



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Bomfim de Souza, Mariluce Karla; Sena da Silva Santana, Judith
Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 547-555
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde

Assistance for the adolescent victim of violence:
participation of local health managers

Mariluce Karla Bomfim de Souza ¹

Judith Sena da Silva Santana ²

Abstract *This qualitative study aimed at analyzing the participation of the local health managers in the assistance provided to the adolescent victim of violence in the city of Itabuna, Bahia, Brazil. Specific objectives of this study were: to identify how the local health managers perceive violence and its repercussions in adolescence; to identify the public healthcare policies directed to the adolescent implanted by the health system of Itabuna-BA, focusing on violence and on the actions developed by the local health managers toward an effective implantation of these policies. The data collected from interviews and documents were analyzed using the technique of content analysis. Analytical categories: Violence as any form of physical, moral, psychical or social aggression, omission and disrespect to the human rights; Violence has psychological repercussions in adolescence, causes pain and suffering, compromises the life and the future and generates violence; Assistance for the adolescent victim of violence: limitations and advances of a policy in construction. The results show that the managers have put forth efforts for the effective implementation of the Adolescent Health Program, with the intention to include violence as a focal issue of their actions.*

Key words *Violence, Adolescent*

Resumo *Estudo qualitativo que tem como objetivo geral analisar a participação dos gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente, vítima de violência, no município de Itabuna, Bahia. São objetivos específicos: identificar percepções dos gestores municipais de saúde acerca da violência e suas repercussões na adolescência; identificar as políticas públicas de atenção ao adolescente implantadas no sistema municipal de saúde de Itabuna, Bahia, focalizando a violência e descrever as ações desenvolvidas pelos gestores municipais de saúde para a conformação e efetivação das políticas de atenção ao adolescente vítima de violência. Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista e a análise documental. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Identificamos três categorias analíticas: a violência enquanto qualquer forma de agressão física, moral, psíquica, social, omissão e desrespeito aos direitos humanos; a violência que repercute psicologicamente na adolescência causa dor, sofrimento, desestrutura a vida e o futuro e gera violência; a atenção ao adolescente vítima de violência: limites e avanços de uma política em construção. Os achados apontam que os gestores têm direcionado suas ações para a implementação efetiva do Programa de Saúde do Adolescente com o propósito de incluir a abordagem da violência como foco de ação.*

Palavras-chave *Violência, Adolescente*

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Rua Cajueiro s/n, Cajueiro. 44570 -000 Santo Antônio de Jesus BA. marilucejbv@yahoo.com.br

² Núcleo Interdisciplinar de Estudo sobre Violência e Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.

Introdução

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

Cruz Neto¹ conceitua violência como um estado multifacetário por suas características externas (quantitativas) e internas (qualitativas), evento que abrange todas as esferas da vida social e individual, dela participando todos, seja como vítimas ou autores. Schraiber, D'Oliveira e Couto² acrescentam que a violência é identificada em tempos de guerra ou de suposta paz e que não há elementos suficientes para lidar com domínio tão amplo, alimentado por interconexões ainda pouco conhecidas.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado em 2002, traz dados estatísticos da violência no mundo e destaca que, no ano de 2000, países de menor renda representaram 91,1% do total das mortes violentas, concentrando os homicídios. E que 77% dos homicídios ocorrem entre os homens e sua taxa é mais que três vezes a das mulheres, sendo maior nas faixas etárias de 15-29 anos (19,4 por 100 mil)³.

No que cabe à violência juvenil (10 a 29 anos), esta foi referida pelo mesmo relatório como a mais visível das violências e também peculiar, pois os jovens são os principais agressores e vítimas. E o fato de ter experimentado violência na infância, pertencer a gangues e ter acesso a armas, viver sob guerra prolongada e em condições de exclusão social e grande pobreza são situações que aumentam os índices dessa violência, os maiores na América Latina e África e menores entre países do Leste Europeu³.

Hoje, as violências e os acidentes, juntos, constituem a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira. Nas idades de cinco a dezenove anos, se constitui a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nessas faixas etárias⁴. No município de Salvador, capital do estado da Bahia, de 1998 a 2001, 21% das pessoas mortas violentamente eram crianças ou adolescentes até 19 anos⁵.

As crianças e os adolescentes têm se destacado como vítimas da violência por seu aspecto indefeso e baixo poder de luta⁶. A situação de violência

tem trazido prejuízos para a população em geral, especialmente para os adolescentes, pela vulnerabilidade dessa faixa etária.

A adolescência é um dos períodos em que o indivíduo mais necessita de que as suas necessidades básicas sejam supridas. A violência sofrida tem o poder de cercear o processo de crescimento e desenvolvimento deste como pessoa e produzir a aquisição de atitudes anti-sociais e a reprodução do ciclo da violência nas gerações futuras⁶.

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

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

Algumas políticas públicas que incluem o adolescente como grupo de atenção foram sendo criadas nas últimas décadas, a exemplo do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) instituído, em 1989, pelo Ministério da Saúde. Para fortalecer as políticas públicas voltadas para a atenção ao adolescente, contamos, a partir de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual estabelece a criança e o adolescente como prioridade absoluta e consolida alguns direitos constitucionais, dentre eles, o direito à saúde⁷. Em 1991, foi lançado, pela Associação Brasileira de Enfermagem, em parceria com o Ministério da Saúde, o Projeto Acolher. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde lança o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, surge o Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, outras políticas públicas podem ser sustentadas pela ou com a ajuda das Secretarias de Saúde, como a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, dentre outras.

Com base nas responsabilidades dos municípios quanto à atenção aos seus munícipes, destacamos o adolescente como grupo prioritário destas ações. Considerando as condições sociais a que os jovens brasileiros estão expostos, a situação da violência que conforma a realidade de muitos adolescentes e destacando o setor saúde como o desaguadouro das consequências da violência, esta repercutindo negativamente no desenvolvimento do

adolescente, e os gestores de saúde enquanto atores sociais viabilizadores das políticas de atenção, apresentamos nosso interesse sobre a participação dos gestores municipais de saúde no desenvolvimento de políticas de atenção ao adolescente vítima de violência.

Devido à amplitude do tema violência e do interesse em contribuir, de alguma forma, para discutir sobre o problema, apresentamos como objetivo geral deste estudo: analisar a participação dos gestores municipais de saúde na atenção ao adolescente vítima de violência no município de Itabuna, Bahia. E como objetivos específicos: identificar as percepções dos gestores municipais de saúde acerca da violência e suas repercussões na adolescência; identificar as políticas públicas de atenção ao adolescente implantadas no sistema municipal de saúde de Itabuna, Bahia, focalizando a violência; descrever as ações desenvolvidas pelos gestores municipais de saúde para a conformação e efetivação das políticas de atenção ao adolescente vítima de violência.

Métodos

Considerando os objetivos deste estudo, optamos por adotar uma abordagem qualitativa porque, segundo Minayo⁸, nos permite compreender a realidade concreta, os fenômenos e os processos sociais, tornando-se adequada para os estudos das práticas de saúde e das relações que se estabelecem entre sujeitos no exercício destas práticas.

Selecionamos o município de Itabuna, Bahia, por este encontrar-se há mais de um ano de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e ter uma população de 203.815 habitantes, sendo que 46.434 estão na faixa etária de 10 a 19 anos, ou seja, 22,8% da população estão na fase da adolescência⁹. A rede pública de saúde em Itabuna dispõe de catorze unidades de saúde da família (USF), dez unidades básicas de saúde (UBS) e nove centros de referência. Itabuna tem 75% de cobertura pelo PACS e PSF¹⁰.

Participaram deste estudo os atores que desenvolvem, direta ou indiretamente, as atividades de gestão do sistema de saúde de Itabuna. Os entrevistados são identificados por numeração (p.ex., E1, E2...).

Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a análise documental, as quais foram aplicadas por permitirem a expressão e a interpretação do objeto através dos depoimentos e dos registros.

Para realizarmos a análise de conteúdo, orientamo-nos pelas três etapas básicas assinaladas por

Bardin, quais sejam: a pré-análise; a descrição analítica e a interpretação inferencial¹¹.

A proposta deste estudo foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), sob protocolo nº 010/2006, em 14 de março de 2006, e obteve aprovação em 2 de maio de 2006.

Ressaltamos o cumprimento das normas legais exigidas para a realização de estudos que envolvam seres humanos.

Resultados e discussão

Organizamos os resultados e discussão dos achados, orientadas pelas categorias analíticas que emergiram deste estudo, as quais estão representadas nos três subcapítulos que se seguem.

A violência enquanto qualquer forma de agressão física, moral, psíquica, social, omissão e desrespeito aos direitos humanos

Percebemos que o entendimento que os gestores de saúde apresentam acerca da violência não está restrito a uma área de conhecimento apenas. Os gestores percebem a violência como fenômeno referente ao ser humano, cuja manifestação se dá mediante as relações sociais (Estado, sistema e sociedade), quando estas são marcadas por atos de agressão de qualquer forma, omissões e situações de desrespeito aos direitos do homem, como bem mostra esta fala de um dos nossos entrevistados: ***Pra mim todas essas pessoas todas são vítimas da sociedade, são vítimas do sistema (E12).***

A violência, enquanto fenômeno que ocorre em todas as esferas da vida social, tem suas raízes no modo como a sociedade se estrutura e se relaciona. Segundo Santana e Souza⁶, a violência é construída socialmente e ganha variadas formas de expressão por estar relacionada às transformações sociais, políticas, econômicas e culturais e, também, às concepções de cidadania e de homem enquanto sujeito.

Buscamos o entendimento dos gestores da saúde municipal de Itabuna, por esse município baiano se destacar quanto ao número de mortes por violência. Noronha e Daltro¹² desenvolveram um estudo que pretendeu analisar os diferenciais por gênero de mortes violentas e outras agressões ocorridas na Bahia. Este estudo mostrou que a violência tem destaque no estado da Bahia, ressaltando-se que, no interior desse estado, destacam-se as cidades de Itabuna, Feira de Santana e Vitória da Conquista.

A violência pode ser entendida por alguns como uso da força contra ou sobre alguém. Para Zenaide¹³, a violência traduz-se no uso da coerção ou força, um dispositivo de poder sobre o outro, com produção de danos. Michaud¹⁴ declara que a idéia de força constitui o núcleo central da violência e contribui para fazê-la designar comportamentos e ações físicas.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde faz referência ao uso da força e do poder quando define a violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação³. Um dos nossos entrevistados esboça o que compreende por violência: ***Violência é qualquer, assim, qualquer ato de agressão de um indivíduo para um indivíduo (E11).***

O Ministério da Saúde, através da adoção de uma Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, define como violência “o evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos ou grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros”¹⁵, um conceito que não passou despercebido a um dos depoentes, que o refere com absoluta clareza: ***Qualquer ato ou ação ou omissão que causa dano a pessoa, ao ser humano, a qualquer ser, de modo que tire dela o poder de ação, o poder de defesa no sentido de que ela venha a sofrer conseqüências patrimoniais, financeiras, psicológicas, sociais, educacionais (E12).***

A omissão também pode estar camuflada no desconhecimento. Segundo Silva e Santana¹⁶, ambas situações se constituem terreno fértil para a manutenção dos episódios de violência, além de expor os vitimizados a mais um tipo de violência, a negligência, seja ela profissional, institucional ou por parte da sociedade.

A violência faz mal à saúde e é, especialmente, prejudicial na adolescência, quando o indivíduo encontra-se em plena fase de desenvolvimento. Portanto, diante da complexidade do fenômeno e da dimensão dessa problemática, impõe-se o desenvolvimento de ações multissetoriais e multiprofissionais, bem como a participação dos gestores e a vontade política para a implantação de políticas de atenção.

O Brasil, com forma de governo considerado democrático, porém com processo neoliberal em expansão, tem a violência como um grave problema de saúde pública. Se analisarmos a qualidade de vida dos brasileiros e relacionarmos com a distri-

buição de renda e as condições de pobreza, veremos que a forma de violência expressa por Mertens, citado por Gomes¹⁷, a “violência silenciosa”, está presente de forma bastante velada. Esta é produto da situação de exploração e desigual distribuição de renda que configuram as relações entre o Estado e a sociedade. O envolvimento dessas duas instituições, Estado e sociedade, foi, assim, referido pelos sujeitos: ***Um conjunto de agressões, de irregularidades que atingem não só o indivíduo quanto o Estado, a ordem pública (E7).***

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

“Toda ação ou omissão que viola os direitos garantidos pela constituição e pelas leis é uma violência” diz González¹⁸. Os adolescentes, enquanto cidadãos, devem gozar dos direitos sociais que configuram os direitos aos padrões de vida que prevalecem na sociedade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece os direitos específicos dos adolescentes como cidadãos no interior das áreas abordadas pela Constituição, como saúde, educação, profissionalização. Além disso, o Estatuto apresenta dispositivos legais para a garantia e o zelo dos direitos dos adolescentes.

Os maus-tratos (referem-se à descrição dos danos causados pelo abuso, aos atos e suas conseqüências) cometidos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou transgressão dos seus direitos definidos por convenções legais ou normas culturais¹⁹. É o que confirma o seguinte depoimento sobre a violência e os maus-tratos: ***É infringir os direitos humanos, é você ir de encontro ao que é de direito, ao que o estatuto determina. Então, você não ter direito à saúde, não ter direito à educação, não ter direito à alimentação, moradia, pra mim isso já é uma forma de violência (E6).***

Os serviços públicos de saúde devem incluir o acesso e acompanhamento de profissionais da área. Sua inexistência ou negação pode ser combatida através de ações previstas no ECA. Este estatuto, na altura do artigo 245, refere que a não comunicação do profissional, inclusive o de saúde à autoridade competente, de casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes, incorre em multa de três a vinte salários de referência ou o dobro, em caso de reincidência²⁰.

O depoimento, a seguir, confirma que os gestores estão cientes de que a violência pode representar uma omissão ou um ato, como a falta de atendimento ou o mau atendimento pelo profissional de saúde, o que representa desrespeito aos direitos humanos: *Quando a gente passa a não atender bem esse cliente, até as formas mesmo de agressão física, dentro da comunidade. O atendimento do profissional, a depender da forma que for colocada a ele, a resposta que a gente não dá (E1).*

A violência é determinada por fatores estruturais (desigualdades sociais, diferenças regionais, desigual concentração de riqueza), por fatores culturais e fatores ético-políticos (crise dos valores democráticos, baixo exercício da cidadania, falta de vontade política para apurar a responsabilidade penal de agressões, falta de controle do Estado por parte da sociedade civil)¹³.

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

A violência repercute psicologicamente na adolescência, causa dor, sofrimento, desestrutura a vida e o futuro e gera violência

Os gestores municipais, enquanto formuladores e, também, executores de políticas públicas, constatam que a fase da adolescência, quando marcada por episódios de violência, pode transcorrer com perturbações psicológicas e dificuldades nas relações as quais desestrutura a vida e interfere na forma de ver e viver o mundo. Pode, inclusive, desenvolver comportamentos violentos. É sobre essas repercussões na vida do adolescente que trataremos nesta categoria.

Segundo Pereira, Santana e Ferriani²¹, o processo de adolecer implica características que, por si sós, conferem a esta fase determinado grau de vulnerabilidade, o que exige atenção e cuidados especiais. A violência, que acomete essa fase, interfere no crescimento pessoal do adolescente e pode proporcionar a aquisição de valores e comportamentos anti-sociais.

A violência se inscreve nas relações sociais, repercutindo nas dimensões somática, emocional, intelectual e social do ser humano. Neste estudo, os gestores de saúde se colocaram, com maior ênfase, quanto às dimensões psicológica e emocional.

A violência material (saúde, alimentação, habitação) e a intelectual (educação, lazer) junto à desagregação familiar tem influência importante

no desenvolvimento emocional da criança e do adolescente, o que vai acompanhar a trajetória deste ser humano, prejudicando a sua realização como indivíduo¹⁸. É o que mostra este depoimento: *Violência gera violência, quem tem no seu lar, na sua formação convívio com cenas de violência, parte do seu cotidiano vai se incorporar como valores, vai ser natural e, mais tarde, essas pessoas voltarão a viver as mesmas práticas que elas conviveram durante a sua formação (E5).*

A violência compromete o crescimento e o desenvolvimento do adolescente e deixa sequelas duradouras. O meio social transmite ao adolescente o modelo de vida que influencia na expressão do seu comportamento presente e futuro. Isto porque a vida cotidiana, o dia-a-dia, o convívio social e intrafamiliar refletem no modo de ver e viver no mundo e na forma de encarar a vida. É o que expressam estes entrevistados: *Eu acho que pra ninguém, mais do que pra criança e pro adolescente, a violência pode trazer tanta repercussão. Tipo traumas mesmo, que vão prejudicar a vida dele futura, de se tornar, até, uma pessoa violenta em decorrência da pessoa sofrida que é. Caso ele não tenha um apoio psicológico da família, eu acho que isso pode repercutir na vida dele futura, na formação dele, de jovem, adulto e ele pode trazer consigo essa violência da qual ele sofreu (E13).*

A sociedade, incluindo os diversos espaços nos quais o adolescente interage, tem papel estruturador ou desestruturador. Quando a sociedade está em estado de confusão, o adolescente sente-se menos seguro e mais perturbado. Pode, então, sentir-se compelido a praticar atos de violência contra os outros ou contra si mesmo²².

Portanto, chamamos a atenção para o papel desestruturador que o ambiente “rua” exerce sobre a criança e o adolescente, pois, neste espaço, todos, inclusive os adolescentes, estão expostos aos diversos riscos e se tornam vítimas fáceis. Outros ambientes ou espaços também podem interferir na forma de viver do adolescente. Instituições, como presídios, escolas e abrigos, têm se caracterizado pelo seu caráter violento, devido às normas, regras e funcionamento destas.

Segundo Silva e Guerese²³, a noção de prevenção encontra-se ainda muito dissociada das propostas de atuação das instituições brasileiras, dado que em muitas destas persistem problemas que, se não gerais, constituem focos de relevante preocupação na perspectiva dos direitos humanos e saúde destes adolescentes: instituições ainda sob uma concepção repressiva, falta de capacitação dos trabalhadores, deficiente assistência médica e odontológica, precária escolarização.

Assim, muitos dos danos produzidos nestas instituições podem estar invisíveis, por colocar outros referenciais na vida das pessoas, que aí são instaladas, e que têm seus familiares substituídos por funcionários ou policiais, o que potencialmente prejudica o desenvolvimento de relações sociais e humanas.

Para Agudelo²⁴, a violência não se reduz a um dano ou a um momento. Ela é um processo orientado para fins determinados a partir de diferentes causas, formas variadas, produzindo danos, alterações e consequências imediatas ou tardias.

Portanto, os cuidadores, assim como os gestores, devem estar cientes que a violência compromete o crescimento e o desenvolvimento dos adolescentes em seus múltiplos aspectos, constituindo-se, assim, em uma demanda de saúde pública. Se considerarmos que os eventos violentos podem ser repetitivos, duradouros e crônicos, constataremos a necessidade de implantarmos serviços e políticas de atenção urgentes a essa clientela que levará consigo, além das consequências somáticas, as psicológicas e sociais.

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

Atenção ao adolescente vítima de violência: limites e avanços de uma política em construção

Nesta categoria, tratamos de descrever e analisar as políticas de atenção ao adolescente em situação de violência, desenvolvidas pelo setor saúde no município de Itabuna. Entretanto, iniciativas de outros setores também foram referidas pelos entrevistados, dado que algumas delas desenvolvem-se em articulação com o setor saúde.

As políticas de atenção podem apresentar-se enquanto proposta ou estratégia de intervenção cujas ações contemplem alguma das etapas de atenção, as quais são apresentadas por Assis e Constantino²⁵ por três denominações: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Na primeira, a atuação deve estar voltada para os fatores contribuintes e os agentes da violência, embora as autoras afirmem que esta tem sido a estratégia menos utilizada. Quanto à prevenção secundária, refere-se a respostas mais imediatas à violência, enfocando a capacidade de diagnóstico, trata-

mento precoce e limitação da invalidez; quanto à terciária, diz respeito às respostas em longo prazo, destinadas ao processo de reabilitação das vítimas.

Sobre as etapas de atenção, vale salientar que estas podem ser desenvolvidas por setores diversos, como o jurídico, a educação, a segurança, a assistência social e inclusive pelo setor da saúde.

O setor da saúde constitui o espaço para onde confluem todos os “corolários” da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social²⁶. Esse fato aponta para a necessidade de o poder público assumir essa situação como um problema de saúde pública e capacitar os profissionais para o exercício dessa função, bem como lutar por uma melhor política de financiamento e por maior aporte de recursos tecnológicos.

A negligência dos formuladores de políticas, quanto à elaboração de propostas de atenção aos vitimizados e combate à violência com recursos suficientes e garantia do atendimento de referência, potencializa o não encaminhamento, bem como a não notificação dos casos.

Silva e Silva²⁷ acrescentam que a prestação de uma assistência efetiva que contemple os aspectos individual, institucional e social, dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e os outros setores assistenciais.

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

Os próprios profissionais que trabalham na rede não estão ainda sensibilizados, não sabem como acolher (E11).

Aqui não tem ainda uma normatização pra a gente saber pra onde é que vai, o que é que faz, encaminhamento, referência não tem (E4).

A gente tem dificuldade com a Promotoria Pública, com a questão do Juizado de Menor. Esse respaldo a gente está tentando agora, conseguindo agora depois do Projeto Sentinela (E14).

Diante das inúmeras repercussões da violência sobre os adolescentes, é fundamental promover o compromisso dos gestores com o intuito de implantar e implementar políticas de combate e enfrentamento da violência. No caso de Itabuna, os gestores da saúde são sensíveis à questão das repercussões da violência e são conscientes da sua responsabilidade e da necessidade de articulação entre

os diversos setores pela amplitude e extensão que a violência toma. No entanto, referem como uma das maiores dificuldades a insuficiência dos recursos financeiros; vejamos o seguinte depoimento: ***Aqui em Itabuna, que tem uma população habitacional de 203.815 habitantes, segundo o IBGE, que, na verdade, ultrapassa os 250.000 fixo, tem uma população flutuante pactuada que consta em torno de um milhão e seiscentos a dois milhões e novecentos que vem parar em Itabuna. Então, você imagina o tamanho da responsabilidade de uma secretária que detém metade do orçamento do município pra resolver essas ações. Não é brincadeira! (E12).***

O problema clássico da escassez ou inexistência dos recursos para financiamento das políticas sociais, somado às históricas dificuldades como a centralização política e administrativa, a desarticulação de programas e ações, o desvio de recursos, entre outras, revela a complexidade da realidade brasileira²⁸.

É crescente o número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde e às clínicas particulares como vítimas de maus-tratos, de abuso físico, sexual, psicológico, de negligência ou de abandono. Por isso, a equipe de saúde deve estar capacitada, sensibilizada para o tema, adquirindo incessantemente conhecimentos e refletindo sobre os mitos e preconceitos para que o atendimento seja prestado sem a presença de juízo de valor. Portanto, o acompanhamento deverá ocorrer de forma integrada com as equipes do PACS/PSF e a equipe dos Centros de Referência²⁷.

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

Os indicadores do sistema de informação da atenção básica (SIAB) de Itabuna, Bahia apontam 42% da população coberta pelo PACS e 33% coberta pelo PSF (zona urbana e rural)¹⁰.

Dentre as muitas políticas de atenção voltadas para o adolescente e que são desenvolvidas no âmbito municipal, trazemos também o PROSAD, o qual já foi implantado no município de Itabuna, todavia, sem implementação nas unidades, estando sendo desenvolvidas, ainda, ações individualizadas pelo atendimento médico ou de enfermagem e ações educativas.

O Programa de Saúde do Adolescente tem por objetivo a promoção da saúde, mediante o desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce dos agravos, tratamento e recuperação. Na realidade, de muitos municípios brasileiros, inclusive baianos, observa-se o interesse de alguns gestores em querer implantar o programa.

O Relatório de Gestão 2005 do município de Itabuna revela o compromisso com a rede básica de saúde e destaca as áreas de saúde que tiveram avanço, a exemplo da área de Saúde do Adolescente, que, segundo o referido documento, teve implantado e efetivado neste ano o Programa de Saúde do Adolescente¹⁰.

Portanto, para os gestores, ainda não se nota o programa funcionando efetivamente. Entretanto, na busca pela operacionalização efetiva do PROSAD, um noticiário jornalístico, datado de agosto de 2006, informou que os técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde querem referenciar o PROSAD para os demais 104 municípios pactuados com o Sistema Único de Saúde (SUS) de Itabuna. Informou, também, sobre o curso de capacitação promovido neste mês pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para os 21 municípios gerenciados pela 7ª DIRES, dentre eles Itabuna, que teve duração de cinco dias, em que foram abordados pela equipe do CRADIS temas como, Violência na Adolescência, Sexualidade, Contracepção, Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (DST/aids).

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

Uma política de atenção que está sendo adotada de forma expansiva nos municípios é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. Na realidade local estu-

dada, como resultado da participação e iniciativa dos gestores, têm implantadas duas modalidades desse serviço, o CAPS álcool e drogas (CAPS ad) e o CAPS da infância e adolescência (CAPS ia).

Outras políticas implantadas por outros setores também foram citadas pelos gestores de saúde que participaram deste estudo, as quais vêm sendo desenvolvidas de forma articulada e intersetorial, como exemplo, o Projeto Sentinela, que se constitui num conjunto de ações sociais especializadas e multiprofissionais dirigidas a vítimas da violência sexual que faz parte do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do governo federal, projeto este que tem tido o envolvimento do setor saúde e tem sido o eixo estruturador do serviço de atenção ao adolescente e de suporte ao profissional da saúde. Vejamos o seguinte depoimento: ***A gente tem, mais ou menos, dez meses de projeto implantado no município, então implementado em quatro unidades, mas que a gente vê que até o final do ano todas as unidades já estarão fazendo porque o projeto Sentinela está fortalecido no município (E2).***

Outras ações vêm sendo desenvolvidas em Itabuna. A rede municipal de atenção básica de saúde, através de seus profissionais, tem desenvolvido sessões educativas em grupo de adolescentes.

Uma outra iniciativa citada por muitos entrevistados foi o Projeto “Adolescentes em Ação”, elaborado por uma enfermeira que atua em uma das equipes de saúde da família de Itabuna. O projeto busca, dentre outros objetivos, oferecer aos adolescentes assistência integral, bem como propiciar a implantação do PROSAD, diminuir o índice de gravidez, DSTs e aids, violência intra e extra familiar e dependência química, além de resgatar o princípio da cidadania. Segundo a autora, pela abrangência da proposta de intervenção, esta acabou tomando a dimensão de projeto, por parte do departamento de atenção básica. No entanto, apesar do interesse, por parte da gestão da atenção básica, foram apontadas, pela entrevistada, algumas dificuldades que se têm enfrentado para a implantação do projeto, inclusive a falta de suporte para a estruturação deste serviço.

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

Outros projetos têm sido executados por parte do Centro de Referência de DST aids da Secretaria Municipal de Saúde, a exemplo: ***Nós temos um projeto aqui chamado “Intervenção de prevenção” que trabalha, sobretudo, com foco nos estudantes adoles-***

centes. Estamos preocupados com a questão da infecção DST, HIV, aids. Outro projeto chamado “Ronda noturna” que a gente trabalha com a questão mais do submundo, embora o projeto seja dirigido para os profissionais do sexo, caminhoneiro e comunidade gay, a gente também não deixa de atender a menino de rua (E7).

Segundo o entrevistado (E7), o Centro de Referência de DST aids tem o adolescente como público-alvo, o qual ao procurar o serviço é atendido e visto inicialmente como vítima. Imediatamente é assistido no sentido de recuperá-lo psicologicamente e fisicamente.

Não obstante essas iniciativas, não foram citadas nas entrevistas, tampouco observadas nos documentos, a implantação e execução da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Entretanto, as políticas, ações e projetos aqui apresentados declaram a intenção, o esforço e a iniciativa dos gestores para garantir, dentro do possível, a prevenção, a atenção e a reabilitação dos adolescentes vítimas de violência.

Portanto, embora não tenhamos esgotado a discussão sobre as políticas de atenção ao adolescente desenvolvidas no município de Itabuna, concluímos que os gestores municipais de saúde, que foram incluídos neste estudo, participam de forma a contribuírem direta ou indiretamente para a implantação destas políticas.

Considerações finais

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

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

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

Colaboradores

MKB Souza trabalhou na pesquisa, metodologia, resultados e discussão; JSS Santana trabalhou na revisão crítica e redação final.

Referências

1. Cruz Neto O. *Corpos e sonhos destruídos: relações entre violência, pobreza e exclusão social* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N Esp):112-120.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World Report on violence and health*. Genebra: World Health Organization; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Mortes de residentes em Salvador de 1998 a 2001. In: *Fórum Comunitário de Combate à Violência, 2. O rastro da violência em Salvador*. Salvador: Fórum Comunitário de Combate à Violência/ UNESCO/UFBA; 2002.
6. Santana JSS, Souza SL. Violência em situação de rua. In: Costa COM, Souza RP, organizadores. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência – 2001-2005*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, Njaine K, Deslandes SF, Silva CMFP. *Fala galega: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Dados populacionais*. Datasus. [site na Internet]. 2005 [acessado 2005 ago 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
10. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna. Departamento de Atenção Básica. *Relatório de Gestão 2005*. Itabuna: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
11. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
12. Noronha CV, Daltro ME. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? *Cad Saúde Pública* 1991; 7(2):215-231.
13. Zenaide MNT. *Fundamentos teóricos sobre a violência* [site na Internet]. 2005 [acessado 2005 out 31]. Disponível em: www.dhnet.org.br/direitosmilitantes/nazarezenaide/nazare_violencia.html
14. Michaud Y. *A violência*. São Paulo: Ática; 1989.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 mai.
16. Silva EC, Santana JSS. *Informações sobre maus tratos na infância e adolescência entre enfermeiros(as) de um hospital público de Feira de Santana – Bahia*. Feira de Santana; 2001. [Mimeo].
17. Mertens P. Violência institucional, violência democrática y represión. In: Gomes R. A violência em questão: referenciais para um debate em saúde pública. *Rev Latino-am Enfermagem* 1997; 5(2):93-100.
18. González RS. *Saiba como dizer não à violência: orientações para a defesa dos direitos da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua; 1995.
19. Gomes R, Junqueira MFP da S, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(2): 275-283.
20. Brasil. Lei 8.069/90 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
21. Pereira SM, Santana JSS, Ferriani MGC. Violência rima com adolescência? In: Ramos FRS, organizador. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher*. Brasília: ABEn; 2001.
22. Lewis M, Wolkmar F. Adolescência. In: Lewis M, Wolkmar F. *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e na adolescência*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 219-257.
23. Silva E, Guersei S. *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil* [texto para discussão nº 979]. Brasília: Ipea; 2003.
24. Agudelo SF. *Violência y/o salud: elementos preliminares para pensarlas y actuar*. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz; 1989. [Mimeo].
25. Assis SG, Constantino P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):81-90.
26. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(1):65-78.
27. Silva MCM, Silva LMP. *Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar*. Recife: EDUPE; 2003.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde do Adolescente* [site na Internet]. 2005 [acessado 2005 out 31]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/int_acoes_prog.html

Artigo apresentado em 11/04/2007

Aprovado em 14/12/2007

Versão final apresentada em 15/01/2007