividimos a apresentação deles por número populacional: mais de 100 mil habitantes: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú e Maranguape; de 50 a 100 mil habitantes: Aquiraz, Pacajus, Pacatuba e Horizonte; e menor de 50 mil habitantes: São Gonçalo do Amarente, Eusébio, Itaitinga, Guaiúba e Chorozinho.

Municípios com mais de 100 mil habitantes

Fortaleza (2.473.614 hab), Caucaia (326.811 hab), Maracanaú (199.808 hab) e Maranguape (108.525 hab) constituem os municípios da RMF com mais de 100 mil habitantes (IBGE/DATASUS/SESA/COPROM/NUIAS/, 2009).

No Quadro 3, descrevermos observações obtidas quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, densidade demográfica, esperança de vida ao nascer e renda per capita, dos respectivos municípios.

	Fortaleza	Caucaia	Maracanaú	Maranguape
IDH	0,79 (2000)	0,72 (2000)	0,74 (2000)	0,69 (2000)
Densidade Demográfica	4.1 hab / km ² (2000)	4.2 hab / km ²	4.3 hab / km ²	4.4 hab / km ²
Esperança de Vida ao Nascer	70,28 (2007)	70,83 anos (2000)	70,58 anos (2000)	69,16 anos
Renda per capita	306,70 (2004)	129,23 (2004)	129,75 (2004)	105,8

Fonte: IBGE / DATASUS / SESA / COMPROM / NUIAS

Municípios de 50 a 100 mil habitantes

Aquiraz (70.439), Horizonte (52.488), Pacajus (58.281) e Pacatuba (70.018) constituem os municípios da RMF que possuem entre 50 a 100 mil habitantes (IBGE/DATASUS/SESA/COPROM/NUIAS/, 2009).

No Quadro 4, descrevemos o Índice de Desenvolvimento Humano, densidade demográfica, esperança de vida ao nascer e renda per capita de municípios entre 50 a 100 mil habitantes.

	Aquiraz	Pacatuba	Pacajus	Horizonte
IDH	0,67	0,72	0,68	0,68
Densidade Demográfica	4.3hab / km ²	4.3 hab / km ²	4.2hab / km ²	4.2hab / km ²
Esperança de Vida ao Nascer	70,28 anos	70,89 anos	70,28 anos	70,28 anos
Renda per capita	123,29	100,16	105,87	125,68

Fonte: IBGE / DATASUS / SESA / COMPROM / NUIAS

Municípios com menos de 50 mil habitantes

São Gonçalo do Amarante (42.311), Eusébio (40.426), Itaitinga (32.382), Guaiúba (23.502) e Chorozinho (18.770) constituem os municípios da RMF que possuem menos de 50 mil habitantes (IBGE/DATASUS/SESA/COPROM/NUIAS/, 2009).

No Quadro 5, descrevemos o Índice de Desenvolvimento Humano, densidade demográfica, esperança de vida ao nascer e renda per capita de cada município.

	S. G. Amarante	Eusébio	Itaitinga	Guaiúba	Chorozinho
IDH	0,64	0,68	0,68	0,65	0,63
Densidade Demográfica	4.3hab/km ²	4.3hab/km ²	4.3hab/km ²	4.4hab/km ²	4.2hab/km ²
Esperança de Vida ao Nascer	65,36	70,28	67,48	69,87	70,28
Renda per capita	81,06	107,13	96,53	71,39	82,42

Fonte: IBGE / DATASUS / SESA / COMPROM / NUIAS

4.2 Gestores em saúde da RMF

Para que fosse possível conhecer os gestores em saúde, realizamos um levantamento sobre as características sociodemográficas, em que foram contempladas as variáveis: idade, sexo, estado civil, formação acadêmica e profissional, pós – graduação, capacitação na área da gestão, experiência como trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) e como gestor e tempo de gestão, que serão demonstradas a seguir.

Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica dos gestores em saúde da RMF, Ceará, 2010. (n=13)

Caracterização	n
Sexo	
Masculino	4
Feminino	9
Faixa Etária	
20 – 30	3
31 – 40	2
41 – 50	6
> 50	2
Estado Civil	
Casado	7
Solteiro	4
Divorciado	1

Fonte: Pesquisa Direta

Predominou entre os gestores em saúde, sexo feminino (9), a idade mínima foi de 27 anos e a máxima de 74, com uma média de 43 anos, e quanto ao estado civil (7) são casados (Quadro 6).

Quanto à formação acadêmica e profissional, (7) são enfermeiros, (7) são coordenadores da secretaria de saúde dos seus municípios, (7) possuem entre 11 a 20 anos de formado, os treze afirmaram que já realizaram pós-graduação (Quadro 7).

Em relação à formação na área da gestão, (11) realizaram curso na área da gestão, todos afirmaram que necessitam de capacitação para exercer bem seu papel de gestor, (8) já trabalharam na ESF, (9) não possuem experiência como gestores em outros municípios e (8) têm de 1 a 10 anos de experiência na gestão (Quadro 7).

Quadro 7 - Caracterização dos gestores em saúde em relação à formação acadêmica e profissional. RMF, Ceará, 2010. (n=13)

Características	N
Profissão	
Enfermeiro	7
Dentista	2
Engenheiro	1
Pedagogo	1
Fisioterapeuta	1
Administrador	1
Ocupação	
Secretario saúde	6
Coordenador	7
Tempo Formado	
1 a 10 anos	4
11 a 20 anos	7
>20 anos	2
Pós – graduação	
Sim	13
Não	--
Curso Gestão	
Sim	11
Não	2
Curso capacitação	
Sim	13
Não	--
Trabalhou na ESF	
Sim	8
Não	5
Experiência na gestão em outros municípios	
Sim	4
Não	9
Tempo gestão	
< 1 ano	2
1 a 10 anos	8
>10 anos	3

Fonte: Pesquisa Direta

Um estudo realizado com gestores (15) de 12 municípios pertencentes à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), sobre a concepção dos gestores no agir em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), mostrou que 93,33% dos gestores são do sexo feminino, a média de idade de 35 anos, sendo a mínima de 23 e a máxima de 49.

No que diz respeito à formação, 93,33% (n=14) têm Ensino Superior Completo, enquanto 6,66% (n=1) têm Ensino Superior Incompleto. Das gestoras que têm curso superior completo, 71,42% (n=10) são enfermeiras, enquanto as demais são médicas, psicólogas ou assistentes sociais. Das gestoras com Ensino Superior

Completo, 85,71% (n=12) apresentam curso de especialização, sendo que 83,33% (n= 10) destas especializaram-se em Saúde da Família. Ainda, 14,28% (n=2) tinham concluído curso de Mestrado (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Na perspectiva do trabalho na Coordenação da SF, o tempo médio de atuação no cargo foi de 21 meses, variando de 1 a 72 meses. Verificou-se que 40% (n=6) das gestoras referiram tempo na coordenação inferior a um ano; além de que 53,33% (n=8) dos sujeitos referiram atuação concomitante na Coordenação e na assistência em saúde, não necessariamente na ESF, com divisão de sua carga horária entre ambas as funções (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Neste estudo, a maioria dos gestores é do sexo feminino e enfermeira, possui especialização, já trabalhou na assistência em saúde e tem experiência na gestão, com resultados similares a pesquisa de Figueiredo *et al.*, (2010).

Estudo realizado por Souza e Santana (2007) aponta que nos últimos anos os enfermeiros têm assumido, crescentemente, cargos de gestão e gerência de serviços e unidades de saúde, o que coloca nas condições de formuladores e executores de políticas de atenção. Portanto, a compreensão que esses profissionais possuem sobre a violência e seus efeitos tendem a repercutir e influenciar no modo como tratam as vítimas no dia a dia de trabalho.

5 DISCURSOS COLETIVOS DE GESTORES DO SETOR SAÚDE

Neste capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa empírica, obtidos em entrevistas com treze gestores em saúde, da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), sobre ações intersetoriais efetivas para a prevenção da violência e promoção da saúde. Partimos da ideia que as funções gestoras no SUS podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área de saúde (SOUZA, 2002).

Tomamos como base para obtermos o conhecimento das ações realizadas pelos gestores em saúde a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004).

Como meta, para os municípios brasileiros, o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde propõe qualificar e articular a rede de atenção integral a pessoas vivendo em situações de violência e desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis. Acrescenta que deve garantir a implantação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais, estimular os estudos e pesquisas estratégicas e capacitar profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os polos de educação permanente loco - regionais.

Estudos têm revelado interesse em saber o que os gestores em saúde estão fazendo em prol da prevenção da violência em seus municípios (SOUZA; SANTANA, 2009; SOUZA; SANTANA, 2007; DESLANDES *et al.*, 2006), já que o Ministério da Saúde tem investido grandemente na capacitação de gestores e profissionais (CLAVES, 2007), formulação e implantação de políticas (BRASIL, 2004), acreditando que a iniciativa deva partir da sensibilidade e do conhecimento que eles têm sobre a violência e as políticas que regem ações de combate.

Acrescentando que os gestores são atores sociais responsáveis pela operacionalização das políticas vigentes em nossos estados e municípios e devem ser e se posicionar como articuladores e líderes dessas ações.

5.1 O convívio com a violência entre crianças e adolescentes

Os gestores ao serem indagados sobre como seu município convive com a violência entre crianças e adolescentes, surgiram 4 IC's: (A) *Trabalho Intersetorial* (B) *Preocupação e o constante desafio*, (C) *Carência de políticas efetivas e cooperação do setor saúde* e (D) *Resistência dos profissionais e subnotificação*.

Os depoimentos suscitaram os DSC analisados a seguir.

IC (A) <i>trabalho intersetorial</i>
DSC
<i>Trabalhando a intersetorialidade, nós trabalhamos muito as questões do Estatuto da Criança e do Adolescente, nós temos um Conselho de Direito e um Conselho Tutelar bem atuante, estão sempre interligados com as demais secretarias. Temos instalado nas próprias Unidades Básicas de Saúde e no próprio Hospital, as comissões de maus- tratos contra crianças e adolescentes. O médico atende, encaminha para o hospital e lá tem toda uma documentação, um protocolo que é para ser preenchido; ele entra em contato com o Conselho Tutelar pra fazer esse intermédio e pronto. Temos planos de ação e metas em todo o período do carnaval. Também contamos com as metas das ONGS. A gente participou de uma oficina pra criação do Espaço Jovem pra fazer multiplicadores com os adolescentes até os 17 anos, é uma parceria com ação social, saúde e educação, tem mais dois outros projetos que tiram a criança da rua, trabalham com trabalhos educativos: o Fórum Permanente pela vida e o SPE, que é Saúde Prevenção nas Escolas. Tem ainda o PSE, que é o Programa Saúde do Escolar, então a gente vem desenvolvendo vários processos de implantação e implementação de ações para promoção [da saúde] e para prevenção da violência contra crianças e adolescentes. A gente fez uma capacitação para seleção de facilitadores que envolveram todas as redes sociais, a atenção básica, saúde mental, rede hospitalar. A gente desencadeou um grande processo de capacitação das Equipes de Saúde da Família, trabalhando também na questão da promoção e focando muito a prevenção da violência contra crianças e adolescentes. (G2, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G13).</i>

O discurso acima revela que os gestores conhecem bem o sentido de trabalhar a intersetorialidade, quando afirmam que trabalham ações de prevenção com as ONG's, Conselho Tutelar, com a Secretaria de Educação, com os Conselhos de direito, com as Unidades Básicas de Saúde, com o próprio hospital, com o atendimento pré-hospitalar através das ambulâncias do SAMU.

Surge a curiosidade de saber como são operacionalizadas essas ações, pois trabalhar a intersetorialidade requer ação integrada envolvendo todas as secretarias da administração municipal e respeito às peculiaridades de cada uma. Portanto, trabalhar as ações intersetoriais para o enfrentamento da violência é importante na

medida em que exige a participação da sociedade, dos setores públicos, dos profissionais e dos gestores.

O trabalho intersetorial está entre as principais diretrizes da Política de redução da morbimortalidade por violência e acidentes (BRASIL, 2001; 2005), quando fala da assistência interdisciplinar e intersetorial para as vítimas de acidentes e violências.

Então trabalhando nessa perspectiva, destacamos aqui as diretrizes propostas pela Política: promoção a adoção de comportamentos e ambientes saudáveis, monitorização das ocorrências dos casos de acidentes e violências, sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001; 2005).

Em relação à promoção à adoção de comportamentos e ambientes saudáveis, percebemos que os gestores realizam ações em relação a essa diretriz quando afirmam *“A gente participou de uma oficina pra criação do Espaço Jovem pra fazer multiplicadores com os adolescentes até os 17 anos, é uma parceria com ação social, saúde e educação (...)”*.

O Espaço Jovem é um projeto desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), as secretarias de Ação Social, Esporte e Juventude e a ONG Propares. Os jovens por meio do protagonismo podem se tornar promotores do desenvolvimento integral da saúde do adolescente, em suas comunidades, onde eles vão ser multiplicadores para outros jovens (SESA, 2005).

Eles participam de uma capacitação, com 18 oficinas sobre os temas: educação social e protagonismo juvenil, questão de gênero, amor e vulnerabilidade, *o ficar*¹, prevenção de DST/AIDS na adolescência, aborto e diversidade sexual. Esses temas ao contemplarem dimensões da saúde integral de jovens, ainda que não explicitados por alguns gestores como possibilidades de prevenir a violência, contribuem para a sua prevenção. Ressalta-se que, nesse contexto de atividades, os adolescentes estão dialogando entre os pares, transformando visões de mundo, reorientando estilos de vida que sinalizam transformações sociais.

¹ Ficar: Trocar carinhos sem compromisso de namoro (FERREIRA, 2010).

Em relação à monitorização das ocorrências dos casos de acidentes e violências, os gestores abordam essa monitorização quando afirmam “*O médico atende, encaminha para o hospital e lá tem toda uma documentação, um protocolo para ser preenchido; ele entra em contato com o Conselho Tutelar pra fazer esse intermédio e pronto (...)*”.

Os discursos desses gestores referem que os profissionais têm o conhecimento sobre a notificação da violência contra crianças e adolescentes e a monitorizam pela abordagem dos casos de violência que dão entrada nas unidades de saúde e mediante os encaminhamentos ao Conselho Tutelar e a Secretaria de Saúde dos municípios.

É importante essa monitorização tanto para o acompanhamento dos casos de violência com o intuito de evitar casos novos e repetição dos mesmos casos, como formar uma base de dados que irá compor o perfil dessa população, retroalimentar a formulação de novas políticas voltadas à realidade exposta pelos dados epidemiológicos e indo ao encontro do que preconiza a vigilância à saúde.

Quanto à sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, os gestores apontam que existem casos que são “*encaminhados para o hospital*”, por meio do atendimento pré-hospitalar.

O atendimento pré-hospitalar do SUS é dividido em pré-hospitalar móvel e fixo. Essa assistência ocorre em via pública, no domicílio ou em locais públicos, por meio da utilização de recursos adequados à complexidade do caso. E o pré-hospitalar móvel é constituído pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (BRASIL, 2006).

Tendo em vista que a maioria dos casos de violência que adentra o hospital é vítima da violência com lesões fatais e não fatais, estes dependem da agilidade desses atendimentos. Destaca-se estudo realizado por Silva *et al.* (2009) ao identificarem que o atendimento pré-hospitalar é um serviço com problemas estruturais e de planejamento, nos quais salientam-se as precariedades das condições de trabalho e a fragilidade de vínculos.

Em relação à capacitação dos profissionais, os gestores relataram que para aqueles que trabalham nos projetos com adolescentes “*(...) a gente fez uma capacitação para seleção de facilitadores que envolveram todas as redes sociais, a*

atenção básica, saúde mental, rede hospitalar. A gente desencadeou um grande processo de capacitação das Equipes de Saúde da Família, trabalhando também na questão da promoção e focando muito a prevenção da violência contra crianças e adolescentes.”

A capacitação dos profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde deve ser permanente, pois na atenção básica há um grande rodízio no quadro dos profissionais, dificultando a criação de vínculos com a comunidade, a identificação de situações limites, as discussões sobre o tema entre as equipes e gestores, esvaziando o princípio da cogestão (CAMPOS, 2010), com prejuízos imensuráveis para a apreensão do que seja promoção da saúde por todos envolvidos com o processo de melhoria da saúde e qualidade de vida desses municípios.

Este embate agrava-se quando os profissionais capacitados não devolvem seu conhecimento com mudanças em sua prática, considerando que não permanecem nas Unidades de Saúde (CAMPOS; MALIK, 2008), seja pelo aparecimento de novas oportunidades de trabalho (entenda-se propostas salariais) ou pela fragilidade da política partidária.

A literatura retrata a preocupação de pesquisadores sobre esta dimensão que se tornou em entrave, já que o modelo do Programa de Saúde da Família (PSF) se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe e população, e a alta rotatividade desses profissionais pode comprometer a efetividade do programa (CAMPOS; MALIK, 2008; MELO *et al.*, 2008).

Observamos que esse discurso suscita várias abordagens em relação à prevenção da violência contra crianças e adolescentes, trabalhando na perspectiva da abordagem intersetorial.

IC (B) <i>Preocupação e o constante desafio</i>
DSC
<i>Nós observamos que a violência vem aumentando a cada dia, então a preocupação do município é detectar qual intervenção que deveremos atuar, pois em cada um deles a intervenção é diferente. Estamos vivendo com muita preocupação, não apenas com a violência entre crianças e adolescentes, mas a violência de forma geral. A gente sabe que é uma das maiores preocupações da população e da gestão aqui do nosso município, porque é um desafio constante para gestores e para comunidade. (G1, G3, G4, G5, G12).</i>

Em relação ICB “*preocupação e o constante desafio*”, podemos perceber em seus discursos que os gestores sentem-se inseguros e amedrontados com a situação da violência. Destacam que ela (violência) vem aumentando a cada dia e a veem de uma forma geral não apenas específica para o grupo da criança e do adolescente.

“*Estamos vivendo com muita preocupação, não apenas com a violência entre crianças e adolescentes, mas a violência de forma geral.*” Por meio desse discurso, os gestores mostram o medo, preocupação e desafio constante que é enfrentar a violência em seus municípios, notamos então que eles ainda estão com discurso de impacto pelos números alarmantes dos casos de violência e não de intervenção e ação.

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor saúde preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerado um problema exclusivo da área social e jurídica, para ser também incluída no universo da saúde pública (MINAYO; DESLANDES, 2007; BRITO *et al.*, 2005).

Vieira *et al.*, (2009) destacam que a violência é um dos motivos de preocupação e medo no cenário nacional, a exemplo das mortes crescentes causadas pelas agressões, homicídios, acidentes de transporte, entre outras situações.

Pesquisa que analisou a ocorrência de homicídios na população em geral, homicídios juvenis, óbitos por acidentes de transporte e mortes por arma de fogo nos 5.564 municípios brasileiros, situa o município de Fortaleza no oitavo *rank* de mortes por homicídios, em 2006, com uma taxa de 35,4/100.000 mil habitantes, para uma população estimada de 2.389,700 (WAISELLFIZ, 2008).

Contudo, o aumento crescente da violência apresenta uma tendência nos últimos anos com aumento expressivo no coeficiente de mortalidade por causas externas na faixa etária de 0 a 19 anos (COSTA *et al.*, 2003; BARROS, 2001), o estudo condiz com o discurso dos gestores, o que acarreta maior preocupação.

Os gestores também revelam que, além da preocupação e desafio, convivem com a violência, idealizando ações e diagnosticando intervenções, ou seja, que essas “ações” ainda não transpuseram o nível de planejamento para a gestão. Eles

pontuam que “a violência vem aumentando a cada dia, então a preocupação do município é detectar qual intervenção que deveremos atuar (...)”.

No nosso entendimento, os gestores têm intenção em avançar do plano para a ação, pois se mostram preocupados com o aumento da violência e seu combate, mas a magnitude e as graves repercussões da violência na sociedade não permitem a inércia e nem tampouco permanecer em ideias.

IC (C) <i>Carência de políticas públicas efetivas</i>
DSC
<i>Em nosso município a gente identifica uma carência de políticas realmente efetivas voltadas para o combate a violência infantil e adolescente. Quem trabalha mesmo, quem acompanha a história da violência, tem projetos e desenvolve é ação social e a educação. Na saúde a gente dá um suporte junto com a equipe, ou seja, a gente faz a ponte, entre o PSF [Programa Saúde da Família], o Conselho Tutelar e o Conselho da criança e do adolescente de combate a violência. Assim existe essa cooperação, mas não existe um projeto da saúde específico para trabalhar isso, porque sempre foi mais ligada à ação social e a educação. (G10, G11).</i>

Alguns gestores afirmaram que seus municípios convivem com a violência entre crianças e adolescentes, com *carência de políticas públicas efetivas* (ICB). Revelam ainda que o setor saúde não adotou a violência como demanda, ao declarar que a educação e a ação social “é quem acompanha a história da violência”.

Esse discurso demonstrou os aspectos dos gestores frente ao convívio com a violência, uma vez que os gestores reconhecem a fragilidade da efetivação das políticas públicas como um problema para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

Minayo (2007) ao descrever a trajetória da inclusão da violência na agenda do setor, nos traz em lembrança que, entre o período de 2001 a 2006, o Ministério da Saúde apresentou importante evolução na legitimação da Política Nacional de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001).

Destacamos então as principais evoluções políticas para o enfrentamento da violência: 1) a Portaria 1.968/2001 (BRASIL, 2001), que trata da notificação obrigatória dos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de

maus-tratos contra crianças-adolescentes; 2) a Portaria 1.969/2001 (BRASIL, 2001) que dispõe sobre o registro e o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas; 3) as Portarias SAS/Ms n. 969 (BRASIL, 2001) e 970/202 (BRASIL, 2002) que disponibilizam uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar com mais qualidade os dados sobre os que sofreram acidentes e violências (MINAYO, 2007).

Percebe-se, então, que estamos com um bom aparato de políticas e portarias a favor da prevenção da violência, porém falta conhecimento dos gestores do funcionamento dessas políticas, carece de ações de implantação e implementação das mesmas e capacitação dos gestores e profissionais para realizar ações abrangentes.

Os gestores falam que há uma carência de políticas realmente efetivas “*a gente identifica uma carência de políticas realmente efetivas voltadas para o combate a violência infantil e adolescente*”, mas se contradizem quando em nenhum momento se reportam às políticas e planos que existem para amparar as ações de prevenção da violência e promoção da saúde.

Observamos, então, que esse é um discurso oficial entre os gestores e que está de certa forma enraizado, quando pensamos em sua formação acadêmica e profissional.

Vendrusculo, Ferriani e Silva (2007), em seu estudo sobre as políticas públicas de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, concluem que o Estado deveria implantar outras políticas de atendimento a esse grupo e orienta rever as políticas já existentes, avaliando a sua eficácia.

Estudo realizado por Deslandes *et al.* (2006), em cinco capitais brasileiras, mostra a desarticulação entre os setores de atendimento às vítimas de acidentes e violências nos serviços do pré-hospitalar móvel, hospitalar e reabilitação, por falta de conhecimento entre os gestores da Política de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências e, conseqüentemente, carência de suas realizações.

Os gestores ao afirmarem que há carência de políticas públicas efetivas corroboram com os estudos de Brito *et al.* (2005) ao assegurar que no Brasil há carência de políticas públicas eficazes que viabilizem a criação e, principalmente, a

manutenção de programas preventivos e de tratamento, necessários para promover o aprimoramento e evolução de técnicas eficazes no enfrentamento dessa problemática. A literatura confirma essa compreensão (VIEIRA *et al.*, 2009; BRITO *et al.*, 2005).

Souza e Santana (2009) certificam que o Estado tem se tornado o principal responsável pela violência estrutural, uma vez que coabitam com políticas públicas descomprometidas, apesar da garantia dos direitos humanos universais da criança e dos adolescentes proposta pela Constituição (BRASIL, 1988) e ECA (BRASIL, 1990).

O discurso dos gestores revela que o setor saúde não tem a violência como uma demanda, pois “acredita” que a questão da violência contra crianças e adolescentes não é problema seu, não é problema da saúde, é da assistência social, da educação como falam os gestores “*Quem trabalha mesmo, quem acompanha a história da violência, tem projetos e desenvolve é ação social e a educação*”.

“*Na saúde a gente dá um suporte junto com a equipe, ou seja, a gente faz a ponte, entre o PSF [Programa Saúde da Família], o Conselho Tutelar e o Conselho da criança e do adolescente de combate a violência*”, denotando que os gestores da saúde aparentam não se sentirem responsáveis pelo combate à violência contra esse grupo.

Estudo realizado por Minayo e Deslandes (2009) denota que os gestores entrevistados mencionaram a relevância das ações de prevenção da violência e promoção, contudo são unânimes em reconhecer que pouco tem sido o investido nesse sentido, quanto à capacitação dos profissionais e os próprios gestores são resistentes para liberação do seu pessoal para as capacitações.

No Brasil, foi a partir de 1980 que a violência entra como tema na agenda dos debates políticos e sociais e no campo programático da saúde (MINAYO, 2007). Destaca-se ainda que a violência ganhou visibilidade no fim do regime militar. A violência policial, os esquadrões da morte e os linchamentos contra a população pobre, e em particular contra crianças e adolescentes, começaram a ser divulgados e debatidos (GALHEIGO, 2008).

Vale salientar que logo após essa época, em 1990, ocorreu a reestruturação das políticas públicas, novas intenções descentralizadas puderam ganhar corpo,

fazendo com que um número significativo de organizações não – governamentais começasse a desenvolver iniciativas de enfrentamento desse fenômeno. Iniciativas governamentais e sociais começaram a ser relatadas e discutidas (GALHEIGO, 2008).

Em relação à violência contra crianças e adolescentes, o setor de saúde adquiriu, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), um mandato social para atuar na prevenção, diagnóstico e notificação de casos de violência. Criou-se, assim, um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como a orientação as famílias (BRASIL, 2008).

A violência não se restringe enquanto um campo da Saúde, ao contrário, é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais, e este é um desafio para o setor Saúde. Deslandes (1999), em seu estudo sobre a prevenção da violência, recomenda que as Secretarias de Saúde a reconheçam como demanda desse setor.

Considerando o Estado, como poder público representado pelos gestores, este 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 (SOUZA; SANTANA, 2007).

IC (D) <i>Resistência dos profissionais e subnotificação</i>
DSC
<i>Os profissionais da atenção básica já são treinados, mas há uma demanda muito grande de profissionais que recusa dar continuidade a esse trabalho. Em relação à atenção básica, recai sobre os enfermeiros e profissional de saúde de maneira geral que estejam enviando notificações de violência e a gente não tem recebido notificações. Eu então creio que não é nem por que não exista, eu acho que tem é subnotificação mesmo. Todos os postos de saúde têm aquela ficha de notificação de maus-tratos, mas, repito, eu ainda não recebi dos profissionais nenhuma notificação desse tipo, porque a gente sabe que existe, tomo conhecimento dos casos pelo Conselho Tutelar e, às vezes a gente observa no plantão. (G4, G11).</i>

Na IC (C) os gestores discorrem sobre a resistência dos profissionais da atenção básica no enfrentamento da violência e isso acarreta uma subnotificação

dos casos, como descrita na fala: “... há uma demanda muito grande de profissionais que recusa dar continuidade a esse trabalho”.

A atenção básica é vista como a porta de entrada para o sistema de saúde, então lá é que seria a maior possibilidade de dar entrada crianças e adolescentes vítimas de violência, porém não é dessa forma que acontece, pois essa violência é silenciada, muitas das vezes, acarretando uma consequência maior na vida desses seres e evidenciada quando já estiver num estágio mais avançado de lesões não fatais e fatais.

Para Starfield (2002), a atenção primária em saúde (APS) ou atenção básica, como termo utilizado no Brasil tanto na política oficial como no âmbito acadêmico, deve ser compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção da saúde, manutenção e melhora da saúde.

As equipes de Atenção Básica, pela proximidade com a população, devem ficar ainda mais sensíveis e vulneráveis ao problema. Pois é, sem dúvida, um espaço de trabalho que facilita a identificação da violência “oculta” que ocorre dentro das casas, nas famílias, nas escolas, nos ambientes de trabalho. Por outro lado, o vínculo que se estabelece com as famílias torna esse espaço também privilegiado para a disseminação e incorporação dos princípios da cultura de paz e da prevenção da violência (CONASS, 2007).

É importante, ainda, que os gestores estaduais e municipais participem dos fóruns intersetoriais que visam formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável, incentivando e mobilizando a esfera não governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) para o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis (CONASS, 2007).

Minayo e Deslandes (2009) concluíram em seus estudos que mesmo a unidade básica de saúde constituindo-se o alicerce das redes de serviços de saúde, esta quase ausente dos atendimentos aos agravos por violência na forma preconizada pela Política de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências (2005).

Então devemos capacitar mais e mais os trabalhadores da atenção básica e os

gestores para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Um estudo realizado por Minayo e Deslandes (2009), em cinco capitais do país, destaca que os gestores incisivamente solicitaram treinamento e formação para os profissionais que atuam na atenção básica com intuito de capacitar recursos humanos para maximizar resolutividade para os problemas encontrados com a violência contra crianças e adolescentes.

Podemos nos reportar também à questão da visita domiciliar como uma fragilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), quando nas visitas domiciliares não é abordada a questão da violência. Esta, na ESF, é vista como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; DELFINI *et al.*, 2009; SAKATA *et al.*, 2007).

A visita domiciliar é considerado para Fredi e Pessolato (2009) como mais um instrumento que pode ser utilizado por profissionais para melhor compreensão e consequentemente ruptura da reprodução da violência. Portanto, conhecer o local onde esse fenômeno emerge é concebido como forma complementar no enfrentamento da violência intrafamiliar.

Daí a importância de resgatar o tema violência nas visitas domiciliares como uma estratégia de mobilizar a sociedade, profissionais e gestores na prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

Apesar de os gestores mencionarem que “os *profissionais da atenção básica já são treinados, mas há uma demanda muito grande de profissionais que recusa dar continuidade a esse trabalho*”, os profissionais de saúde não se sentem capacitados para atuar frente à violência contra crianças e a adolescentes, o que vem acarretando uma subnotificação da violência e ainda afirmam que não receberam nenhum tipo de capacitação para lidar no atendimento e prevenção da violência contra crianças e adolescentes (LUNA; CARNEIRO; VIEIRA, 2010; BARBOSA, 2010). Sendo que, desde 2005, a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) tem procurado capacitar alguns profissionais em diversas partes do país, para melhorar no atendimento e no registro dos dados de violência (CAVALCANTI; DESLANDES;

MINAYO, 2007).

Em 2007, realizou-se um curso a distância (Programa de Educação a Distância – EAD – da ENSP/CLAVES/Fiocruz/MS) visando à formação, inicialmente, de 500 gestores e profissionais, para que elevem a qualidade das informações sobre acidentes e violências, sejam capazes de produzir diagnósticos locais e promovam ações de prevenção nos marcos da promoção da saúde (MINAYO, 2007).

No mesmo ano (2007), a Secretaria de Saúde de Fortaleza passava por um momento de sensibilização entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação ao tema, procurando responder a Política Nacional de Promoção da Saúde, que priorizou a prevenção da violência e a promoção da cultura de paz (LUNA *et al.*, 2009; SMS, 2007; BRASIL, 2006).

Estudo realizado na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) sobre a notificação de maus-tratos contra a criança e adolescentes revelaram que os profissionais de saúde afirmam não terem recebido capacitação em nenhuma fase de sua formação sobre a violência contra crianças e adolescentes (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; BARBOSA, 2010).

A autora destaca que nos módulos de formação dos cursos de especialização e residência da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE abordam o tema, trazendo de alguma forma a questão da violência, seja no conhecimento, nos tipos de violência, na abordagem à vítima e sua prevenção. No entanto a passagem do conteúdo da temática violência perpassa por indagações em relação à clareza do conteúdo abordado, importância dada ao tema, técnicas utilizadas na abordagem da temática.

A identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas (LUNA *et al.*, 2010). Estudos revelam que a questão não tem sido discutida na maioria dos currículos de graduação, logo muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la (PIRES; MIYAZAKI, 2005; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; ALMEIDA, 1998).

Estudo realizado com 248 profissionais da atenção básica de 11 municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (BARBOSA, 2010) mostrou que diante da urgência e necessidade do profissional da atenção básica estar apto para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, nesta investigação, 8,2%

dos respondentes não manifestaram o desejo de realizar capacitações.

Os profissionais que não são capacitados têm o interesse de se capacitar, porém quando essa capacitação acontece, ocorre uma rotatividade dos profissionais que trabalham no PSF.

Contudo, mesmo considerando o esforço do setor saúde em recomendar ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção de maus-tratos e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implantação da política específica, as alterações curriculares ainda são lentas, pontuais e pouco reconhecidas (SOUZA *et al.*, 2010).

Jaramillo e Uribe (2001) observaram que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das crianças e adolescentes, acarretando uma subnotificação.

No Brasil, a subnotificação é uma realidade, apesar da existência do ECA e da obrigatoriedade de se notificar, os profissionais têm dificuldade em adotá-la como padrão. Essa obrigatoriedade da notificação no Brasil é proveniente de um modelo americano em que propõe aos profissionais essa necessidade de encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei e à punição para o profissional que não notifica (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Como mostra o discurso *“Todos os postos de saúde têm aquela ficha de notificação de maus-tratos, mas, repito, eu ainda não recebi dos profissionais nenhuma notificação desse tipo”*. Então, os gestores têm conhecimento dos trâmites da notificação, desde a detecção da violência na unidade de saúde até o seu encaminhamento para o Conselho Tutelar e Secretaria de Saúde do Município e é conhecedor também de que os profissionais não estão notificando, pois como ele mesmo afirma não recebeu nenhuma notificação e de certa forma acaba compactuando com a não notificação.

Estudos nessa temática identificaram uma rede de serviços aquém do necessário, com escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos e ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar (LUNA; CARNEIRO; VIEIRA, 2010; BARBOSA, 2010; GONÇALVES;

FERREIRA, 2002).

O interesse em capacitar os profissionais deve partir dos gestores com o intuito de requerer uma mudança da produção em saúde. O profissional de saúde tem que ter o interesse em acolher, atender, cuidar, encaminhar e, enfim, tomar para si o problema da violência contra crianças e adolescentes. E da mesma maneira o profissional de saúde tem que se sentir amparado pelos gestores e a rede social para a prevenção da violência contra si.

5.2 Ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes pelo setor saúde da RMF

Neste momento, serão abordados os discursos dos gestores sobre as ações desenvolvidas em saúde frente à prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Das indagações emergiram as IC's: IC (A) *implantação de ações intersetoriais*, IC (B) *fortalecimento da atenção básica e o processo de notificação e* IC (C) *não há metas específicas*.

IC (A) <i>Implantação de ações intersetoriais</i>
DSC
<i>Aqui na secretaria de saúde a gente trabalha com vários projetos com o MS [Ministério da Saúde] e SESA [Secretaria de Saúde], com a intersetorialidade, tanto com a Secretaria de Ação Social e Secretaria de Educação. A gente faz parceria com os professores do município, e hoje a gente tem o CAJ (Centro de Apoio ao Jovem), também em parceria com a SESA. Tem parceria também com o turismo, com a secretaria de educação, articulando-se principalmente com o pessoal do PETI [Programa de Erradicação do Trabalho Infantil] e o PROJOVEM [Programa Integrado de Jovens], que já são outros projetos da secretaria de assistência. Hoje em dia é importante essa realidade [de parcerias] porque contribui, ajuda e facilita o nosso trabalho. Desenvolvemos também palestras, oficinas e a saúde [setor saúde] estão trabalhando bem isso, sempre com apoio das escolas. Temos o Espaço Jovem, o PSE [Programa Saúde na Escola] parceiros da educação e saúde. Aqui nós temos um projeto chamado projeto beija-flor que é um projeto que trabalha a intersetorialidade com todos os órgãos da administração municipal. Criamos no município, e está em funcionamento e institucionalizada, a Comissão de Prevenção, Combate e Maus- tratos a Criança e ao Adolescente em todas as unidades da saúde. O Conselho Tutelar do município funciona e o Comdica (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente) junto às comissões que eu falei há pouco</i>

na área da saúde, acionando órgãos institucionais externos como a polícia, promotoria de justiça, coisa desse tipo. Essa é a rede que está posta, então aqui a gente trabalha muito a educação em saúde, a gente está com uma mobilização social bem ativa, a gente trabalha muito em parceria com a educação. Tanto as redes assistenciais como a questão das outras secretarias, foi um processo desencadeado pela integração com a SEMAS [Secretaria Municipal da Assistência Social], com a Educação, com a FUNCI [Fundação da Criança e Família Cidadã]. A gente vem também desenvolvendo articulação com o próprio CRAS [Centro Referência da Assistência Social], CREAS [Centro de Referência Especializada da Assistência Social], antigo núcleo Estadual de enfrentamento a violência contra criança e adolescente e, outra questão, é a implantação das Comissões de maus tratos, um desafio para nós. (G2, G3, G5, G6, G7, G9, G11, G12, 13).

A violência interfere no desenvolvimento e no crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente e na sua forma de ver e de encarar a vida. Configura-se como evento que ameaça a vida pelas suas diversas consequências e alteram a saúde pela produção de enfermidades, perturbações psicológicas e emocionais. Diante da complexidade do fenômeno e da dimensão dessa problemática, impõe-se o desenvolvimento de ações multisetoriais e multiprofissionais, a participação dos gestores para a implantação de políticas de atenção (SOUZA; SANTANA, 2007).

A ação intersetorial é descrita como uma ação coletiva e sua construção se dá através de um processo organizado, já que envolve a articulação de distintos setores, possibilitando a descoberta de caminhos para a sua ação, portanto, não pode ser realizada de forma espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante (CAMPOS, 2000; JUNQUEIRA, 1999).

A ação intersetorial foi proposta pela Política Nacional de Promoção da Saúde ao citar as ações específicas preconizadas para a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, reportou-se à articulação intersetorial que envolve a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual (BRASIL, 2006).

Destacamos aqui que para Wimmer e Figueiredo (2006) a complexidade do setor saúde não permite uma abordagem de problemas de forma fragmentada por estruturas setorializadas, pois para enfrentar os problemas de saúde de forma eficiente, somente mediante formas coletivas, intersetoriais e transdisciplinares podem – se impactar.

Os gestores em saúde destacam a importância de trabalhar com a intersetorialidade para o enfrentamento da violência, tratando-se de um problema de grande magnitude para a sociedade brasileira: *“(...) aqui na secretaria de saúde a gente trabalha com vários projetos com o MS [Ministério da Saúde] e SESA [Secretaria de Saúde], com a intersetorialidade, tanto com a Secretaria de Ação Social e Secretaria de Educação (...) hoje em dia é importante essa realidade [de parcerias] porque contribui, ajuda e facilita o nosso trabalho.*

O discurso dos gestores vai ao encontro com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2005), que lança mão da promoção da saúde e destaca a sua finalidade que é a qualidade de vida e que para que alcance essa qualidade é necessário o uso de estratégias básicas que é a intersetorialidade e o fortalecimento da ação comunitária.

Desse modo, as Secretarias Municipais de Saúde devem contemplar ações de prevenção da violência e promoção da saúde em seus Planos Municipais, podendo optar pela estruturação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, contribuindo para a redução da morbimortalidade por causas externas e fortalecendo as ações intersetoriais de prevenção das violências contra crianças e adolescentes e promoção da saúde, estimulando a cultura de paz e qualidade de vida (CONASS, 2007).

Nos municípios estudados, os gestores afirmam que vêm trabalhando as ações do setor saúde para a prevenção da violência contra crianças e adolescentes, articulando-se com outros setores públicos da administração municipal (saúde, educação, ação social) e a execução de projetos: PROJOVEM, CAJ, PETI, COMDICA, SEMAS, CRAS e CREAS.

O PROJOVEM é a oportunidade oferecida pelo Programa Nacional de Inclusão de Jovens, do governo federal, criado em 2005. Compreende um curso de 12 meses, período em que os jovens completam o ensino fundamental e recebem qualificação profissional, inclusão digital e aula de inglês. Para frequentar as aulas cada aluno recebe por mês R\$ 100 reais (CEARÁ, 2005).

Uma das metas do milênio, citada por Concha-Eastman e Malo (2006) para a prevenção da violência contra a mulher, criança e adolescentes, é buscar “atingir o ensino fundamental universal”, pois a instrução abre portas para empregos e para o

conhecimento. A falta de instrução favorece as agressões; graças à ignorância, muitas pessoas nem conhecem seus direitos. Diversos estudos realizados pelo UNICEF e pela OMS revelaram amplamente os efeitos positivos da instrução das mães no que se refere à saúde dos filhos.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) é um programa do Governo Federal que visa erradicar todas as formas de trabalho de crianças e adolescentes menores de 16 anos e garantir que frequentem a escola e atividades socioeducativas. Esse programa, gerido Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é desenvolvido em parceria com os diversos setores dos governos estaduais, municipais e da sociedade civil. O Governo vem trabalhando para integrar o PETI ao Programa Bolsa Família. Dessa forma, pretende-se que o PETI chegue a todas as crianças que trabalham (FERNANDES; SOUZA, 2003).

O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), criado nos termos da Constituição Federal de 1988, foi instituído no município de Fortaleza pelo Art. 267 da Lei Orgânica e regulamentado pela Lei nº 6729/90 com o objetivo de garantir a efetivação dos direitos da criança e do adolescente. É um órgão colegiado, paritário, autônomo, de caráter permanente, deliberativo e controlador das políticas públicas para crianças e adolescentes em todos os níveis (SMS, 2008).

A Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas) surgiu com o objetivo de coordenar a Política Municipal de Assistência Social, a partir da implementação do Sistema Único de Assistência Social (Suas). É a Semas que formula políticas, elabora diretrizes gerais e identifica prioridades que deverão orientar ações para o desenvolvimento social e melhoria das condições de vida da população vulnerável de Fortaleza (SMS, 2008).

A Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas) foi criada com a Lei Complementar nº 0039, de 10 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial do Município em 13 de julho de 2007.

Em Manaus, os gestores assinalam que existe timidez quanto às ações empreendidas a partir do setor saúde para a modificação de contextos violentos. Eles não se efetivam concretamente. Portanto, conclui-se que do ponto de vista político e técnico as ações permanecem muito frágeis, são objeto de pouco

investimento financeiro e falta-lhes pessoal preparado (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2007).

Existe um grande número de experiências de prevenção sendo realizadas em todo o país e algumas têm sido analisadas (GOMES *et al.*, 2006; RAMOS, 2006; NJAINE *et al.*, 2006). Todas são intersectoriais articulam ações do estado, sociedade civil e contam com o apoio das universidades.

IC (B) <i>Fortalecimento da Atenção Básica e o processo de notificação</i>
DSC
<i>Nós temos o grande norte, a grande meta que é o fortalecimento da atenção básica, que é a porta de entrada para a saúde pública e na atenção básica agora nós temos o apoio do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que trabalha prioritariamente com a saúde preventiva, com grupos e dentro desses grupos estão os grupos dos adolescentes. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são as unidades de saúde, os PSF, todos eles, médicos, enfermeiros, estão preparados para fazer uma abordagem preventiva e do ponto de vista de cuidados, então assim a rede de saúde ela está sempre atenta e alerta para identificar as prováveis ocorrências de violência e encaminhar, dentro da institucionalidade que o governo municipal tem e, que as pessoas, realmente identifiquem, denunciem um caso de violência contra crianças e adolescentes. Então a gente localiza, quando a equipe detecta, ela procura os órgãos competentes, acompanha, faz a denúncia. Nós já tivemos até equipes que inclusive foram ameaçadas lá na área do sertão, porque elas tiveram esse envolvimento de denunciar, de acompanhar.</i> (G1, G2, G5, G8, G10, G13).

Na IC(B), os gestores afirmam que uma das ações desenvolvidas para a prevenção da violência contra crianças e adolescentes é o fortalecimento da atenção básica. Entende-se por fortalecimento da atenção básica o profissional capacitado para a identificação da violência, o diagnóstico precoce, encaminhamento adequado, tratamento e reabilitação.

Os gestores afirmam por meio do discurso “*Nós temos o grande norte, a grande meta que é o fortalecimento da atenção básica, que é a porta de entrada para a saúde pública e na atenção básica agora nós temos o apoio do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que trabalha prioritariamente com a saúde preventiva, ele trabalha com grupos e dentro desses grupos estão os grupos dos adolescentes*”.

Eles asseguram que a atenção básica é o primeiro contato da comunidade com setor saúde, daí a importância do seu fortalecimento. Percebemos então que os gestores estão cientes do papel da atenção primária na prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

Os gestores expõem também que a Estratégia Saúde da família na pessoa do médico e enfermeiros é capacitada para a realização do diagnóstico da violência “*A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são as unidades de saúde, os PSF, todos eles, médicos, enfermeiros, estão preparados para a gente fazer uma abordagem preventiva e do ponto de vista de cuidados*”. Porém o discurso dos gestores contradiz ao discurso dos profissionais de saúde.

O discurso dos gestores deixa claro que quando diagnosticada a violência na unidade de saúde deverá ser feita a notificação: “*Então a gente localiza, pois quando a equipe detecta, ela procura os órgãos competentes, acompanha, faz a denúncia. Nós já tivemos até equipes que inclusive foram ameaçadas lá na área do sertão, porque elas tiveram esse envolvimento de denunciar, de acompanhar*”.

Em relação ao “fortalecimento da atenção básica” citada pelos gestores, o Ministério da Saúde ao instituir em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica, com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, objetiva ampliar e qualificar as ações de prevenção e promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (FIGUEIRA *et al.*, 2009; BRASIL, 2006).

Com a criação e expansão do PSF, surgem diagnósticos sobre o desafio e impasses na construção de um modelo assistencial pautado no PSF e o debate político e acadêmico indica a necessidade de fortalecimento da atenção (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Como discorrido anteriormente, a atenção básica seria teoricamente a porta de entrada das crianças e adolescentes vítimas de violência, porém alguns estudos demonstram que há fragilidade da atenção primária que não tem conseguido detectar indícios que possam evitar situações extremas, tornando a atenção terciária a via de acesso dos vitimizados. Isso se deve por a violência ser considerada algo íntimo e presente no seio da família, sendo esta uma instituição que não pode expor (SOUSA FILHO; XAVIER; VIEIRA, 2008; VIEIRA *et al.*, 2010).

O processo de notificação de maus tratos e violência sexual por profissionais

da atenção básica é uma arma de combate à prevenção da violência, tanto de combate ao surgimento de casos novos como de repetição dos casos.

Os gestores têm que criar estratégias no processo de trabalho para envolver os profissionais de saúde da atenção básica na busca ativa das crianças e adolescentes vítima da violência. O acolhimento do serviço, o atendimento dos profissionais, o tratamento, a notificação e o seguimento e monitoramento dos casos são abordagens importantes na prevenção da violência e constituem a linha de cuidado para atenção a crianças, adolescentes e famílias em situação de violência (BRASIL, 2010).

O acolhimento consiste em receber as crianças, adolescentes e famílias de forma empática e respeitosa, por qualquer membro da equipe; acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários desde a sua entrega ao setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e proteção social; adotar atitudes positivas e de proteção á criança e ao adolescente e atuar com toda equipe. No atendimento realizar consultas clínicas, anamnese, exame físico e planejamento da conduta para cada caso.

A notificação consiste em preencher a ficha de notificação; encaminhar a ficha ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); comunicar o caso ao Conselho Tutelar (CT), da forma mais ágil possível (telefone ou pessoalmente ou com uma via da ficha de notificação); anexar cópia da ficha ao prontuário/boletim do paciente.

E o seguimento é o acompanhamento á criança ou adolescente e sua família até a alta, com planejamento individualizado para cada caso; acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na própria rede de saúde (Atenção Primária/ Equipes de Saúde da Família, Hospitais, Unidades de Urgências, e CAPS ou CAPSi), quanto na rede de proteção social e defesa (CRAS, CREAS, Escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e as Varas da Infância e Adolescência, entre outros).

Deve-se destacar a notificação da violência a esse grupo, por ser uma ação importante de proteção e não de punição. É um direito da criança, do adolescente a da família viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional

livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência (BRASIL, 2010; BRASIL, 1990).

A notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o conselho tutelar, com a finalidade de prover cuidados voltados para a proteção das crianças e do adolescente vítima de maus-tratos (BRASIL, 2002).

O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (LUNA *et al.*, 2009).

A não notificação dos maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde implica em infringir a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) (art. 277) e o ECA (BRASIL, 1990), em que tornam obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados (art. 13), prevendo pena para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimento de educação e saúde que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245).

Apesar desta obrigatoriedade, a subnotificação como já abordado anteriormente é uma realidade no Brasil: estima-se que para cada caso notificado, 10 a 20 deixam de ser notificados (PASCOALAT *et al.*, 2001).

Pascoalat *et al.* (2001) ressaltam que um dos problemas da subnotificação é o fato dos profissionais de saúde terem dificuldade para identificar os casos, por falta de informações básicas que permitam o diagnóstico. Assim, definir e estudar a ocorrência dos maus-tratos ou violência contra crianças e adolescentes pode auxiliar na obtenção de maiores dados sobre o problema, favorecendo o treinamento adequado de profissionais, o manejo e a prevenção.

Os gestores em saúde entrevistados relatam que o medo e ameaça sofrida pela equipe de saúde da família envolvida na denúncia também é um dos empecilhos do ato de notificar: *“Nós já tivemos até equipes que inclusive foram ameaçadas lá na área do sertão, porque elas tiveram esse envolvimento de denunciar, de acompanhar”*.

A desinformação, o medo de se envolver em “conflitos particulares”, o receio de represálias e o não-reconhecimento do papel do profissional neste problema são fatores que colaboram para este quadro, o que sugere a necessidade de programas

de capacitação para estes profissionais, visando ao reconhecimento de seu papel diante do problema, a identificação dos casos e o encaminhamento aos serviços adequados (DESLANDES, 1994).

Refletimos sobre a importância da concretização de políticas de proteção aos profissionais que notificam e que os gestores tomem conhecimento e se sensibilizem para que este ato possa fazer prática das ações desenvolvidas pelo setor saúde.

IC (C) Não há metas específicas
DSC
<i>Nós não temos um projeto de prevenção, de combate, de acompanhamento, então não se tem metas estipuladas para esse tipo de acompanhamento. Nós não temos um trabalho e assim, quando você tem um projeto é que você trabalha com metas dentro do projeto para alcançar, mas como a gente não tem um projeto ligado ao combate da violência da criança, então não se tem nada muito específico em relação à violência. (G10, G11, G12).</i>

Na IC(C) descrita acima, os gestores em saúde garantem que não há metas específicas para a prevenção da violência em seus municípios e que trabalhar essas ações é necessário ter um projeto financiado pelo MS.

Os gestores afirmam que não há um trabalho específico para as ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes: *“Nós não temos um trabalho e assim, quando você tem um projeto é que você trabalha com metas dentro do projeto para alcançar, mas como a gente não tem um projeto ligado ao combate da violência da criança, então não se tem nada muito específico em relação à violência.”*

Em relação a esse discurso podemos fazer duas observações: 1) os gestores não conhecem o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde e 2) não sabem que a ação de promover a saúde está vinculada e é capaz de prevenir a violência.

A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde tem como objetivos: a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas com a formulação de indicadores e a disseminação de conhecimentos e práticas; a prática da troca de experiências em vários níveis (de gestão e formulação

de políticas públicas intersetoriais e intrasetoriais, de práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência, das formas de participação social nas várias esferas de gestão); e acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão (BRASIL, 2004).

A Política de Promoção da Saúde apresenta um quesito específico para a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, que se propõe a: contribuir para ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção e para o incentivo e monitoramento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência; investir na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual, com a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal e a implantação de Serviços Sentinela; e o estímulo à articulação intersetorial (BRASIL, 2006).

Propõe ainda ao Gestor Municipal a função de: divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde e programá-la de acordo com a realidade local; avaliar as ações de planejamento, implementação, articulação e monitoramento das ações de Promoção da saúde na Secretarias Municipais de Saúde; capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais; qualificar profissionais para a realização de ações de promoção da saúde; realizar oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais; promover articulação intersetorial para a promoção da saúde; reforço da ação comunitária (BRASIL, 2006).

Podemos trazer para este discurso o questionamento de que os gestores não têm conhecimento de que ao promover a saúde eles estão automaticamente prevenindo a violência, por isso afirmam que os municípios não têm metas específicas para a prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

As ações de promoção da saúde em nosso país são muito diversificadas, pois estão dirigidas a indivíduos e a toda população, e podem abranger um único problema de saúde sensível as ações de promoção, ou serem abrangentes ao propor enfrentar os determinantes sociais (BUSS; CARVALHO, 2009), portanto através de ações de promoção da saúde, prevenindo da violência na medida em que incluimos crianças e jovens em esportes, artes, cultura, cuidando da sua mente, promovendo um bom ambiente escolar, boa relação familiar, conhecimento sobre

sexualidade, doença sexualmente transmissível, gerando resiliência a essa grupo e evitando a propagação da violência.

Estudo realizado em Fortaleza – CE (PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2003) revela que em algumas regionais as ações de prevenção de acidente e violência contra crianças e adolescentes não ocorrem de modo rotineiro e sistemático e na Secretaria Executiva Regional (SER) onde ocorrem se dão de forma de campanhas.

E foi identificado que a SER VI não realiza nenhuma atividade relacionada à prevenção da violência/acidentes, ou trabalhos juntos a grupos de jovens e conselhos comunitários na área de abrangência do serviço de saúde, assemelhando-se com alguns municípios nossos.

Os gestores forma sinceros ao assumir que no seu município não há ações específicas, mas demonstram que não há um conhecimento de que as ações de promoção da saúde previnem violência. Esse fato revela que eles devem ter uma formação profissional embasada no conhecimento dos princípios do SUS, das políticas e relatórios sobre o tema estudado.

É preciso perceber que as ações promotoras de saúde estão intimamente interligadas com as ações de prevenção da violência. Não é necessário expressar prevenção da violência para se prevenir. Os gestores não estão percebendo as articulações entre as ações de prevenção e promoção, que uma complementa a outra.

5.3 Ações de promoção da saúde direcionada à criança e ao adolescente

IC (A) Ações como preconizado pelo MS no PSF
DSC
<i>As ações de promoção da saúde são desenvolvidas por meio do Programa Saúde da Família e mais recentemente pelos grupos de apoio a Saúde da Família, os NAFS. Em relação à criança a gente apenas atende o que está preconizado no Ministério da Saúde, em criança até dois anos ela é acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento, visto que todos trabalham a puericultura. Muitas vezes esse profissional pode detectar na primeira semana de vida uma situação que mesmo que não tenha a violência já instalada, pode ter fatores de risco para essa violência na criança até os dois anos. A questão da promoção da saúde na criança inicia-se ainda bebê desde a questão da vacinação, disponibilizando-se todas as</i>

vacinas de rotina que se estendem as campanhas [na criança], e fora isso tem os atendimentos de puericultura, os atendimentos especializados quando a gente tem uma pediatra, então toda essa questão de vacina, a vacina também para os adolescentes, para eles tomarem, pois é muito importante contra Hepatite B, e contra a antitetânica. O adolescente não costuma ir muito ao posto de saúde, então a gente realiza um cronograma nas equipes de saúde da família para os funcionários deixarem um dia reservado para atendimento ao adolescente. (G6, G7, G8, G9, G11, G12, G13).

Os gestores municipais em saúde, enquanto formuladores e, também, executores de políticas públicas, mostram em seu discurso que as ações de promoção da saúde direcionadas ao grupo de crianças e adolescentes são desenvolvidas em acordo com que preconiza o Ministério da Saúde, através do Programa de Saúde da Família (PSF).

A promoção da saúde é um marco importante no Brasil que tem um olhar de reorientação dos serviços de atenção primária. A Política Nacional de Promoção da Saúde, a formulação do Pacto pela Vida e a divulgação das análises e recomendações sobre determinantes sociais no Brasil (BRASIL, 2006a, 2006b; Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, (2008)) representam iniciativas recentes na evolução dos movimentos ideológicos da promoção da saúde, alcançando os âmbitos das políticas e praticas (PAIM, 2009).

Durante os debates da XI Conferência Nacional de Saúde, foram ressaltados os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e as possibilidades de expansão e fortalecimento de experiências alternativas em busca de concretização dos princípios e diretrizes do SUS, que destacaremos o Programa de Saúde da Família (PAIM, 2009).

O PSF iniciou em 1992, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando programar ações básicas de custo-efetivas em populações pobres (reidratação oral, aleitamento materno, educação), como objetivo fundamental de reduzir a mortalidade infantil (BUSS; CARVALHO, 2009).

Buss e Carvalho (2009) ainda ressaltam que graças ao êxito do programa hoje é reconhecido como “Estratégia Saúde da Família (ESF)”, que, segundo seus condutores políticos, visa à conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, através da expansão do PSF e da indução da oferta de média e alta complexidade

adequada aos preceitos da integralidade e da qualidade de atenção.

Tratando-se da prevenção da violência na ESF, um estudo realizado por Reichenhein, Hasselmann e Moraes (1999) relata que as estratégias de ação sanitária no âmbito da violência familiar podem ser encadeadas em três etapas distintas.

A de prevenção primária que é tratada na ESF envolve as atividades de educação em saúde às rotinas dos serviços, as atitudes frente aos conflitos familiares, a importância de a violência familiar tornar-se pública, as possíveis apresentações da violência e suas principais características, as informações sobre locais de atendimento à vítima de violência familiar e a importância da notificação a partir de denúncias e eventos sentinelas.

Ao dar ênfase à diferença entre prevenção e promoção, Czeresnia (2009) define que o termo prevenir tem o significado de preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal), impedir que se realize, de acordo com Ferreira (1986). A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL & CLARK, 1976, p.17).

Promover significa dar impulso a, fomentar, originar, gerar (FERREIRA, 1986). Promoção da Saúde define-se de maneira bem mais ampla que prevenção, pois são medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral (LEAVELL; CLARK, 1976, p.17).

Os conceitos de prevenção e promoção são distintos, mas andam juntos, pois se é promovida a saúde de crianças e adolescentes, automaticamente, estará prevenindo a violência.

As ações de promoção à saúde preconizadas pelo MS para o grupo de crianças e adolescentes são: o controle do crescimento e desenvolvimento infantil, o atendimento ao calendário infantil, o acompanhamento ao pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a promoção às melhores condições de higiene domiciliar e pessoal, bem como recursos de água, esgoto e destinação de lixo (BUSS; CARVALHO, 2009).

Os gestores conhecem muito bem essas ações. *“Em relação à criança a gente apenas atende o que está preconizado no Ministério da Saúde, em criança até*

dois anos ela é acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento (...), a questão da promoção da saúde na criança inicia-se ainda bebê desde a questão da vacinação, disponibilizando-se todas as vacinas de rotina que se estendem as campanhas [na criança], e fora isso tem os atendimentos de puericultura, os atendimentos especializados quando a gente tem uma pediatra, então toda essa questão de vacina, a vacina também para os adolescentes”.

Os gestores também reconhecem a ESF como um campo de detecção precoce da violência no seio familiar, demonstrando sensibilidade em suas ações: *“Muitas vezes esse profissional pode detectar na primeira semana de vida uma situação que mesmo que não tenha a violência já instalada, pode ter fatores de risco para essa violência na criança até os dois anos”.*

A detecção precoce da violência no seio familiar inicia-se no pré-natal, com a orientação dos profissionais da saúde trabalhando a aceitação da gravidez não planejada, e promover vínculos afetivos é a melhor forma de prevenção nessa fase (BRASIL, 2010). Entretanto, as ações de promoção da saúde ainda são vistas como ações individuais, baseada em procedimentos ambulatoriais, em detrimento de ações coletivas e promotoras de saúde.

Em estudo realizado por Kell e Shimizu (2010), os profissionais relatam que no PSF o processo de trabalho é individualizado e a articulação das ações entre equipes não existe, pois tem que seguir o cronograma das ações preestabelecidas: na segunda-feira consulta hipertenso e diabético, na terça-feira visitas, na quarta-feira consulta da gestante, e eles ainda afirmam que essas ações são do conhecimento dos gestores que só estão preocupados com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e que palestras não entram no SIAB.

É revelado que as ações são resolvidas pontualmente, que entre a equipe não há tempo para planejar as ações, pois se acostumaram a seguir o plano de trabalho determinado pela Secretaria de Saúde (KELL; SHIMIZU, 2010).

Os gestores têm que tomar uma atitude frente a essas ações que é uma realidade do PSF no Brasil, e são eles (gestores) que precisam assumir de fato a coordenação e articulação entre o trabalho em equipe e das ações desenvolvidas por elas. É pertinente que os gestores exercitem a escuta qualificada em relação às equipes executoras das ações; centralizar as decisões e imprimir uma gestão

verticalizada não “combina” com os princípios do SUS, no que concerne à participação e mobilização comunitária.

Um recente estudo realizado por Cotta, Cazal e Martins (2010) abordou a participação da sociedade civil organizada, nas questões de saúde, como exercício da cidadania e do espaço dos *Conselhos Municipais de Saúde (CMS)*. Nesse processo, os discursos revelaram que as decisões tomadas nos CMS não são informadas às populações, nem tampouco as informações sobre propostas e tomadas de decisões.

Percebemos então que os gestores têm conhecimento das ações de promoção da saúde, mas apenas as que são preconizadas pelo MS. Aparentam não ter uma visão abrangente da magnitude que exige o termo promoção da saúde. Esse discurso representa a visão dos gestores que estão assumindo a responsabilidade no planejamento e gestão das ações de saúde.

De acordo com Sícole e Nascimento (2007), os governos delegam à população a responsabilidade pela promoção e prevenção ao trabalharem com medidas restritas ao comportamento individual, imputando a culpa por seu estado de saúde, muitas vezes, ao próprio indivíduo. Desse modo, não são questionados os determinantes sociais, políticos e econômicos e a responsabilização dos governos, dos formuladores de políticas e dos profissionais de saúde.

E ainda sofrem influência do bloco ideológico ao qual pertence o partido na gestão municipal, indicando que os partidos posicionam-se de acordo com a ideologia entre esquerda e direita. Estes blocos apresentam características divergentes entre si, podendo gerar diferentes condutas no encaminhamento de políticas públicas em saúde (HENRIQUE; CALVO, 2009).

E essa percepção dos gestores é considerada uma representação sobre o dever da sociedade com o cuidado da própria saúde e não o Estado na pessoa do gestor ser o responsável em promover saúde.

IC (B) <i>Desenvolvimento de programas e projetos</i>
DSC
<i>O trabalho com adolescente há muito tempo vem sendo realizado, mas esse ano tem o programa de saúde nas escolas (PSE), que é com atenção básica e com os profissionais das escolas. Nós temos um projeto bem primário, mas que é importantíssimo: o projeto mamãe eu quero. A secretaria de educação é muito parceira em relação a trabalhar criança e adolescente. O próprio município em si ele já tem um programa pro adolescente que é um programa muito bom, o CEAR [Centro de Arte], onde junta várias oficinas pra tirar os adolescentes da rua e promover a questão tanto de saúde quanto de ação social mesmo; eles se incluem socialmente, aprenderem várias oficinas, então se tenta trabalhar dessa maneira. Nós temos alguns programas que na verdade não é só o combate a violência, é drogas, nós temos alguns grupos, projeto do Ministério da Saúde, que é o agente multiplicador com os alunos da escola, então assim nós temos alguns projetos envolvendo várias questões que interferem na saúde, mas não específico no combate a violência. As ações da saúde estão realmente limitadas às palestras nas escolas que eu acho que é onde está o público e, contudo, o adolescente em si, nem todos trabalham, até mesmo pelo cronograma da atenção básica, do PSF, não dá tempo, então nem todas [Unidades de Saúde] existe um grupo de adolescente. (G4, G6, G7, G10).</i>

O DSC acima evidencia que as ações de promoção da saúde para a criança e o adolescente são realizadas por meio de programas e projetos, como abordados anteriormente. Dentre esses, tem-se o Projeto Saúde Escola (PSE), o Projeto Mamãe Eu Quero, o Centro de Arte (CEAR) e o Agente Multiplicador.

Estes programas e projetos são realizados em parceria com o setor de educação e de ação social. São programas que visam à orientação sobre álcool, drogas, violência, gravidez na adolescência etc., por meio da educação em saúde, e esses jovens são capacitados para capacitar outros jovens. Eles desenvolvem arte, cultura e são os principais protagonistas do programa.

Os próprios gestores sinalizam: “*O trabalho com adolescente há muito tempo vem sendo realizado, mas esse ano tem o programa de saúde nas escolas (PSE), que é com atenção básica e com os profissionais das escolas. Nós temos um projeto bem primário, mas que é importantíssimo: o projeto mamãe eu quero. A secretaria de educação é muito parceira em relação a trabalhar criança e adolescente.*”

O trabalho com crianças e adolescentes envolvidos em programas reduz o número de trabalho infantil, ou seja, tiram-nos da rua, de um local onde eles estão

expostos a situações de vulnerabilidade (FERNANDES; SOUZA, 2003) e passam a se tornarem multiplicadores do que aprenderam para outros jovens. Esse programa já foi citado anteriormente pelos gestores do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

Existem alguns programas do governo federal que não foram citados pelos gestores, mas que o objetivo maior é a promoção da saúde, da qualidade de vida, ambientes saudáveis, boa alimentação, educação de qualidade e que essas ações são capazes de manter essa criança e adolescente no local que nunca deveriam ter saído (lar, escola, lazer) e previnem a violência através da não exposição à situação de vulnerabilidade, criando assim resiliência nesse grupo.

Entre os programas sociais, vale destacar o bolsa-escola, os programas de combate à repetência e à evasão, a abertura de escolas rurais, mais recentemente a implementação de recursos para o ensino fundamental em municípios mais pobres, escolas promotoras de saúde e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAPN) (BUSS; CARVALHO, 2009; FERNANDES; SILVA, 2003).

Horta e Sena (2010), investigando sobre políticas de saúde voltadas para os jovens, apontaram que a maior parte dos programas origina-se de políticas públicas em nível federal e articula-se com diferentes áreas, como a social, educação, direito e cultura.

Ainda destaca a importância em fazer dialogar e articular os programas voltados para as políticas de saúde com essas outras áreas, tendo em vista a interface de se direcionarem ao mesmo público, com possibilidade de ações transversais capazes de trazer inovações e repercussões importantes para essa população (HORTA; SENA, 2010).

Esses programas estão sendo desenvolvidos com apoio das ações de outros setores. Os gestores em saúde reconhecem que sozinhos não conseguiriam desenvolver essa atividade e afirmam que eles mantêm essa parceria e que o setor saúde contribui apenas com palestras nas escolas *“As ações da saúde estão realmente limitadas às palestras nas escolas que eu acho que é onde está o público (...)”*.

E é do conhecimento dos gestores em saúde que nem todos os profissionais trabalham, ou seja, nem todos têm em suas atividades o desenvolvimento de um

cronograma voltado para atenção à saúde da criança e do adolescente, apenas alguns PSFs têm grupo votado para o cuidado a esse grupo, “*o adolescente em si, nem todos eles trabalham, até mesmo pelo cronograma da atenção básica, do PSF, não dá tempo, então nem todas [Unidades de Saúde] existe um grupo de adolescente.*”

Os discursos dos gestores corroboram com o que Amarante e Soares (2009) falam a cerca dos programas voltados para crianças e adolescentes, principalmente, adolescentes e jovens, que eles permanecem à margem da atenção à saúde com propostas de ações simplistas e reducionistas.

Apontam que no ano de 2007 as diretrizes para uma política de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens, na qual as ações de saúde para esses sujeitos estão inseridas nos blocos de financiamento do Pacto pela Saúde e de Gestão, rompem com a constituição de um programa específico para a atenção a saúde desses, inserindo os adolescentes e jovens nas ações de rotina dos serviços de saúde (AMARANTE; SOARES, 2009), sendo que isso ainda não é uma realidade nos municípios da RMF.

Horta, Lage e Sena (2009) afirmam que, apesar da importância do jovem como copartícipe na construção de políticas públicas no setor saúde, ele ainda é objeto dessas políticas por uma ótica de riscos e vulnerabilidade. Considera-se que os programas destinados a essa população têm baixa capacidade de induzir mudanças, ainda se concentrando num campo de ações programáticas pontuais que não avançam para o delineamento de uma política voltada para a saúde dos jovens.

Desse modo, mesmo avançando sobre os programas voltados para as crianças e adolescentes, as políticas públicas e de saúde precisam avançar de forma mais ampla, ora setorializadas, ora intersetorial, mas capaz de incluir efetivamente essa população nos espaços sociais, atendendo suas demandas e necessidades para além de um foco de problema e riscos (HORTA; SENA, 2010).

Concluimos que as representações que os gestores em saúde têm em relação às ações de promoção da saúde voltadas para crianças e adolescentes são através do preconizado pelo MS no PSF e outros programas específicos e em parcerias com outros setores, porém ainda ações pontuais e não atendendo o adolescente na atenção básica como uma demanda.

5.4 Ações intersetoriais para prevenção da violência

Indagamos aos participantes sobre o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando prevenir a violência contra crianças e adolescentes. Duas IC's emergiram: IC (A) *Realização de ações intersetoriais e intrasetoriais* e IC (B) *Não existem ações intersetoriais*.

IC (A) <i>Realização de ações intersetoriais e intrasetoriais</i>
DSC
<i>Trabalhamos com a secretaria de trabalho e desenvolvimento social – CRAS, que é a antiga ação social e com o CREAS, nós temos trabalhamos também com instituições privadas como a APAE – associação de pais e amigos. A gente trabalha também agora com a notificação, sistema de informação, onde a notificação da violência ela é obrigatória, com o Conselho Tutelar, com os nossos CAPS, os nossos profissionais do NASF, pois não dá para se trabalhar uma coisa só, tem que contar com a Ação Social, com infra-estrutura, com todas as secretarias até apoio dos seguranças também porque você não pode desenvolver uma ação solta, sem contar com os parceiros. Então sempre há com o social, educação e saúde. Nós temos a secretaria de desenvolvimento e inclusão social, temos a secretaria da administração do município, com o seu DEMUTRAN (Departamento Municipal de Trânsito) que também muito contribui pra isso e também a guarda municipal, temos a secretaria de desenvolvimento econômico (SDE), que trabalha com a geração de emprego e renda, e a geração de emprego e renda faz com que se reduzam a ociosidade, outras oportunidades de se ter acesso a violência, a secretaria de infraestrutura quando a gente faz eletrificação, deixa ruas iluminadas, são ações diretas e indiretas pra reduzir a violência. Tem o trabalho da secretaria de cultura que é o CEART [Centro de Arte], todas as secretarias fazem o possível pra gente entrar em acordo para as prevenções com os adolescentes principalmente em relação à violência. Tem também uma parceria importante que eu lembrei agora com a associação que é chamada AEACAD, Ação Escola de Artes e Cultura águia Dourado, essa associação trabalha com adolescentes, jovens, ele é voluntária, não governamental. Temos uma grande articulação com o Fórum, com o DCA [Delegacia da Criança e do Adolescente], então nós temos trabalhado nessa perspectiva, então além desse nível de secretaria, com as própria ONG's, que trabalha em defesa dos direitos dessa criança e do adolescente, então a gente tem um trabalho integrado com muitas instituições (DCA, CEDECA).(G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G11, G12, G13)</i>

Na ICA – *Realização de ações intersetoriais e intrasetoriais*, como mostra o discurso, os municípios têm realizado ações em parcerias com outros setores da administração municipal para prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

O discurso dos gestores revela que eles têm conhecimento de que sozinhos, ou seja, sem parceria de outros setores, eles não têm como enfrentar a violência contra crianças e adolescentes “(...) *porque você não pode desenvolver uma ação solta, sem contar com os parceiros.*”

Dentre essas ações, destacamos suas divisões: ações intersetoriais que são realizados junto com outros setores da administração municipal e as intrasetoriais são ações realizadas com outros setores dentro do próprio setor saúde.

Os setores envolvidos nas ações intersetoriais para prevenção da violência contra crianças e adolescentes citadas pelos gestores foram: Secretaria de Educação, Secretaria de Ação Social, Segurança Pública, Demutran, Secretaria de Arte e Cultura, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Secretaria de Infraestrutura, Conselho Tutelar, Delegacia da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Organizações não-governamentais.

E os setores que desenvolvem ações intrasetoriais: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços da Atenção Primária à Saúde (PSF), e serviços de Atenção Especializada, Urgência e Emergência.

O suporte no âmbito da saúde mental é feito pelo CAPS, que são serviços extra-hospitalares, de atenção diária, de base comunitária e que possuem equipe multiprofissional. O CAPSi é um serviço de saúde mental destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. O CAPS e o CAPSi acompanham indiretamente casos de violência. A inexistência desse serviço requer pactuação dos gestores com serviços especializados de outros municípios vizinhos (BRASIL, 2010).

O NASF foi criado com objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção primária, mediante assessoria e apoio a ESF, na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização. As equipes do NASF têm um papel matricial às equipes da ESF, dando apoio técnico e suporte aos profissionais de saúde. Destaca-se o papel do psicólogo e do assistente social no cuidado integral às crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2010).

Os gestores não comentam sobre a organização dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em seus municípios, instituídos pelo Ministério

da Saúde através da portaria nº 936, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004). Apesar de falar que os profissionais estão envolvidos no processo de notificação da violência, percebemos então que essa não é uma rede bem estruturada.

Eles reconhecem que ela é obrigatória “*A gente trabalha também agora com a notificação, sistema de informação, onde a notificação da violência ela é obrigatória (...)*”, mas deixamos a indagação, para onde são encaminhadas essas fichas, qual decisão tomada frente os casos notificação?

As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada, pela atenção primária (MENDES, 2009).

De acordo com o *Informe Mundial sobre Violência e Saúde* (OMS, 2002), o sucesso da prevenção da violência dependerá de abordagens abrangentes em todos os níveis, nas comunidades os parceiros podem incluir pessoas dedicadas a cuidados de saúde, polícia, educadores, trabalhadores de serviço social, funcionários públicos e autoridades do governo. Grupos de parceiros multissetoriais são extremamente úteis nacional e regionalmente (DALHBERG; KRUG, 2006).

A prevenção da violência exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e cooperação entre organizações que por meio da articulação política negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades (BRASIL, 2010).

Portanto, é fundamental que os municípios por meio dos gestores organizem e estruturam o trabalho em rede de saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes nos territórios para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidados e de proteção às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Destacamos alguns dos equipamentos que compõe a rede intersetorial no território que atendem crianças e adolescentes, pois o espaço de território do SUS deve dialogar com os sistemas de proteção, justiça e direitos humanos, segurança

publica entre outras políticas a fim de planejarem conjuntamente as ações que melhor atendem as necessidades desse grupo. São definições dadas pela Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde das Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010).

O Sistema Único da Assistência Social (SUAS) integra uma política pactuada nacionalmente participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados para o fortalecimento da família. Temos os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O CRAS é uma unidade da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUAS, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade. E o CREAS constitui uma unidade pública e estatal onde se oferece serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação dos direitos.

Sistema de Justiça e Direitos Humanos são órgãos que atuam na promoção de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes. No âmbito municipal, temos o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA). O Conselho Tutelar também fazem parte da rede de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente e desempenham papel importante no cumprimento destes direitos (Arts. 131 e 136).

O sistema de ensino é formado em rede de educação federal, estadual, distrital e municipal complementada pelo sistema privado. Fazem parte desse sistema os Centros de Educação Infantil (creches e pré-escola), Escola de Ensino fundamental e médio e Instituição de ensino superior.

A escola vem sendo chamada para contribuir com a identificação, notificação e encaminhamento de casos de violação dos direitos da criança e do adolescente.

O Sistema Integrado de Segurança Pública (SUSP) foi criado para articular as ações federais, estaduais e municipais, do Distrito Federal na área da segurança pública e da Justiça Criminal. Os órgãos que compõe este sistema nos municípios: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Guardas Municipais e Instituto Médico Legal (IML).

A sociedade civil também tem um papel importante na defesa, proteção,

promoção dos direitos das crianças e adolescentes, é constituída pelas ONG's, Comissão dos direitos humanos, centros de pesquisa, instituições religiosas, liderança comunitária, associação de moradores, pastoral da criança, entre outras.

Foi após os anos de 1990, com a reestruturação das políticas públicas e que as novas intervenções descentralizadas puderam ganhar corpo, fazendo com que um número significativo de organizações não-governamentais começasse a desenvolver iniciativas de enfrentamento do fenômeno. Com o conceito de cidadania se tornando eixo discursivo na sociedade brasileira, ele passou também a fazer parte dos discursos sobre prevenção da violência (GALHEIGO, 2008).

A autora descreve ainda que iniciativas para a prevenção da violência e a sedimentação de uma cultura de paz passaram a ser entendidas como medidas fundamentais no âmbito dos setores da educação, assistência social, saúde e segurança pública. Então ações intersetoriais de prevenção da violência têm sido compreendidas como as mais pertinentes para lidar com a questão, no entanto essas propostas em andamento ainda são limitadas aos setores específicos. Propõe ainda a criação de um plano de ação intersetorial que norteie e agregue ações em âmbito local, regional e nacional (GALHEIGO, 2008).

Em Curitiba, a criação de uma rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência, no ano de 2000, contribuiu para uma nova concepção de trabalho integrado e intersetorial, proporcionado o entendimento de que essa tarefa é uma constante construção. Originou ainda o entendimento de que a implantação de uma rede de proteção não exige grandes investimentos do setor público ou privado, mas uma mudança de olhar e uma visão mais atenta dos profissionais, familiares e outros responsáveis para as crianças e adolescentes, visando prevenir, orientar, diagnosticar e prestar assistência por meio dos equipamentos (setores envolvidos) legais (NJAINÉ *et al.*, 2006).

A intersetorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementa e interage para uma abordagem mais complexa dos problemas (WIMMER; FIGUEIREDO, 2007).

Para a Rede Unida, a construção e a viabilidade política de um projeto intersetorial passa por um novo olhar e um novo agir sobre a realidade, sob a lógica de problemas prioritários, definidos democraticamente, cuja redução ou controle

necessita de conhecimentos, habilidades e compromissos de vários setores, cujos sujeitos precisam encontrar novas formas de relação com os outros (REDE UNIDA, 2000).

O *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* traça recomendações que demandam ação conjunta e intersetorial e, conseqüentemente, o engajamento de organizações governamentais e organizações não – governamentais e segmentos populacionais interessados no assunto (KRUG, 2002).

Para tanto, faz-se necessário que os gestores dos Estados, Municípios e do Distrito Federal organizem a rede de cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência no território (ESF), de acordo com a capacidade de gestão local, que requer uma mudança no processo de produção de saúde.

Percebemos que os gestores têm conhecimento da importância dessas ações (intra-setoriais e inter-setoriais), porém percebemos que eles não se sentem capazes para assumir o enfrentamento dessa violência, pois envolve questões éticas, sigilosas e aprofundamento no seio familiar.

As ações desenvolvidas de prevenção da violência para os gestores em saúde não é diferente da representação apresentada pela maioria da sociedade, pois fomos criados na concepção de que o que acontece no meio familiar não pode ser aberto para a sociedade.

IC (B) <i>Não existem ações intersetoriais</i>
DSC
<i>Eu to sabendo agora que eles estão querendo trabalhar a questão do crack, a [secretaria] educação e a ação social, mas assim não existe [ações intersetoriais], essa dificuldade de intersetorialidade é uma visão realmente nacional, se você disser que há realmente essa integração a gente quando consegue se comunicar com o secretário, eles estão sempre muito ocupados (.....). (G10).</i>

O DSC denota um sentimento de alienação por parte dos gestores e até de contradição, pois quando uns afirmam que não podem desenvolver ações sem ajuda de outros setores, em outros discursos revelam que realmente essas ações não existem.

Percebemos que esse discurso não dá a importância que o assunto deveria ter, ou mostra a insatisfação da gestão com outras secretarias ao afirmar “*se você disser que há realmente essa integração a gente quando consegue se comunicar com o secretário, eles estão sempre muito ocupados*”.

Observamos também que o discurso faz um resumo de tudo que já comentamos aqui sobre o setor saúde não assumir a violência como demanda uma demanda, a difícil articulação entre os setores para o desenvolvimento de ações que não é fácil, mas tem que ser feito e respeitando as peculiaridades de cada setor.

As representações dos gestores sobre a não existência das ações intersetoriais revela a dificuldade da articulação entre os setores e a da dificuldade de trabalhar em equipe, pois é até mais fácil trabalhar e tomar decisão sozinha, ou sem a participação da população, ferindo a proposta da gestão participativa.

Estudos realizados revelam que a ausência de articulações das ações dificulta que os profissionais e gestores encontrem espaços para a elaboração de projetos e programas local que atendam as necessidades mais amplas da população e negando a gestão participativa (KELL; SHIMIZU, 2010; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

E conseqüentemente incide sobre a visita domiciliar, que seria um local apropriado para abordar a violência e conhecer os lares em situação de violência, porém, nos municípios, a visita domiciliar não é vista como prioridade e sim como uma forma de o profissional de saúde escapar das atividades do PSF.

A resistência dos profissionais reflete na organização das ações de prevenção, uma vez que os gestores também demonstram resistência ao impedir que os profissionais sejam liberados para realizar capacitações.

A promoção da saúde das crianças e adolescentes é vista apenas por meio do cronograma do PSF, não existindo articulação entre gestores e equipe do PSF para tratar do assunto, portanto, não há trabalho em equipe e o adolescente não é visto como demanda nesse cronograma, daí a dificuldade de planejamento de ações intersetoriais para esse grupo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos o estudo, desejamos que este se converta em um instrumento de reflexão para debates sobre a prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Que essas considerações despertem novos questionamentos e possibilidades de ampliar a compreensão desse imenso desafio que nos está posto.

Desvendar o fenômeno violência é realmente um grande desafio, como declararam os gestores entrevistados. Desafio maior ainda é comprometer-se e agir para o enfrentamento desta questão, visando promover o rompimento desse ciclo de violência que se tornou uma constante na sociedade e a mantém refém do medo, do pânico, restringindo o direito do cidadão de ir e vir.

Ao analisar as ações desenvolvidas pelo setor saúde, na prevenção da violência e promoção de saúde focalizada para crianças e adolescentes, articuladas por esse setor, nos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), tem-se um cenário paradoxal.

Este sinalizou a representação para os gestores do que seja operacionalizar as diretrizes das políticas e dos planos governamentais, ainda que pactuados em esfera tripartite e bipartite, expresso no discurso de gestores participantes da pesquisa, e a incipiência da concretude no cumprimento desses documentos oficiais.

Com esse intuito, fomos arduamente à busca dos discursos dos gestores em saúde, corresponsáveis pela efetivação das políticas públicas dessa pasta do executivo, nos municípios em pauta, a fim de conhecer, identificar e esquadrihar a articulação entre a ação dos gestores, o setor saúde e as políticas públicas, para que minimizem esse fenômeno, norteadas pelo Plano Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. O discurso pautou-se em algumas representações.

O convívio com a violência na RMF é motivo de *muita preocupação e desafio* constante entre gestores e profissionais, que desenvolvem alguns trabalhos intersetoriais, porém as *políticas públicas ainda são ineficazes e o setor saúde não reconhece a violência contra crianças e adolescentes como responsabilidade também desse setor*.

Os gestores apontam *falhas em relação às políticas e portarias que legislam sobre a prevenção da violência e promoção da saúde*, no sentido de suas ações não

serem efetivas nos municípios, porém aparentam um conhecimento fragilizado em relação a esses documentos, pois não se reportam, aos mesmos, em seus discursos.

A resistência dos profissionais em aceitar a violência como demanda também da saúde é citada pelos gestores como um fato que fragiliza a adoção de medidas preventivas da violência nesse grupo, demonstrando lacunas no cumprimento de um dos principais objetivos da atenção primária na prevenção da violência e promoção da saúde: antever o fenômeno.

Ao relatar que *não há metas específicas para o enfrentamento do problema*, os gestores não percebem que ações de prevenção e promoção são articuladas e que uma complementa a outra, no entanto essa não-percepção também se aplica à equipe da estratégia saúde da família. Os gestores reconhecem a importância e interesse em trabalhar ações intersetoriais e intrasetoriais, com execução de projetos e programas, porém essas ações ainda são pontuais, lentas, pouco reconhecidas, apesar de apontar estágios de progressão.

Os resultados desse estudo permitem sinalizar a responsabilidade que os gestores assumiram na execução, acompanhamento e sustentação das políticas públicas de saúde, inclusive para a prevenção da violência em seus municípios. A sociedade anseia por transformações, considerando as perdas de vidas, de perspectivas, as desestruturas familiares e da sociedade, além dos recursos alocados, em níveis financeiros e em formação de recursos humanos em saúde.

Importante mencionar que não se pode nem deve imputar aos profissionais de saúde, seja em que nível de atenção esteja desenvolvendo sua prática, nem tampouco aos gestores, a exclusiva responsabilidade e dever de efetivação de políticas que dependem de decisões realizadas em instâncias maiores e de comprometimento com reformas estruturais para o setor saúde. Pois percebemos que os gestores e profissionais também sofrem ao serem violentados por uma política imposta e verticalizada e tentam entender quem inventou esta política que eles têm que dar conta.

Lembra-se aqui a “Emenda 29” que ainda aguarda sua regulamentação, bem como a efetiva mobilização e participação da sociedade, no exercício de um monitoramento social, exigindo resolubilidade para situações limites que fragilizam a

sociedade cearense e de outros municípios brasileiros.

Vale pontuar que, no decorrer destes dois anos, o Estado do Ceará avança em estratégias promotoras de saúde direcionadas aos adolescentes. A sociedade, imaginamos, deposita confiança e espera melhores dias na trajetória de vida desse grupo, que, hoje, foi adotado pelo tráfico de drogas e armas e das extremas situações de vulnerabilidade que abarcam suas famílias e seu entorno de sobrevivência.

Deixamos como recomendações para os gestores a proposta de fortalecimento e/ou implantação de rede articulada entre os setores intra e intersetoriais, por meio da realização do diagnóstico da situação, mobilização social, capacitação permanente e formação continuada.

Ao grupo de gestão colegiado: planejamento das ações da atenção integral à saúde da criança em situação de violência; elaboração de protocolos de acolhimento e atendimento humanizado para o serviço de saúde e rede complementar; definição de corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos de atendimento, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados a protocolos existentes.

Ainda de acordo com a linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2010), recomendam-se: adotar estratégias de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial às equipes de saúde que atendem crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência; estimular que a rede complementar também siga essas estratégias; implantar e implementar o sistema de vigilância de violências e divulgar para a sociedade os serviços com endereço completo e os horários de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência.

Em sùmula, o estudo convoca a realizaçãõ de novas pesquisas e desdobramentos, no sentido de repensarmos estratégias que possam minimizar a eclosãõ da violênciã que se instalou na Região Metropolitana de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita Domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. v. 25, n. 5, p. 1103 – p. 1112, 2009.

AMARANTE, A.G.M.; SOARES, C.B.S. Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (Org.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole, v. 1, p. 42-60, 2009.

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ASSIS, S.G. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre riscos, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: SOUZA, E.R. (org). *Curso Impacto da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

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

ASSIS, S.G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. v.16, n.1, p.43-51, 2004.

AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: SOUZA, E.R. (org.) *Bases Conceituais e históricas da violência e setor saúde*. Curso de Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

BARBOSA, I.L. *Estratégia Saúde da Família e a Notificação de Maus-Tratos contra crianças e adolescentes na Região Metropolitana de Fortaleza*. Fortaleza, 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

BARROS, M.D.; XIMENES, R.; LIMA, M.L. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saúde Pública*. v.35, s/n, p.142-1499, 2001.

BRASIL, Presidência da República. *Constituição Federal 1988*. Brasília, out. 1988.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS / GM, 737, 16 maio 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-ta, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de meta países e Declaração do México*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional dos Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano Nacional de redução de violência e acidentes*. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Prevenção de violência e promoção de cultura de paz*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Violência: uma epidemia silenciosa*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Taxa de Mortalidade específica por causas externas. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 de junho de 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em < www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/frameset >. Acesso em: 15 de junho de 2009b.

BRASIL, Ministério da Saúde. DAB – Atenção Básica – PSF – Saúde da Família – Atenção Primária. Disponível em < dtr2004.saude.gov.br/dab/historico>. Acesso em: 10 de julho de 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. *Linha de cuidado para atenção integral a saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, A.M.M.et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciências e saúde coletiva*. v.10, n.1, p.143-149, 2005.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciências e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-178, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2003.

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

CAMARGO, A.B.A. Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira. In: CORRÊA, V.L.A.; VERGARA, S.C. (org). *Proposta para uma gestão pública municipal efetiva*. 2ªed. Rio De Janeiro: FGV, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema único de Saúde (SUS). *Revista Saúde Pública*. v.40, n. 1, p. 20 – 38, 2006.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*. v. 42, n. 2, p.347 – 368, 2008.

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

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (CPHA). *Action Statement for Health Promotion in Canada*. Ottawa: CPHA, 1996. W

CAVALCANTI, M.L.T., *et al.* Rede de Serviços do SUS e de atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs.). *Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CEARÁ. Pesquisa sobre o comportamento de risco dos adolescentes estudantes do Estado do Ceará. Fortaleza: SAS/SEDUC/SESA/SECULT/SEPLAN; 2003.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. *Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT no Ceará: situação epidemiológica, 1998 a 2004 / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Coordenadoria de Políticas de Saúde – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2006.*

CEARÁ. Diário oficial do Estado do Ceará, nº 121, ano 1, série 3. Disponível em: <http://imagens.seplag.ce.gov.br/pdf/20090703/do20090703p01.pdf>. Acesso em 12.10.2010.

CIDADES. Disponível<http://www.observatoriodasmetrolopes.ufrj.br/comoanda/comoanda_RM_fortaleza.pdf> Acesso em 30 jun 2008.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. *Youth Violence*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Disponível em: www.cdc.gov/violenceprevention. Acesso em 08/10/10.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15, n, 5, p, 2437-2445, 2010.

COSTA, M.C.N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Revista Saúde Pública*. v.37, s/n, p. 699-706, 2003.

CONCHA – EASTMAN, A.; MALO, M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11 (sup), p. 1179 – 1187, 2007.

COLLARES, P.M.C. *Análise da Rede Assistencial em Saúde Mental: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza*. Fortaleza, 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ed. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2009.

COSTA, A.C.G. *Infância, lei e democracia na América Latina*. Edifurb, v.1, 2001.

COSTA, J.S.D.; VICTORA, C.G. O que é “um problema de saúde pública”? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, n.1, p:144-146, 2006.

DAHLBERG, L.L; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 11 (sup), p.1163 – 1178, 2006.

DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.14 (sup1), p. 1483 – 1492, 2009.

DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: ‘prevenção numa hora dessas?’ *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S.F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11 (sup), p. 1279-1290, 2007.

FERNANDES, R.; SOUZA, A.P. *A redução do trabalho infantil e o aumento da frequência a escola: uma análise de decomposição para o Brasil nos anos 90*. São Paulo, julho, 2003.

FERNANDEZ, J.C.A. et al. Promoção da Saúde: elemento instituinte? *Saúde e Sociedade*. v.17, n. 1, p. 153 – 164, 2008.

FERRAZ, S.T. *Bases Conceituais de Promoção da Saúde*. Brasília: OPS, 1994, Mimeografado.

FERREIRA, V.S.C.; FRANCO, T.B. Sobre o uso de instrumentos cartográficos na Pesquisa em Saúde Coletiva. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.A.; FERREIRA, V.S.C. (org). *A produção subjetiva do cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009.

FIGUEIREDO, P.P. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção em gestão que permeia o agir em saúde. *Phisys Revista de Saúde Coletiva*. v.20, n.1, p.235-259, 2010.

Grande Enciclopédia Larousse Cultural, v.7, Sao Paulo: Nova Cultural, 1998. p.1601.

GALHEIGO, S.M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. *Saúde e sociedade*, v.17, n.3, p.181-189, 2008.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. v.4, s/n, p.645 – 653, 2006.

GOMES, R. et al. Abordagem dos maus-tratos contra crianças e adolescentes em uma unidade publica de saúde. *Ciências e saúde coletiva*. v.7, n.2, p.175-283, 2002.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.315-319, 2002.

GUERRERO, R. *¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil?* Salud Pública de México / vol. 50, suplemento 1 de 2008.

HORTA, N.C.; LAGE, A.M.D.; SENA, R.R. Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens. *Rev. enf. UERJ*, v. 17, n. 4, p. 538-43, set-dez, 2009.

HORTA, N.C.; SENA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas de saúde do Brasil: um estudo de revisão. *Phisys Revista de Saúde Coletiva*. v.20, n.2, p. 475 – 495, 2010.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1994.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.14 (supl. 1), p.1359 – 1365, 2009.

JARAMILLO, D.E; Uribe T.M. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Investigacion y Educacion em Enfermermaría*. v.19, n.1, p. 38-45, mar., 2001.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15 (supl. 1),p: 1533 - 1541, 2010.

KRUG et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva, World Health Organization, 2002.

KUSHCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de Atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAWN, J.E. et al. Alma – Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Alma Ata: Rebirth and Revision 1*. v. 372, n.13, p. 917 – 927, 2008.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2 ed. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2005.

LEFEFRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. *Promoção de Saúde a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lente, 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. *Interface – Comunic Saúde, Educ.*, São Paulo, v. 10, n.20, p. 517-524, jul-dez, 2006.

LUNA, G.L.M. *Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por*

profissionais da equipe saúde da família. Fortaleza (CE). Fortaleza, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

LUNA, G.L.M. *Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família*. Fortaleza (CE). Fortaleza, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

LUNA, G.L.M, FERREIRA, R.C, VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15, n, 2, p, 481-491, mar., 2010.

LUNA, G.L.M. et al, Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes: o discurso oficial e a práxis. *Revista UERJ*. v. 18, n. 1, p. 148-152, jan/mar, 2010.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 14, n,3, p, 861-868, 2009.

MELO, E.M. et al. A organização da atenção básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. v.24 (sup), p. s29 – s41, 2008.

MINAYO, M.C.S. Violência Social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.10 (supl. 1), p. 7-18, 1994.

MINAYO, MC.S; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, 1999.

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

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

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

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. revista e aprimorada. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde individual e coletiva. In: SOUZA, E.R. (org.) *Bases Conceituais e históricas da violência e setor saúde. Curso de Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciências e saúde coletiva*. v.11 (sup), p.1259-1267, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.(Orgs.). *Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violência segundo diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.14, n.5, p. 1641 – 1649, 2009.

Ministerio de Salud de La Gran Bretana. *Informe Dawson sobre El futuro de los servicios medicos y afines, 1920*. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicação científica nº93]

NJAINE, K.; MINAYO, M.C.S A violência na mídia como tema da saúde publica: revisão de literatura. *Ciências e saúde coletiva*. v.9, n.1, p.201-211, 2004.

NJAINE, K., ASSIS, S.G., GOMES, R., MINAYO, M.C.S. Redes de prevenção à violência: da utopia a ação. *Ciências e saúde coletiva*, v.11, sup, p.1313-1322, 2006.

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

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendência*. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2009.

PALAZZO, L.S. et al. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul de Brasil. *Revista Saúde Pública*. v.42, n.4, p.622-629, 2008.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria*. v. 77, n. 1, p. 35 – 40, 2001.

PIRES, A.L.D.; Miyazaki, M.C.O.S. Maus - Tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. *Arq. Ciência em Saúde*. v.12, n.1, p. 42 – 49, 2005.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciências e Saúde Coletiva*, v.11, n.3, 564-576, 2006.

PORDEUS, A.M.J.; FRAGA, M.N.O.; FACÓ, T.P.P. Ações de prevenção de acidentes e violências desenvolvida pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n.4, p. 1201-1004, 2003.

PORDEUS, A.M.J. et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.5, p. 1731-1740, 2009.

RIBEIRO, F. Violência na Região Metropolitana de Fortaleza: Territórios da morte na Região Metropolitana de Fortaleza. *Diário do Nordeste*. Fortaleza, 05 de out. 2009. Disponível em: diariodonordeste.globo.com/matéria.asp?codigo=677326.

RIBEIRO, F. Criminalidade na Região Metropolitana de Fortaleza: Em apenas 4 meses 72 jovens são assassinados. *Diário do Nordeste*. Fortaleza, 03 de mai. 2010. Disponível em : diariodonordeste.globo.com/matéria.asp?codigo=779023.

RODRIGUES, P.H.A.; SANTOS, I.S. *Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROQUE, E.M.S.T.; FERRIANI, M.G.C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito a comarca de Jardinópolis-SP. *Revista latino-americana de enfermagem*. v.10, n.3, p.334-344, 2002.

SANCHES, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, CLAUDIA ARAÚJO (coord.). *Violência faz mal a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.6, s/n, p. 659 – 664, 2007.

SILVA, S.R. *A representação social do seu sistema único de saúde pelos seus usuários*. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2007.

SILVA, J.G. et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 12, n. 4, p. 591 – 603, 2009.

SOUSA FILHO, O.A.; XAVIER, E.P.; VIEIRA, L.J.E.S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar acompanhante. *Revista Escola Enfermagem USP*. v.42, n. 3, p. 539 – 546, 2008.

SOUZA, E.R. et al. Avanços do Conhecimento sobre Causas Externas no Brasil e no Mundo: Enfoque Quanti e Qualitativo. In: MYNAIO, M.C.S; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SOUZA, D.V. *Da possibilidade a ação: novas perspectivas de gestão territorial e de ação cidadã – o caso da APA Municipal Capivari Monos*. São Paulo, 2008. TESE (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo, 2008.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Concepções de enfermeiros gestores municipais de saúde sobre a violência. *Revista Enfermagem da UERJ*. v.15, n.1, p.94-99, 2007.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p. 547-555, 2009.

SOUZA, E.R. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.14, n.5, p.1709-1719, 2009.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco – Ministério da Saúde, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial*. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1999.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Escola que protege enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. 2ª Ed. Brasília, 2008.

VENDRÚSCULO, T.S. et al. As políticas sociais e a violência: uma proposta em Ribeirão Preto. *Revista latino-americana de enfermagem*. v.12, n.3, p.564-567, 2004.

VENDRÚSCULO T.S.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescentes vítimas de violência doméstica. *Revista latino-americana de enfermagem*. v.15 (número especial), 2010 (online). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.14, n.5, p. 1773-1779, 2009.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Relatos da equipe de saúde quanto as práticas educativas ao vitimado no trânsito durante hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. *Saúde e Sociedade*. v.19, n.1, p.213-223, 2010.

XAVIER, M. Arendt, Jung e Humanismo: um olhar interdisciplinar sobre a violência. *Saúde e Sociedade*. v.17, n.3, p.19-32, 2008.

WASELFISZ, J.J. *Mapa da Violência: Os jovens da América Latina*. Rede de Informação Tecnológica Latino – Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Justiça (S.I.) Artecór, 2008 a.

WASELFISZ, J.J. *Mapa da Violência: Anatomia dos homicídios no Brasil*. Instituto Sangari/ Ministério da Justiça, 2010.

WIMMER, G.F., FIGUEIREDO, G.P. Ação coletiva para a qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e saúde coletiva*, v.11, n.1, p.145-154, 2006.

WESTPHAL, M.F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, ALINE DE SOUZA PEREIRA, portadora do CPF: 624024983-15, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Turma IV, da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, estou desenvolvendo o Projeto intitulado – *Ações intersetoriais de prevenção da violência contra crianças e adolescentes desenvolvidas pelo setor saúde da Região Metropolitana de Fortaleza*. O estudo tem como objetivo: analisar a existência e realização de ações intersetoriais de prevenção à violência e promoção da saúde, focalizando o grupo de crianças e adolescentes, a partir do discurso do sujeito coletivo dos gestores da Região Metropolitana de Fortaleza. Informo que, antes e durante a pesquisa, o Sr.(ª) será esclarecido de que não haverá riscos, poderá se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo. Importante esclarecer que “a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará”. Sendo necessário, contatar com a pesquisadora responsável.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 477.32.80

CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará.

Participante

Pesquisadora

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

_____, portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante e/ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (art. 35 e 37 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem).

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

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____ .

Participante

Pesquisadora

Pesquisador responsável

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA****A. Dados de Identificação**

Nº da Entrevista: _____

Data da entrevista: ___/___/_____ Início(H):_____ Término(H):_____

Telefone: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Tempo de Formado: _____ Pós-graduação: () Sim () Não.

Se sim, especificar _____.

Realizou algum curso na área de gestão? () Sim () Não Qual? _____

Você acha que há necessidade de capacitação em alguma área para melhorar seu desempenho na gestão? () Sim () Não

Trabalha ou trabalhou na Estratégia de Saúde da Família: () Sim () Não.

Se sim, qto tempo? _____.

Experiência como gestor em outros municípios ou no mesmo: _____

Município: _____ Tempo de Gestão: _____

B. Roteiro de entrevista

(i) Em sua opinião, como seu município convive com a violência entre crianças e adolescentes?

(ii) Descreva as metas estruturantes do seu município na área da saúde, e como estão contempladas as ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

(iii) Como o setor saúde desenvolve ações de promoção da saúde com enfoque na criança e no adolescente?

(iv) Existem ações de promoção da saúde e prevenção da violência desenvolvidas por outros setores da administração municipal em conjunto com o setor saúde para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes?

ANEXO