



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDREZZA AGUIAR COELHO

O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS GERENTES DOS
CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CE

SOBRAL - CE
2019

ANDREZZA AGUIAR COELHO

O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS GERENTES DOS CENTROS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CE

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

Linha: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

SOBRAL - CE

2019

ANDREZZA AGUIAR COELHO

O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS GERENTES DOS CENTROS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CE

Dissertação apresentada à Coordenação do
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade Federal do Ceará,
como requisito para obtenção do Título de
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 27/11/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Socorro de Araújo Dias (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof. Dr. Antônio Silva Lima Neto (Examinador Externo)
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof. Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade (Examinador Interno)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque (Suplente)
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Gabriel.

Ao meu pai, mãe e Matheus, por todo amor!

À minha família ampliada e amorosa: vovô, vozinha e vovó Zilmar, tias e tios, primas e primos, Mon e agregados.

À Socorro Dias, pela orientação afetuosa e pelo profundo cuidado, apoio e empatia. Eu nunca vou esquecer aquele abraço.

Aos professores Antônio Lima, Odorico Monteiro e Isabelle Mont'Alverne, pela disponibilidade, pelas contribuições e, sobretudo, pela amizade. Eles me inspiram.

Aos professores Percy Galimberti e Roberta Lira, pela forma compreensiva que acolheram a todas as minhas necessidades. Com eles aprendi sobre equidade.

À Lielma, pelo apoio firme, leve e incondicional ao longo de toda minha trajetória no mestrado e, principalmente, na produção desta dissertação. Uma amizade nasceu aqui.

Aos professores e colegas de turma.

Aos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral.

Ao Pádua, meu melhor amigo, mestre e chefe, pelos ensinamentos de todas as ordens.

Aos amigos do Puxadinho: Geórgia, Lucas, Andréia e Pedro Cela.

A Nara, Analu e Camila. Rolou.

A Luisa, Manu, Bibia e Bela.

A Dani, Teti e as crianças.

Ao Natanael, Davi e Tia Mairla, além do Pedro e da Andréia que eu já citei, pela incrível companhia naqueles dias no Peru e pela inesquecível conversa no quarto dia de trilha, fundamental para decisão de continuar nesse trilho-mestrado.

Aos amigos do Núcleo Estrela Brilhante.

Aos colegas e professores do outro mestrado, o de Saúde Pública, que eu não concluí.

À Dra Regina, Juliany, Ruth e Júnior, em nome de todos que fazem parte do Instituto do rim, agora Clínica DaVitta. Ao Dr André e equipe. Ao Dudu. Ao Dr Augusto. A todo mundo que cuidou do meu pai, da gente. Quanto amor! Quanto aprendizado!

A tantos que me inspiraram, me apoiaram, cuidaram de mim ou, de alguma forma, cruzaram essa trajetória: Izolda, Ivo, Gerusa, José, Creuza, Bruna Osterno, Stênio, Tio Vitinho, Felipe, Tia Luisa, Clara, Leuzinha, Tátilla, Stélio, Escócio, João Paulo, Ten Marcos

Paulo, Chiquinho, Carol, Ana Vicente, Campelo e Alja, amigos da vice-governadoria e amigos das diversas instâncias do Pacto por um Ceará Pacífico de Sobral.

Concluo os agradecimentos, reiterando minha profunda gratidão à Socorro e Lielma, sem elas este estudo não existiria.

Ao meu pai.

RESUMO

As violências integram as agendas dos serviços de saúde sob diversos prismas, quer sejam como expressão de necessidades de saúde, quer sejam gerando obstáculos ao acesso, neste contexto, a Estratégia Saúde da Família detém importante papel. Ao partir deste pressuposto, objetivou-se analisar a percepção dos gerentes das equipes da Estratégia Saúde da Família em relação ao fenômeno da violência. Desenvolveu-se estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantiqualitativa. Realizado em Sobral/CE, foram considerados como locus e participantes da pesquisa todos os Centros de Saúde da Família e os respectivos gerentes (N=35). O estudo foi realizado nos anos de 2018 e 2019, a coleta ocorreu a partir da aplicação de um questionário e da realização de 2 grupos focais. Os dados coletados na primeira etapa (questionário) foram tabulados no programa EpiInfo e apresentados em formato de tabelas e gráficos, agregando-se a análise estatística descritiva. Na segunda etapa (grupos focais), os dados foram codificados e organizados segundo a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, com parecer de protocolo N° 0064/2019, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, com o parecer N° 3.377.966 e CAAE N° 18385513.5.0000.5053. Em conformidade, portanto, com os princípios da Resolução N° 466/12. Os resultados revelaram que 22 (62,86%) dos gerentes trabalhavam na sede e os demais, 13 (37,14%), nos distritos. A maioria dos gerentes era enfermeiros (N=27; 79,41%), atuava na Atenção Básica de seis meses há um ano (N=27; 77,14%), exercia a função de gerente há mais de um ano (N=22; 62,85%), bem como possuía especialização (N=26; 76%). Pouco mais da metade dos gerentes (N=18; 51,43%) participou de atividades de Educação Permanente ou outras qualificações relacionadas à violência, sendo sinalizada no discurso dos gerentes a necessidade de mais formação para melhor efetividade na atuação diante de pessoas/famílias vítimas de violência. Dentre os tipos de violência mais frequentes, destacaram-se negligência/abandono e violência física (N=24; 68,57%), direcionadas principalmente às mulheres, aos idosos e às crianças. Outras situações apontadas foram ameaças de morte (N=9; 25,7%) e tentativas de homicídio (N=10; 28,5%) sofridas por usuários dos Centros de Saúde da Família. A existência de conflitos territoriais (N=15; 43%) foi sinalizada como importante fator que repercute diretamente nas ações desenvolvidas, pois causam insegurança e dificultam o processo de trabalho. Os gerentes relataram que se sentiam ‘mais ou menos seguros’ no percurso de casa para trabalho, assim como no próprio ambiente de trabalho. Os atendimentos a demandas oriundas de situações de violência foram

recorrentes, desde atividades dirigidas ao atendimento individual e multiprofissional (N=35; 100%), como visitas domiciliares (N=32; 91,43%). E, para isto, as parcerias intrasetoriais e intersetoriais foram destacadas, em que a maioria acionava os serviços de saúde mental (N=29; 82,86%), os serviços que compunham a rede de assistência social do município (N=26; 74,28%) e as escolas (N=23; 65,71%). Registra-se, a partir dos dados apresentados, a necessidade de incorporação da violência (determinantes, cuidados e desfechos) na agenda da Atenção Básica, de modo a garantir sistemática e acurácia na abordagem deste fenômeno.

Palavras-chave: intersetorialidade; políticas públicas; estratégia saúde da família; violência.

ABSTRACT

Violence is part of health service agendas in many ways, either as an expression of health needs or as barriers to the access, in this context the Family Health Strategy plays an important role. Based on this assumption, the objective was to analyze the perception of the managers of the Family Health Strategy teams regarding the phenomenon of violence. An exploratory-descriptive study with a quantitative and qualitative approach was developed. Held in Sobral, were considered as locus and research participants all Family Health Centers and their managers (N = 35). The study was conducted in 2018 and 2019 and the collection was based on the application of a questionnaire and 2 focus groups. The data collected in the first stage (questionnaire) were tabulated in the EpiInfo program and presented in tables and graphs format, adding to the descriptive statistical analysis. In the second stage (focus groups), the data were coded and organized according to the Collective Subject Discourse (CSD) analysis technique. The research was approved by the Scientific Committee of the Sobral Health Secretariat with protocol opinion No. 0064/2019 and by the UVA Research Ethics Committee, with Opinion No. 3,377,966, and CAAE No. 18385513.5.0000.5053. Therefore, in accordance with the principles of the Resolution No. 466/12. The results reveal that 22 (62.86%) of the managers work inside the city and the other 13 (37.14%) in the districts of Sobral. Most managers are nurses (N = 27; 79.41%), have been working in primary care from six months to one year (N = 27; 77.14%), have been manager for more than one year (N = 22; 62.85%) as well as have specialization (N = 26; 76%). Just over half of the managers (N = 18; 51.43%) experienced Permanent Education or other qualifications related to violence, indicating in the discourse of managers the need for more qualifications for better effectiveness in dealing with people / families victims of violence. The most frequent types of violence include neglect/abandonment and physical violence (N = 24; 68.57%); according to the CSD, these were more directed to women, the elderly and children. Other situations mentioned were death threats (N = 9; 25.7%) and homicide attempts (N = 10; 28.5%) suffered by users of the Family Health Care Centers. The existence of territorial conflicts (N = 15; 43%) was indicated as an important factor that directly affects the actions developed, as they cause insecurity and make the work process difficult. Managers report that they feel 'more or less safe' on the way home to work, as well as in the workplace itself. Attendance to demands arising from situations of violence were recurrent from activities

directed to individual and multiprofessional care (N = 35; 100%), such as home visits (N = 32; 91.43%). And for this, the intrasectoral and intersectoral partnerships were highlighted, where the majority activates the mental health services (N = 29; 82.86%), the services of the municipal social assistance network (N = 26; 74, 28%) and public schools (N = 23; 65.71%). Based on the data presented, it is necessary to incorporate violence (its determinants, care and outcomes) into the primary care agenda in order to ensure a systematic and accurate approach to this phenomenon.

Keywords: intersectoriality; public policy; family health strategy; violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AL&C	América Latina e Caribe
APS	Atenção Primária à Saúde
BR	Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional das Doenças
CIOPS	Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CRAS	Centros de Referências de Assistência Social
CRIS	Centro de Referência de Infectologia e Sorologia
CSF	Centros de Saúde da Família
CVLI	Crime Violento Letal Intencional
CVP	Crimes Violentos contra o Patrimônio
DAB	Departamento Nacional de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-Chaves
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de saboia
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESF	Fórum de Estudantes de Saúde de Fortaleza
HAF	Homicídios por Arma de Fogo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
IC	Ideias Centrais
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LERHA	Laboratório de Estudos das Relações Humano Ambientais
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAIS	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
REFORSUS	Projeto Reforço à Reorganização do SUS
RIS - ESP/CE	Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSPDS	Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federativas
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade Fortaleza
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de homicídio, no decênio 2007 a 2017, no Brasil. Sobral. Ceará, 2019.	30
Gráfico 2 - Taxa de homicídios por 100 mil jovens de 15 a 29 ano de idade, no Ceará.	32
Gráfico 3 - Número e taxa de homicídio por 100 mil habitantes de Sobral, no ano de 2018. Sobral. Ceara, 2019.	32
Gráfico 4 - Comparativos das taxas de homicídio de 2007 a 2017, no Brasil, no Ceará e em Sobral. Sobral. Ceará, 2019.	33
Gráfico 5 - Taxa de Crime Violento Patrimonial por 100 mil habitantes, em Sobral. Ceará, 2019.	34
Gráfico 6 - Taxa de Furto por 100 mil habitantes, no Ceará. 2019.	35
Gráfico 7 - Caracterização dos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral, segundo formação em Programas de Pós-graduação. Sobral, Ceará, 2019.	52
Gráfico 8 -Percepção dos gerentes sobre a existência de conflitos territoriais nos Centros de Saúde da Família de atuação. Sobral, Ceará. 2019.	66
Gráfico 9 - Frequência da realização de atendimento às pessoas vítimas de violência nos Centros de Saúde.	70
Gráfico 10 - Frequência da realização de atendimento às famílias vítimas de violência nos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará. 2019.	70
Gráfico 11 - Parceiros intersetoriais acionados pela Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento de ações relacionadas ao fenômeno da violência. Sobral. Ceará, 2019.	74
Gráfico 12 - Caracterização da frequência das atividades realizadas no CSF para atenção a pessoas/famílias vítimas de violência, em Sobral.	77

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Município de Sobral, Ceará, Brasil. 2019. 42
- Figura 2 - Etapas para tabulação do discurso do sujeito coletivo. 45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos gerentes dos Centros de saúde da Família de Sobral, considerando local de atuação. Sobral, Ceará, 2019.	48
Tabela 2 - Caracterização da categoria profissional dos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral. Sobral, Ceará, 2019.	50
Tabela 3 - Caracterização do tempo de atuação no Centro de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	51
Tabela 4 - Caracterização do tempo de atuação na função de gerente. Sobral, Ceará, 2019.	51
Tabela 5 - Formações realizadas pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família, sobre a temática violência. Sobral, Ceará, 2019.	54
Tabela 6 - Frequência do número de capacitações com foco na temática da violência realizado pelos gerentes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	54
Tabela 7 - Tempo da última formação realizada pelos gerentes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	55
Tabela 8 - Nível de conhecimento sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens, pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	57
Tabela 9 - Nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral	59
Tabela 10 - Nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	60
Tabela 11 - Correlação dos tipos de violência com a localização do Centro de Saúde da Família.	61
Tabela 12 - Percepção da violência, nos últimos 12 meses, segundo os gerentes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	64
Tabela 13 - Percepção da violência nos territórios de atuação dos gerentes, nos últimos 12 meses.	64
Tabela 14 - Perspectiva dos gerentes sobre as situações vivenciadas por usuários dos CSF.	65
Tabela 15 - Situações de violência ocorrida nas instalações dos Centro de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.	67

Tabela 16 - Relação entre a sensação de segurança e o espaço de trabalho. Sobral. Ceará, 2019.	69
Tabela 17- Parceiros intrasetoriais acionados pela Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento de ações relacionadas ao fenômeno da violência. Sobral. Ceará, 2019.	71
Tabela 18 - Frequências da busca dos CSF por outros equipamentos para desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção da violência. Sobral. Ceará. Brasil, 2019.	75
Tabela 19 - Frequências das ações de prevenção à violência desenvolvidas nos Centros de Saúde da Família de Sobral. Sobral. Ceará. Brasil, 2019.	76

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Antecedentes da Pesquisa: passos de uma construção acadêmica e profissional e aproximações com o objeto de estudo	15
1.2	Contextualização	17
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	Violência: conceito polissêmico	21
3.2	Panorama brasileiro das mortes violentas	24
3.2.1	Violências registradas e monitoradas pela Segurança Pública	30
3.2.2	A expressão da violência na Saúde	32
3.3	Violência: o que a Estratégia Saúde da Família tem a ver com isso?	33
4	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	Tipo e abordagem do estudo	38
4.2	Cenário e participantes do estudo	38
4.3	Período e coleta de dados	40
4.4	Análise dos dados	41
4.5	Aspectos éticos	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Os gerentes dos Centros de Saúde da Família do município de Sobral	44
5.2	Itinerários formativos dos gerentes da ESF e interconexões para atuação frente ao fenômeno da violência	50
5.3	Caracterização das violências nos territórios da ESF: perspectivas dos gerentes	58
5.4	Processo de trabalho na ESF em face do fenômeno da violência	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A - TCLE	88
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	89

APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	94
APÊNDICE D – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	95
ANEXO A – PARECER COMETÊ DE ÉTICA	123
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes da pesquisa: passos de uma construção acadêmica e profissional e aproximações com o objeto de estudo

Meus¹ primeiros passos na academia deram-se em início em 2005, quando adentrei ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Fortaleza (Unifor), daqui já partem minhas primeiras linhas tracejadas e entrelaçadas com o fenômeno de interesse de estudo “violência”.

Na graduação, sempre senti aproximação e maior identificação com as disciplinas relacionadas à Psicologia Social, fui monitora da disciplina de Psicologia Comunitária; participei do Grupo de Estudos Esperançar – Dialogando com Paulo Freire; integrei o Laboratório de Estudos das Relações Humano Ambientais – LERHA; fiz formação em Saúde Comunitária; integrei o Fórum de Estudantes de Saúde de Fortaleza – FESF; militei no Movimento Estudantil; e realizei todos os meus estágios curriculares na Fundação Marcos de Bruin, no bairro Lagamar.

Essas experiências me proporcionaram reflexões e visualização de situações, como as contradições da sociedade em que vivemos, assim como a convivência com a realidade periférica de uma metrópole como Fortaleza e as influências como forma de construção do Ser. Daqui partem minhas primeiras passadas no campo da ciência, da iniciação científica de aproximação com estudos sobre o fenômeno da violência, em que, em um cenário (Bairro Lagamar) marcado por esta temática, realizei minha primeira intenção de pesquisa como produto de trabalho de conclusão de curso intitulada: Como a percepção, identidade e apropriação do lugar contribuem par o processo de conscientização: uma pesquisa-ação com crianças.

No Lagamar, aprendi o que é resiliência. A história do bairro, como a da própria Fundação, é de luta por um lugar digno e pacífico para se viver. Ao mesmo tempo, lá convivi com crianças e adolescentes filhos de pais presidiários, ex-presidiários e traficantes, aprendi sobre o crime organizado, as facções e o universo das disputas de território, escondi-me ao ouvir som de tiros, ofereci colo a crianças que perderam irmãos vítima de homicídio, ouvi

¹ Nesta seção, optamos pelo uso da primeira pessoa do singular, por tratar-se de descrição diretamente relacionada à trajetória profissional e acadêmica da autora. Por se referir a vivências pessoais, experiências individuais e decisões que compõem o percurso formativo, essa escolha garante maior precisão, autenticidade e coerência narrativa. Além disso, o emprego da primeira pessoa é reconhecido pela produção científica contemporânea como adequado, quando o foco recai sobre a participação, atuação ou percurso do próprio pesquisador, evitando construções artificiais e mantendo a clareza textual.

sobre violência policial, conheci ruas que representavam divisas territoriais, deixei de realizar atividades programadas devido à violência. Em memória, eu digo que foi no Lagamar que me tornei psicóloga. E, que as vivências da época nunca foram paralisantes, ao contrário, foram sempre mobilizadoras.

Então, tendo concluído a graduação, em julho de 2011, inseri-me no sistema de saúde do município de Sobral, como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família² (Nasf), em diversos territórios. Naquele ano, o tema da violência já era recorrente no cotidiano dos serviços de saúde.

Na sequência, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia³ (EFSFVS), em Sobral, em que atuei nos bairros Sumaré e Padre Palhano, territórios considerados vulneráveis, violentos, com pontos de venda de drogas, além de histórico de disputa por “gangues”. Dentre as inúmeras atividades realizadas por nossa equipe, uma das mais marcantes foi a facilitação do grupo de adolescentes “Gaviões da Paz”.

No curso da RMSF, solicitei transferência para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS - ESP/CE), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, para atuar em Aracati – CE, onde também me deparei com diversas situações relacionadas às vulnerabilidades e violências presentes nos territórios.

Tanto no Nasf quanto na Residência, além de constatar que a violência é, de fato, realidade nos bairros mais vulneráveis das cidades de médio porte do interior do Ceará, percebi, também, que a atuação para o enfrentamento desse problema deve ser, necessariamente, intersetorial, e que as equipes de Saúde da Família (eSF), de certo modo, assumem o protagonismo no desenvolvimento das ações intersetoriais nos territórios.

Outras experiências profissionais e de formação foram sendo agregadas nesta caminhada, após a conclusão da Residência. Em fevereiro de 2016, assumi um novo desafio e cada vez mais próximo da temática objeto de estudo. Passei a integrar a equipe que estava concebendo e iniciando o processo de implantação do Pacto por um Ceará Pacífico na vice-governadoria do Estado do Ceará, descrito posteriormente.

É possível perceber que ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional, estive em contato com as políticas de proteção social, mas foi nesse processo de implantação

² Denominação vigente da institucionalização até 2017, quando na atualização da Política Nacional de Atenção Básica, passou ser denominado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

³ Instituída assim, denominada até 16/05/2019. A partir do Decreto Nº 2215/2019, passou a ser denominada de Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS).

do Pacto que tive acesso às questões relacionadas especificamente à prevenção à violência, segurança e justiça.

As aproximações foram sendo construídas, muitas inquietações surgindo e, em 2017, ingressei no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), motivada a realizar uma pesquisa sobre o fenômeno da violência no campo da Saúde, na intenção de propor olhar mais abrangente que o Pacto por um Ceará Pacífico me proporcionou, entendendo a violência como um problema de Saúde Pública e que tem, nos territórios vivos de atuação da Estratégia Saúde da Família, o lócus das ocorrências, como também as potencialidades para enfrentá-las.

Findo esses primeiros passos de uma narrativa de aproximação com o objeto de pesquisa, trazendo a essencialidade de uma construção de conhecimento, na intenção de que a tessitura do texto que apresento possa colaborar para maior compreensão sobre o fenômeno em estudo, colaborar com intervenções traduzidas em ações e/ou políticas públicas, embasar novas pesquisas e desenvolvimento profissional para um melhor agir.

1.2 Contextualização

As primeiras impressões sobre o tema violência parecem advir ainda de discussões que se iniciaram no período do iluminismo e da revolução liberal, nos séculos XVII e XVIII, que tinham por premissas fundamentais que todos os seres humanos nascem livres e iguais e, conseqüentemente, também iguais em direitos e deveres (Costa, 1999).

Violência é, em si, um conceito complexo, composto por diversos significados, podendo ser utilizado para definir práticas socialmente muito distintas, desde agressões físicas, até aquelas mais sutis, incorporadas no cotidiano dos espaços coletivos públicos e particulares (Minayo, 2006).

No curso histórico, desde as últimas décadas do século XX, colocou-se em curso um processo de mudança na forma de compreender as situações de violência, segurança e criminalidade, tão intrinsecamente relacionadas, e nas maneiras de propor ações para o enfrentamento. De modo que se pode observar, no campo interdisciplinar e intersetorial, certa abertura para discussões dos problemas relacionados à violência e à segurança. Estes, gradualmente, foram deixando de ser temas específicos à área da segurança pública e da justiça criminal, passando a ser compreendidos como problemas sociais, no sentido amplo,

com reflexos nos diversos campos, como saúde, educação, cultura, desenvolvimento e justiça social, entre outros (Peres *et al.*, 2015).

Pelo exposto, enquanto fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade, a violência não foi, em origem e manifestações, questão de saúde pública. Porém, ao longo dos últimos anos, passou a tornar-se um problema de saúde pública, seja em decorrência do número de vítimas, seja pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que ela produz, afetando a saúde individual e coletiva (Brasil, 2005a).

A entrada da temática violência, enquanto tema pauta do setor saúde no Brasil, ocorreu a partir da homologação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e de alguns debates promovidos pela sociedade em torno de determinados grupos e temas específicos (Brasil, 2001; Minayo *et al.*, 2018).

O fenômeno da violência – assim denominado pela magnitude de repercussões - provoca várias afetações à saúde individual e coletiva, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; mortes e coloca novos desafio para o sistema de saúde. Evidencia, pois, a necessidade de atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. No entanto, como referido, é recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde (Minayo *et al.*, 2018).

Em linhas conceituais, no sentido antigo, *violentia* tinha significado mais híbrido, seja como *vis* de força, guerra, seja como *potestas* de poder, domínio. Em que as singularidades, estes dois significados andavam juntos. Mas, tais sentidos não devem estar fincados apenas no intercurso anterior à modernidade, mas acompanhar a plena construção, pois as questões as quais a palavra, atualmente, faz referência não se limitam ao sentido antigo (Misse, 2016).

Galtung (2004; 2010) traduz parte desta construção moderna da palavra entronizada em conceito, de modo que, em referência à violência, esta não está unicamente restrita ao exercício da força, mas incorpora, no entendimento, um meio para alcançar o Estado e a estrutura social.

Na construção do conceito da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando as incorporações advindas com as mudanças ocorridas na construção da sociedade e modernidade, estabeleceu tipologia de três grandes grupos de violências; segundo o ato violento: a violência contra si mesmo, ou seja autoprovocada ou autoinfligida; a

violência interpessoal – doméstica/intrafamiliar e comunitária; e violência coletiva, como aquela relacionada a grupos políticos, organizações terroristas, milícias (Dahlberg; Krug, 2002).

Para além dessas definições, também foram atribuídas distinções, segundo a natureza da violência, estando classificadas em: violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, violência por intervenção legal. Ademais, passou-se a considerar na definição o grupo (mulheres, crianças, idosos, indígenas, deficientes, população LGBT e outros), dependendo para a qual ela é direcionada (OMS, 2002).

Ao reconhecer a construção histórico-social do conceito nos diversos campos, alinhado com a multivariabilidade de tipos existentes de violência; elege-se, para fins do presente estudo, a definição expressa pela OMS, em 2002, a saber:

[...] uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (OMS, 2002, p.3).

Essa ancoragem conceitual funda-se no alinhamento aproximativo com o objeto e contexto da pesquisa – Violência no contexto da saúde. Deste modo, podemos passar a entender a violência como condicionante da saúde, logo, pode e deve também ser tratada como um problema da saúde pública. Discuti-la sobre este prisma é necessário. Dados do Atlas da Violência de 2019 demonstram que o Brasil apresentou, em 2017, o maior nível histórico de letalidade violenta intencional, sendo registrados cerca de 65.602 homicídios, equivalentes à taxa aproximada de 31,6 mortes para cada 100.000 habitantes (IPEA, 2019).

Ao considerar a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto expressão maior da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil; a vinculação com a comunidade e a abordagem familiar como ferramenta para identificação de risco; e compreendendo ser a violência um problema de saúde pública; entende-se que o enfrentamento da violência integra o processo de trabalho das equipes da ESF. Portanto, importa reconhecer como este fenômeno é percebido pelos profissionais, em particular por aqueles que assumem a liderança política-gerencial do cuidar das famílias adscritas a um dado território.

Ademais, reconhece-se que as violências integram as agendas dos serviços de saúde sob diversos prismas, quer sejam como expressão de necessidades de saúde, quer sejam gerando obstáculos ao acesso. Do exposto, este estudo orientou-se pelo seguinte

questionamento: como a violência é percebida pelos gerentes das equipes da Estratégia Saúde da Família, em Sobral- CE?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as percepções dos gerentes das equipes da Estratégia Saúde da Família em relação ao fenômeno da violência.

2.2 Específicos

- a) Conhecer os itinerários formativos dos gerentes das equipes da ESF de Sobral -CE sobre o fenômeno da violência e o (re)conhecimento de políticas de saúde relacionadas;
- b) Caracterizar as violências que se apresentam nos Centros de Saúde da Família de Sobral -CE;
- c) Descrever como os gerentes das equipes da ESF lidam com as situações relacionadas à violência e a influência destas no processo de trabalho das equipes;
- d) Reconhecer a percepção de violência, a sensação de segurança e situações de vitimização, na perspectiva dos gerentes dos Centros de Saúde da Família.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Violência: conceito polissêmico

O relatório mundial de prevenção da violência trazia, em 2014, que mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência eram registradas anualmente. Das mais diversas formas – autodirecionada, interpessoal e coletiva –, e que isto correspondia a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2014).

A violência tornou uma das grandes temáticas do cotidiano da sociedade brasileira. O País possui uma das mais altas taxas de homicídio do mundo, embora não esteja no rol dos países que vivenciam conflitos militares, cujas definições foram sendo construídas, acompanhando as mudanças advindas do contexto global político, econômico, cultural e social. De modo que a violência é considerada fenômeno complexo, difuso, multidimensional e multicausal (Gomes; Aquino, 2018).

Loureiro (1999) abordou na obra dele que o fenômeno violência, no sentido restrito ao físico, pode ser facilmente identificável. Por outro lado, aborda também que em qualquer momento, atribuído a qualquer coisa, a violência pode ser externada, no que se refere a violar regras e condutas sociais.

A essa associação de violência e quebras de regras, normas, condutas, Michaud (1989) explicou que há tantas formas de violência, quanto há de normas, regras e condutas condizentes com a espécie humana. Ou seja, há subjetividade na violência que faz com que a própria seja confusa. Em termos gerais, podemos pensar da seguinte forma: o que pode ser normal para você, para mim poder ser um ato de violência. Esse pensar torna as especificidades do fenômeno violência muito amplas para se delinear.

Chaves, Ristum e Noronha (1998) traduzem a violência compreendida como problema de saúde pública, definida como qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo ou instituição, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, e/ou sociais e/ou psicológicos.

No entanto, entendemos que essa conceituação apresenta lacunas de definição, no que se refere ao ser ou não ser ato violento. Assim como nas diversas formas de violência não intencionais, que por hora, não podem ser deixadas à margem. Por outro lado, essa conceituação também deixa abertura para diversas possibilidades do que seria violência, ao afirmar que se trata de trazer danos físicos, sociais e psicológicos.

Dahlberg e Krug (2007) destacam que um dos aspectos mais complexos da definição da violência é a questão da intencionalidade. E que devem ser observados pontos importantes em relação a isto. Mesmo que se distinga a violência de atos não intencionais que produzem ferimentos, a intenção de usar força em determinado ato, não significa necessariamente que houve intenção de causar dano. Na verdade, pode haver enorme disparidade entre comportamento intencional e consequência intencional. O agressor pode cometer um ato intencional que, sob critério objetivo, pode ser considerado perigoso e, possivelmente, ter resultados adversos para a saúde, mas não o perceber assim.

Desse modo, as definições de violências são diversas e fogem de qualquer conceituação precisa; que pode atingir todas as pessoas e afetar física e emocionalmente. Estudos no campo da Saúde, assim como as políticas nacionais, tomam como referência o conceito amplo e legitimado internacionalmente da OMS, conforme fora apresentado anteriormente.

Minayo (2006) ainda destaca a complexidade do fenômeno e o faz referência como conflitos e disputas pelo poder, domínio e aniquilamento do outro ou de seus bens, com manifestações diversas e mutantes ao longo da história, aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais, apresentando-se de acordo com a época, realidades muito diferentes.

A autora ainda contribui trazendo tipificação de dez manifestações de violência que provocam consequências para a vida pessoal e social: a violência criminal, estrutural, institucional, interpessoal, intrafamiliar, autoinfligida, cultural, de gênero, racial e contra a pessoa deficiente, descritas a seguir. Dentre outras que existem e podem ser definidas aqui, optamos por exemplificar a amplitude nessas citadas pela autora, pois se referem também a perspectivas voltadas à saúde (Minayo, 2006).

Em síntese, temos violência **criminal** aquela praticada por meio de agressão grave à pessoa, por atentado à vida e/ou aos bens dela; a **estrutural** que diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras; a **institucional** que ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos, sobretudo, por meio de regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas; a **interpessoal** ocorre quando a interação nas relações e a forma de comunicação estão relacionadas à prepotência, intimidação, discriminação, raiva e vingança e costuma produzir danos morais,

psicológicos e físicos, podendo resultar em morte. Já a **intrafamiliar** ocorre quando o foco da análise e da compreensão é o espaço do lar e diz respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. A violência **autoinfligida** está relacionada aos suicídios, às tentativas, às ideações de se matar e às automutilações; e a **cultural** que se expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos que se tornam naturalizados (Minayo, 2006).

Ademais, há três tipos específicos de violência cultural: **de gênero, racial** e contra **pessoa deficiente**, os quais demonstram dificuldades que a sociedade tem de ultrapassar os padrões falsamente tidos como normais

A violência de gênero constitui-se em formas de opressão e crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e, geralmente, sofridas pelas mulheres. As várias formas de opressão, dominação e crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado, sendo definida a partir de uma ideologia, na qual explica que é condição feminina como um “ser” inferior à condição masculina (Chauí, 1985).

A violência racial é uma das mais cruéis e insidiosas formas de violência cultural. No Brasil, essa manifestação ocorre principalmente contra a pessoa negra e tem origem no período colonial escravocrata. Assim, além de ter vários atos de violência contra a pessoa negra, este grupo social em especial assume papel social de inferioridade extraeconômicos, pois mesmo que o negro ainda cresça socialmente no contexto de vida pessoal e profissional, ainda será alvo de preconceitos condicionados pelo cotidiano (Batista; Mastrodi, 2018).

E a violência contra a pessoa deficiente que se expressa de forma aguda a dificuldade que a sociedade tem de conviver com os diferentes, limitando as oportunidades para que desenvolvam as próprias potencialidades, isolando-os, menosprezando-os e molestando-os, em que o indivíduo, seja ele sob quaisquer tipos de deficiência, é possuidor de uma posição social de imensa vulnerabilidade; sendo exposto como um ser incapaz de conhecer e exigir os próprios direitos, assim como as situações abusivas ligadas a ela (Williams, 2003).

Cabe acrescentar, ainda, que para fins de notificação, de acordo com a ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), são passíveis de notificação: caso suspeito ou

confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (IPEA, 2019).

Como podemos perceber, a violência deve ser tratada como fenômeno polissêmico, e que ocorre de diversas possibilidades sob diversos atores: entre agressores e agredidos. As interpretações são difíceis, mas é preciso delinear cada vez mais a violência, no sentido de extinguir esses atos cruéis que desabilitam a humanidade do ser humano. Neste sentido, discutir as relações da violência e os respectivos entrelaces, enquanto determinante social de saúde, é um desafio que deve ser percorrido por longas discussões.

3.2 Panorama brasileiro das mortes violentas

Para traçar o panorama das mortes, tomou-se como referência a terminologia homicídios em relação aos dados sobre violência letal, tendo como fonte oficial o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Informação de Mortalidade (SIM), os boletins epidemiológicos estaduais e municipais, o Atlas da Violência e o Anuário Brasileiro de Segurança Pública cujas atualizações datam do ano de 2017 a 2019.

No que se refere ao homicídio, o Ministério da Saúde, na Publicação Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros, define como “violência interpessoal que se expressa na forma de atentado contra a vida do outro”. Nesse conceito estão agrupadas as categorias “morte por agressão” (X85 – Y05; Y05 – Y09), “morte por intervenção legal” (Y35), “morte por operação de guerra” (Y36) e as respectivas mortes sequelas (Y87.1; Y89; Y89.1) da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (Brasil, 2005a).

Essa definição adotada pela saúde converge com a estabelecida pelo Protocolo de Bogotá, a qual descreve homicídio como morte de uma pessoa causada por uma agressão intencional de outra(s). Neste sentido, as mortes por agressão, no contexto de guerras internacionais, conflitos internos e distúrbios civis, assim como aquelas por agressão cometidas por agentes públicos no exercício do dever profissional e as acontecidas no exercício da legítima defesa são classificadas como homicídios. Por outro lado, as mortes violentas não intencionais, acidentais e as tentativas de homicídio não são considerados homicídios. Essa definição potencializa a comparabilidade internacional e é consistente com o

objetivo de minimizar as mortes por agressão independentemente da legalidade, visa minimizar a demora pela certeza de uma decisão judicial, visto que está orientada por um conceito geral que não tem relação com a tipificação legal dos fatos, tipificação que varia de acordo com o país e inclui com frequência de diversos tipos penais (Open Society Foundation, 2015).

Para a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) do Ceará, em consonância com a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), é adotado o indicador Crime Violento Letal Intencional (CVLI), que se refere à soma de crimes de homicídio doloso/feminicídio, lesão corporal, seguida de morte e latrocínio (roubo seguido de morte), sendo este indicador definido pela soma de todos os homicídios classificados como dolosos, isto é, praticados voluntária ou intencionalmente, por qualquer instrumento ou meio, de todas as lesões intencionais que resultaram em morte e de todos os latrocínios praticados (Ceará, 2019).

Para fins deste estudo, não nos interessa os aspectos normativos de definição de crime, apenas apontar que o indicador CVLI produzido pela Segurança Pública é diferente do indicador (homicídio) produzido pela Saúde. Ademais, sem aprofundar, neste estudo, estamos considerando crime como expressão da violência que pode afetar a saúde individual ou coletiva.

Ao adentrar no panorama nacional, os registros do Atlas da Violência, publicados em 2019, em que se analisaram dados referentes até o ano de 2017, no Brasil, foram notificados cerca de 65.602 homicídios, com taxa equivalente a, aproximadamente, 31,6 mortes para cada cem mil habitantes, o maior nível na história do país, considerando o decênio 2007-2017. E que cerca de 59,1% do total de óbitos de homens entre 15 e 19 anos apresentava como causa base homicídio, como mostra o Gráfico 1 (IPEA, 2019).

Gráfico 1 - Taxa de homicídio, no decênio 2007 a 2017, no Brasil. Sobral. Ceará, 2019.



Fonte: IPEA (2019).

Em se tratando de homicídios contra mulheres, este aumentou de 20,7% na taxa nacional, passando de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil mulheres. Essa situação se apresenta ainda mais grave, quando se faz recorte especificamente da população jovem, pois, em 2017, 35.783 jovens foram assassinados no Brasil, equivalente a uma taxa de 69,9 homicídios para cada 100 mil jovens no país. Ao se comparar com o ano de 2016, houve aumento de 6,7% de um ano para o outro (IPEA, 2019).

Vale resgatar o apresentado no Mapa da Violência de 2016 que tratou dos Homicídios por Arma de Fogo (HAF), no Brasil, considerando a década 2004 - 2014. De acordo esse estudo, a eclosão das mortes foi alavancada, de forma quase exclusiva, pelos Homicídios por Arma de Fogo (HAF), que cresceram 592,8%, setuplicando, em 2014, o volume de 1980. Logo, podemos inferir certa contribuição nos dados atuais (Waiselfisz, 2016).

Outro fator a se considerar é a variação das taxas de homicídios que ocorrem de forma diferente entre as regiões. Entre os anos 2007 e 2017, o índice de homicídios na região

Sul apresentou certa estabilidade, enquanto houve diminuição nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste e aumento considerável no Norte e no Nordeste (IPEA, 2019).

Corroborando com o exposto no mapa de 2016, a região Nordeste foi aquela que apresentou as maiores taxas de homicídios por arma de fogo em quase todos os anos da década 2004 - 2014, com 32,8 HAF por 100 mil habitantes, em 2014. Aspecto significativo é que a maior parte das Unidades de Federação (UF) do Nordeste apresentaram elevados índices de crescimento na década 2004/2014; em curto espaço de tempo, tiveram que enfrentar pandemia de violência para a qual estavam pouco e mal preparadas (Waiselfisz, 2016).

Outro fator contribuinte é que, segundo os dados do relatório Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014 a 2017, publicado em 2018, os estados são classificados como uma facção, duas facções e três ou mais facções. Dentre os nove estados da Região Nordeste, cinco deles apresentam três ou mais facções, três com duas e apenas um estado com uma facção (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018).

O Ceará, em 1989, apresentava índice de 9,8 homicídios para cada 100 mil habitantes. Porém, os índices de violência foram se intensificando no estado e, em 2000, a taxa de homicídios era de 16 por 100 mil habitantes, passando a 31,8, em 2010, e 60,2, em 2017, sendo o que apresentou o maior crescimento neste índice, em 2017. Nesse mesmo ano, ao se comparar com os demais estados do Brasil, o Ceará ficou em terceiro lugar, depois do Rio Grande do Norte (62,8) e Acre (62,2). Destaca-se, ainda que, em 2017, Fortaleza, a capital cearense, atingiu a pior marca entre as capitais (87,9 casos por 100 mil habitantes) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017; IPEA, 2019).

Em relação à taxa por 100 mil habitantes jovens, em 2017, o Ceará foi identificado como segundo lugar no ranking nacional, com taxa de 140,2, equivalente ao dobro da taxa do Brasil. E, mais especificamente, no que se refere à variação de 2016 a 2017 das taxas de homicídios jovens do sexo masculino, enquanto no Brasil essa taxa aumentou 6,4%, no Ceará, o acréscimo foi de 57,8%, sendo o estado com a maior variação (IPEA, 2019).

Cabe ressaltar que no Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014-2017, o Ceará foi considerado o segundo entre os estados com maior índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial, com IV: 0,487 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018).

Gráfico 2 - Taxa de homicídios por 100 mil jovens de 15 a 29 ano de idade, no Ceará



Fonte: IPEA (2019).

O município de Sobral/CE registrou 27 homicídios no ano de 2007 e 120, em 2017, representando aumento maior que 400%. Em 2018, identificou-se pequeno declínio, com 115 homicídios, como verificado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Número e taxa de homicídio por 100 mil habitantes de Sobral, em 2018. Sobral. Ceará, 2019.



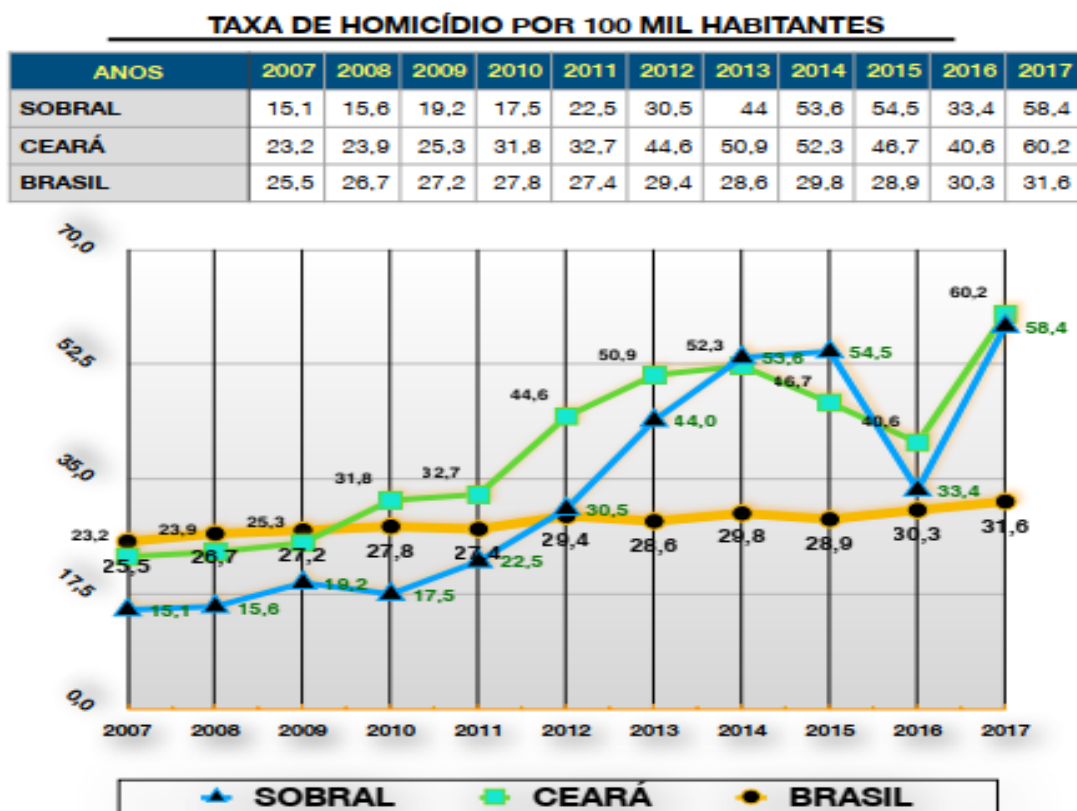
Fonte: Vigilância Epidemiológica de Sobral – CE.

Em 2007, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes foi equivalente a 15,1, passando para o dobro, em 2012 (30,5), e aumentando para 58,4, no ano de 2017, taxa próxima à do estado do Ceará (60,2), quando o estado esteve em terceiro lugar em relação à taxa de homicídio por 100 mil habitantes. O ano de 2018 rompeu com essa linha de crescimento, tendo 55,7 homicídios por 100 mil habitantes registrados.

Em relação aos homicídios de jovens (15 a 29 anos), obtivemos taxa de 31,8 por 100 mil habitantes no ano de 2007 e significativo aumento ao longo dos anos, chegando a 129,4, em 2017. O ano de 2018 concluiu com taxa de 107,3 homicídios por 100 mil habitantes no município de Sobral. Quando o recorte etário se refere à adolescência, compreendida aqui entre 10 e 19 anos, em 2007, a taxa por 100 mil habitantes foi 29,4, enquanto, em 2017, foi 73,9, e 2018 registrou 54,8 (IPEA, 2019).

O Gráfico 4, a seguir, apresenta comparativo entre as taxas de homicídios entre três entes federados, em uma série histórica de 10 anos.

Gráfico 4 - Comparativos das taxas de homicídio de 2007 a 2017, no Brasil, no Ceará e em Sobral. Sobral. Ceará, 2019



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Sobral – CE; Vigilância Epidemiológica do Estado do Ceará; Atlas da Violência, 2019.

3.2.1 *Violências registradas e monitoradas pela Segurança Pública*

Em relação aos crimes patrimoniais, destacamos os furtos e roubos, pois são os mais comuns e estão relacionados à percepção de violência e à sensação de segurança. A Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) do Estado do Ceará disponibiliza esses dados a partir de 2013.

Entendemos por Crimes Violentos contra o Patrimônio (CVP) todos os crimes classificados como roubo, exceto o roubo seguido de morte, latrocínio. Segundo Código Penal Brasileiro, artigo 157, roubo se refere ao “ato de subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência” (Brasil, 1940).

Em 2013, o Ceará registrou taxa de 585,62 CVPs por 100 mil habitantes, nos anos seguintes, essa taxa foi aumentando, chegando a 843,05, em 2017. No ano de 2018, houve queda (710,77), tendo taxa menor que nos dois anos anteriores.

Devido à indisponibilidade por inconsistência dos dados de abril, maio e junho, a SSPDS não divulgou o número de CVPs de 2014, não sendo possível, portanto, calcular a taxa nesse ano.

Gráfico 5 - Taxa de Crime Violento Patrimonial por 100 mil habitantes, em Sobral. Ceará, 2019.



Fonte: SSPDS (2019).

A partir de 2017, a SSPDS passou a dividir o indicador CVP em CVP1 que abrange roubo à pessoa, roubo de documentos e outros roubos que não estão incluídos no

CVP2, e CVP2 que diz respeito a roubo à residência, roubo com restrição de liberdade da vítima, roubo de carga e roubo de veículos. No Gráfico 5, nos anos de 2017 e 2018, o número apresentado se refere à soma de CVP1 e CVP2 (SSPDS, 2019).

Enquanto os registros dessa ocorrência aumentaram ao longo dos anos no estado, tomando os anos de 2013 a 2018 como referência, em Sobral, o número de roubos caiu de 2.668, em 2013, para 1991, em 2018.

Em relação ao furto, de acordo com o Código Penal Brasileiro, artigo 155, é definido como o “ato de subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel”. No furto, não há violência ou grave ameaça, que difere do roubo, por ser praticado mediante grave ameaça ou violência à pessoa (Brasil, 1940). A variação ocorrida na taxa de furtos por 100 mil habitantes entre 2015 e 2018, no Ceará, não foi muito expressiva. Dos anos cujos registros estão disponíveis, a maior taxa foi em 2013.

Gráfico 6 - Taxa de furto por 100 mil habitantes, Ceará. 2019.



Fonte: SSPDS (2019).

Enquanto os registros dessas ocorrências no estado não variaram significativamente, tomando os anos de 2013 a 2018 como referência, em Sobral, o número de furtos caiu quase pela metade, tendo 1.436, em 2013, e 765, em 2018.

Outra importante ocorrência a ser considerada é o que a polícia registra como “perturbação ao sossego alheio”, importante indicador, pois revela o quanto o tecido social se encontra esgarçado, as relações sociais desgastadas e tem o potencial para se desdobrar em diversas violências e/ou crimes.

Trata-se de infração grave, podendo ser caracterizada por meio de uma festa noturna, uso de instrumentos musicais ou qualquer outra forma de ruído. A penalidade é de prisão de 15 dias a 3 meses ou multa (Lei de Contravenções Penais - Decreto-Lei n° 3.688/41) (Brasil, 1941).

De acordo com a Lei de Contravenções Penais (Decreto-Lei n° 3.688/41), no artigo 42, não se pode perturbar o trabalho ou o sossego alheio nas seguintes condições: gritaria e algazarra; exercício de profissão incômoda ou ruidosa, em desacordo com as prescrições legais; abuso de instrumentos sonoros ou sinais acústicos; e provocando ou não procurando impedir barulho produzido por animal de que tem a guarda.

Em Sobral, esse tipo de ocorrência é responsável pelo maior número de chamadas que a Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança (CIOPS) recebe diariamente. Até agosto de 2019, foram registradas mais 3000 chamadas. Em 2018, foram computados 6.514 registros, se dividirmos por 365 dias, tivemos média de 17,8 ocorrências desse tipo por dia.

3.2.2 A expressão da violência na Saúde

Por meio da Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que tem por objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, priorizando medidas preventivas, entendidas no sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta, compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos (Brasil, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e

Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência - VIVA Inquérito - (Brasil, 2006b). A partir de 2009, o Viva passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), compondo a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela.

Em 2011, o Ministério da Saúde passou a catalogar e classificar diversos tipos de violência interpessoal, de maneira comparável, pois a notificação de violências foi universalizada para todos os serviços de saúde, quando passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, em todo o território nacional (Brasil, 2016a).

Para fins de notificação, de acordo com a ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sinan, são passíveis de notificação: caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.

Em Sobral, de 2008 a 2018 foram notificados 3.244 casos de violência distribuídos ao longo desses anos. Vale reiterar que somente em 2011, a violência passou a compor a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados (Sobral, 2019).

Das 3.244 notificações, 366 foram no ano de 2018 e tiveram a seguinte tipificação: física (103), psicológica/moral (64), tortura (4), sexual (5), financeira/econômica (5), negligência/abandono (168), trabalho infantil (2), intervenção legal (1), outras (24).

Apesar desse número elevado, infere-se que há subnotificação, pois, o ano de 2018, por exemplo, teve apenas 17 unidades notificadoras, enquanto o município apresentava mais que o dobro de serviços de saúde, 36 Centros de Saúde da Família, além de diversos outros serviços da rede, incluindo hospitais. Mesmo considerando a possibilidade de subnotificação, pode-se afirmar que, em 2018, no município de Sobral, houve o equivalente a uma notificação de violência por dia, todos os dias do ano, sinalizando a recorrência dos casos de violência.

3.3 Violência no contexto da Estratégia Saúde da Família

Na perspectiva de conhecer, na produção científica brasileira, a lente que se tem sobre o fenômeno da violência no campo da Estratégia Saúde da Família, foi desenvolvida

revisão de literatura, a partir dos estudos encontrados no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde- BVS, plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de acesso aberto e universal, estabelecida como espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C).

A busca na literatura foi realizada durante o mês de fevereiro de 2019, cujos descritores utilizados foram “Violência” e “Estratégia Saúde da Família”, e os filtros aplicados foram: texto completo disponível, país/região como assunto: Brasil e idioma: português.

Definimos também quatro critérios de exclusão: estudos repetidos, estudos de revisão, estudos que não fossem artigos, monografias ou teses, e estudos que não respondem à pergunta de pesquisa. E, obtivemos o total de dezenove artigos.

A diversidade de abordagens nos artigos encontrados converge e fortalece o quanto as violências são muitas e podem se fazer presentes de várias formas no contexto da Estratégia Saúde da Família. Antes mesmo de abordar ESF, é importante retomar discussão sobre a violência enquanto objeto da Saúde, superando o paradigma da violência enquanto problema da Segurança.

O fenômeno da violência, até a década de 1960, foi historicamente conduzido pelas áreas do direito criminal e da segurança pública, não sendo aceita a premissa de que constituía um problema de saúde pública. Com o avanço dos estudos na área, observou-se que a violência era um disparador para processos de adoecimento, trazendo consequências como: aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, dificuldades de aprendizagem, abuso de álcool e de outras substâncias, baixa autoestima, comportamento violento, além dos altos custos envolvidos direta e indiretamente com estas situações. Dessa forma, houve necessidade da incorporação da violência como objeto da saúde pública a fim de prevenir, examinar e delinear planos para intervir na determinação do processo saúde-doença (Fernandes *et al.*, 2014, p.2).

A violência contra a mulher, por exemplo, tornou-se objeto de estudo e intervenção na área da saúde, a partir dos anos 1990, ao mesmo tempo em que se firmou internacionalmente como questão de direitos humanos.

Atualmente, as violências fazem parte do cotidiano dos territórios e serviços de saúde, ora demandando atuação das equipes pela magnitude, ora limitando a atuação dos profissionais ou o acesso dos usuários aos serviços por questões relacionadas a conflitos gerados por disputas de território entre facções criminosas, como acontece em alguns bairros

da capital cearense, em que se sugere que um dos elementos relacionados com as falhas de imunização de crianças com vacina antissarampo, associada ao surto de sarampo ocorrido entre 2013 e 2015, possa estar relacionado justamente com a violência urbana (Barreto *et al.*, 2018).

Em relação ao acesso, a violência urbana também é apontada como barreira no atendimento odontológico de gestantes no estado de Pernambuco, o que desencarreta uma série de desdobramentos para o processo saúde-doença (Albuquerque; Abegg; Rodrigues, 2004).

Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013), por sua vez, afirmam que a prevalência de violência urbana no território compromete o “fazer gerontológico da enfermagem”, no contexto da ESF, as enfermeiras desenvolvem ações intersetoriais, mas não atendem ao que preconiza a Política de Atenção à Saúde de Pessoas Idosas, pois, segundo os autores, “os riscos e os enfrentamentos vivenciados pela equipe de saúde impressionam e preocupam, pois ameaçam a segurança no trabalho e comprometem o desempenho técnico de suas atividades” (Polaro; Gonçalves; Alvarez, 2013, p. 5).

Nesse sentido, é importante ressaltar que os profissionais também são vítimas de violências de diferentes formas. Para Barreto *et al.* (2018), em Fortaleza, capital do Ceará, a violência urbana foi identificada como causa de pedidos de demissão de trabalhadores em saúde, em um bairro com população de baixa renda. De acordo com Andrade *et al.* (2015), há, também, número significativo de enfermeiros vítimas de assédio moral, de forma repetitiva e sistemática, no ambiente de trabalho, no contexto da Atenção Básica, situação que pode acarretar problemas de saúde para esses profissionais.

No artigo intitulado Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia brasileira, Molinos *et al.* (2012) identificaram diferentes formas de violências sofridas pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Nenhum dos entrevistados relatou violência física, porém evidenciaram-se casos de violência, sob forma de ameaças, provocação, intimidação e assédio sexual. Os profissionais, portanto, não consideravam o local de trabalho seguro (Molinos *et al.*, 2012).

Além disso, “situações de vulnerabilidade acerca da violência no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) são vivenciadas pelos profissionais de saúde no cotidiano dos serviços, porém, na maioria das vezes, estes apenas observam o dano relatado sem poder intervir nas causas, o que os mantém distantes da realidade, impossibilitando o cuidado integral” (Barreto *et al.*, 2014, p.2).

Alencar Júnior e Moraes (2018) e Gomes e Erdmann (2014) sinalizam a articulação intersetorial como estratégia para superar os desafios relacionados à possibilidade e resolutividade de atuação dos profissionais nos territórios. Para Gomes e Erdmann (2014, p.4), “a ESF, por sua cobertura e vinculação com a comunidade, favorece o reconhecimento do agravo por parte dos profissionais, desvelando-se importante ferramenta para o enfrentamento do fenômeno, o qual exige uma articulação em rede, não se limitando, portanto, a ações lineares e isoladas.”

Nesse sentido, Alencar Júnior e Moraes (2018, p.6) afirmam que:

as ações da SF em parceria com outros setores (Educação, Assistência Social, meios de comunicação, Segurança, organizações não governamentais [ONGs] etc.) podem contribuir para a promoção de sociedades mais seguras e sadias. Investimentos em segurança na comunidade e a implementação de estratégias para superação do sentimento de medo (e conseqüente imobilização), como a criação de atividades sociais voltadas ao estreitamento das relações entre as pessoas, podem contribuir para a redução da violência comunitária e para a promoção da saúde no Brasil.

Outro desafio a ser superado está relacionado à formação dos profissionais. Fiúza *et al.* (2012), Gomes e Erdmann (2014), Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) trazem essa questão como primordial para o processo de trabalho dos profissionais das equipes da ESF, no que diz respeito à identificação, à notificação, ao encaminhamento, à atenção às vítimas e ao desenvolvimento de ações de prevenção à violência. “Mudanças nas propostas pedagógicas são essenciais para a compreensão acerca da magnitude e da complexidade da violência, capacitando os profissionais para a identificação dos agravos, notificações e encaminhamentos” (Gomes; Erdmann, 2014, p. 5).

Por fim, Fiúza *et al.* (2011) evidenciam que:

os próprios profissionais indicam a possibilidade de saída para reflexão e viabilização de enfrentamento as questões vividas nos territórios: a educação permanente. Os profissionais revelam em seus discursos a percepção da necessidade de um olhar diferente para a sociedade, cuja responsabilização guiaria as práticas de saúde no território. (...) Pareceu-nos fundamental a consideração das problemáticas reais dos processos de trabalho dos profissionais para real efetivação de políticas, programas e tecnologias que visem a “educação permanente” e a otimização do trabalho das equipes de saúde que atuam nos grandes centros urbanos (p. 7).

Apesar das fragilidades apresentadas, é consenso entre os autores dos artigos que a ESF tem importante potencial para trabalhar com as questões relacionadas ao fenômeno da

violência. Para Fernandes *et al.* (2014), a APS permite trabalhar com a população sobre as diferentes formas de violência e compreendê-las como problema de saúde, que pode ser prevenida e deve ser identificada em meios ocultos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A descrição do como pesquisar não é algo apenas de caráter formal e técnico, ao contrário, o ato de conceber uma pesquisa perpassa a subjetividade, a ética e a criatividade do pesquisador, manifestando marcas pessoais da forma como o autor articula o saber teórico com as possibilidades de intervenção na realidade (Minayo, 2010). Nesta seção dedicada à metodologia, pretendemos, então, descrever os procedimentos realizados ao longo da pesquisa.

4.1 Tipo e abordagem do estudo

Ao partir do pressuposto estabelecido por esta pesquisa e ter como objetivo principal descrever o fenômeno da violência no município de Sobral, Ceará, na perspectiva dos gerentes dos Centros de Saúde da Família, adotamos como itinerário metodológico um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantiquantitativa.

As pesquisas exploratórias-descritivas possibilitam ao pesquisador maior familiaridade com o objeto de estudo, com descrição de características de determinadas populações, assim como as possíveis relações que possam existir entre as variáveis estudadas. Ou seja, proporcionam visão geral de determinado fato, do tipo aproximativo (Gil, 2017).

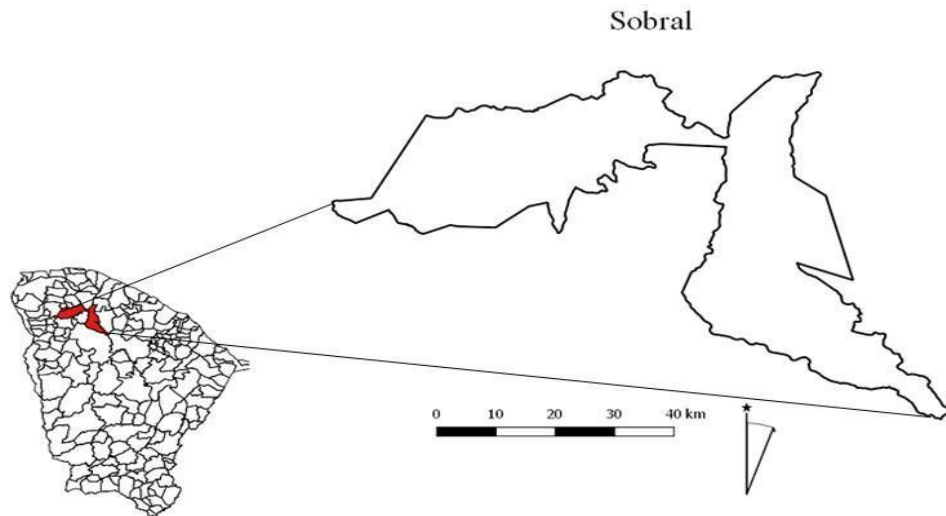
Já as pesquisas orientadas pela combinação das abordagens quantiquantitativas possibilitam a interpretação do fenômeno com construção da realidade, utilizando e mensurando variáveis predeterminadas. De modo que se ensejam o desenvolvimento de teorias, de novas técnicas cooperativas e análise mais completa do problema estudado (Minayo, 2010; Appolinário, 2011).

4.2 Cenário e participantes do estudo

O estudo foi realizado em Sobral, cidade situada na Mesorregião Noroeste do Ceará. Sobral limita-se ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca; ao sul, com Santa Quitéria, Groáiras e Cariré; a leste, com Itapipoca, Irauçuba e Canindé; e a oeste, com os municípios de Coreaú, Mucambo e Alcântara. É ligado, ainda, à capital pela BR-222, que interliga o estado aos estados do Piauí, Maranhão e Pará (IBGE, 2019).

Ainda, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município de Sobral conta com área territorial de 2.122,898 km² (2018) e densidade demográfica de 88,67hab/km², população de 188.233 habitantes (segundo censo de 2010), com estimativa populacional de 208.935 habitantes para o ano de 2019 e, em estrutura administrativa, organiza-se em trinta e sete bairros (zona urbana) e onze distritos (zona rural) (IBGE, 2019).

Figura 1 - Município de Sobral, Ceará, Brasil. 2019.



No tocante à economia, educação e saúde, Sobral apresenta PIB *per capita* a preço correntes de 20.258,09 reais, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM⁴) alto de 0,714, em 2010, cuja taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade no último censo foi de 97,9% e, no que se refere ao indicador mortalidade infantil, segundo dados da vigilância à saúde do município, apresentou taxa no valor de 6,18 (IBGE, 2019).

Ainda sobre eixo atenção à saúde, o município integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do SUS, apresentando capacidade instalada para o desenvolvimento e a realização de serviços em diversos níveis de complexidade, que o torna sede para a Microrregião de Sobral, sendo formada por 24 municípios, com estimativa populacional de 629.957 habitantes e polo para a Macrorregião Norte do Ceará, sendo referência para 55 municípios, abrangendo população de, aproximadamente, 1.606.608 habitantes (Sobral, 2017).

⁴ O IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa, município, região metropolitana ou UDH. Na escala de graduação, tem-se de IDHM muito baixo (0-0,499), IDHM baixo (0,500-0,599), IDHM médio (0,600-0,699), IDHM alto (0,700-0,799) e IDHM muito alto (0,800-1) (IPEA; PNUD; FJP, 2019).

Além disso, no cenário deste município, o sistema de saúde se organiza por níveis de atenção, sendo estes a atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária à saúde tem sido reconhecida nacionalmente por ser referência pela organização e, desde a implantação, vem obtendo grandes avanços nesta área, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como referência de orientação do nível primário.

Logo, essa é a estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde de Sobral, a ESF neste município é considerada como ordenadora do cuidado à saúde, apresentando proporção de cobertura assistencial estimada de 100%, segundo dados do Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, até agosto de 2017 (Brasil, 2017). Para isso, tem implantado 70 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 37 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo 23 na sede e os demais nos distritos (Sobral, 2019).

Diante do exposto e partindo do reconhecimento da ESF como ordenadora do cuidado no município, foram considerados como lócus e participantes da pesquisa todos CSF e os respectivos gerentes. Cabe ressaltar que no momento da fase de campo, foram registrados 36 CSF no município e, na ocasião da coleta dos dados, uma gerente temporariamente respondia por dois CSF, em virtude do desligamento e processo de seleção em andamento. De modo que participaram do estudo 35 profissionais gerentes.

4.3 Período e coleta de dados

O estudo foi realizado ao longo do ano de 2018 até o primeiro semestre do ano de 2019, com a coleta de dados empíricos, nos meses de junho e julho de 2019. Foram utilizados dois procedimentos para coleta de dados, que se apresentam de maneira complementar: aplicação de questionário (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora, composto por 29 questões fechadas e de múltipla escolha; e realização de grupo focal, orientado por roteiro composto por cinco questionamentos disparadores (Apêndice B).

De posse da anuência das instâncias éticas, foram feitos os diálogos necessários com a Coordenação da Atenção Primária do município, com agendamento para aplicação do questionário de forma coletiva, em reunião mensal de rotina dos serviços. Na ocasião, foram, inicialmente, apresentados a pesquisa, os objetivos e todo o procedimento de coleta de dados, foram esclarecidas as dúvidas existentes e, na sequência, os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, com assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE) e pós-informado (Apêndice C). De modo que o questionário foi respondido pelos 35 gerentes participantes do estudo. Destaca-se que após aplicação do instrumento, foram pactuados os dias para realização dos grupos focais, no total de dois que foram realizados em ambiente externo ao local de trabalho.

Dos 35 gerentes, 12 participaram dos grupos focais, com média de seis pessoas por grupo. A duração média de cada grupo focal foi de duas horas e contou com presença de um moderador (própria pesquisadora) e um observador, como recomenda a literatura (Gomes; Telles; Roballo, 2009). As falas foram gravadas e depois transcritas com anuência dos participantes.

4.4 Análise dos dados

Para análise dos dados, considerando as fontes de informação e as técnicas de coleta adotadas. No que concerne à primeira etapa (aplicação de questionário), os dados foram tabulados no programa EpiInfo⁵, versão 7, e apresentados em formato de tabelas e gráficos, agregando-se a análise estatística descritiva. Para a segunda etapa (grupos focais), para as vivências expressas pelos gerentes dos CSF, estas foram codificadas e organizadas segundo técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre (2003), percorrendo as etapas de identificação das Expressões-Chaves (ECH), Ideias Centrais (IC) e construção do discurso síntese.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), o DSC partiu da hipótese de que os indivíduos vivendo em sociedade, como reiteradamente tem colocado a sociologia e as demais ciências sociais desde sempre, compartilham ideias, crenças, valores e representações. Baseado nesta hipótese, montou-se processo de organização de depoimentos verbais provenientes de pesquisas sociais que utilizam questionários abertos, que, por meio das figuras metodológicas (Ideia Central, Ancoragens, Expressões Chave e DSC), permite, ao final, construir uma série de DSC.

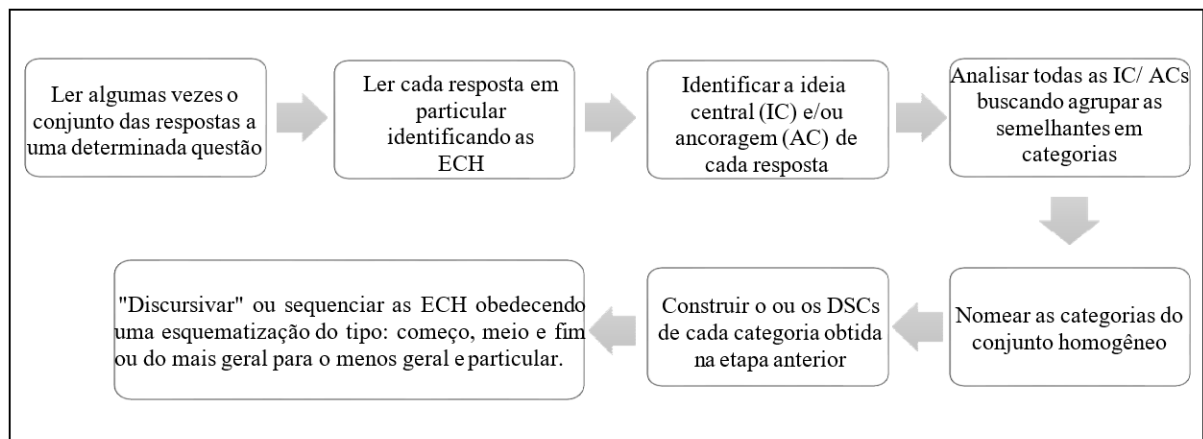
Dessa forma, seguiu-se com a transcrição e leitura das falas advindas dos grupos focais. A partir de então foram realizadas leituras para identificação das **expressões-chaves (ECH)**, ou seja, os trechos dos depoimentos que revelavam a essência do conteúdo. Tendo identificados as ECH, partiu-se para leitura destas e identificação de quais as **Ideias Centrais**

⁵ Epiinfo é um conjunto de programas de domínio público, geralmente, utilizados para investigações de epidemias e administração de bancos de dados para vigilância de saúde pública, capazes de produzir, análises estatísticas, gráficos, mapas, tabelas e relatórios.

(IC) correspondes às expressão-chave. Destacamos que a ideia central não é uma interpretação, mas trata-se de uma descrição objetiva e sintética do sentido dos discursos analisados (Lefèvre; Lefèvre; Costa, 2009).

Por fim, foram elaborados o **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**, ou seja, discurso-síntese do pensamento coletivo, representando a voz dos gerentes dos CSF que compunham a ESF de Sobral para cada uma das questões, obtendo-se como resultante final um painel de depoimentos coletivos, “um constructo, um artefato, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico” (Lefèvre; Lefèvre, 2014, p. 3).

Figura 2 - Etapas para tabulação do discurso do sujeito coletivo



Fonte: Adaptado de Lefèvre e Lefèvre (2012, p. 90).

Esse painel “reflete o que se pode pensar, em uma dada formação sociocultural, em uma dada coletividade, sobre determinado assunto” (Gomes; Telles; Roballo, 2009, p. 6). Neste sentido, a combinação das técnicas do Grupo Focal para apreensão e do DSC para compreensão, somado ao aporte dos dados resultantes da análise do questionário, mostraram-se eficazes para responder aos objetivos deste estudo.

4.5 Aspectos éticos

Assim, as práticas éticas envolvem muito mais do que seguir um conjunto de diretrizes estáticas; os pesquisadores precisam prever e abordar quaisquer dilemas éticos que possam surgir no estudo que desenvolvem (Creswell, 2010). Para esse fim, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, um conjunto de diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Essa

Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (Brasil, 2012).

O Projeto de Pesquisa foi aprovado, inicialmente, pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, com parecer de protocolo N° 0064/2019, e, em seguida, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral-CE, por meio do Parecer N° 3.377.966 e CAAE N° 18385513.5.0000.5053. Em conformidade, portanto, com os princípios da Resolução N° 466/12.

Ao considerar que o estudo apresenta como unidade de análise seres humanos, utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este se trata de documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou do responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (Brasil, 2012).

Destacamos que, no estudo, o anonimato dos participantes foi preservado e das falas oriundas dos grupos focais estas são transcritas como discurso geral de todos os participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aliado ao estado da questão e da arte sobre o fenômeno da violência e da intercessão no campo da saúde, os dados coletados permitiram sistematizar quatro seções neste capítulo de resultados. Iniciamos com a apresentação dos gerentes dos Centros de Saúde da Família do município de Sobral - participantes deste estudo; prossegue-se com a narrativa dos itinerários formativos vivenciados por estes gerentes e interconexões para atuação frente ao fenômeno da violência. Em seguida, são caracterizadas as violências nos territórios da Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva dos gerentes e, por fim, analisamos o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família diante do fenômeno da violência.

5.1 Os gerentes dos Centros de Saúde da Família do município de Sobral

O processo de trabalho de gerenciamento em uma Unidade Básica de Saúde passou por diversas mudanças desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que, mais recentemente, em âmbito nacional, houve o reconhecimento da função de gerente na Política Nacional da Atenção Básica (Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017 e Portaria de Consolidação N° 6, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017). Incorporando-o com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e a qualificação do processo de trabalho nas unidades de saúde, assim como fortalecer a atenção à saúde prestada à população (Penna *et al.*, 2004; Brasil, 2017).

No município de Sobral, Ceará, Nordeste brasileiro, a incorporação de um profissional na função de gerente na Estratégia Saúde da Família antecede, em muito, à regulamentação nacional. Registros institucionais dão conta que desde 1997, por ocasião da implantação do então Programa Saúde da Família de Sobral, as equipes da Estratégia Saúde da Família contavam o apoio técnico-científico do gerente. No entanto, a princípio, o profissional designado para esta função acumulava-a com funções assistenciais, ainda que com número de família reduzido, quando comparado com os demais enfermeiros. Em 2013, foi institucionalizada a função de gerente da ESF, por meio de cargo comissionado, na Secretaria da Saúde de Sobral. E, por opção do poder público municipal, ocorreu o primeiro processo de seleção pública para essa função (Sobral, 2019b).

O gerente, nas atribuições incluídas na PNAB de 2017, tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das

ações no território e integração das unidades de saúde com os demais serviços de saúde (Brasil, 2017).

Consideramos a gerência uma função estratégica para a efetiva rede de cuidado. E, sendo a Atenção Básica a ordenadora desta rede, elucidamos a relevância do profissional que assume esta responsabilidade. As funções gerenciais, nesse âmbito, ultrapassam perspectivas de administração relacionadas à organização do processo de trabalho e assumem visão ampliada de um processo de trabalho que se relaciona a: zelar, cuidar, ouvir desejos, necessidades e interesse de todos os envolvidos. Ou seja, perpassa por questões “macro” e “microssociais”, no que se refere às relações humanas e profissionais dentro do próprio serviço (Carvalho; Peduzzi; Ayres, 2014).

Diante dessa complexidade, é importante que este profissional compreenda as interfaces entre os processos de trabalho, o poder e os indivíduos; situação que exige formação de qualidade e desenvolvimento profissional permanente (Barros; Benevides de Barros, 2007). E, nesta dimensão, há de se considerar competências que suplantem os aspectos técnicos, científicos e incorporem competências socioemocionais para liderança.

Neste sentido, nesta primeira seção de resultados, dedicamos a descrever o profissional gerente dos CSF de Sobral - CE, a partir da formação e do desenvolvimento profissional, tempo de atuação na ESF e na função de gerente, e sua distribuição nos CSF no município de Sobral.

A população total desta pesquisa constituiu-se de 35 profissionais gerentes, que ocupam esta função nos CSF do município, estando distribuídos na sede e nos distritos. Como apresentado na Tabela 1, a seguir, 22 (62,8%) dos gerentes estavam dispostos na sede e os demais, 13 (37,145), organizados pelos distritos do município.

Tabela 1 - Distribuição dos gerentes dos Centros de saúde da Família de Sobral, considerando local de atuação. Sobral, Ceará, 2019

Localização do CSF de atuação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativo	Limite (95%)	de confiança
Na Sede	22	62,8%	62,8%	44,9%	78,5%
No Distrito	13	37,1%	100%	21,4%	55,0%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Ressaltamos que a cobertura da ESF é de 100% (Brasil, 2017). Do exposto, os 35 profissionais lideravam, nos respectivos territórios de referência, um processo de trabalho que tinham o compromisso de garantir acesso e cuidados de qualidade a uma população estimada superior a 200.000 habitantes (IBGE, 2019).

No município de Sobral, o cargo de gerente foi ocupado, historicamente, por profissionais da categoria da enfermagem. Estudo feito por Ximenes Neto e Sampaio (2007) identificou que, naquela ocasião, 100% destes eram enfermeiros e, em maioria, do sexo feminino.

Raupp (2006) e Torres (2011) destacam que para a gestão em saúde, quando esta encontra-se designada demasiadamente a uma área do conhecimento, isto pode contribuir para o estabelecimento de padronizações que são condizentes apenas àquela área. De forma que pode reverberar na construção de um imaginário social de “dono do saber” e conduzir todo o processo de trabalho que deve ser coletivo.

Suplantando essa perspectiva, em 2018, o município de Sobral, em processo seletivo aberto para função de gerente da Atenção Primária, pelo edital SMS Nº 01, de 22 de janeiro de 2018, ampliou as categorias profissionais, para além da área da saúde, para concorrer a função de gerente. Poderiam participar da seleção aqueles com graduação em profissões consideradas da área da saúde, sendo considerados, segundo o Conselho Nacional de Saúde (Resolução 287 de 08 de outubro de 1998) (Brasil, 1998): Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. Além destas, poderiam se inscrever também profissionais graduados em Administração (Brasil, 1998; Sobral, 2018).

Nesse ínterim, considerando o período da coleta dos dados,, os gerentes dos CSF do município de Sobral apresentaram como área de formação: 27 (79,4%) enfermeiros, dois (5,8%) assistente social, dois (5,8%) profissionais de educação física, um (2,9%) farmacêutico, um (2,9%) fisioterapeuta, um (2,9%) nutricionista, como destacado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da categoria profissional dos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral. Sobral, Ceará, 2019

Categoria Profissional	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativo	Intervalo de confiança (95%)	
Assistente Social	2	5,8%	5,8%	0,7%	19,6%
Enfermeiro(a)	27	79,4%	85,2%	62,1%	91,3%
Farmacêutico(a)	1	2,9%	88,2%	0,07%	15,3%
Fisioterapeuta	1	2,9%	91,1%	0,07%	15,3%
Nutricionista	1	2,9%	94,1%	0,07%	15,3%
Profissional da Educação Física	2	5,8%	100%	0,7%	19,6%
TOTAL	34	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Como percebemos, foi prevalente o domínio da categoria enfermagem na ocupação do cargo de gerente. A identificação desta categoria profissional com a função gerencial pode estar relacionada à formação profissional e aos atributos requeridos ao desenvolvimento do processo de trabalho do gerente na ESF, com nuances da assistência, da gestão e de relações interpessoais, relacionados ao exercício profissional do enfermeiro, conforme preconiza o artigo 11, da Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Ademais, as Diretrizes Curriculares (DCN) para a graduação em Enfermagem preveem, na formação do enfermeiro, o desenvolvimento de competências gerenciais (Brasil, 1986; Brasil, 2001).

Outrossim, a diversidade de outras categorias profissionais identificadas na gerência dos CSF pode ser considerada experiência inovadora e construtiva para ampliação da visão da função gerencial, visto que cada profissional exerce uma função social e reconhece a realidade de forma diferenciada, de acordo com as premissas da profissão, embora os objetivos e princípios estabelecidos nos cuidados em saúde não alterem.

Em relação ao tempo de atuação desses gerentes nos CSF, na Tabela 3, 77,1% dos profissionais apresentaram tempo compreendido entre seis meses a um ano no serviço, apenas 8,5% (três) gerentes apresentaram período de atuação inferior a seis meses. Cabe destacar que 11, 4% apresentaram experiência superior a dez (10) anos na ESF. A Tabela 3 consolida sistematicamente esses dados.

Tabela 3 - Caracterização do tempo de atuação no Centro de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019.

Tempo que atua no CSF	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
1a - 3 anos	1	2,8%	2,8%	0,07%	14,9%
6m - 1 ano	27	77,1%	80%	59,8%	89,5%
Até 6 meses	3	8,5%	88,5%	1,8%	23,06%
Mais 10 anos	4	11,4%	100%	3,2%	26,7%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

No que concerne ao exercício gerencial no CSF que exerciam as funções durante a coleta de dados, 30 (85,7%) apresentaram tempo máximo de um ano. Inferimos que este resultado se relaciona, em parte, com o tempo decorrido da seleção ao período de coleta de dados.

Quando verificado o tempo de atuação na função, identificamos que mais da metade (N=21; 60%) do total de gerentes atuavam nessa função há mais de três anos e 40% (14) estavam iniciando uma carreira na gestão, apresentando entre seis meses e um ano de atuação, como pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização do tempo de atuação na função de gerente. Sobral, Ceará, 2019.

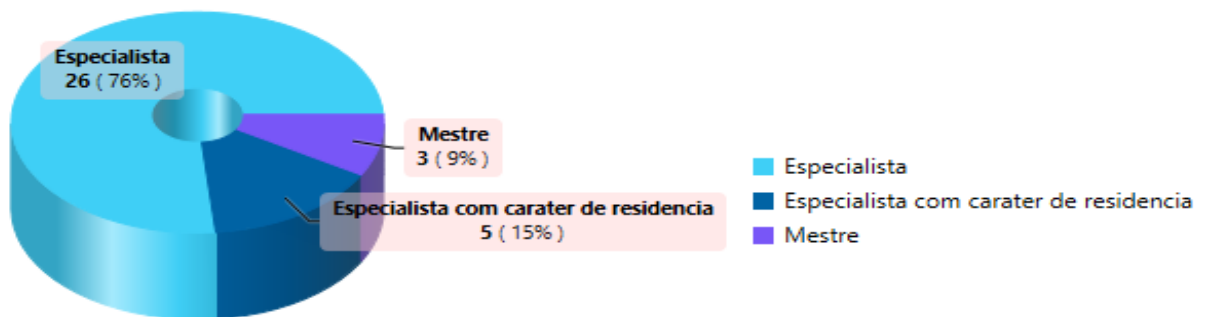
Tempo na função de gerente	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Até 6 meses	2	5,7%	91,4%	0,7%	19,1%
6m - 1 ano	12	34,2%	80%	19,1%	52,2%
1 - 3 anos	2	5,7%	5,7%	0,7%	19,1%
3 - 5 anos	6	17,1%	22,8%	6,5%	33,6%
5 - 7 anos	8	22,8%	45,7%	10,4%	40,1%
7 - 9 anos	2	5,7%	85,7%	0,7%	19,1%
Mais 9 anos	3	8,57%	100,00%	1,8%	23,06%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

A permanência do profissional gerente na ESF é reconhecida como fator positivo para o reconhecimento das potencialidades e situações-limites presentes nos territórios, assim como para o estabelecimento de vínculo com a comunidade e, conseqüente, qualificação da atenção à Saúde. Ao ponderar que esse constitui-se enquanto importante instrumento para efetivação de políticas, desempenha papel primordial no processo de produção da saúde e que sua atuação por tempo prolongado pode trazer maiores facilidades de contatos efetivos com a comunidade, conhecimento das necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos projetos iniciados (Fernandes; Cordeiro, 2018; Mesquita et al., 2013).

No que se refere à qualificação profissional dos gerentes, no que concerne à titulação em pós-graduação, seja na modalidade *lato sensu* ou *stricto sensu*, verificamos que 34 (97,1%) concluíram especialização e, deste, cinco (15%) realizaram especialização com caráter de residência, 26 (76%) outras especializações e três (9%) Mestrado em Saúde da Família, como pode ser observado no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Caracterização dos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral, segundo formação em Programas de Pós-graduação. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Cabe destacar que um dos gerentes no período da coleta não possuía nenhuma pós-graduação concluída. Esses dados são importantes porque sinalizam que, após a graduação, houve busca desses profissionais pela continuidade da formação, conseqüentemente, abertura para os processos de Educação Permanente. Mais adiante, em outro tópico deste estudo, abordaremos mais especificamente a formação desses profissionais em relação à temática da violência.

Sob esse prisma, é importante realçar que a Secretaria da Saúde de Sobral investe na capacitação e no desenvolvimento dos profissionais, seja por meio do apoio institucional e pedagógico, como fomentadores de ações de educação permanente, seja por meio do incentivo e liberação parcial das atividades laborais para realização de cursos de pós-graduação (Sobral, 2015; Dias *et al.*, 2017).

5.2 Itinerários formativos dos gerentes da ESF e interconexões para atuação frente ao fenômeno da violência

A formação e qualificação profissional para o campo da saúde é um desafio histórico que processualmente passa por transformações. Algumas iniciativas merecem destaques para fins deste estudo, quando se considera corte temporal, a partir da implantação da ESF, em Sobral, em 1997. Nesse mesmo ano, nacionalmente, foi implantado o projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) que contribuiu com a implementação de polos que tinham como finalidade a capacitação dos trabalhadores em Saúde da Família. E, *a posteriori*, apoiou especializações e residências multiprofissionais em Saúde da Família (Brasil, 1999; Quinhões; Santos, 2003; Costa, 2006). Estas iniciativas visavam proporcionar conhecimentos teórico-práticos aos profissionais, em especial, aos médicos e enfermeiros, com foco nas necessidades da ESF (Gil, 2005).

Outra iniciativa importante foi o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) que propunha algumas alterações curriculares na formação dos profissionais da saúde, incentivar novos pesquisadores para a área, assim como ampliação de ações de educação permanente (Brasil, 2005b). Cabe destacar, também, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), implementada desde 2008 que visa reorientação formação profissional e educação pelo trabalho em áreas estratégicas do SUS, com o fomento de vivências em prol do aperfeiçoamento de pessoal qualificado para o trabalho, integrando estudantes de graduação e profissionais, a partir da estratégia da tutoria nos serviços da ESF (Madruga *et al.*, 2015).

Em que pese a relevância dessas ações, não percebemos nos documentos orientadores referência ao fenômeno da violência enquanto tema de interesse para os processos formativos. Neste prisma, indagamos aos gerentes da ESF sobre os itinerários formativos acerca da temática violência. Pouco mais da metade (N=18; 51,4%) dos gerentes

participantes deste estudo afirmaram ter vivenciado alguma ação formativa sobre a temática, conforme Tabela 5, a seguir, que sintetiza a ocorrência de formações.

Tabela 5 - Formações realizadas pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família, sobre a temática violência. Sobral, Ceará, 2019

Formação com temática violência	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Não	17	48,5%	48,5%	25,6%	57,8%
Sim	18	51,4%	100%	33,9%	68,6%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Os gerentes que participaram de formações sobre violência, quando indagados sobre a frequência quantitativa, 77,78% relataram ter vivenciado mais de uma capacitação (de dois a seis processos educação na saúde com foco na temática violência), como pode ser visto na Tabela 6.

Tabela 6 - Frequência do número de capacitações com foco na temática da violência realizado pelos gerentes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019

Nº de capacitações	Nº de gerentes	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
1	4	22,2%	22,2%	6,4%	47,6%
2	8	44,4%	66,6%	21,5%	69,2%
3	3	16,6%	83,3%	3,5%	41,4%
4	1	5,5%	88,8%	0,1%	27,2%
6	2	11,1%	100%	1,3%	34,7%
TOTAL	18	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Ademais, quando indagados há quanto tempo haviam realizado a última formação com foco na temática em estudo, 50% informaram que esta ocorrera em período anterior a um

ano. Para 22,2%, já se passavam mais de dois anos sem formação com foco na temática da violência, conforme expresso na Tabela 7.

Estimamos a abrangência de temas que norteiam os processos de educação permanente desses profissionais, ainda assim, inferimos insuficiência de atualizações sobre a temática violência, o que pode representar (in)visibilidade do impacto desta nos processos de trabalho na ESF. Recordamos, também, que este vazio pode ser reflexo da graduação e pós-graduação, já que parte significativa destes gerentes eram recém-chegados à ESF no município, conforme tratado na seção anterior.

Tabela 7 - Tempo da última formação realizada pelos gerentes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019

Tempo desde a última formação	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
3 - 6 meses	1	5,5%	100%	0,1%	27,2%
6 - 12 meses	8	44,4%	94,4%	21,5%	69,2%
12- 24 meses	5	27,7%	27,7%	9,6%	53,4%
+ 24 meses	4	22,2%	50%	6,4%	47,6%
TOTAL	18	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

O município de Sobral, no que se refere ao campo da saúde, tem historicamente investido na qualificação dos profissionais, seja na oportunização com liberação de carga horária de trabalho para realização de programas de Pós-graduação ou participação em eventos formativos de natureza pedagógica e científica, ou seja na indução de processo de educação permanente; expresso em documentos normativos, a exemplo da Lei Nº 1.685, de 8 de novembro de 2017, que institui o Sistema Saúde Escola, do Plano Municipal de Educação Permanente e Regimento da Comissão Científica da Secretaria da Saúde (Sobral, 2015; 2017a; 2019a).

Cabe destacar que, no que se refere à temática estudada, o município, a partir de 2017, intensificou indução de ações diretamente relacionadas à promoção da saúde e prevenção da violência dos mais diversos tipos. Dentre essas ações, sobressaem as estratégias de articulações intersetoriais de prevenção às violências. Contexto favorável à indução destas foi a adesão do governo municipal à estratégia do governo do estado do Ceará, Pacto pelo

Ceará Pacífico (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017). Outrossim, observamos, também, ênfase na qualificação dos profissionais na abordagem a violências autoprovocadas, protagonizadas pela Secretaria da Saúde e Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (Sobral, 2019a).

Para além desses dados quantitativos, possibilitamos discussão com um dos Discursos do Sujeito Coletivos (DSC), elaborado a partir dos gerentes. Reconhecemos que a violência não ocorre de forma uniforme em todos os territórios, o que pode influenciar na necessidade mais expressiva de aprendizagem de determinado gerente, diferentemente de outro acerca do tema. Em um território cuja violência é mais cotidiana, é possível que os profissionais tenham mais interesse no tema.

Nesse sentido, o DSC 1 revela que alguns caminhos ainda são necessários, e que estes contemplem não somente os profissionais, como também aqueles que ainda se encontram na caminhada acadêmica da graduação.

Falta mais qualificação. Nos bancos da faculdade, na graduação, a gente não estuda sobre isso [violência]. Na Educação Permanente, o tema violência é abordado para algumas categorias específicas. Precisamos conhecer as causas da violência, os tipos de violência, os manuais de atendimento às vítimas de violência, a rede intersetorial, e as ações que estão sendo desenvolvidas, porque não temos propriedade de fazer essa abordagem, de saber como é que conduz, nem experiência com o instrumento de notificação. Precisamos de Educação Permanente sobre e por meio de metodologias ativas, inovadoras, com situações práticas, de acordo com a realidade de cada serviço, utilizando também a arte e a cultura. (DSC 1)

Essa DSC evidencia ainda que os gerentes reconhecem a necessidade de aporte teórico, conceitual, assim como metodológico. E, avançam, ao sugerirem estratégias educacionais. Inferimos, ainda, que, na perspectiva deste Sujeito Coletivo, existe certa invisibilidade do fenômeno da violência na graduação, tanto no que diz respeito aos conceitos, como também às metodologias para atuação na atenção às vítimas e prevenção à violência. Salientamos que esta fragilidade também se apresenta no processo de Educação Permanente.

Além disso, o Sujeito Coletivo ressaltou a importância de priorizar esse tema nos espaços formativos, que devem ser fortalecidos e direcionados para todos os profissionais da ESF e não somente para algumas categorias específicas, assim como foi sinalizada a necessidade de aprender quais as causas da violência, os tipos de violência, como identificar e abordar uma vítima e/ou familiar, como se faz a notificação e temas afins.

Ao mesmo tempo, percebemos uma contradição: os profissionais apontaram para a necessidade de mais aproximação com a temática em termos de formação/educação permanente, mas não se movimentavam nessa direção, não foi possível perceber protagonismo nesta busca, como se coubesse apenas à Secretaria de Saúde a indução destes processos, e desconsiderando o disposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), para a qual um dos principais agentes de transformação é o próprio profissional, ao reconhecer a problemática enquanto necessidade de aprendizagem.

Nesse ínterim, na intenção de identificar o reconhecimento e conhecimento dos gerentes, no que se refere aos documentos normativos que por hora orientam os processos de trabalho e as tomadas de decisão em todas as esferas e campos de atuação relacionada à temática em questão, sendo estes documentos: Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflitos com a Lei; e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, indagamos sobre estes e como se expressam nos processos de trabalho. Podemos observar através do DSC 2 algumas necessidades:

[...]porque não temos propriedade de fazer essa abordagem, de saber como é que conduz, nem experiência com o instrumento de notificação. (DSC 2)

Para além das necessidades apresentadas, cabe salientar e inferir o reconhecimento desta como um dos primeiros passos para a busca de melhorias em ações de atenção à saúde, no contexto da violência. De modo geral, os apontamentos sugerem que a temática da violência precisa de atenção maior por parte dos gerentes. Isto foi percebido não somente pelos discursos, como também em outros dados como os dispostos a seguir.

A Tabela 8 destaca sobre os níveis de conhecimento dos gerentes sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens, e nos revela que a grande maioria (N=29; 82,8%) esteve entre “pouco” e “médio”, N=12;34,2% e N=17;48,5% respectivamente, no que se refere ao entendimento dessa diretriz.

Tabela 8 - Nível de conhecimento sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens, pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019

Conhecimento das Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)

Pouco	12	34,2%	100%	19,1%	52,2%
Médio	17	48,5%	48,5%	31,3%	66%
Muito	6	17,1%	65,7%	6,5%	33,6%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Como foi possível perceber, apenas 17,1% (N=6) dos gerentes afirmaram conhecer “muito” a diretriz. Reconhecendo a importância deste documento, atestamos a necessidade de pautá-la nos processos de qualificação dos gerentes, para que se converta em ferramenta de orientação do processo de trabalho.

Destacamos que essa diretriz aborda, no corpo de texto, a violência doméstica e a violência sexual, mostra que as reações causam diretamente efeitos que intervêm na qualidade de vida dos acometidos, logo, na saúde, portanto, é importante que ela seja reconhecida pelos gerentes dos Centros, na intenção de orientar para um olhar qualificado na condução das situações (Brasil, 2010a).

Descreve que na caracterização de violências contra adolescentes de 10 a 19 anos, a violência sexual representa a maioria dos atendimentos em saúde, seguida das agressões psicológicas, físicas e das negligências e do abandono. A residência se configura quanto ao local onde ocorrem a metade destas violências. E, que estão entre os possíveis agentes agressores: desconhecidos, amigos e conhecidos e pais. As pessoas negras, nos dois sexos, foram as que sofreram maior vitimização (Brasil, 2010b).

Ou seja, as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens dão subsídios que poderão responder a algumas necessidades visualizadas nos discursos (1 e 2), como na condução das situações a partir do conhecimento de quais medidas tomar em casos que a própria família são os agressores, ou em como agir em situações que causam transtornos mentais, importantes e necessários nos itinerários formativos desses profissionais.

Ainda nesse contexto, Minayo e Souza (2003) apresentam perspectiva de que jovens e adolescentes são possuidores de uma construção social a qual estes tendem a praticar certos comportamentos e atitudes de maior exposição e que determine certa vulnerabilidade, como é o caso do uso de álcool e outras drogas, que pode gerar atos violentos contra si mesmo ou terceiros. O setor saúde, neste sentido, deve ser responsável, pela organização da rede atenção à saúde, prezando pela qualidade e integralidade das ações desenvolvidas e

resolutividade na atenção às vítimas de violência, considerando as interfaces das três esferas de gestão do SUS (Brasil, 2010a).

No que se refere ao conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAIS) que, além de ressaltar a pertinência do tema, propõe estratégias e ações articuladas entre as instâncias estaduais e municipais, a fim de garantir os cuidados com a saúde deste grupo específico (Boas; Cunha; Carvalho, 2010; Brasil, 2012); os gerentes carecem de leitura e aprofundamento sobre ela, como podemos observar na Tabela 9.

Tabela 9 - Nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral

Conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	de
Nada	3	8,5%	60%	1,8%	23,0%
Pouco	14	40%	100%	23,8%	57,8%
Médio	16	45,7%	45,7%	28,8%	63,3%
Muito	2	5,7%	51,4%	0,7%	19,1%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Os números sinalizaram que 5,7% (N=3) dos gerentes conheciam muito a PNAIS. Do lado oposto, 8,5% (N=2) apresentaram total desconhecimento sobre a referida política. Estes resultados nos tencionam a refletir sobre a qualidade do cuidado dirigida a este público que tem se tornado tão emergente.

Desse modo, alertamos para que os itinerários formativos revejam as perspectivas curriculares e avaliativas, no que se refere à temática violência, tendo em vista os contextos epidemiológicos e os resultados identificados. Pedro (2018) corrobora com o pensamento disposto. Em estudo, além de apresentar a abordagem da temática da violência e a relação com este público, o autor dá visibilidades para condições de doença mais encontradas nos adolescentes contemplados pela política, como as dores musculoesqueléticas, doenças de pele, respiratórias ou sexualmente transmissíveis, o que amplia a necessidade de conhecer esse documento, para que seja orientador de práticas.

Cabe sinalizar que o município de Sobral possui dois Centros Socioeducativos e que os CSF dos territórios em que eles se localizam são responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes internados. Por esse motivo, é necessário que os profissionais, principalmente destes territórios, sintam-se competentes para a efetividade do cuidado.

Outra política sinalizada foi a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais (Brasil, 2002).

Tabela 10 - Nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, pelos gerentes dos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019

Conhecimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	de
Nada	2	5,7%	57,1%	0,7%	19,1%
Pouco	15	42,8%	100%	26,3%	60,6%
Médio	15	42,8%	42,8%	26,3%	60,6%
Muito	3	8,5%	51,4%	1,8%	23%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Em linhas gerais, 8,5% (N=3) dos gerentes afirmaram conhecer “muito” essa política, os que conheciam de forma “médio”, representaram 42,8% (N=15). Evidência que sinaliza preocupação e atenção foi que 42,8% (N=15) dos gerentes conheciam pouco e, mais uma vez, tivemos evidência, ainda, de profissionais que desconheciam (N=2; 5,7%) uma das políticas orientadoras das ações de vigilância e cuidado à violência.

De acordo com Santos (2004), essa política tem como pano de fundo o processo de descentralização e regionalização da saúde no Brasil, e que as diretrizes compreendem as esferas federal, estadual e municipal, e visam prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situação ou risco para as chamadas causas externas.

Nesse sentido, não reconhecer as diretrizes que fazem parte dessa política, no que se diz respeito principalmente às questões de violência, é deixar margem na atenção a

diversos problemas sociais que surgem a partir dela. Pelo texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, podemos identificar, dentre outras diretrizes, a finalidade de executar a intersetorialidade e integralização das políticas. Ou seja, a não aplicabilidade desta pode impactar na atenção à saúde, considerando a multideterminação da problemática em voga.

De modo geral, tomando por base esses três documentos normativos e orientadores nacionais que são marcos importantes e discorrem sobre o tema violência de forma explícita, podemos visualizar a necessidade de intensificar indução de novos itinerários formativos, de forma a colaborar na qualificação da atenção à saúde das pessoas vitimadas pela violência e dos respectivos familiares.

Ao considerar a complexidade e magnitude desse fenômeno, assim como as informações apresentadas, indicamos a indução do tema da violência nos processos de Educação Permanente e nos processos de formação profissional em saúde.

5.3 Caracterização das violências nos territórios da ESF: perspectivas dos gerentes

A intencionalidade desta seção é reconhecer os tipos de violência (financeira/econômica, física, negligência/abandono, psicológica/moral e sexual) que ocorrem e em que local (sede ou distrito) do município elas se apresentam mais frequentemente. Ou seja, elencamos correlação entre localização e caracterização das violências, sob o olhar dos gerentes, conforme expresso na Tabela 11.

Tabela 11 - Correlação dos tipos de violência com a localização do Centro de Saúde da Família

Tipos de Violência	Frequência	Porcentual	Percentual cumulativo		Limite de confiança (95%)
	a	l			
Financeira/Econômica					
Sede	0	0,00%	0,00%	0,00%	97,5%
Distrito	1	100%	100%	2,5%	100%
Física					

Tipos de Violência		Frequência	Porcentual	Percentual cumulativo		Limite de confiança (95%)
Negligência/Abandono	Sede	8	66,6%	66,6%	34,8%	90%
	Distrito	4	33,3%	100%	9,9%	65,1%
Psicológica/Moral	Sede	8	66,6%	66,6%	34,8%	90%
	Distrito	4	33,3%	100%	9,9%	65,1%
Sexual	Sede	6	66,6%	66,6%	29,9%	92,5%
	Distrito	3	33,3%	100%	7,4%	70%
Total	Sede	0	0,00%	0,00%	0,00%	97,5%
	Distrito	1	100%	100%	2,5%	100%
Total		35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Pelo exposto, verificamos predomínio da ocorrência na sede (zona urbana) do município, com 62,8% (N=22), e as tipologias negligência/abandono e violência física apareceram como aquelas mais exercidas em ambos os cenários (sede ou distrito) e ambas com frequência de 34,2% (N=12), correspondendo, juntas, por 68,5% (N=24) das ocorrências.

O predomínio da presença da violência na sede pode estar relacionado a maior concentração populacional neste espaço. De todo modo, ao considerar a distribuição em ambos os espaços e as tipificações de violências, nos questionamos como este fenômeno que

já fora pouco frequente em cidades que não se constituem capitais ou metrópoles, tem se tornado realidade.

Esta discussão foi considerada no Mapa da Violência de 2014, ao informar que o fenômeno da interiorização da violência, iniciado no Brasil entre 2000 e 2011. Informa, ainda, que houve disseminação da redistribuição espacial, visualizando-se interiorização da zona urbana para a zona rural (IPEA, 2014).

Vale destacar, também, sobre as violências econômica/financeira e sexual que são sinalizadas enquanto local de ocorrência apenas na região do distrito. Inferimos sobre a violência do tipo sexual quanto à existência de possíveis fatores que contribuam para este número, como a não denúncia, e, de forma geral, o medo dos que sofrem esse tipo de violência e que optam, na maioria das vezes, pela não exposição, o que sugere também mais aprofundamentos das ações das ESF com articulação intersetorial, na intenção de identificar e cuidar dos sujeitos.

Em estimativa da OMS, no âmbito global, cerca 12 milhões de pessoas sofrem violência sexual a cada ano. Porém, essa estatística representa ser menor do que a realidade da dimensão, uma vez que muitos dos casos acontecem nos contextos intrafamiliares (incesto, estupro e, em especial, o sexo forçado por parceiros íntimos), não chegando ao conhecimento público (Shoel *et al.*, 2014).

Além das tipificações aqui apresentadas, outros tipos de violência se apresentaram enquanto realidade nos Centros de Saúde da Família, a partir do Discurso do Sujeito Coletivo 3, como podemos visualizar a seguir.

Nos diferentes territórios, acontece um tipo de violência diferente. A gente vê a violência contra a mulher, contra o idoso, contra crianças, violência urbana relacionada com envolvimento com tráfico e uso de drogas. Acontecem muitas situações, como profissionais assaltados na porta da unidade e diretora que liga para dizer que o aluno que faz parte do nosso território está com problema psicológico porque viu o pai ser morto na calçada de casa e precisa de um acompanhamento psicológico. Existem os conflitos territoriais, assim como as facções, que deixaram de ser gangue já um tempo em Sobral e virou facção mesmo. Tem território onde a facção deixa claro que ela está presente, então, ela picha muros, ela picha o portão do posto. Às vezes, tem tiroteio e já teve da gente atender também pessoa baleada. (DSC 3).

Essa diversidade amplifica a complexidade do fenômeno e reafirma a necessidade de ações coordenadas, intersetoriais para enfrentamento. O DSC 3 sinaliza pista de movimentos que corroboram com esta busca, ao anunciar que a diretora da escola se

comunica com o gerente diante de algum caso específico. Dahlberg e Krug (2007) apontam a intersectorialidade como algo necessário e estratégico, quando se pensa em ação no contexto da temática da violência, no sentido de que a consolidação de parcerias com diversos setores sociais contribui para que juntos possam adotar recursos e ações, sobretudo, para prevenção.

Nesse sentido, também, essa diversidade da violência implica que o papel dos serviços de saúde e dos respectivos atores, principalmente os gerentes, como é o caso deste estudo, busquem conceber a violência em amplo sentido, incorporando ao entendimento múltiplos fatores, como crenças, comportamentos/attitudes, práticas etc., o que dialoga com conceito proposto e orientador das políticas no contexto global proposto pela OMS e orientador deste estudo.

Ao partir da inferência de que a forma como o profissional se insere, concebe e percebe a violência tem relação importante com a forma com que ele atua, buscamos, também, compreender a percepção dos gerentes acerca da violência no último ano, na cidade de Sobral, se houve variação (aumentou ou diminuiu) ou constância (permaneceu a mesma).

Na Tabela 12, verificamos aproximação entre a percepção de que aumentou (N=14; 40,00%) ou permaneceu a mesma (N=15; 42,86%), nos últimos 12 meses. E que, apenas, 17,14% (N=6) destes entendiam que, no município de Sobral, a violência diminuiu.

Tabela 12 - Percepção da violência nos últimos 12 meses, segundo os gerentes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2019

Percepção da violência nos últimos 12 meses	da	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	de
Aumentou		14	40%	40%	23,8%	57,8%
Diminuiu		6	17,1%	57,1%	6,5%	33,6%
Permaneceu a mesma	a	15	42,8%	100%	26,3%	60,6%
TOTAL		35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Se tivermos homicídio como referência, a percepção dos gerentes não correspondeu com a realidade. Segundo dados da segurança pública, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes em Sobral caiu em torno de 45%, considerando o período de junho de 2018 a junho de 2019, período correspondente à coleta de dados e ao desenvolvimento da

pesquisa. Essa redução visualizada nos indicadores da segurança não provocou influência ou não foi percebida pelos gerentes no município (SSPDS, 2019).

Entretanto, quando falamos de violência, não estamos nos referindo exclusivamente a homicídio, como também, quando falamos de “percepção”, estamos considerando que há subjetividade e que esta é influenciada por muito elementos, dentre eles, a mídia.

Outro ponto abordado foi sobre a percepção dos gerentes sobre a violência, especificamente em relação aos próprios territórios de atuação. Pelos dados obtidos, constatamos situação semelhante ao panorama geral da percepção desses no município, em que se identificou enquanto concepção prevalente que o fenômeno da violência permaneceu a mesmo (N=14; 40%) ou aumentou (N=12; 34,2%), e com número menor referentes aqueles que consideraram que ela diminuiu (N=9; 25,7%), no território de atuação. A Tabela 13 expressa esses números.

Tabela 13 - Percepção da violência nos territórios de atuação dos gerentes, nos últimos 12 meses

Percepção da violência nos últimos 12 meses	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	de
Aumentou	12	34,2%	34,2%	19,1%	52,2%
Diminuiu	9	25,7%	60%	12,4%	43,2%
Permaneceu a mesma	14	40%	100%	23,8%	57,8%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Os gerentes foram indagados ainda quanto às possíveis situações relacionadas à violência (ameaça de morte/marcado, impedimento do acesso ao CSF por conflito territorial, vítima de tentativa de suicídio e procura de apoio no CSF) que possam ter sido vivenciadas nos territórios dos CSF, como consta na Tabela 14, apresentada a seguir.

Tabela 14 - Perspectiva dos gerentes sobre as situações vivenciadas por usuários dos CSF

Ameaça de morte/marcado	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	de
Sim	9	25,7%	25,7%	12,4%	43,2%

Não	26	74,2%	100%	56,7%	87,5%
TOTAL	35	100%	100%		
<hr/>					
Impedimento de acesso ao CSF por conflito territorial	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
<hr/>					
Sim	10	28,5%	28,5%	14,6%	46,3%
Não	25	71,4%	100%	53,7%	85,3%
TOTAL	35	100%	100%		
<hr/>					
Vítima de tentativa de homicídio	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
<hr/>					
Sim	10	28,5%	28,5%	14,6%	46,3%
Não	25	71,4%	100%	53,7%	85,3%
TOTAL	35	100%	100%		
<hr/>					
Procura apoio no CSF*	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
<hr/>					
Não	35	100%	100%	50%	99,9%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

*Procura apoio no CSF por necessidade gerada por alguma situação de violência, cujo problema não é solucionável, no âmbito do setor saúde.

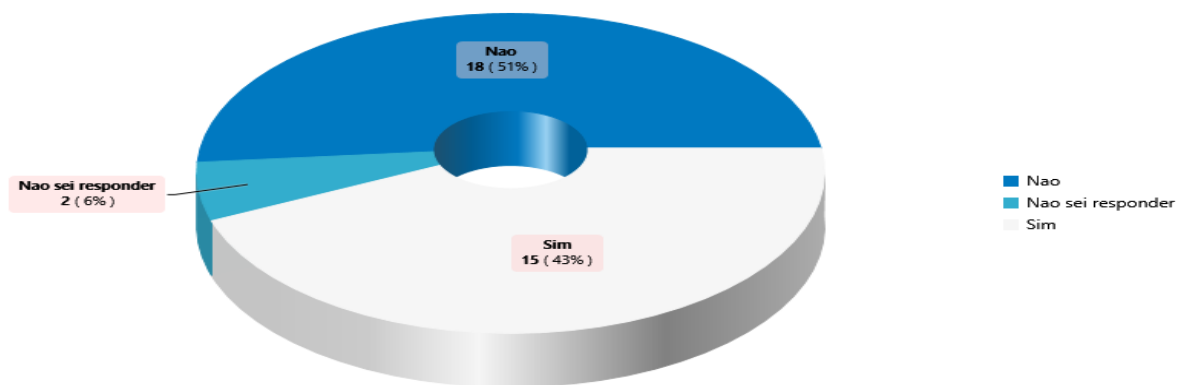
Observamos que 25,7% (N=9) dos gerentes afirmaram que tinham conhecimento de que algum usuário dos CSF que eles atuavam foram ameaçados de morte, assim como 28,5% (N=10) informaram do conhecimento da existência de vítimas de tentativa de homicídio nos territórios de atuação. Esses números merecem atenção, pois, de certa forma, são informações que apontam para aproximação com o extremo desfecho da violência que é o homicídio.

Ademais, 28,5% (N=10) dos gerentes declararam sobre a existência de impedimento do acesso ao CSF, devido à permanência de conflitos territoriais. Depreendemos, a partir do exposto, que isto fere um dos princípios do SUS que é a universalidade do acesso, provocando interferência direta na garantia do direito à saúde, considerando ainda que, no município estudado, a cobertura da ESF era 100% e que esta como ordenadora do cuidado a saúde da população não deve ter acesso restrito (Sobral,

2017a; Brasil, 1988). Compreendemos, contudo, o desafio vivido pelos gerentes diante de novas lógicas construídas na sociedade e que não cabem em normalizações e intenções.

Sobre a existência de conflitos territoriais, percebemos quantitativo significativo do reconhecimento deste. Cerca de 43% (N=15) dos gerentes afirmaram ou reconhecerem, o que corrobora dado anteriormente destacado, assim como a voz do sujeito coletivo 3, apresentado anteriormente. Pouco mais de 50% afirmaram da inexistência de conflitos no território, como visto no Gráfico 8.

Gráfico 8 -Percepção dos gerentes sobre a existência de conflitos territoriais nos Centros de Saúde da Família que atuam. Sobral, Ceará. 2019



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Esse tipo de conflito territorial é tratado por Benício e Barros (2017) como violência urbana, cuja operacionalização implica no bem-estar social daquela comunidade, ou seja, é uma problemática governamental e civil. Ao ponderar que se trata de um problema ético-político no âmbito nacional e local e que ocorre nos territórios vivos, em que a ESF se faz presente, afeta-se diretamente e devem-se construir propostas de intervenção.

Nesse íterim, é importante que, além da intervenção governamental, no sentido de apoio aos gestores e profissionais na oferta de formação, por exemplo, os próprios gerentes dos CSF precisam perceber esses conflitos, para que busquem, de forma participativa, multiprofissional e intersetorial estratégias para prevenir, lidar e contê-los.

Além da violência urbana que ocorre nos territórios, intentamos conhecer se algumas violências ocorriam na própria estrutura dos Centros de Saúde da Família. Essa

informação, de certa forma, revela o quanto seguros ou inseguros os usuários e profissionais estão dentro do serviço, assim como o respeito que as pessoas envolvidas com crime têm em relação a esses equipamentos públicos e profissionais que neles atuam.

Em relação ao CSF em si, indagamos aos gerentes se era de conhecimento deles alguma situação de depredação e/ou invasão ao CSF, e também em relação a alguma situação se furto e/ou roubo.

Tabela 15 - Situações de violência ocorrida nas instalações dos Centro de Saúde da Família. Sobral, Ceará. 2019

Depredação	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	3	8,5%	8,5%	1,8%	23%
Não	32	91,4%	100%	76,9%	98,2%
TOTAL	35	100%	100%		

Invasão	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	2	5,7%	5,7%	0,7%	19,1%
Não	33	94,2%	100%	80,8%	99,3%
TOTAL	35	100%	100%		

Não Sabe	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	20	57,1%	57,1%	39,3%	73,6%
Não	15	42,8%	100%	26,3%	60,6%
TOTAL	35	100%	100%		

Roubo/Furto	Frequência	Porcentagem	Percentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	12	34,2%	34,2%	19,1%	52,2%
Não	23	65,7%	100%	47,7%	80,8%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Constamos que 8,5% (N=3) 10% dos gerentes referiram depredação e 5,71% (N=2) invasão no CSF, percentuais pequenos, mas que, de todo modo, são números que merecem atenção. Ressaltamos que o fato deste dado ter sido coletado através de um

questionário com questões fechadas, isto não nos possibilita entender de forma detalhada como ocorreu cada uma das situações.

Corroborando dados anteriores, outro discurso coletivo emitido pelos gerentes fortaleceram a existência de situações de violência dentro do espaço físico da unidade de saúde. De modo que reflete comprometimento da segurança dos profissionais, e a isto percebemos duplo efeito, tanto o risco em si que eles correm, como também a qualidade da assistência à saúde que eles prestam.

Acontecem muitas situações, como profissionais assaltados na porta da unidade [...]. (DSC 4)

Ainda nessa perspectiva, abordamos a sensação de segurança dos gerentes em três contextos: no percurso casa-trabalho-casa, nas instalações dos CSF e no território. A Tabela 16 mostra o que os gerentes assinalaram.

Tabela 16 - Relação entre a sensação de segurança e o espaço de trabalho. Sobral. Ceará, 2019

Sensação de Segurança	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Percurso casa-trabalho-casa					
Inseguro	5	14,2%	17,1%	4,8%	30,2%
Mais ou menos seguro	14	40%	57,1%	23,8%	57,8%
Seguro	15	42,8%	100%	26,3%	60,6%
Bastante seguro	1	2,8%	2,8%	0,07%	14,9%
Total	35	100%	100%		
Nas instalações do CSF					
Inseguro	2	5,8%	11,7%	0,7%	19,6%
Mais ou menos seguro	21	61,7%	73,5%	43,5%	77,8%
Seguro	9	26,4%	100%	12,8%	44,3%
Bastante seguro	2	5,8%	5,8%	0,7%	19,6%
Total	34*	100%	100%		
No território					
Inseguro	10	29,4%	29,4%	15,1%	47,4%

Mais ou menos seguro	12	35,2%	64,7%	19,7%	53,5%
Seguro	12	35,2%	100%	19,7%	53,5%
Bastante seguro	-	-	-	-	-
TOTAL	34*	100%	100%		

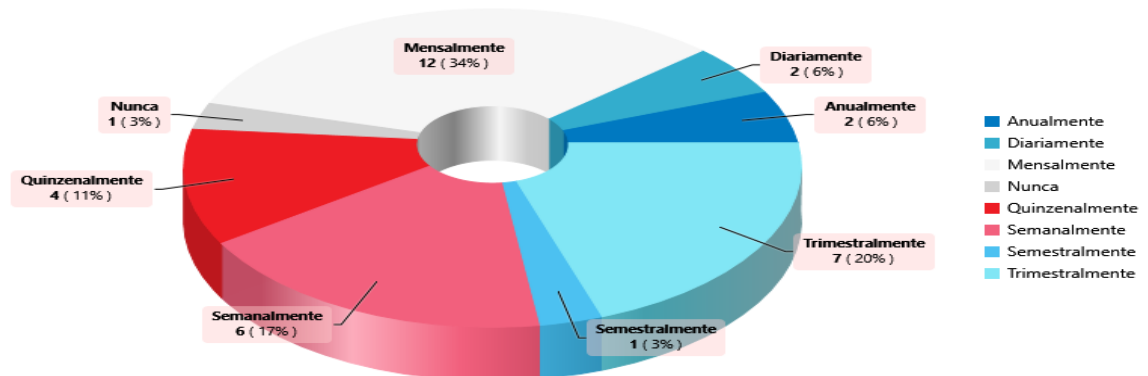
Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

*Nos espaços de instalações do trabalho e território um dos entrevistados não respondeu.

Houve impossibilidade de comparação exata entre os três itens, haja vista um dos participantes da pesquisa ter respondido apenas ao primeiro item. Mas, de todo modo, observamos que o percurso casa-trabalho-casa se configurou como aquele em que os gerentes se sentiam mais seguros e, no território, era onde eles se sentiam mais inseguros.

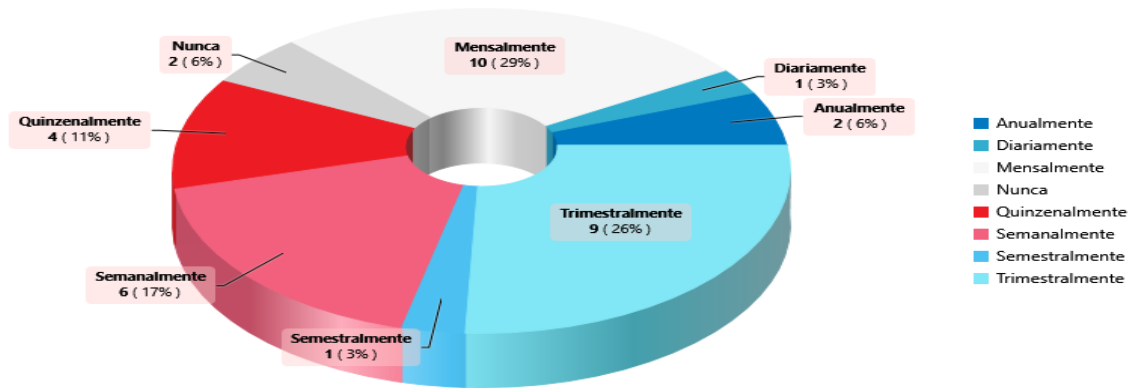
Além das situações vivenciais destacadas, cabe aqui expressar sobre a frequência de atendimento, seja a pessoas vítimas de algum tipo de violência ou a familiares destas vítimas, como disposto nos Gráficos 9 e 10.

Gráfico 9 - Frequência da realização de atendimento às pessoas vítimas de violência nos Centros de Saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Gráfico 10 - Frequência da realização de atendimento às famílias vítimas de violência nos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará. 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os Gráficos 8 e 9 apresentam dados semelhantes que, de modo geral, revelam relativa permanência de ocorrências. O exposto realça o que foi abordado até aqui e reafirma a necessidade de ênfase maior na atuação dos profissionais da ESF para o desenvolvimento de ações para o atendimento das vítimas e dos familiares das vítimas de violência, perpassando por diversas estratégias de gestão e atenção, incluindo estudos, pesquisas, planejamento, avaliação, parcerias, dentre outras.

5.4 Processo de trabalho na ESF em face do fenômeno da violência

Considerando que para efetivação da ESF como preconizada e, ainda, o objeto de estudo, entendemos como importante articulações intra e intersetoriais, na condução dos processos de trabalho.

Ao serem consultados, quanto às parcerias internas ao setor saúde, no que concerne ao manejo da violência, os gerentes dos Centros de Saúde da Família reconheceram os Centros de Atenção Psicossociais Geral e Álcool e outras Drogas como aqueles que rotineiramente são mais acionados pela Estratégia Saúde da Família, sejam para ações de cuidado a vítimas e famílias, sejam no desenvolvimento de atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde, conforme Tabela 17.

Tabela 17- Parceiros intrasetoriais acionados pela Estratégia Saúde da Família, no desenvolvimento de ações relacionadas ao fenômeno da violência. Sobral. Ceará, 2019

CAPS-AD	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	16	45,7%	45,7%	28,8%	63,3%
Não	19	54,2%	100%	36,6%	71,1%
TOTAL	35	100%	100%		

CAPS Geral	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	29	82,8%	82,8%	66,3%	93,4%
Não	6	17,1%	100%	6,5%	33,6%
TOTAL	35	100%	100%		

Centro de Reabilitação	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	3	8,5%	8,5%	1,8%	23,06%
Não	32	91,4%	100%	76,9%	98,2%
TOTAL	35	100%	100%		

CRIS	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	13	37,1%	37,1%	21,4%	55,08%
Não	22	62,8%	100%	44,9%	78,5%
TOTAL	35	100%	100%		

Instituto Praxis	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	6	17,1%	17,1%	6,5%	33,6%
Não	29	82,8%	100%	66,3%	93,4%
TOTAL	35	100%	100%		

HRN	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
Sim	5	14,2%	14,2%	4,8%	30,2%
Não	30	85,7%	100%	69,7%	95,1%
TOTAL	35	100%	100%		

Santa Casa de Misericórdia	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	

Sim	4	11,4%	11,4%	3,2%	26,7%
Não	31	88,5%	100%	73,2%	96,8%
TOTAL	35	100%	100%		
Outros Serviços*	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
"NASF"	1	50%	50%	1,2%	98,7%
Unidade Mista	1	50%	100%	1,2%	98,7%
TOTAL	2	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Dos 35 gerentes, 82,8% (N=29) descreveram, no campo da saúde, o CAPS Geral como aquele mais frequentemente acionado para o desenvolvimento das ações, seguido do CAPS AD, com 45,7% (N=16), e o Centro de Referência de Infectologia e Sorologia (CRIS), com 37,1% (N=13). Mesmo reconhecendo que a violência pode ser produzida ou produtora de situações que afetam a saúde mental das vítimas e dos familiares, entendemos que não devam ser as articulações mais frequentemente acionadas, visto que este resultado pode ser revelador de um olhar as violências muito focadas no desfecho do adoecimento e não na prevenção deste ou promoção da saúde.

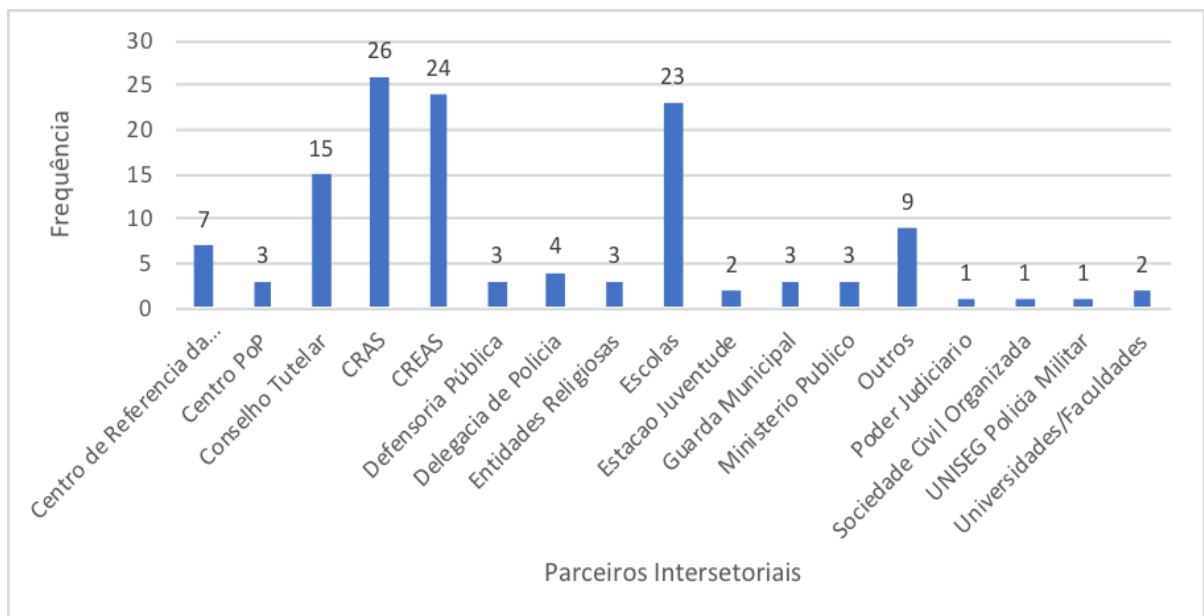
Cabe sinalizar também que, no contexto da ESF, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) foi sinalizado apenas por um gerente, enquanto parceria no desenvolvimento de qualquer ação relacionada à violência. Ao reconhecer que o NASF-AB tem a missão de, no processo de trabalho, orientar-se pelas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica de apoio matricial, com vistas à ampliação da capacidade de resolutividade clínica das equipes (Brasil, 2009), compreendemos que a atuação deste frente ao fenômeno da violência é insipiente, mesmo se configurando dispositivo estratégico de apoio a ESF e, conseqüentemente, de melhoria da qualidade da AB, ao ampliar o escopo de ações, considerando a agregação da natureza multidisciplinar. Situação que pode ser indutora da colaboração interprofissional, por meio do compartilhamento de saberes. E, a partir desta, a ampliação da capacidade de resolutividade clínica das equipes (Brasil, 2014).

As instituições hospitalares, sejam elas públicas ou privadas, representaram pouca frequência no que se refere a essa articulação.

Ao tempo em que entendemos que movimentos intrasetoriais podem ser mais ativados, identificamos variedade de conexões, perpassando os campos da educação, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da religião. Resultado entendido como relevante e potente quando se considera a multideterminação do problema. Verificamos que os Centros de Referências de Assistência Social (CRAS) foram reconhecidos pelos gerentes, como relevantes parceiros, alcançando o maior percentual de encaminhamento, respondendo por 74,2% (N=26), seguido das escolas (N=23; 65,7%) como espaço de colaboração para o desenvolvimento de ações relacionadas ao fenômeno da violência.

Os serviços que responderam pela segurança pública, apresentaram-se com pouca frequência no desenvolvimento de ações intersetoriais, conforme Gráfico 11.

Gráfico 11 - Parceiros intersetoriais acionados pela Estratégia Saúde da Família, no desenvolvimento de ações relacionadas ao fenômeno da violência. Sobral. Ceará, 2019



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Em relação à perspectiva intersectorial, no Brasil, esta veio a se consolidar de forma normativa e oficialmente como “ferramenta” de apoio na promoção de saúde, a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006a).

Em termos gerais, entende-se por intersectorialidade a participação ativa de atores sociais/setores em apoio no combate a problemas reais, através de práticas contextualizadas. De acordo com Tãno e Matskura (2019), essa articulação é produzida por meio do diálogo, em que é colocado em pauta os problemas a serem resolvidos, bem como os interesses

distintos de cada parte, gerando condição de elaborar alternativas para buscar soluções aos desafios do cotidiano.

Compreendemos aqui que a intersetorialidade implica reciprocidades dos atores que atuam no contexto da saúde coletiva, o que sugere a ideia de compartilhamentos de significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e ações, requisitos necessários à abordagem do fenômeno da violência. Os diversos movimentos que são demandados para que esta abordagem seja efetiva, extrapolam o poder de resolutividade de um único setor, requerendo conjunto articulado de ações intersetoriais (Dias *et al.*, 2014; Menezes *et al.*, 2014).

Na saúde, este esforço significa reconhecer a complexidade da realidade sanitária e que ações isoladas e descontextualizadas não conseguirão produzir os resultados desejados do ponto de vista de transformação das condições de saúde da população (Dias *et al.*, 2014).

A intersetorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, ao sinalizar como atribuições de todos os profissionais que integram as equipes da ESF, o desenvolvimento de ações intersetoriais, por meio de parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins, orientados para promoção de saúde (Moretti *et al.*, 2010).

Concernente ao sentido de corresponsabilização nas articulações intersetoriais, identificamos um movimento em fluxo inverso, qual seja, serviços que buscam apoio na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de promover ações para prevenção da violência, como podemos visualizar na Tabela 18.

Tabela 18 - Frequências da busca dos CSF por outros equipamentos para desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção da violência. Sobral. Ceará. Brasil, 2019

Frequência da procura do CSF	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
	a	l	o		
Anualmente	9	25,7%	25,7%	12,4%	43,2%
Diariamente	1	2,8%	28,5%	0,07%	14,9%
Mensalmente	6	17,1%	45,7%	6,5%	33,6%
Nunca	2	5,7%	51,4%	0,7%	19,1%
Quinzenalmente	2	5,7%	57,1%	0,7%	19,1%
Semanalmente	3	8,5%	65,7%	1,8%	23,06%

Frequência da procura do CSF	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	
	a	l	o		
Semestralmente	9	25,7%	91,4%	12,4%	43,2%
Trimestralmente	3	8,5%	100%	1,8%	23,06%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Verificamos que, geralmente, a parceria solicitada a ESF tem como fim principal a realização de ações de prevenção da violência, em uma ocorrência semestral (N=9; 25,71%) ou anual (N=9; 25,71%). Ao avaliar o já disposto acerca da visibilidade do fenômeno da violência, compreendemos que estas ações devem ser intensificadas, para que esteja presente de modo permanente na agenda pública.

Outro ponto de discussão que se apresenta aqui encontra-se destacado no Discurso do Sujeito Coletivo proferido pelos gerentes, quanto às diversas repercussões que o fenômeno da violência provoca na condução dos serviços de saúde.

A violência atrapalha o processo de trabalho de equipe. Quando existe limitação do usuário de transitar dentro do território, compromete o acesso à consulta e exames. Às vezes, o usuário pede para transferir de CSF, ele é acolhido, mas isso vai demandar mais energia dos profissionais e insumos do outro CSF. Quando está tendo conflito no território, ninguém sai da unidade, desmarcamos as visitas domiciliares de ACS, enfermeira e médico, desmarco tudo, a gente já teve também que cancelar eventos. Algumas estratégias que a gente quer desenvolver em locais mais vulneráveis, a gente não consegue porque deixaria os profissionais vulneráveis a essa violência também. (DSC 5)

Essas situações acabam, por sua vez, impossibilitando que a ESF desenvolva cuidado integral que assegure o direito ao atendimento dos usuários nas necessidades de saúde deles. Todo o trabalho previsto para a ESF apresenta vinculação direta com o conceito de intersetorialidade, entendida como a integração contínua desde o planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas entre as instituições e os serviços dos diferentes setores (Barra, 2013).

Mesmo com desafios apresentados, em virtude de vulnerabilidades presentes nos territórios de atuação, buscamos identificar caracterização da frequência das ações de prevenções à violência desenvolvidas nos CSF, bem como as principais atividades realizadas

para atenção a pessoas e famílias vítimas de violências na cidade de Sobral. Os resultados estão expressos na Tabela 19 e no Gráfico 12.

Tabela 19 - Frequências das ações de prevenção à violência desenvolvidas nos Centros de Saúde da Família de Sobral. Sobral. Ceará. Brasil, 2019

Frequência das ações	Frequência	Porcentual	Porcentual cumulativo	Limite de confiança (95%)	de
Diariamente	1	2,8%	25,7%	0,07%	14,9%
Semanalmente	2	5,7%	51,4%	0,7%	19,1%
Quinzenalmente	1	2,8%	45,7%	0,07%	14,9%
Mensalmente	6	17,1%	42,8%	6,5%	33,6%
Trimestralmente	6	17,1%	100%	6,5%	33,6%
Semestralmente	11	31,4%	82,8%	16,8%	49,2%
Anualmente	8	22,8%	22,8%	10,4%	40,1%
TOTAL	35	100%	100%		

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Houve grande variação quanto à frequência de realizações das ações desenvolvidas na ESF, com foco na prevenção à violência, variando, em maioria, de uma frequência semestral (N=11; 31,43%), seguida de ocorrência mensal (N=6; 17,14%) e trimestral (N=6; 17,14%), dados que reforçam a necessidade de maior sistemática de ações relativas à violência.

Dentre as ações desenvolvidas, estão: visita domiciliar, notificação, matriciamento, grupos, estudo de caso com serviços da rede ou a equipe da Saúde da Família, encaminhamento para rede intrasetorial ou intersetorial, busca ativa e atendimento individualizado à pessoa vítima ou a família, conforme Gráfico 9.

Gráfico 12 - Caracterização da frequência das atividades realizadas no CSF para atenção a pessoas/famílias vítimas de violência, em Sobral.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

As atividades eram dirigidas, predominantemente, às singularidades dos casos, fossem por atendimento individualizado (N=35; 100%) ou visita domiciliar (N=32; 91,43%). Este dado revela o zelo dos profissionais na condução ética dos casos, garantindo às vítimas e aos familiares o cuidado e o sigilo necessários. Outrossim, foi possível identificar ações de cunho coletivo, formativo e de gestão do cuidado. Apesar da necessidade expressa de mais qualificação, para que os mesmos possam se sentir mais seguros na condução dos casos, além da necessidade de provimento de maior segurança aos serviços, como pode ser visto pelo discurso a seguir.

Eu acho que o desafio é fazer esse tema ser agenda, fazer parte da rotina do CSF. Isso inclui Educação Permanente, garantia do acesso e atendimento qualificado às vítimas e/ou familiares de vítimas de violência, desenvolvimento de ações de prevenção à violência e promoção da cultura de paz, notificação dos casos. Outro desafio importante a ser considerado é a vulnerabilidade das equipes. (DSC 6)

Algumas necessidades podem ser visualizadas no DSC dos gerentes, no intuito de qualificar melhor o processo de trabalho, considerando a violência como agenda de alto valor. Sobre este prisma, sugerimos alguns instrumentos e dispositivos, a exemplo de: fluxo orientador para o manejo do cuidado voltado às vítimas e famílias que sofreram algum tipo de violência, materiais orientadores como protocolos e guias para além do disponibilizado pelo Ministério da Saúde, construídos considerando a realidade local e as potencialidades, de modo a tornar mais viva a atuação intrasetorial e intersectorial.

Possivelmente, cada um de nós aqui, dentro das nossas equipes, chegando um caso de violência, a gente vai tentar resolver da melhor forma, mas, talvez, cada um percorrendo um caminho diferente, de forma instintiva. Vai depender também da experiência que o profissional tem dentro do

município, da experiência que ele tem dentro da rede. Para quem está na sede, é mais fácil. Mas, de todo modo, não existe um fluxo definido, as demandas que produzem os fluxos, e ele vai se desenhando no decorrer que você vai tentando resolver a situação. É preciso um alinhamento, uma padronização. O fluxo ainda precisa ser normatizado, com protocolos definidos, deve ser intersetorial, e que não seja engessado, qualquer profissional dentro da equipe de saúde, do vigia, dos serviços gerais, do ACS, do médico, do enfermeiro que ele conheça esse fluxo e eles possam acessar, disparar sem ter uma burocratização. (DSC7)

Ademais, acrescentamos o visível reconhecimento pelos gerentes da potencialidade da Estratégia Saúde Família, enquanto ordenadora do cuidado, e o papel importante que ela tem no enfrentamento da violência, como visto no DSC 8:

Ninguém mais poderia realizar esse trabalho com tanta propriedade como a própria Estratégia. Com todas as suas políticas, com toda a sua forma de trabalho, com a Clínica Ampliada, com as equipes das residências multiprofissionais de Saúde da Família e Saúde Mental e do NASF, e também com o Agente Comunitário de Saúde, um ator que faz link diretamente entre equipe e comunidade. A gente, como Estratégia, está dentro do território, muitas vezes, é a primeira porta aberta, essa aproximação e vinculação é uma potencialidade importante, assim como a qualidade da estrutura física das unidades de Saúde da Família. (DSC8)

Desde o Pacto pela Saúde, em 2006, atenção integral e prevenção às violências eram consideradas como uma das ações estratégicas da ESF, especialmente dirigida ao público adolescente (Viera Netto; Deslandes, 2016).

O estudo do Mapa das Violências, os indicadores epidemiológicos, os registros de diversos setores públicos que lidam com o fenômeno da violência e os resultados do caso estudado, atestam a necessidade de incorporação da violência (determinantes, cuidado e desfechos) na agenda da ESF, de modo transversal, de modo a garantir sistemática e acurácia na abordagem deste fenômeno e os modos como se apresenta, fazendo jus ao que é intrínseco a ESF, o vínculo com a comunidade. Assim, esta comunidade precisa se sentir acolhida e segura diante de uma situação que gera tantas fragilidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Violência, termo de definição polissêmica que retrata um curso histórico, de determinação multidimensional, apresenta-se como fenômeno complexo e que requer abordagem interdisciplinar e interprofissional. O enfrentamento desta perpassa ações e implementação de políticas públicas intersetoriais. O campo da saúde tem sido diretamente afetado pelas consequências da violência e tem produzido saberes e práticas isoladamente ou em parcerias com outros campos.

Ao considerar o exposto, declaramos o quão rico e desafiador foi desenvolver um processo investigativo que teve como objeto algo que transversaliza o objeto de trabalho. É reconhecido que alguns avanços no estudo e aprofundamento na temática já foram percebidos, como a instituição de algumas políticas e incorporação da temática da violência nas agendas dos setores implicados. Entretanto, ainda se tem um longo caminho a percorrer, de modo que os avanços alcançados e as novas descobertas possam refletir mais efetivamente no enfrentamento e na redução dos diversos tipos de violência.

As explorações realizadas nesta pesquisa que partiram da intencionalidade de contribuir com as discussões sobre a violência, sob a perspectiva de um grupo de profissionais gerentes que atuam em uma estratégia específica da saúde, a ESF, ordenadora do cuidado, evidenciaram que o itinerário formativo desses trabalhadores, graduados em totalidade na área da saúde, persistiu na caminhada acadêmico-profissional, fosse na educação continuada, através de especializações ou mestrados, fosse em processo de desenvolvimento profissional, por meio da educação permanente. Entretanto, estes processos instituídos são insuficientes, para que os gerentes se sentissem capacitados, ao desenvolver um cuidado efetivo às pessoas vitimadas, aos familiares, bem como acerca de ações que corroborem para produzir uma outra cultura de convivência, corroborando para minimizar a expressão deste fenômeno.

Há de se considerar que Sobral, município lócus deste estudo, dispõe de política consolidada e estrutura técnico-operacional de educação na saúde que pode avançar como indutora de ações educacionais focadas na temática da violência, nas várias dimensões, assim como colaborar para que os profissionais se desenvolvam, no sentido de demonstrarem mais proatividade na superação das próprias limitações.

De tipificações diversas, visualizamos predomínio das violências do tipo negligência/abandono e violência física, estando estas mais direcionadas à mulher, ao idoso e à criança. Outras possíveis situações, também, chegam ao conhecimento de toda a equipe de

saúde, como ameaças de mortes e tentativas de homicídio. Também, foi possível vislumbrar padrões no sentimento de segurança/insegurança nos diversos ambientes de trabalho da ESF, podendo repercutir diretamente na expansão e efetividade das atividades gerais, assim como aquelas específicas voltadas para temática.

O setor saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família, como uma das instâncias da rede de enfrentamento da violência, tem papel fundamental desde a identificação até o encaminhamento resolutivo dos casos. Esta pesquisa mostrou como a ESF era acionada pelas vítimas e/ou familiares, e por outros setores da saúde (intra-setorialidade) ou dos demais setores (inter-setorialidade). Entretanto, estes movimentos intra e inter-setoriais ainda são desafiantes e devem ser potencializados, haja vista que o fenômeno da violência não pode ser percebido e enfrentado apenas como “objeto” da saúde.

Nesse sentido, por se tratar de fenômeno complexo que extrapola as diversas instâncias, é importante a constituição de redes inter-setoriais e interdisciplinares, na perspectiva da integralidade, que se articulem, em um processo contínuo para identificação de um conjunto de estratégias que possam contribuir para o enfrentamento da violência.

Vale salientar que os resultados deste estudo têm significativas implicações para o engajamento dos profissionais da Estratégia Saúde Família, assim como daqueles que integram direta ou indiretamente com o tema, pela expressão de valor social que ele representa. O sentido de implicação de todos com o tema permitirá movimentos nos micros e macroprocessos e espaços, e também, que serão indutores de políticas e/ou estratégias mais resolutivas.

Outrossim, ao tempo em que se percebe que os resultados apresentados podem subsidiar intervenções, elencamos limitações deste estudo que precisam ser consideradas, a exemplo de: 1) o questionário aplicado em reunião coletiva, nos privou de visitar os Centros de Saúde da Família, experienciar os territórios e sentir de forma mais viva o fenômeno estudado; e 2) adesão parcial dos gerentes aos grupos focais, embora justificadas por agendas profissionais e pessoais.

De todo modo, tivemos a expectativa de que os dados deste estudo contribuam, enquanto conhecimento produzido, para construção e fortalecimento das discussões sobre a violência e os fatores associados. Ressaltamos, entretanto, a importância de novos estudos que possam trazer aspectos sobre o monitoramento e a ocorrência do fenômeno, sob a perspectiva dos demais profissionais e que possam envolver aqueles que integram demais setores, como educação, segurança, assistência social, dentre outros. Pesquisas que possam conhecer com

mais profundidade as ações desenvolvidas na ESF de Sobral, orientadas para prevenção às violências e atenção às vítimas e/ou aos familiares, assim como aquelas que possam objetivar a identificação e construção de fluxos de atenção às vítimas de violências, são necessárias.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, 2004.
- ALENCAR JÚNIOR, J. S.; MORAES, M. K. L. Violência comunitária e saúde: o papel da Estratégia Saúde da Família. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017186, 2018.
- ANDRADE, C. G. et al. Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, 2015.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.
- BARRETO, I. C. H. C. et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 114-129, 2018.
- BARROS, M. E. B.; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. *In*: BARROS, M. E. B.; SANTOS, S. B. (org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Porto Alegre: Unijuí, 2007. p. 61-72.
- BATISTA, W. M.; MASTRODI, J. Dos fundamentos extraeconômicos do racismo no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 2332-2359, 2018.
- BENÍCIO, L. F. S.; BARROS, J. P. P. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.16, suplemento n.1, p.102-112, 2017.
- BOAS, C. C. V.; CUNHA, C. F.; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998**. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 14 nov. 2019.
- BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Conselho Nacional de Educação; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**. Lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001**. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional e Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de reforço à reorganização do sistema único de saúde**: Relatório de auditoria de desempenho. Brasília: Tribunal de Contas, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica n. 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei**: normas e reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a, p. 132.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de violências e Acidentes**: Portaria MS/GM nº 1.356 de 23/6/06, publicada no DOU nº 120, de 26/06/2006, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Projeto Juventude e Prevenção da Violência. **Diretrizes para Projetos de Prevenção à Violência entre Jovens**, Brasília, 2010b.

BRASIL. **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2005b.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016b. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940**. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3688, de 3 de outubro de 1941**. Dispõe sobre a Lei das Contravenções Penais. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/>. Acesso em: 14 nov. 2019.

CARVALHO, B.G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-62, 2014.

CEARÁ. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. **Homicídios no Ceará**. Fortaleza. 2019 Disponível em: <https://www.sspds.ce.gov.br/>. Acesso em: 14 de nov. 2019.

CHAUÍ, M. M. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. *In*: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V.; HEILBORN, M.L. (org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher 4**, São Paulo, Zahar Editores, 1985.

CHAVES, E. S.; RISTUM, M.; NORONHA, C. V. **Estratégias para o controle e a prevenção da violência**: uma experiência em saúde que integraliza ações, a partir da atuação de diversos segmentos. Texto apresentado em Seção Coordenada do III Congresso Nacional da Rede UNIDA. Salvador, BA, 1998.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação da PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.39-50.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Tradução de Magda Lopes. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS, 2002.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p. 1163-1178, 2007.

DIAS, M. S. A. et al. A tutoria como dispositivo de apoio a um sistema municipal de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 683-693, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0683.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p.4371-4382, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

FERNANDES, C. B. et al. Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 1–10, 2014.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 1, p. 194-202, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23311p194-202-2018>. Acesso em: 14 nov. 2019.

FIÚZA, T. M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 139–146, 2012.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2018. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 12, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **O cenário da violência e da criminalidade no Brasil e no Ceará: análise comparativa**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Governo do Estado do Ceará, 2017.

GALTUNG, J. **A Theory of Conflict: Overcoming Direct Violence**. Oslo: Transcend University Press, 2010.

GALTUNG, J. **Transcender e transformar: Uma introdução ao trabalho de conflitos**. São Paulo, Palas Athena, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Gen, 2017.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOMES, M. L.; AQUINO, J. A. Violência e satisfação com a democracia no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 24, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-01912018241209>. Acesso em: 15 nov. 2018.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 76-84, 2014.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 856-862, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades, Sobral**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IPEA. **Atlas da Violência**, Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**; 2019.

IPEA; PNUD; FJP. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**: 2019.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502–507, 2014.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Ciência, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517–524, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193–1204, 2009.

LOUREIRO, A. M. A. Violência: Paradoxos, Perplexidades e Reflexos no cotidiano escolar. **Interface**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 51-60, 1999.

MADRUGA, L. M. S. et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 805-881, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500805&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2019.

MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

MESQUITA, D. T. et al. **Satisfação profissional do gerente na estratégia saúde da família**. Anais do 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013.

MICHAUD, Y. **A violência**. Tradução de L. Garcia. São Paulo, Ática, 1989.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2010.

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

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

MISSE, M. **Violência e teoria social**. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2016.

MOLINOS, B. G. et al. Violência com profissionais da atenção básica: estudo no interior da Amazônia brasileira. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 2, p.239-247, 2012.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1827-1834, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; Núcleo de Estudos da Violência, USP, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: [script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf). Acesso em: 14 nov. 2019.

OPEN SOCIETY FOUNDATION. **Protocolo de Bogotá sobre calidad de los datos de homicidio en América Latina y el Caribe**. Bogotá: 2015. Disponível em: <http://conferenciahomicidiosbogota2015.org/>. Acesso em: 14 nov. 2019.

PEDRO, V. R. **Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada?** 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

PENNA, C. M. M. et al. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 455-463, 2004. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/705>. Acesso em: 14 nov. 2019.

PERES, M. F. T. et al. Vitimização fatal de crianças no espaço público em decorrência da violência interpessoal comunitária: um diagnóstico da magnitude e contextos da vulnerabilidade na América Latina. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 12-48, 2015.

POLARO, S. H I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, Â. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 212-219, 2013.

QUINHÕES, T. A. T.; SANTOS, G. F. Transformações no processo de gestão da saúde no Brasil. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**, 8., 2003, Panamá. Anais... Panamá:CLAD, 2003.

RAUPP, B. **Estudo da Cultura Organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SANTOS, C. A. **Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: a experiência do Estado do Amapá**. 2004. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SHOHEL, M. et al. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. **BMC Women's Health**, [S. l.], v. 4, p. 14-54, 2014.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. **Lei Nº 1.685, de 8 de novembro de 2017, que institui o Sistema Saúde Escola**. Sobral, 2017a. Disponível em: <http://transparencia.sobral.ce.gov.br/arquivo/nome:68a99ba38961314a3ae3a2d99b4dd6f9.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOBRAL. Secretaria da Saúde de Sobral. Edital SMS Nº 01/2018. **Processo seletivo simplificado para gerência dos centros de saúde da família e outras gerências de serviços da atenção primária** (academias da saúde, programa melhor em casa, programa saúde na escola, estratégia trevo de quatro folhas e núcleo de apoio à saúde da família) do município de sobral. Publicado no DOM nº 231, de 24/01/2018. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/diario/public/files/diario/DOM231.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Educação Permanente**. Mimeo. Sobral: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2019a.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Regimento da Comissão Científica da Secretaria da Saúde**. Mimeo. Sobral: EFSFVS, 2015.

SOBRAL. **Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde**. Plano Municipal de Saúde. Mimeo. Sobral, Ceará, 2001.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal da Saúde 2018-2021**. Mimeo. Sobral: EFSFVS, 2017b.

SOBRAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Recursos Humanos**. 2019b.

SSPDS. Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará. Estatísticas 2019. Fortaleza: SSPDS, 2019.

TÃNO, B. L.; MATSKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências do CAPSii da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.

TORRES, A. A. **Gestão compartilhada em saúde**: o estudo de caso de uma unidade de Atenção Primária à saúde em Porto Alegre, RS. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2011.

VIERA NETTO, M. F.; DESLANDES, S. F. As estratégias da saúde da família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1583-1595, 2016.

WASELFISF, J. J. **Mapa da violência 2016**: homicídios por armas de fogo. Brasília: MDHC (Biblioteca Digital MDHC), 2016.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 2, p. 141-154, 2003.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/12.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2019.

APÊNDICE A - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE**. O objetivo desta pesquisa é descrever o fenômeno da violência município de Sobral – CE sob as lentes dos gerentes dos Centros de Saúde da Família. A sua participação será por meio de do preenchimento de um questionário que posteriormente será analisado pelos pesquisadores, quando ocorrerá a sistematização dos seus conteúdos.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Federal do Ceará, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para pesquisadora Andrezza Aguiar Coelho, telefone: (85) 96065217, ou para o orientadora Maria Socorro de Araújo Dias, telefone: (88) 996380484. Este documento foi elaborado em duas vias uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

Eu, _____, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa, na qualidade de participante/entrevistado(a) na pesquisa.

Participante

Pesquisadora Andrezza Aguiar Coelho

Orientadora Maria Socorro de Araújo Dias

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pesquisa: O Fenômeno da Violência no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral – CE

Mestranda: Andrezza Aguiar Coelho

Orientadora: Maria Socorro de Araújo Dias

<p>Questionário para gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral - CE</p>

1. Nome do Centro de Saúde da Família: _____

2. Bairro ou Distrito: _____

3. Gerente: _____

4. Telefone: _____

5. E-mail: _____

6. Tempo que atua nesse CSF: _____

7. Categoria profissional: _____

8. Nível da formação:

- Especialista
 Especialista com caráter de residência
 Mestre
 Doutor

9. Você já participou de algum processo formativo com tema relacionado à violência?

- Sim Não

10. Se sim, de quantas atividades de formação você participou?

- Uma Duas Três Quatro Cinco Seis ou mais

11. Se sim na questão 10, em que período ocorreu a última formação?

- Menos de 3 meses
 Entre 3 meses e 6 meses
 Mais de 6 meses
 Mais de 12 meses
 Mais de 18 meses
 Mais de 24 meses

12. Que tipo de formação seria importante para qualificar seu processo de trabalho no que diz respeito à atenção de vítimas e/ou familiares de vítimas e a prevenção à violência?

13. Como você compreende a atuação do Centro de Saúde da Família que você gerencia no atendimento às vítimas e/ou famílias de vítimas de violência?

- Não é responsabilidade do setor Saúde
 A Política de Saúde pode contribuir, mas não dispõe de estrutura e recurso ideais para as ações.
 O serviço tem se implicado em estratégias e ações para a atenção as vítimas e/ou famílias de vítimas de violência e para prevenção de violência
 Outra: _____

14. No que diz respeito às situações relacionadas à violência, quais os principais parceiros **intra**setoriais do CSF que você atua?

- CAPS Geral
 CAPS AD
 CRIS (Centro de Referência em Infectologia de Sobral)
 Centro de Reabilitação
 Hospital Dr. Estevam Ponte
 Hospital Regional Norte
 Santa Casa de Misericórdia
 Outro(s): _____

15. No que diz respeito às situações relacionadas à violência, quais os principais parceiros **inter**setoriais do CSF que você atua?

- CRAS
 CREAS
 Centro Pop
 Outros serviços da Secretaria de Direitos Humanos, Habitação e Assistência Social

Quais? _____

- Estação da Juventude
 Outros serviços da Secretaria de Cultura, Juventude, Esporte e Lazer

Quais? _____

- Escolas
 Universidades/ Faculdades
 Centro de Referência da Mulher
 Delegacia de Polícia
 UNISEG/ Polícia Militar
 Guarda Municipal
 Defensoria Pública
 Ministério Público
 Poder Judiciário
 Sociedade Civil Organizada

- Entidades Religiosas
 Conselho Tutelar
 Outros Conselhos

Quais? _____

Outro(s): _____

16. Você diria que, nos últimos 12 meses, a violência na sua **cidade** aumentou, diminuiu ou permaneceu a mesma?

- Aumentou Diminuiu Permaneceu a mesma

17. Você diria que, nos últimos 12 meses, a violência no **território** em que você atua aumentou, diminuiu ou permaneceu a mesma?

- Aumentou. Diminuiu. Permaneceu a mesma.

18. Na sua experiência nesse **território**, quais das situações abaixo relacionadas foram vivenciadas por **usuários** desse CSF?

- Procura de apoio no CSF por necessidades geradas por alguma situação de violência cujo problema não é solucionável no âmbito específico do setor saúde.
 Impedimento de acesso ao CSF por conflitos territoriais.
 Ameaça de morte (“marcados”).
 Vítimas de tentativa(s) de homicídio(s).

19. Na sua experiência nesse **território**, quais das situações abaixo relacionadas foram vivenciadas por **profissionais** desse CSF?

- Profissionais impedidos de desenvolver alguma atividade no território por situação relacionada à violência.
 Profissionais não frequentam determinada região do território por não se sentirem seguros
 Profissionais assaltados no território.
 Profissionais assaltados dentro do CSF.
 Profissionais ameaçados.
 Profissionais que não se sentem aptos a atender vítimas de violências

20. Existem conflitos territoriais no seu território?

- Sim Não Não sei responder

21. Se sim, como eles influenciam no processo de trabalho das equipes?

22. O CSF que você gerencia, nos últimos 12 meses, sofreu alguma das situações?

- Roubo/Furto Depredação Invasão Não sabe

23. De um modo geral, qual sua sensação de segurança nas seguintes situações?

23.1 No percurso casa-trabalho-casa

- Inseguro(a) Mais ou menos seguro(a) Seguro(a) Bastante seguro(a)

23.2 Atuando no CSF

- Inseguro(a) Mais ou menos seguro(a) Seguro(a) Bastante seguro(a)

23.3 Em atendimentos no território

- Inseguro(a) Mais ou menos seguro(a) Seguro(a) Bastante seguro(a)

24. O quanto você conhece das Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens?

- Nada Pouco Médio Muito Totalmente

25. O quanto você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei?

- Nada Pouco Médio Muito Totalmente

26. O quanto você conhece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência?

- Nada Pouco Médio Muito Totalmente

QUESTÕES RELACIONADAS À ATENÇÃO ÀS PESSOAS E/OU FAMÍLIA VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA

27. Com que frequência o CSF que você atua recebe demanda para realização de atendimento à **peças vítimas de violência**?

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente
 Trimestralmente Semestralmente Anualmente Nunca

28. Com que frequência o CSF que você atua recebe demanda para realização de atendimento à **famílias de vítimas** de violência?

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente
 Trimestralmente Semestralmente Anualmente Nunca

29. Quais são as duas situações mais comuns de violência que se apresentam no CSF em que você atua?

- Vítimas de violência doméstica.
 Crianças e adolescentes vítimas de negligência e abandono.
 Idosos vítimas de violência, negligência e/ou abandono.
 Pessoas vítimas de tentativa de homicídio.
 Conflito grave entre vizinhos.
 Conflitos territoriais.
 Outra(s): _____

30. Quais são as atividades realizadas no CSF que você gerencia, especificamente dirigidas para atender pessoas/ famílias vítimas de violências?

- Atendimento individual uniprofissional.
 Atendimento individual multiprofissional.
 Grupo.
 Visita domiciliar.
 Busca ativa.
 Notificação compulsória.
 Matricialmente.
 Encaminhamento para rede intrasetorial.
 Encaminhamento para rede intersetorial.
 Estudo de caso com a equipe do CSF.
 Estudo de caso entre os serviços da rede intersetorial.

Outra(s): _____

31. Qual o **principal desafio** da(s) equipe(s) de Saúde da Família do seu território para o enfrentamento às situações de violência?

32. Qual a **principal potencialidade** da(s) equipe(s) de Saúde da Família do seu território para o enfrentamento às situações de violência?

33. Descreva o fluxo da atenção e proteção de pessoas vítimas de violência no Centro de Saúde da Família que você gerencia.

QUESTÕES RELACIONADAS À PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA

34. Quais as estratégias para **prevenção de violências** desenvolvidas pelo Centro de Saúde da Família que você atua?

35. Com que frequência outros equipamentos buscam o CSF que você gerencia para o desenvolvimento de **ações intersetoriais de prevenção à violência**?

Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente
 Trimestralmente Semestralmente Anualmente Nunca

36. Qual o **principal desafio** da(s) equipe(s) de Saúde da Família do seu território para desenvolver ações de **prevenção à violência**?

37. Qual a **principal potencialidade** da(s) equipe(s) de Saúde da Família do seu território para desenvolver ações de **prevenção à violência**?

APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisa: O fenômeno da violência no município de Sobral – CE na perspectiva dos gerentes dos Centros de Saúde da Família

Mestranda: Andrezza Aguiar Coelho

Orientadora: Maria Socorro de Araújo Dias

<h4>Roteiro Grupo Focal para gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral - CE</h4>

1. Que tipo de **formação** seria importante para qualificar seu processo de trabalho no que diz respeito à atenção de vítimas e/ou familiares de vítimas e a prevenção à violência?
2. Em relação aos **conflitos territoriais** existentes, como eles influenciam no processo de trabalho das equipes?
3. Qual o **principal desafio** da(s) equipe(s) de Saúde da Família do seu território para o **enfrentamento** às situações de violência e desenvolvimento de ações de **prevenção** à violência?
4. Qual a **principal potencialidade** da(s) equipe(s) de Saúde da Família do seu território para o enfrentamento às situações de violência e desenvolvimento de ações de **prevenção** à violência?
5. Descreva o **fluxo da atenção e proteção** de pessoas vítimas de violência no Centro de Saúde da Família que você gerencia.

APÊNDICE D – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 01

Formação e atuação dos profissionais da ESF frente ao fenômeno da violência

Fragilidades nos processos de formação

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
5	<p>“não tenho experiências com nenhum instrumento de alguma notificação de violência eu não tenho, e a minha prática em relação a isso é um pouco defasada realmente.”</p> <p>“me senti incapaz de abordá-la”</p>	- Falta de experiência com instrumentos relacionados à violência
4	<p>“dentro da área de saúde (...) as pessoas não tem propriedade de fazer essa abordagem, de saber como é que conduz, de conhecer realmente quais são as redes de apoio né, o que realmente é, como não é uma coisa constante né, não é uma constante que chega pra nós no dia a dia, às vezes a gente não tem esse, sabe a gente fica meio perdido mesmo.”</p>	- Desconhecimento sobre abordagem adequada
1	<p>“Como foi colocado a abordagem é difícil não é fácil, sobretudo, tratando de equipes de saúde da família por quê? porque as equipes estão ali no território, né?”</p>	- Desconhecimento sobre abordagem adequada
6	<p>“Então, assim, nós não conhecemos os manuais de atendimento as vítimas de violência, até recebemos esses materiais na unidade e eles até tem um material lá, mas nós não conhecemos de fato, não estudamos, não discutimos com a equipe. Então, acho que uma das coisas que fazem parte desse processo de formação é justamente a equipe ela trazer essa discussão à tona”</p>	<p>-Desconhecimento das publicações oficiais relacionadas ao tema</p> <p>- Não priorização</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
3	“eu acho que a questão do não conhecimento muitas vezes, eu acredito dos tipos também de violência como foi citado aqui, eu acho pode muita coisa passar despercebido né pela equipe.”	- Desconhecimento sobre os tipos de violência
7	<p>“eu acho sim que falta mais qualificação, pra eles terem entendimento no que eles podem se aprofundar em relação a temática, eles têm medo muitas vezes”</p> <p>“E era exatamente por esse temor que eu tinha é por não saber, não entender e não saber de como lidar numa situação dessa, por isso que é importante ser visto por território, claro não deixando fora a parte as outras coisas, né.”</p>	<p>- Fragilidade na formação</p> <p>- Desconhecimento sobre abordagem adequada</p> <p>- Medo</p>
8	<p>“Eu sinto que até na nossa formação enquanto profissionais né das ciências da saúde a gente deveria se aproximar mais as ciências sociais na parte das humanas mesmo né pra poder também compreender alguns processos porque a gente acaba sendo um pouco tecnicista nessa visão né de querer curar.”</p> <p>“no processo de formação da gente da graduação a gente já tem essa perca né, (...) E no processo já como profissional, né, das formações continuadas, da educação permanente pouco se tem e quando se tem são pra algumas categorias específicas”</p> <p>“Se tá dentro do projeto pedagógico da unidade de saúde tinha que ser um processo pra todos e não só pra algumas categorias em relação a educação permanente. E educação continuada a gente vê muito pouco a se oferecer dentro do sistema e não to dizendo só Sobral não, mas olhando como saúde mesmo, de congressos e se tem é por falta de conhecimento meu, de divulgação talvez não sei”</p> <p>“criar espaço pra essa educação permanente interna porque a gente sabe como é que tá o nosso processo. Roda já não existe mais como tinha antigamente e agora modificou, mas acho que a gente precisa provocar.”</p>	<p>- Formação centrada no modelo biomédico</p> <p>- Fragilidade na formação</p> <p>- Tema relevante para todos os profissionais da ESF</p> <p>- Carência de espaços formativos</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
9	<p>“eu também acredito que na nossa formação enquanto profissional da saúde o tema violência ainda não está sendo abordado e a gente sai da faculdade praticamente com poucas experiências relacionadas a violência”</p> <p>“na sua grade curricular normal você não vai nenhum momento abordar sobre como abordar uma pessoa vítima de violência, como identificar que uma pessoa tá sofrendo violência ou uma criança, como é que você sabe que o programa de saúde na verdade é consequência de uma violência e aí você fica tratando aquele problema de saúde”</p> <p>“a gente pouco aborda isso na nossa formação enquanto profissional mesmo uni profissional né, e aí quando a gente vai na perspectiva multiprofissional que a gente vai trabalhar dentro das equipes a gente não consegue encontrar uma pessoa de apoio que possa ser referência pra nos tá passando esse momento de educação permanente”</p> <p>“eu acho que ainda esse tema na nossa formação ainda é muito carente a gente encontrar uma pessoa que possa falar sobre isso ou a gente sentir e a gente sabe que é uma necessidade, mas a gente sentir que a gente precisa trabalhar isso ainda é um processo que a gente precisa ainda de sensibilizar as pessoas porque constantemente a gente tá vivenciando isso na nossa prática profissional.”</p>	<p>- O tema violência não faz parte dos conteúdos estudados da graduação</p> <p>- Carência de profissionais com expertise no tema</p>
12	<p>“nos bancos da faculdade na graduação a gente não se estuda sobre isso né, mas acho que já tá no tempo da gente passar a refletir sobre isso realmente”</p>	<p>- O tema violência não faz parte dos conteúdos estudados da graduação</p>

Necessidades de aprendizagem

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
5	<p>“E assim seria interessante de trazer realmente essa prática pra gente justamente com cursos ou oficinas de educação permanente realmente onde a gente pudesse aplicar com metodologias ativas, inovadoras pra que gente pudesse realmente ver de acordo com a realidade de cada serviço né algo que pudesse ser modificável ou senão, aprimorado pra que justamente a gente possa aplicar né e não só ficar no texto bonito da apostila, mas que a gente possa realmente colocar em prática.”</p>	<p>- Necessidade de metodologias para trabalhar com tema violência</p>
4	<p>“...eu acho que essa formação que eu até coloquei tipo uma oficina realmente trazendo situações práticas e realmente colocando ali junto com o que a gente tem de rede né como é que a gente poderia resolver, nós nos colocando dentro dessas situações.”</p>	<p>- Necessidade de metodologias para trabalhar com tema violência</p>
1	<p>“...eu acho que realmente deve ser muito valorizado questões mais administrativas que geram estatísticas como o fortalecimento das notificações, que existe muita subnotificação muita né e aí como se propor políticas sem dados, sem números. Eu digo que no meu território tem muitos casos de violência e isso e aquilo outro, mas eu não gero estatísticas, números, dados pra que né a gestão possa tá discutindo isso e a sociedade como um todo e tá trazendo, elaborando políticas públicas em relação a isso.”</p>	<p>- Importância das notificações</p>
2	<p>“...qual é as violências que eu consigo identificar, (...) identificar que aquela pessoa, né, ou que sinais pode ser de esclarecedor, de acendedor né naquele alarme do opa ali tem uma situação de violência, uma possível situação de violação. Eu acho que isso era interessante.”</p>	<p>- Desconhecimento sobre os tipos de violência e os sinais</p>
6	<p>“essa questão de nós conhecermos o que existe de materiais que já foram produzidos né pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Segurança Pública e que bate nessa questão da violência”</p> <p>“a equipe ela precisa ter condições de ver essa questão do fenômeno da violência como algo necessário a ser refletido, a ser discutido ali também né porque respinga diretamente na unidade de saúde né”</p>	<p>- Desconhecimento das publicações oficiais relacionadas ao tema</p> <p>- Violência como um problema da ESF</p>

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“A outra também é a questão de nós utilizarmos nesses processos de formação a arte e a cultura porque é algo que traz assim uma certa leveza até pro tema né.”</p> <p>“também conhecer que ações tão sendo desenvolvidas, que espaços né existem no município pra nós não sermos também mero expectadores.”</p> <p>“Acho que nos momentos de formação também em algum momento ser refletido quais são as causas da violência, quais são as raízes dessa violência o que ocasionou que aquilo acontecesse.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de arte e cultura - Conhecer o estado da arte - Conhecer as causas da violência
3	<p>“que aí é essencial realmente capacitações né, treinamentos em cima de violência e quais os tipos de violência, embora, o território da gente não seja tão evidenciado, mas é algo que é real né que acontece e que deve tá sendo tipo como tema já necessária de discussão na equipe né no território e também na escola, né?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de formação - Desconhecimento sobre os tipos de violência
9	<p>“se for fazer um levantamento com os profissionais sobre as necessidades que eles tem sobre educação permanente, que às vezes a gente acaba fazendo essas estratégias né dentro da unidade vamos levantar qual é os temas você vai ver que a violência sempre fica por último ou sequer é falado né e quando é falado sempre violência vamos deixar ali e depois a gente fala né”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não priorização
11	<p>“eu acho que os processos de formação devem ser voltados nessa questão dos tipos de violência né porque como foi citado aqui são vários e às vezes as pessoas até desconhecem quais são esses tipos de violência né”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento sobre os tipos de violência
12	<p>“a gente precisa refletir sobre aquilo, entender e primeiro identificar qual é a violência mais presente aonde eu estou e refletir sobre aquela violência né pra ter essa noção de que eu não vou resolver aquilo de imediato, mas que eu preciso estudar e trazer todos os reforços que forem possíveis né pra aquele quadro e que a gente possa realmente discutir e tentar chegar numa solução mesmo que o tempo não seja de imediato.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento sobre os tipos de violência

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
7	“então acho que tem que ser focado realmente no território não quer mais presente e isso eu vejo que é necessário.”	- Aprendizagem significativa
12	“Discutir violência doméstica, discutir violência urbana, discutir violência conforme a violência as realidades de cada território. ”	- Aprendizagem significativa

DSC 01: “Falta mais qualificação. Nos bancos da faculdade, na graduação, a gente não estuda sobre isso [violência]. Na Educação Permanente, o tema violência é abordado para algumas categorias específicas. Precisamos conhecer as causas da violência, os tipos de violência, os manuais de atendimento as vítimas de violência, a rede intersetorial, e as ações que estão sendo desenvolvidas, porque não temos propriedade de fazer essa abordagem, de saber como é que conduz, nem experiência com o instrumento de notificação. Precisamos de Educação Permanente sobre e por meio de metodologias ativas, inovadoras, com situações práticas, de acordo com a realidade de cada serviço, utilizando também a arte e a cultura.”

Questionário:

Questões 6, 7, 8. E questões 22, 23 e 24.

(Para análise: há uma contradição, os profissionais apontam a necessidade de aproximação com a temática em termos de formação, mas não se movimentam nessa direção.)

(Para análise: 22, 23 e 24 – Políticas e Diretrizes Nacionais que explicitamente abordam o tema da violência, com sessões específicas sobre o assunto.)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 02

Conflito Territorial x Processo de Trabalho das equipes da ESF

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais
5	<p>“É eu particularmente o CSF X ele fica sitiado né? (...) e aí quando nós e principalmente os agentes de saúde saem pra algum atendimento, saem pra alguma visita domiciliar enfermeiros ou médicos algumas pessoas do território avisam a eles que não é interessante que eles estejam lá naquele momento, naquele turno né e que tá ocorrendo algum atrito né, algum conflito e aí isso pode ser prejudicial pra eles, aí eles não vão. Aí realmente eu até peço pra que realmente eles fiquem dentro da unidade e que o vigia fique mais alerta, atento a alguma situação que possa aparecer”</p> <p>“de vez em quando a gente recebe alguém acabado de ser esfaqueado e aí vai e sai correndo pra dentro do posto pra justamente ser atendido e a gente fica com receio de alguém vir e terminar de fazer as coisas lá dentro sabe. E quando isso acontece alguma situação que porventura alguém entre no posto e que aconteceu alguma situação como essa ou na hora ou em alguns dias a gente peça que atenda logo pra que ele possa sair da unidade e não prejudicar os demais que estão lá né, que a gente fica realmente com medo da situação que possa acontecer né.”</p> <p>“A gente já teve que cancelar eventos que ia acontecer naquela rua xx porque a principal ali que faz fronteira com W porque não dava certo né, ia por em risco os profissionais e os participantes que estariam lá no momento.”</p>	<p>- Impossibilidade de realização de visita domiciliar</p> <p>- Priorização do atendimento por se sentirem em perigo</p> <p>- Impossibilidade de desenvolvimento de atividades no território</p>
4	<p>“o que eu já vivenciei, que quando eles têm rixa dentro do território eles saem de dentro do yy, eles não ficam lá. Como eu recebi agora uma senhora que ela disse que o filho dela se envolveu em alguma coisa, então elas tiveram que se mudar pra outro território e ela pediu pra</p>	<p>- Transferência de usuários, contrariando a lógica de adscrição de clientela</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais
	transferir lá pro zz porque ela não pode mais andar lá e nem o filho e nem a família e tudo e teve que se mudar todo mundo.”	
1	<p>“ teve uma época, é porque assim sai muito e entra e tudo né as mulheres e tudo, mas teve uma época que nós tínhamos vinte gestantes que não eram nossas, vinte que não eram nossas de outros territórios (...) por conta dessa questão da violência, dessa limitação de transitar dentro do território, aí por uma questão de humanização e tudo a gente sempre acolheu e não só gestantes, crianças, o público em geral, público em geral.”</p> <p>“isso com certeza reflete muito no nosso processo de trabalho, é porque isso vai demandar mais energia dos profissionais, isso demanda insumos e tudo mais. Mas, pensando nessa perspectiva que ocorre esse tipo de violência e tudo mais a gente acolhe né e enfim, tratamos da mesma forma como se fosse um usuário do nosso território, nenhuma distinção.”</p>	<p>- Transferência de usuários, contrariando a lógica de adscrição de clientela</p> <p>- Sobrecarga do CSF que se localiza no “território neutro”</p>
2	“a gente ganha esse respeito, essa imunidade né? (...) Quando a comunidade conhece a gente por mais que a gente tenha esse conflito territorial eles sabem que você é uma pessoa neutra. Então assim, ele sabe que você é neutro ele não tem muito essa coisa ou de ameaçar ou de provocar, não tem o motivo de provocar e expulsar, enfim.”	
6	<p>“as profissionais que na maioria são mulheres lá no KK né, é que elas evitam passar por ali, então se tem qualquer coisa que elas tentem resolver elas veem outra forma, veem outra pessoa que possa né, mas elas mesmas tem procurado não passar por aquele espaço né.”</p> <p>“a esposa que tá gestante ela tem que fazer uma outra rota né utilizar um outro serviço, fazer todos os procedimentos que ela necessita no acompanhamento dela por conta disso, a mãe desta pessoa, deste jovem ou deste adulto que tá envolvido também com o crime organizado também tem que fazer um roteiro bem diferente dos demais que mora no bairro por conta de um risco, de um medo né de uma perseguição que fica claro ali que existe, então isso é ruim no ponto de vista do acompanhamento né, do ponto de vista de que aquela família ela também precisa de assistência, de vários profissionais que possam também tá dando apoio e aí acaba sobrecarregando uma outra unidade de saúde né.”</p>	<p>- Regiões do território inacessíveis</p> <p>- Transferência de usuários, contrariando a lógica de adscrição de clientela</p> <p>- Sobrecarga do CSF que se localiza no “território neutro”</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais
1	“lá precisa ser separado uma equipe pra cada , uma equipe x, uma equipe y hoje né enquanto não inaugurou ainda a nova unidade”	- Conflito territorial determinando a divisão das equipes
2	<p>“O que eu percebo ali uma relação muito de proteção como existe nesse poder paralelo proteção da equipe por aquela facção que está ali.”</p> <p>“existia um passado recente um assalto dentro da unidade um médico que todo mundo conhece, enfim. A partir daí essa facção chegou junto desse assaltante que foi preso depois e falou ninguém mexa mais com ninguém da unidade de saúde, então existia um processo de proteção ali. Então, a gente acabou sentindo quando a gente tá dentro da unidade protegido por esse poder paralelo, então quando tem abordagem de policiais a população acaba sendo contra os policiais e a favor da facção.”</p> <p>“Tá tendo tiroteio veja ali e vejo CIOPAER passando, vigia encosta mais o portão né. Já teve da gente atender também pessoa baleada lá e sem poder dizer nada porque ele não pode ir pro hospital. Não pode sair do território. A gente não pode nem ir na casa fazer curativo, a gente só tem que dar o material porque a gente não pode ter acesso a pessoa.”</p> <p>“semana retrasada eu desmarquei todas as visitas domiciliar dos médicos porque tá reimoso o território aí desmarca tudo.”</p>	<p>- Proteção por parte da facção</p> <p>(idéias centrais antegônicas)</p> <p>- Impedimento de desenvolvimento de atividades no território</p>
1	“A gente vai e não temos problema pra adentrar no y, não temos problema nos x isso também quando não tem polícia no meio, quando não tem conflitos. Tendo polícia no meio com história de foguetes avisando alguma coisa tendo essas coisas ninguém sai da unidade , mas tando tranquilo eu mesma vou de moto no y mil vezes sozinha assim precise não tem problema, indo de crachá e nunca fui abordada por isso e a gente vai e os médicos e tudo dentro dos seus territórios né, mas melhorou muito, muito.”	<p>- Impedimento de desenvolvimento de atividades no território</p> <p>- Comprometimento da qualidade do atendimento</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais
	<p>“tem inúmeras gestantes de lá como é que é feito um cuidado de qualidade se eu não posso ir no domicílio, quando ela falta eu não tenho acesso pra mandar fazer uma busca ativa e qual a qualidade que eu dou num atendimento desse tipo.”</p>	
3	<p>“a gente ainda encontra pacientes que são proibidos de adentrar o território ou são proibidos de, por exemplo, sair de casa né, então assim, você só pode ficar em casa não pode sair de casa né e aí tem esse processo. Porque aí isso tudo vai demandar uma atenção especial da equipe né, vai demandar uma atenção especial porque você vai ter que pensar uma outra forma de como é que você vai atender aquele paciente pra que o paciente não deixe de ser assistido né porque ele tá precisando, mas que também não põe em risco a vida daquele paciente. Então, hoje é uma das coisas que a gente tem que, acho que os nossos territórios lidam muito como fazer com que o paciente tenha acesso a saúde, mas que não coloque em risco a saúde daquele paciente.”</p> <p>“O perigo da equipe e do próprio paciente né, tipo o paciente adentrar ao CSF correria risco o paciente, a equipe e a comunidade inteira, então às vezes você precisa pensar como fazer uma estratégia pra isso.”</p> <p>“É tranquilo marcar pra pediatra, mas no caso dessa criança ela não podia ir pro Z porque a mãe era marcada, então a mãe não podia levar a criança até lá. Então, ainda existe essas dificuldades enquanto acesso né, os processos de violência ainda eu acho que atrapalha o nosso processo de trabalho de equipe ainda com a questão do acesso.”</p> <p>“Outra experiência que eu vivenciei foi um paciente de TB que a gente teve que fazer com que o paciente fosse fazer o tratamento lá e começou lá no Sinhá Saboia porque ele tinha acabado de ser liberado da prisão não podia voltar pro Santo Antônio porque lá no presídio foi batizado em outra facção e aí ele não podia adentrar no Santo Antônio, mas tinha tuberculose e tinha que fazer o tratamento.”</p>	<p>- A existência dos conflitos territoriais torna os profissionais vulneráveis</p> <p>- A existência dos conflitos territoriais compromete a garantia do acesso à saúde</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais
	<p>“ela precisava falar com o gerente da facção e o gerente da unidade pra que o filho pudesse realizar o processo de atenção à saúde e que isso acaba atrapalhando às vezes o nosso processo de trabalho.”</p> <p>“algumas estratégias que a gente quer desenvolver a gente não consegue realizar em determinado local específico porque ela já é vulnerável, mas a gente não consegue ir pra lá porque a gente deixaria os profissionais vulneráveis a essa violência também”</p> <p>“ele não vai porque não pode adentrar determinado território pra ter o acesso a consulta, ao exame.”</p>	

DSC 02: “Os processos de violência atrapalham o nosso processo de trabalho de equipe. Quando existe limitação do usuário de transitar dentro do território compromete o acesso à consulta e exames. Às vezes, o usuário pede pra transferir de CSF, ele é acolhido, mas isso vai demandar mais energia dos profissionais e insumos do outro CSF. Quando tá tendo conflito no território, ninguém sai da unidade, desmarcamos as visitas domiciliares de ACS, enfermeira e médico, desmarco tudo, a gente já teve também que cancelar eventos. Algumas estratégias que a gente quer desenvolver em locais mais vulneráveis, a gente não consegue porque deixaria os profissionais vulneráveis a essa violência também.”

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 03

Desafios da ESF para desenvolver ações de prevenção à violência e garantir a atenção às vítimas e/ou familiares

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
3	<p>“equipe muitas vezes fica refém”</p> <p>“mas era tudo muito o medo que imperava, né? A insegurança, né?”</p>	- Vulnerabilidade da equipe
2	<p>“nosso maior desafio ele tá literalmente ligado a essa identificação dessas situações, né?”</p> <p>“essa capacidade de identificar vai me dar subsídios pra mim pensar nessas estratégias né, como é que eu vou abordar, como é que eu vou chegar até que aquele usuário me demande essa, né?”</p>	- Fragilidade na identificação das situações de violência (DSC1)
4	<p>“conhecer e identificar esse contexto pra ver, né? e até fazer mais”</p> <p>“questão do empoderamento principalmente se for uma violência né contra a mulher que a gente vê que muitas ficam refém”</p> <p>“um desafio assim é da questão mais da violência contra a criança, porque do conhecimento realmente do que é a violência contra a criança.”</p> <p>“é um desafio assim eu pelo ao menos enquanto equipe de saúde da gente vai até um ponto e dali a gente não consegue ter uma resposta, um resultado, não consegue seguir né e sem ver questão de contexto pra que a gente possa tá solicitando mais apoio, e o retorno assim de uma resposta efetiva rápida né, porque a gente via né a hora acontecer né realmente alguma coisa.”</p>	<p>- Fragilidade na identificação das situações de violência (DSC1)</p> <p>- Violência contra mulher</p> <p>- Limite da ESF</p> <p>- Articulação da rede de proteção</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
5	<p>“eu acho que o fluxo ele deve ser melhor estabelecido ou então se existe, aliás, que ele possa realmente ser mais claro pra gente porque até então se me perguntar eu vou ter que perguntar a outras pessoas pra me ajudar porque eu não sei diretamente pra onde caminhar”</p> <p>“E aí eu acho que primeiro estabelecendo o fluxo que é o principal desafio que a gente tem do repasse né, de usar esse fluxo realmente pra quem a gente vai encaminhar seria o ideal e o essencial pra gente poder dar encaminhamento.”</p>	- Inexistência de fluxo
6	<p>“Primeiro quando a própria família ela vai tentando negar o fato ou tentando não dar tanta importância né, ela aciona a unidade e até busca a unidade no primeiro momento, mas depois é como se aquilo se perdesse né, e a unidade também por conta do dia a dia, da rotina, das demandas e do que já vai surgindo vai também deixando de lado e não consegue finalizar ali um processo né de, que dê um desfecho justo pra o que aconteceu.”</p> <p>“a equipe ficar mais atenta a isso né e garantir no seu dia a dia e no seu planejamento, o acompanhamento e tentar mesmo que a coisa esteja ali aparentemente calma aquilo em algum momento vai voltar, vai explodir, vai acontecer novamente né algo relacionado a uma violência dentro daquelas famílias.”</p>	<p>- Tabus relacionados à violência por parte dos usuários</p> <p>- Inclusão de ações relacionadas à violência na rotina da ESF</p>
2	<p>“desafio é a gente articular essa rede, né?”</p> <p>“compreender o lado do nosso usuário, né? e não também parecer... porque senão a gente também perde a questão do vínculo, né? e aí eu acho que isso também é outro desafio.”</p>	- Articulação da rede de proteção
7	<p>“o maior desafio realmente é não ter o acesso né, não ter o acesso. Voltando de novo ao acesso, eu acho que o acesso pra quem vive num território vitimizado a questão do acesso é muito pertinente.”</p> <p>“a capacitação da equipe pra ela ter essa sensibilidade também tem que ser forte, porque não adianta eu ir pro território se quando eu vou pro território eu preciso da equipe pra ir pro território e a equipe não tem uma base disso, a equipe banaliza o que não é pra ser banalizado</p>	<p>- Garantia do acesso</p> <p>- Formação da equipe</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	porque as pequenas coisas precisam ser levado em consideração, e eu acho que realmente começar pela equipe, pela parte da sensibilização”	
10	<p>“E a vulnerabilidade dos profissionais...”</p> <p>“Eu acho que é como ele falou intersetorial, tem que justiça, os conselhos, os CRAS tudo e não a gente ficar só”</p> <p>“Eu acho que outro desafio seria dentro dessa questão de ser uma agenda né, uma agenda de política do município né e não só nossa também da saúde, mas do município pra trabalhar a questão intersetorial é um processo realmente de criar espaços de discussões pra se quebrar paradigmas, pra se quebrar concepções e pra se construir, destruir, construir. Porque só o fato da gente tá aqui nesse momento numa pesquisa a gente consegue compreender as percepções de algumas pessoas sobre o processo de violência, mas assim, eu não posso estar no olhar de julgamento, mas eu tenho que estar no olhar de compreensão do outro o que ele compreende sobre esse processo, eu posso tá construindo novas concepções pra mim também.”</p> <p>“de criar espaços de discussões até intersetorial né pegando a Escola de Saúde como norteadora, mas que a gente consiga também compreender esse fenômeno e ter outros olhares sobre esse fenômeno né que às vezes é construído pela televisão, pelo jornal né e cria preconceitos e cria percepções meias distorcidas no processo.”</p> <p>“e a gente enquanto gerente, líderes, além, de gerentes deveríamos ser líderes a gente tem a grande responsabilidade do que nós estamos levando para a nossa equipe, qual a mensagem, quais são as reflexões que a gente tá levando. Eu acho que um desafio também é a nossa formação de leitura e eu acho que a Escola de Saúde seria uma grande peça chave.”</p>	<p>- Vulnerabilidade da equipe</p> <p>- Inclusão de ações relacionadas à violência na rotina da ESF</p> <p>- Mudança de paradigma</p> <p>- Intersetorialidade</p> <p>- Formação (DSC 1)</p>
8	“ Eu acho que o desafio é criar, fazer esse tema ser agenda. Ser agenda, pode ser de processo de promoção, prevenção, de rotina da unidade de saúde, atendimento, enfim , no sentido de que a tempos atrás nós tínhamos muitos processos de territórios mesmo de cultura de	- Inclusão de ações relacionadas à violência na rotina da ESF

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>paz né, de ações de promoção e prevenção de cultura de paz e projetos voltados pra isso, hoje a gente quase não se ouve muito isso intersetorial né e também entre os territórios. Então, acho que quando ela vira a agenda a gente vai mudar nossos fluxos, nossos programas, nossa organização de ação, de promoção e de prevenção de grupos, enfim, e aquilo ali vai tá linkado em tudo e não posso falar na roda de gestante sobre violência, não, mas eu vou trazer temas de cuidado com a gestante voltado pra questão da violência né porque eu acho que tem virar agenda, o nosso desafio é esse enfrentar.”</p>	
9	<p>“um desafio ainda nesse processo da prevenção da violência a gente desenvolver ações como forma de rotina né, a gente não tem isso como forma de rotina aí aparece uma agenda ali que todo mundo precisa fazer, aí todo mundo faz, né.”</p> <p>“trabalhar com violência não é uma ação imediata, imediatista como é as ações curativas que muitos profissionais ainda estão acostumados né com aquele modelodá um remédio e cura, eu não consigo dar um remédio pra violência e ela vai acabar né e vai envolver muitos outros processos. Então, esses trabalhos vão ter que ser muito coletivos dentro da própria comunidade, vai ter que trazer escolas, vai ter que trazer o CRAS pra trabalhar junto e vai ser um processo que vai envolver um processo construtivo né, que vai ter que trabalhar principalmente com aquela população que tá ali nascendo, se criando no bairro pra que eles consigam compreender o que é a violência, os danos da violência pra que eles não vejam, porque assim ainda existe muita falta de espelho nas comunidades né. Eu vejo muito que a violência é um efeito de construção de futuro das pessoas, né”</p>	<p>- Inclusão de ações relacionadas à violência na rotina da ESF</p> <p>- Mudança de paradigma</p>
11	<p>“Eu acho que também a estória de intensificar né essas campanhas, essa questão do trabalho intersetorial mesmo porque eu acho muito falho.”</p>	<p>- Intersetorialidade</p>
12	<p>“a dificuldade é a equipe em si né, o trato, o manejo com relação a essa temática e mais sensibilidade né, porque muitas vezes a gente pode até ter educação permanente e discutir, mas se eu não estou aberto e sensível pra aquilo não vai surtir quase nenhum efeito, né”</p>	<p>- Mudança de paradigma</p>

DSC 03: “Eu acho que o desafio é fazer esse tema ser agenda, fazer parte da rotina do CSF. Isso inclui Educação Permanente, garantia do acesso e atendimento qualificado às vítimas e/ou familiares de vítimas de violência, desenvolvimento de ações de prevenção à violência e promoção da cultura de paz, notificação dos casos. Outro desafio importante a ser considerado é a vulnerabilidade das equipes.”
(Vulnerabilidade da equipe – questões 18, 20, 21)

Os participantes também apontaram como desafios a serem superados a **dificuldade de identificar as violências e a necessidade de conhecer os conceitos e metodologias para qualificar sua atuação**. Esses temas foram discutidos no primeiro Discurso do Sujeito Coletivo.

A **articulação da rede para atuação intersetorial** também foi apresentada como um desafio e será discutido na última sessão desta análise, que diz respeito especificamente à essa temática.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 04

Potencialidades da Estratégia Saúde da Família para atuação no campo da violência

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
4	“essa dinamicidade de tá inventando, de tá fazendo e não deixando que as coisas deixem de acontecer”	- A dinâmica da ESF
6	“Outra potencialidade também são as equipes da residência multiprofissional de saúde da família . Você percebe assim claramente que esses profissionais eles se envolvem nessas discussões principalmente relacionadas a casos mais complexos no território né, tanto de construir um PPS como também de tá fazendo a visita domiciliar, de tá acompanhando mais de perto alguns casos né, como também no desenvolvimento dessas ações de promoção.”	- A existência das equipes da residência multiprofissional de Saúde da Família e Saúde Mental

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“também a residência multiprofissional em saúde mental que também em alguns processos onde nós precisamos refletir de forma mais profunda né alguns casos relacionados a uso de substancias, a uso de alguma situação de violência que foi sofrida ali também tem contribuído bastante.”</p> <p>“Eu acho que outra potencialidade também tem sido né a própria rede, embora, tenhamos dificuldade como foi colocado aqui de entendermos os fluxos, de fazermos o fluxo funcionar de forma correta, mas as estruturas hoje do município existentes elas também de uma certa forma estão ali pra que nós possamos estar utilizando.”</p>	<p>- A rede intersetorial</p>
1	<p>“a estrutura ela existe e o que talvez esteja faltando pra realmente se efetivar é costurar (...) embora, não exista muito claramente assim o fluxo para a maioria das equipes né, tenham fragilidades em relação a articulação com a rede, essa comunicação né de contra referência enfim, mas o que se sabe é que existem. Existe equipamentos né e muito importantes para os territórios aqui.”</p> <p>“trazendo pro território que eu atuo, a gente tem uma potencialidade muito grande ali que é o UGP (de prevenção de violência), né? que participa ativamente no comitê territorial.”</p> <p>“a saúde que muitas vezes é a primeira porta aberta que a pessoa que sofre violência encontra. Muitas vezes antes de ir pra uma delegacia a pessoa que sofre uma violência ela vai pra uma unidade de saúde.”</p>	<p>- A existência dos equipamentos</p> <p>- A articulação com a UGP de Prevenção à Violência</p> <p>- Territorialidade? Facilidade para o acesso? Vínculo? Acolhimento?</p>
4	<p>“como ela é a porta de entrada ela tem, como fazer a costura e o direcionamento né. Ela que vai fazer e tem um vínculo maior né, melhor com o usuário né, com a vítima.”</p>	<p>- Vínculo</p>
5	<p>“Eu creio que a estratégia saúde da família ela é potente pra isso pra poder realmente amarrar esses pontos e fazer com que ela aconteça, aí nós temos que realmente estruturar bem, chamar todos os equipamentos que são potentes pra isso né, mobilizar o fluxo.”</p>	<p>- Capacidade de articulação da rede</p>
2	<p>“Eu acho que a nossa maior potencialidade é a nossa clínica ampliada.”</p>	<p>- Clínica ampliada</p>

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
6	<p>“Outra potencialidade que eu também identifico são hoje as estruturas né das unidades de saúde da família. Acho que pouquíssimas unidades hoje elas não conseguem ter né dentro do seu CSF um espaço pra fazer momentos com a equipe, pra fazer momentos com os usuários, pra planejar ações relacionadas a essa questão mesmo da violência, né?”</p> <p>“e a outra coisa também é uma potencialidade que ela é do sistema né, que é o comitê de prevenção de mortalidade, de estudo da mortalidade materna perinatal infantil.”</p>	<p>- Estrutura física dos CSFs de boa qualidade, com espaços com capacidade para a realização das atividades</p>
12	<p>“ninguém mais poderia realizar esse trabalho com tanta propriedade com a própria estratégia né, com todas as suas políticas, com toda a sua forma de trabalho”</p> <p>“A estratégia é a única que tem um ator muito importante né o agente comunitário de saúde, em nenhum outro local tem o agente comunitário de saúde que é esse ator que faz esse link diretamente com a equipe.”</p> <p>“Acho que não dá pra gente esquecer a questão do NASF né que é uma equipe a mais, um apoio a mais que vem pra atenção básica.”</p>	<p>- Agente Comunitário de Saúde</p> <p>- Multiprofissionalidade e apoio matricial: NASF</p>
9	<p>“a gente como estratégia tá dentro do território.”</p> <p>“acho que uma das potencialidades enquanto é isso, é a gente saber que a casa daquela família também é o nosso local de trabalho né, o nosso local de cuidado.”</p> <p>“essa aproximação e essa vinculação.”</p> <p>“Então, eu acho que o vínculo que a gente tem dentro da comunidade é uma potencialidade muito grande enquanto equipe, né.”</p>	<p>- Territorialidade</p> <p>- Família como unidade de intervenção</p> <p>- Vínculo</p>
8	<p>“a questão realmente da equipe multiprofissional residência e NASF.”</p>	<p>- Multiprofissionalidade e apoio matricial: NASF e Residência</p>

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“a própria Escola de Saúde na questão da formação, na questão da reflexão, da autenticidade pra trazer pra gente enquanto atores também nesse processo.”</p> <p>“Eu vejo uma grande potencialidade quando a gente vai comparar Sobral com outros municípios da rede que nós temos, a rede de atenção que nós temos e eu trago essa rede não só rede de saúde, mas a rede né pra além da questão da saúde que nós temos e eu vejo não só como instituições.”</p> <p>“outra potencialidade que a gente não falou que é o UGP (de prevenção à violência) em Sobral como uma política pública ela vem estabelecendo um fluxo realmente interssetorial.”</p>	<p>- Rede interssetorial</p> <p>- a articulação com a UGP de Prevenção à Violência</p>

DSC4: “Ninguém mais poderia realizar esse trabalho com tanta propriedade como a própria Estratégia, né? Com todas as suas políticas, com todas a sua forma de trabalho, com a Clínica Ampliada, com as equipes das residências multiprofissionais de Saúde da Família e Saúde Mental e do NASF, e também com o Agente Comunitário de Saúde, um ator que faz link diretamente entre equipe e comunidade. A gente, como Estratégia, tá dentro do território, muitas vezes é a primeira porta aberta, essa aproximação e vinculação é uma potencialidade importante, assim como a qualidade da estrutura física das unidades de Saúde da Família.”

(Questão 27)

As potencialidades da ESF apontadas pelos participantes dos grupos focais coincidem com os próprios princípios da ESF.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 05

Integralidade, Intersetorialidade, Rede, Fluxo

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
5	<p>“eu particularmente eu não conheço e isso é uma fragilidade pra gente né não o conhecer e muito menos aplicá-lo em vista de benefícios pro paciente, né?”</p> <p>“Porque é ruim quando você quer solucionar uma coisa e necessita de uma certa rapidez né e urgência no caso pra ser solucionado e aí tem que preencher não sei o que, vai pra acola, volta e falta não sei o que.”</p>	
1	<p>“Eu acredito que todas as equipes que estando diante de uma situação de violência elas vão mesmo que não vou dizer de forma instintiva, mas elas vão estabelecer um fluxo.”</p> <p>“Possivelmente cada um de nós aqui dentro das nossas equipes chegando um caso de violência a gente vai tentar resolver da melhor forma, mas talvez cada um percorrendo um caminho diferente.”</p> <p>“talvez isso seja o pulo do gato esse alinhamento, essa padronização né pra que em cada situação de violência, cada membro da equipe saiba o que fazer, saiba qual é o seu papel, saiba né que caminho percorrer.”</p> <p>“Que a gente tá falando aqui do alinhamento, da padronização, mas que não seja engessado, excessivamente burocratizado e pra que ele possa ser fluido né.”</p>	

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“Então assim, esse alinhamento na verdade pra ele ser de fato efetivo ele deve ser intersetorial, porque às vezes a gente tá imbuído naquela situação de resolução e tudo e outros setores que nós precisamos pra que a coisa ande eles não tão nessa sintonia, isso talvez seja um desafio.”</p>	
4	<p>“Ele vai se desenhando no decorrer que você vai tentando resolver, né?”</p> <p>“É não seja engessado e que qualquer profissional né dentro da equipe de saúde, do vigia, dos serviços gerais, do ACS, do médico, do enfermeiro que ele possa, que ele conheça esse fluxo e eles possam acessar, disparar sem ter uma burocratização”</p> <p>“Então assim, é isso que eu to dizendo vai depender do conhecimento do profissional, de quem recebe a demanda.”</p>	
3	<p>“o que está mais próximo e que é mais possível ao nosso alcance né naquele momento a rede que a gente encontra de apoio mais imediato, né?”</p> <p>“Quem está aqui na sede é mais fácil né tipo assim facilitar e você ter um link já direto com o Centro de Referência da Mulher, enquanto que a gente fica no distrito o mais próximo de nós é o CRAS e o próprio NASF, assistente social, psicólogo que a gente já aciona né de imediato pra dar aquele suporte assim o mais rápido pra condição daquela situação.”</p>	
4	<p>“Agora eu tive uma violência doméstica e eu acionei o Trevo, acionei o CRAS tranquilo porque nós conhecemos né e a gente sabe que ali é uma coisa isolada, nós podemos agir com segurança né, mas fora pra outro tipo de violência aí a gente já fica de mãos atadas o que fazer, como fazer, como devemos ser orientada né, porque eu não sei.”</p>	
3	<p>“a gente sabe que a gente tem uma rede de apoio que vai poder nos ajudar, e claro que ainda existe muita coisa que a gente pode crescer né, mas a gente consegue vislumbrar isso de que eu vou receber, mas eu vou saber se eu vou precisar apoio do CRAS, eu vou precisar do apoio do CREAS, se eu vou precisar, por exemplo, do Trevo né, se eu vou precisar de um outro equipamento, se eu vou precisar da Escola né em algum momento trazer a Escola aqui pra falar com a equipe.”</p>	

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“aí depende da violência, né? Eu acho que ele não tá totalmente estabelecido.”</p> <p>“não tem um fluxo, as demandas que produzem os fluxos né. Ela chega aí eu sei que eu tenho uma rede e aí dentro dessa rede eu vou acionando a medida que eu vou fazendo a avaliação do que o paciente precisa né, de quais são os equipamentos que o paciente vai precisar de apoio da rede.”</p> <p>“agora que a gente tá na gerência a gente encontra e o profissional chega e fulano chegou com isso eu faço o que agora? Ligo pra onde? Eu mando pra onde? Vai demandar muito da experiência que o profissional tem né, da experiência que ele tem dentro do município, da experiência que ele tem dentro da rede né, o que ele conhece dentro do município porque a gente sabe que a gente às vezes recebe muitos profissionais novos né que tão adentrando no sistema e aí às vezes eles ficam recebi fulano assim e to achando que é um caso de violência, eu faço o quê né, eu mando pra onde, né.”</p>	
2	<p>“hoje eu trago assim, eu acho que fluxo existe sim dentro da rede, a gente sabe pra onde encaminhar alguns processos de violência contra a criança, contra adolescente e sabe pra onde encaminhar e compartilhar os casos. Um PTS é um fluxo, faz parte de um fluxo o PTS, mas eu digo assim não tem aquela coisa estabelecida.”</p> <p>“tem fluxo sim, mas não tá estabelecido como padrão, digamos assim né.”</p>	
1	<p>“eu vejo que não tem um fluxo e que as coisas meio que vão acontecendo e muitos fluxos são quebrados dependendo da gravidade de cada questão.”</p> <p>“então os fluxos são meio que por telefone tentando viabilizar uma maneira melhor de chegar até ele.”</p>	

Sujeito	Expressão chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“Eu ainda compreendo que um fluxo pra ele ser um fluxo eu preciso ter isso pelo ao menos desenhado, normatizado.”</p> <p>“a gente faz um fluxo, e existe dessa forma não tem porta de entrada e não tem porta de saída, mas tem um entrelaçado.”</p>	
6	<p>“pois é, pra mim o fluxo ainda precisa ser normatizado, apesar de não ter que existir o desenho, mas eu acho que dentro de um fluxo deve existir a discussão do tipo, os protocolos.”</p> <p>“Eu acho que ainda é uma dificuldade nossa de ter isso claro enquanto fluxo né.”</p> <p>“foi até um projeto TCR de uma colega minha, de uma dentista tipo ela vivenciava muito casos de violência que chegava pra dentista fratura bulbo maxilar né tipo de violência doméstica e aí ela disse que os dentista ficava eu não sei o que fazer, eu nunca vi isso, eu não sei, eu nunca vi, eu nunca vi e aí tipo todo profissional que ela passava dizia que nunca viu isso e não sabia o que fazer. Tratava a parte bulbo maxilar, mas daqui dois meses a mulher chegava de novo com a mesma coisa ou com outro ferimento, aí ia lá no enfermeiro ou no médico aí dali talvez fosse descoberto.”</p>	

DSC 5: “Possivelmente, cada um de nós aqui, dentro das nossas equipes, chegando um caso de violência, a gente vai tentar resolver da melhor forma, mas talvez cada um percorrendo um caminho diferente, de forma instintiva. Vai depender também da experiência que o profissional tem dentro do município, da experiência que ele tem dentro da rede, né? Pra quem está na sede é mais fácil. Mas, de todo modo, não existe um fluxo definido, as demandas que produzem os fluxos, e ele vai se desenhando no decorrer que você vai tentando resolver a situação. É preciso um alinhamento, uma padronização. O fluxo ainda precisa ser normatizado, com protocolos definidos, deve ser intersetorial, e que não seja engessado, qualquer profissional dentro da equipe de saúde, do vigia, dos serviços gerais, do ACS, do médico, do enfermeiro que ele conheça esse fluxo e eles possam acessar, disparar sem ter uma burocratização.”

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 06

Desafios da ESF para desenvolver ações de prevenção à violência e garantir a atenção às vítimas e/ou familiares

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
3	<p>“Maus-tratos também é muito direcionado a questão da negligencia e os cuidados com o idoso.”</p> <p>“um território minado com relação a essa questão da violência né um refúgio de pessoas envolvidas em crimes, rota de fuga de muitos né, assaltos, roubos e tudo lá dentro, então a equipe muitas vezes fica refém.”</p> <p>“chegava uma pessoa né dessa envolvida com a criminalidade, então era estratégico já do vigia já botar logo pra ser atendido pra tirar de dentro da unidade porque era o receio de que a qualquer momento viesse policiais e não era nem facções eram policiais que viviam né na cola deles procurando e na hora que tinha assalto eles já eram logo, já sabiam que estavam lá.”</p> <p>“com relação a essa situação de violência e com relação a idoso né.”</p> <p>“porque a irmã dela ela tem transtorno mental e ela disse que o pai dela foi um dos culpados dela tá daquele jeito né por ter abusado sexualmente e mais recente ele tentou abusar a filha da filha que é a neta né.”</p>	<p>- Violência intrafamiliar (idoso)</p> <p>- Violência criminal</p> <p>- Violência criminal</p> <p>- Violência intrafamiliar (idoso)</p> <p>- Violência intrafamiliar (sexual)</p>
5	<p>“realmente os conflitos territoriais eles existem e aí isso nos causa realmente um certo medo no atendimento.”</p>	<p>- Conflitos territoriais</p>
1	<p>“limitação de transitar dentro do território.”</p>	<p>- Conflitos territoriais</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	“Muitas vezes antes de ir pra uma delegacia a pessoa que sofre uma violência ela vai pra uma unidade de saúde.”	- Violência interpessoal
6	<p>“a noite né se alguém do bairro passa por essa zona e é de outro bairro é arriscado, é perigoso né e aí isso é como se fosse algo anunciado pra os moradores né como se fosse uma, como é que nós chamamos nas grandes cidades? É o toque de recolher.”</p> <p>“ali é um território onde a fação ela deixa claro que ela está presente, então ela picha muros, ela picha o portão do posto.</p> <p>“já houve situação onde o profissional ele foi assaltado na porta da unidade né onde levaram o transporte dele.”</p> <p>“o médico foi assaltado dentro da unidade.”</p> <p>“a mãe desta pessoa, deste jovem ou deste adulto que tá envolvido também com o crime organizado também tem que fazer um roteiro bem diferente dos demais que mora no bairro por conta de um risco, de um medo né de uma perseguição que fica claro ali que existe.”</p> <p>“uma paciente nossa que é acamada e que de repente apareceu com uma mancha vermelha na perna e a cuidadora percebeu aquilo e aí acionou a unidade e desconfiando seriamente que fosse alguém da própria casa, um rapaz que mora na casa que podia cometido aquilo.”</p> <p>“E a outra situação foi de um jovem também um menino de doze anos que se envolveu com drogas e vindo a consumir né e esse menino começou a ter comportamentos bem agressivos dentro de casa, e a mãe nos procurou pedindo ajuda e aí nós começamos a fazer o acompanhamento.”</p>	<p>- Conflitos territoriais</p> <p>- Crime organizado</p> <p>- Violência criminal</p> <p>- Violência criminal</p> <p>- Violência interpessoal</p> <p>- Violência intrafamiliar</p> <p>- Tráfico e/ou uso de drogas</p>

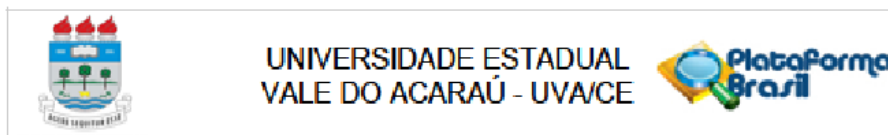
Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
2	<p>“há quanto tempo se tiver de fato essa situação de violência, outra situação de violência ao idoso e como foi dito violência a mulher?”</p> <p>“essas violências da mulher que é mais notório e que a mulher também tem que decidir e sair dessa situação.”</p>	<p>- Violência intrafamiliar (idoso)</p> <p>- Violência intrafamiliar (mulher)</p>
4	<p>“Uma das coisas que eu vejo um desafio assim é da questão mais da violência contra a criança, porque do conhecimento realmente do que é a violência contra a criança. Nesse ano agora peguei um caso né que nós acionamos todas as redes, conselho tutelar e tudo.”</p> <p>“Aí assim o que eu vejo né a criança ela é muito indefesa, então assim, ainda mais quando é a figura materna né tendo que de fato deveria tá fazendo essa proteção e tá né fazendo e nessa violência porque querendo ou não isso é uma violência contra a criança a gente fica meio assim, é um desafio assim eu pelo ao menos enquanto equipe de saúde da gente vai até um ponto e dali a gente não consegue ter uma resposta, um resultado, não consegue seguir.”</p>	<p>- Violência intrafamiliar (criança)</p> <p>- Violência intrafamiliar (criança)</p>
9	<p>“eu tenho uma área bem ampla e já venho de outros territórios também e que a violência ela abrange vários tipos de violência. Então assim, quando parte de violência como agora eu tive entre marido e mulher uma menina que ficou gestante, com uma mãe com uma criança, um tutor com um menor a gente interfere e a gente chega né de uma forma mais, como é que se diz, a gente chega tipo assim eu domino isso aqui.”</p> <p>“violência relacionada urbana com envolvimentos né e com tráfico e outras drogas e tal, pessoas perigosas a gente percebe que o agente de saúde como ele está no meio totalmente vulnerável ele não se envolve e nós temos grande dificuldade com isso, né.”</p> <p>“eu não sei te dizer em questão da violência urbana, em gangue e tal como agir. Porque é como elas falam a gente vive lá dentro, eu to lá e de repente eu vejo um cara limpando uma arma, eu vejo o cara empacotando, então eu tenho que fingir que não vi.”</p>	<p>- Violência intrafamiliar (mulher)</p> <p>- Tráfico e/ou uso de drogas</p> <p>- Violência criminal</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
	<p>“Agora eu tive uma violência doméstica e eu acionei o Trevo, acionei o CRAS tranquilo porque nós conhecemos né e a gente sabe que ali é uma coisa isolada, nós podemos agir com segurança né, mas fora pra outro tipo de violência aí a gente já fica de mãos atadas o que fazer, como fazer, como devemos ser orientada né, porque eu não sei.”</p> <p>“Essa outra violência é que nos deixa né apreensivos, vulneráveis diante da situação e que se torna perigoso pra equipe toda, é essa história de briga de território.”</p>	<p>- Violência intrafamiliar (criança)</p> <p>- Conflitos territoriais</p>
8	“trabalha muito essa questão da violência né contra a mulher ”	- Violência intrafamiliar (mulher)
11	<p>“a gente via a violência contra a mulher, contra o idoso, então assim, em alguns lugares acontece um tipo de violência diferente.”</p> <p>“Aí eu sempre pergunto, mas você é envolvida com alguma coisa e a pessoa: sou. Eu acho isso muito forte, sabe. Uma pessoa diz sou, aí quando eu vou falar pra equipe olha, ela vai ser atendida aqui porque ou ela tem um familiar que é envolvido e não quer se expor.”</p> <p>“É a diretora que liga pra dizer que o aluno que faz parte do nosso território tá com problema psicológico porque viu o pai ser morto na calçada de casa e precisa de um acompanhamento psicológico.”</p>	<p>- Violência intrafamiliar (mulher, idoso)</p> <p>- Envolvimento com o crime</p> <p>- Homicídio</p>
12	<p>“existe também as facções né e deixaram de ser gangue já um tempo em Sobral e virou facção PCC e Comando Vermelho né.”</p> <p>“um assalto dentro da unidade um médico que todo mundo conhece.”</p> <p>“A Escola XX ela fica na parte da faixa de gaza onde tem os tiroteios.”</p> <p>“Tá tendo tiroteio veja ali e vejo CIOPAER passando, vigia encosta mais o portão né. Já teve da gente atender também pessoa baleada lá e sem poder dizer nada, então assim, é muito isso.”</p>	<p>- Crime organizado</p> <p>- Violência criminal</p> <p>- Conflitos territoriais</p>

Sujeito	Expressões-chave (ECH)	Ideias Centrais (IC)
7	<p>“existe também essa divisão das duas facções né principalmente no bairro vizinho.”</p> <p>“o meu território seja violência urbana mesmo né das drogas, pode ser que no meu território tenha uma violência, por exemplo, com relação as crianças né e aí é uma questão mais evidente.”</p>	<p>- Conflitos territoriais</p> <p>- Conflitos territoriais e violência intrafamiliar (criança)</p>

DSC 06: Nos diferentes territórios, acontece um tipo de violência diferente. A gente vê a violência contra a mulher, contra o idoso, contra crianças, violência urbana relacionada com envolvimento com tráfico e uso de drogas. Acontecem muitas situações, como profissionais assaltados na porta da unidade e diretora que liga pra dizer que o aluno que faz parte do nosso território tá com problema psicológico porque viu o pai ser morto na calçada de casa e precisa de um acompanhamento psicológico. Existem os conflitos territoriais, assim como as facções, que deixaram de ser gangue já um tempo em Sobral e virou facção mesmo. Tem território onde a facção deixa claro que ela está presente, então ela picha muros, ela picha o portão do posto. Às vezes, tem tiroteio e já teve da gente atender também pessoa baleada.

ANEXO A – PARECER COMETÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CE

Pesquisador: ANDREZZA AGUIAR COELHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13272519.0.0000.5053

Instituição Proponente: MUNICÍPIO DE SOBRAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.377.988

Apresentação do Projeto:

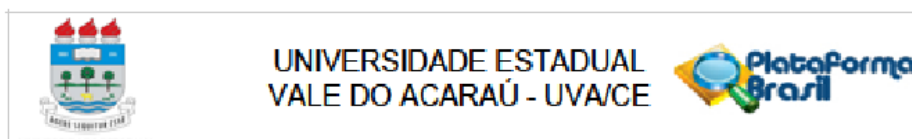
O projeto de pesquisa intitulado "O fenômeno da violência no contexto da estratégia saúde da família no município de Sobral - CE" está vinculado ao Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/Campus Sobral. Trata-se de um estudo com abordagens quantitativa e qualitativa, predominando a natureza quantitativa em um estudo do tipo descritivo, cuja coleta de dados dar-se-á por meio da aplicação de um questionário aos gerentes dos 36 Centros de Saúde da Família (CSF) da Estratégia Saúde da Família (ESF), com questões mistas - fechadas e de múltiplas escolhas, além da realização de três grupos focais. A organização e análise dos dados se darão pelo método da estatística descritiva por meio de um banco de dados na base do Epiinfo. Para o grupo focal, seguir-se-ão os passos da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), em que serão realizados dois grupos com os gerentes da sede, tendo onze participantes cada um, e um grupo com os gerentes dos quatorze distritos. Todos serão conduzidos por um moderador e um facilitador, que utilizarão um roteiro semi-estruturado com questões relacionadas aos objetivos propostos no estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o fenômeno da violência no município de Sobral – CE na perspectiva dos gerentes dos Centros de Saúde da Família.

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.377.966

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil profissional dos gerentes das equipes da ESF de Sobral, os processos formativos vivenciados por estes com foco na temática violências e o (re)conhecimento de políticas de saúde relacionadas. - Caracterizar as violências que se apresentam nos Centros de Saúde da Família de Sobral. - Descrever como os profissionais da Estratégia Saúde da Família lidam com as situações relacionadas à violência e a influência destas no processo de trabalho das equipes. - Conhecer as ações desenvolvidas na ESF de Sobral orientadas para a prevenção às violências e atenção às vítimas e/ou seus familiares. - Identificar os fluxos de atenção às vítimas de violências, a partir da Estratégia Saúde da Família. - Reconhecer a percepção de violência, a sensação de segurança e situações de vitimização, na perspectiva dos gerentes dos Centros de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos informados:

Este estudo apresenta risco mínimo de constrangimento em relatar sobre o contexto de violência, que será minimizado, por meio de conversa qualificada com esclarecimentos acerca do sigilo das informações e do respeito à ética da pesquisa.

Benefícios informados:

Este estudo apresenta como benefício a qualificação das práticas profissionais relacionadas ao enfrentamento das violências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa interessante para as áreas das Ciências da Saúde e Saúde Coletiva / Saúde Pública.

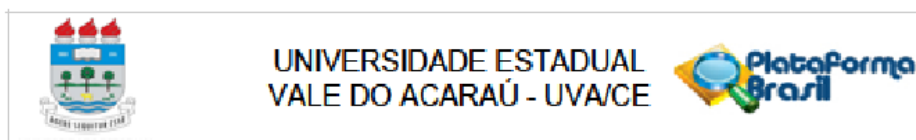
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos se encontram apropriados.

Recomendações:

O projeto pode ser aprovado pelo CEP. Encaminhar relatório final da pesquisa a este CEP.

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comledeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.377.966

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1341674.pdf	07/05/2019 08:40:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/05/2019 08:40:32	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/04/2019 12:21:41	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	29/04/2019 12:20:33	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	23/04/2019 20:55:08	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	23/04/2019 20:48:54	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/04/2019 20:44:44	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Outros	Parecer_SICC.pdf	23/04/2019 20:43:08	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Outros	questionario_Andrezza.pdf	23/04/2019 20:42:44	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito
Outros	roteiro_grupo_focal_Andrezza.pdf	23/04/2019 20:41:32	ANDREZZA AGUIAR COELHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av Comandante Maurocello Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comlidadeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.377.966

Não

SOBRAL, 07 de Junho de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0064/2019

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família vinculado a Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral, intitulado: O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CE, desenvolvido pela aluna Andrezza Aguiar Coelho sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Maria Socorro de Araújo Dias.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após sua apreciação, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral **AUTORIZA** a coleta de dados **junto aos gerentes dos 36 Centros de Saúde da Família (CSF)**, mediante pactuação prévia entre a pesquisadora e os gerentes dos CSF quanto à escolha dos melhores dias, horários e local adequados para coleta dos dados, de modo que sua participação interfira minimamente no processo de trabalho dos profissionais.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada participante do estudo, devendo estes confirmarem participação mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização fica condicionada à aprovação prévia do projeto em questão por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Ressaltamos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora, encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como compromisso com a devolução dos resultados com o sistema de saúde de Sobral.

Código de Validação: PP1411156054457F

Emitido em: Sobral, 23 de Abril de 2019, às 18:20, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasobral.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/app/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Em caso de dúvidas sobre este Termo de Anuência Institucional, favor entrar em contato com a Comissão Científica através do telefone 3614-5520 ou pelo e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com.

Sobral, 15 de Abril de 2019

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica