



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Ana Soraya Andrade

**Violência na adolescência:
olhar e articulação da saúde, educação e
assistência social**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margareth Aparecida Santini de Almeida
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Dinair Ferreira Machado

**Botucatu
2016**

Ana Soraya Andrade

**Violência na adolescência:
olhar e articulação da saúde, educação e
assistência social**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida

Coorientadora: Prof^a.Dr^a. Dinair Ferreira Machado

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Andrade, Ana Soraya.

Violência na adolescência : olhar e articulação da
saúde, educação e assistência social / Ana Soraya Andrade.
- Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Margareth Aparecida Santini de Almeida

Coorientador: Dinair Ferreira Machado

Capes: 40602001

1. Adolescentes. 2. Violência. 3. Assistência social.
4. Pessoal da área médica. 5. Educação. 6. Promoção da
saúde.

Palavras-chave: Adolescente; Assistência Social; Educação;
Saúde; Violência.

Folha de Aprovação

Ana Soraya Andrade

**Violência na adolescência:
olhar e articulação da saúde, educação e assistência social**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Dinair Ferreira Machado

Comissão Examinadora

Prof^a. Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Rauter Mancuso
Departamento de Sociologia
Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

Botucatu, 30 de agosto de 2016.

DEDICATÓRIA

*Aos profissionais que trabalham, dia a dia, arduamente,
com adolescentes e suas famílias em situação de violência.
Vocês são verdadeiros heróis!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia e protetor, pela vida, sustento, ânimo, ensinamento, amizades e pessoas especiais colocadas em minha jornada.

À minha orientadora, Professora Margareth, por todo apoio, profissionalismo, compreensão, e instrução dispensados a mim, desde o aprimoramento profissional. É para mim, um exemplo de conduta ética e profissional.

À minha coorientadora, Professora Dinair, por todo entusiasmo e força transmitidos nos diversos momentos de angústia clássicos do aluno de pós graduação. Sua determinação e confiança me transmitiram paz.

À minha orientadora durante a graduação, Professora Vera, que gentilmente aceitou fazer parte da banca examinadora, contribuindo mais uma vez para o meu crescimento profissional. Muito obrigada.

À Professora Maria Inês, que igualmente aceitou participar da banca examinadora, mesmo com o desafio imposto pela tecnologia na banca de qualificação. Obrigada pelas ricas contribuições.

Às secretarias de Assistência Social e Saúde, à Diretoria de Ensino e ao Conselho Tutelar de Botucatu, por darem anuência e contribuírem na realização desta pesquisa.

Aos profissionais que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, aprendi muito com cada um de vocês. Meus sinceros agradecimentos.

Ao apoio técnico da UPeSC, especialmente pela Rosângela (Rô) e Ana Cláudia, por participarem comigo nos grupos focais e por torcerem por mim.

Ao Wagner, funcionário do departamento de Saúde Pública, pelo preparo do equipamento de gravação, por levar os equipamentos e nós, moderadoras e observadoras, para os locais de entrevistas; pelos auxílios com o manejo da tecnologia, enfim, pela disposição em ajudar sempre! Obrigada.

Aos docentes e aos colegas de turma do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, por todo aprendizado.

À bibliotecária Meire, pela correção das referências bibliográficas.

À minha amiga Juliana (Canelinha) pela força e entusiasmo transmitidos a mim. Você é muito guerreira!

Aos meus amigos, Laércio e Mayara, que foram imprescindíveis na construção do projeto. Obrigada pela solicitude e auxílio.

À minha amiga Camyla, por acreditar em mim e tranquilizar-me durante a etapa de seleção.

À minha amiga Alessandra, por oferecer auxílio durante a construção do projeto e por ser sempre um ombro amigo.

Às minhas primeiras chefes, Ivana Gonçalves e Professora Marli, pela confiança e flexibilidade para que eu continuasse com o mestrado.

Às minhas chefes atuais, Elisângela e Mirian, pelo apoio e compreensão sempre que preciso.

Aos meus colegas de trabalho, por todo aprendizado.

À minha terapeuta, por me auxiliar, semanalmente, a organizar as ideias e pensamentos e a levar a vida de uma maneira saudável, plena e feliz.

Aos meus familiares, por demonstrarem tanto carinho e atenção, mesmo eu não podendo retribuir na mesma medida.

Ao meu pai, Sr. Natan, por ser meu amigo, conselheiro e contribuir com as tarefas do lar. Obrigada por ser um pai presente e amoroso. Amo você!

À minha mãe, Sra. Zuleika, por também ser minha amiga e conselheira, por se deslocar de São Paulo à Botucatu quando precisei de ajuda. Obrigada por cuidar de mim e por me dar conselhos tão sábios. Amo você!

À minha irmã Sorane, por ser presente, disposta e por dividir seu conhecimento da vida comigo. Obrigada. Amo você também e sou sua fã!

Ao meu doce namorado, Eric, por ser tão carinhoso, amável e dedicado. Você facilitou minha vida em infinitos momentos e sou muito grata por ser um anjo da guarda para mim e por me amar como me ama. É recíproco!

A todos que, mesmo não sendo mencionados, contribuíram de alguma forma para que este trabalho fosse possível. Obrigada!



ANDRADE, A S. **Violência na adolescência: olhar e articulação da saúde, educação e assistência social**. Dissertação. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2016.

RESUMO

Introdução: A violência que permeia o universo do adolescente atinge magnitudes muito maiores do que mostram as atuais estatísticas, sendo considerada um grave problema de saúde pública. Por sua complexidade, demanda intervenção abrangente e intersetorial. **Objetivo:** Conhecer as percepções e experiências de profissionais da saúde, educação e assistência social sobre a violência que envolve os adolescentes. **Método:** Trata-se de estudo de cunho qualitativo, cuja coleta de dados se deu por meio de três grupos focais com profissionais que atuam nos setores referidos, por entrevistas individuais com os gestores dos respectivos serviços, localizados em um distrito do município de Botucatu/SP e por intermédio de um grupo de discussão com conselheiras tutelares do mesmo município. O material foi gravado, transcrito na íntegra e sistematizado para análise segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, na modalidade de análise temática. **Resultados:** Foi comum, entre os profissionais participantes, a concepção abrangente sobre a violência que envolve o universo do adolescente e suas diversas formas de manifestação e as consequências danosas a este grupo e à sociedade. Apesar da tentativa pelos três setores e pelo conselho tutelar de trabalhar com este público e sua família, notou-se forte despreparo profissional e, por vezes, culpabilização das famílias e dos próprios adolescentes, sendo também manifestados sentimentos de impotência no trato diário com adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Pelos relatos, verificou-se o quanto o setor da Educação encontra-se à parte das ações intersetoriais, com problemas estruturais e sobrecarga de trabalho e em alguns casos, sem o conhecimento dos serviços de apoio, apesar do empenho pessoal em favor dos adolescentes. A Saúde apresentou-se disposta em trabalhar com adolescentes, mas por vezes sentindo-se sucumbida pela grande demanda dos serviços da atenção básica e engessada pelas burocracias estabelecidas pelos órgãos de apoio. Os profissionais da Assistência Social mostraram-se mais familiarizados com ações de prevenção da violência e fortemente engajados na construção de redes de apoio com os demais setores e famílias dos adolescentes. As conselheiras tutelares apontaram a necessidade de intervenções contrapondo-se ao número mínimo de pessoas no órgão, para enfrentamento do agravo em foco. Os gestores revelaram as mesmas concepções e dificuldades, sendo observado em alguns momentos descompasso entre a direção escolar e os professores. Todos apresentaram diversas sugestões além da capacitação profissional, como contratação de profissionais, diminuição da sobrecarga de trabalho e importância de se trabalhar com a família, não só com o adolescente. **Conclusão:** Pondera-se que para além das capacitações aos servidores, tenha-se comprometimento dos gestores de cada setor e também dos gestores municipais, para incentivo às ações intersetoriais, inclusive com criação de protocolo de atenção à violência que envolve o adolescente, através da articulação governamental, consubstanciando a prevenção e promoção à saúde dos adolescentes e de suas famílias.

Descritores: Violência, Adolescente, Saúde, Educação, Assistência Social, Ação intersetorial.

ANDRADE, A. S. **Violence in teenage: the view and the articulation of health, education and social welfare.** Dissertation. Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The violence that permeates the teenagers universe reaches much higher than current statistics show magnitudes, and is considered a serious public health problem. Due to its complexity, demands comprehensive and cross-sectoral intervention. **Objective:** To know the perceptions and experiences of health professionals, education and social assistance about violence that involves teenagers. **Method:** This is a qualitative approach study, which data collection was through three focus groups with professionals who work in these sectors, for individual interviews with the managers of the respective services located in a district of Botucatu / SP and through a discussion group with tutelary councilors of the same municipality. The material was recorded, full transcribed and systematized for analysis according to the analysis content method proposed by Bardin, in the form of thematic analysis. **Results:** It was common to professional participants, the embracing conception of violence involving adolescent universe and its various manifestations, as well as the harmful consequences for this group and for the society. Despite attempts by the three sectors and the Child Protection Council, to work with this audience and their families, they were noted strong professional unpreparedness and sometimes blaming of families and adolescent themselves also being manifested helplessness feelings in daily intercourse with teenagers in social vulnerability. According to the reports was able to confirm as the education sector it is part of intersectoral actions with structural problems and work overload, and in some cases without the knowledge of support services, despite the personal efforts on behalf of adolescents. Health has shown its willingness to work with teenagers, but sometimes succumbed by the great demand of services of primary care and hamstrung by bureaucracies established by organ support. Professional social assistance proved more familiar with actions to prevent violence and strongly engaged in building support networks with other sectors and families of adolescents. The tutelary counselors revealed the need for interventions opposing the minimum number of people on the organ, to face the injury in focus. Managers showed the same conceptions and difficulties being observed at times mismatch between the school administration and teachers. All presented several suggestions in addition to professional training, such as hiring professionals, reduced workload and the importance of working with the family too, not only the teenager. **Conclusion:** Consider beyond the servers training, has up commitment of the managers of each sector as well as county managers, to encourage the intersectoral action, including the creation of care protocols that involves teenagers violence through governmental coordination, consolidating prevention and health promotion of adolescents and their families.

Keywords: Violence, Adolescent, Health, Education, Social Welfare, Intersectoral Action.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD – Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS – Centro Referência de Assistência Social
CRAMI – Centro de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT – Conselho Tutelar
DDM – Delegacia de Defesa da Mulher
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HC-FMB – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG – Organização Não Governamental
PAIF – Proteção e Atendimento Integral à Família
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SAMECA – Serviço de Saúde Mental da Criança e do Adolescente
SARAD – Serviço de Atendimento Referência Álcool e Drogas
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socio-Educativo
SUS – Sistema Único de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP – Universidade Estadual Paulista
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPeSC – Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva
VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Adolescência: vulnerabilidade à violência	11
1.2	Políticas públicas intersetoriais sobre violência na adolescência	15
1.3	Violência na adolescência: desafios da abordagem intersetorial	18
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	MÉTODO	22
3.1	Tipo de pesquisa	22
3.2	Local de estudo	22
3.3	O campo: participantes da pesquisa e diferentes técnicas de coleta de dados....	23
3.4	A análise dos dados.....	27
3.5	Aspectos éticos	27
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1	Apresentação dos participantes	28
4.2	O olhar e a articulação intersetorial na abordagem da violência	31
4.2.1	Diferentes cenários e formas de violência na adolescência	32
4.2.2	Estratégias de abordagem da violência com os adolescentes.....	39
4.2.3	A transgeracionalidade e o contexto da violência e a importância do trabalho com as famílias	42
4.2.4	Satisfações e frustrações do trabalho com adolescentes	44
4.2.5	Despreparo profissional: culpabilização e estigmatização das famílias e dos adolescentes	47
4.2.6	Atenção intersetorial para adolescentes em situação de violência: expectativas e possibilidades.....	51
5	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICES	70
	ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência: vulnerabilidade à violência

A adolescência, enquanto uma fase socialmente construída é mediada por interações na família, na escola e na comunidade, e é afetada por mudanças culturais na sociedade em que está inserida. Dessa forma, a socialização e a formação dos adolescentes são responsabilidade da coletividade e não somente da família (BOCK, 2007).

Para Philippe Ariès, em *História Social da Criança e da Família*, a adolescência corresponde ao período da vida entre a infância e a idade adulta. Esta etapa era diferenciada da fase adulta e compartilhava das afrontas e penalidades físicas dirigidas às crianças à época. Contudo, de acordo com o autor, com mudanças no tratamento dado às crianças e o oferecimento de educação diferenciada, reconhecida esta necessidade pelos juristas e eclesiásticos, no final do século XIX e início do século XX, a adolescência foi vista como uma idade preferida, apresentando uma mescla de vitalidade, naturalidade e entusiasmo, sendo desejado permanecer nela por bastante tempo (ARIÈS, 1986).

A adolescência, como fase de preparação para a vida adulta, é considerada como uma construção da sociedade moderna industrializada que requer maior nível de capacitação e escolarização para inserção no mercado de trabalho (BOURDIEU, 1983; ARIÈS, 1986). Apesar da maior necessidade de capacitação, Bourdieu aponta que tratamentos iguais a pessoas de classes diferentes não garantem a elas igualdade de oportunidades. E ainda traz a reflexão de que a depender da classe social em que o adolescente está inserido, como os das classes populares, a procura por trabalho e, conseqüentemente, iniciação na vida adulta, tem o significado de busca por adquirir bens e status e “para ser reconhecido e se reconhecer como um “homem” (BOURDIEU, 1983, p. 115). Nesse sentido, essa etapa da vida não deve ser vista como homogênea, uma vez que não é vivenciada da mesma forma por todos os adolescentes.

Este período de vida foi legalmente amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cujas diretrizes objetivam a efetivação dos direitos de saúde, educação, segurança, dignidade, respeito, entre outros direitos (BRASIL, 1990). Independente da idade predeterminada para esta fase – pela Organização Mundial da Saúde, dos 10 aos 19 anos, e pelo ECA, dos 12 aos 18 anos de idade –, neste período ocorrem muitas mudanças em compasso com as transformações anatômicas e fisiológicas: a construção gradual de

competências cognitivas, a autoimagem e competências que objetivam garantir a autonomia do indivíduo em sua participação na sociedade (BRASIL, 2005a).

Além disso, tem-se que a cultura adolescente vem incorporando outros comportamentos e hábitos que se relacionam a essa fase, tais como: o consumismo exacerbado, o uso de álcool e drogas ilícitas, e as práticas infracionais, estas como resultado da fase de rebeldia e contestação desse grupo (MACHADO, 2005; MACHADO, 2011).

Ressaltam-se, também, alguns comportamentos, como: precocidade das relações sexuais, maior liberdade sexual e não uso de preservativo, que deixam os adolescentes mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (AYRES et al., 2003a; BARRETO, 2009).

As características inerentes à fase da adolescência fazem com que muitos que a vivenciam estejam mais expostos aos riscos sociais e apresentem vulnerabilidade às diferentes formas de violência nos distintos contextos sociais em que se inserem (PAULILO; JEOLÁS, 2000; BRASIL, 2010c).

De acordo com Janczura (2012), compreende-se, por risco, a proximidade da ocorrência de um evento ameaçador, junto com a chance de advir a privação da qualidade de vida pela inexistência de intervenção preventiva. Há relação entre trabalho preventivo e risco, visto que são as prevenções que diminuem consideravelmente o risco ou fazem com que ele deixe de existir. A vulnerabilidade resulta da permanência de circunstâncias de risco. Desse modo, a definição de vulnerabilidade refere-se às soluções dos indivíduos às implicações desfavoráveis a eles (JANCZURA, 2012 apud YUNES; SZYMANSKI, 2001).

A respeito do conceito de vulnerabilidade, Ayres (2009) relata que o termo surgiu no campo da saúde pública, a partir da epidemia da Aids, e se refere, sinteticamente, à exposição de um indivíduo, isoladamente ou em grupo de pessoas, a agressões à saúde (AYRES, 2009). Logo que a Aids foi descoberta, propagou-se a ideia de grupo de risco. O foco era barrar a transmissão entre pessoas infectadas e pessoas suscetíveis. Após descobrir-se o agente etiológico e pelos apelos das pessoas estigmatizadas pela classificação de ‘grupos de risco’, o trabalho da epidemiologia focou no comportamento de risco, procurando disseminar maneiras de não exposição ao vírus por meio de práticas seguras de sexo, uso de drogas injetáveis, entre outras. Contudo, verificando que a suscetibilidade ao contato com o vírus, o acesso às informações e à prevenção davam-se de forma desigual, surgiu o termo vulnerabilidade, trazendo a ideia de propensão do indivíduo e da população, relacionada ao seu meio social. Por intermédio de ações de prevenção, a resposta à vulnerabilidade busca um retorno da sociedade para o problema. Seguindo o mesmo autor, três elementos compõem a vulnerabilidade: 1) componente individual, entendido pelas informações e elaborações

pessoais sobre o problema, e que levam a ações de proteção; 2) componente social, envolvendo a pessoa e a disponibilidade de recursos em sua comunidade, e 3) componente programático, envolvendo o compromisso dos atores locais, regionais ou nacionais e o uso dos recursos disponíveis, a fim de fortificar as pessoas frente ao problema. O termo ‘vulnerabilidade’ abrange a problemática de saúde pública de maneira mais completa do que o termo ‘risco’ (AYRES et al., 2003b).

Etimologicamente, o substantivo violência apresenta-se, na forma latina, como *violentiaae* e carrega o significado de impetuosidade, remetendo a *vis*, que significa força (DRAWIN, 2011). Entretanto, buscando apreender e definir o termo violência, muitos estudiosos apontam a multilateralidade e multidimensionalidade deste fenômeno, compreendendo abordagens: políticas, sociais, culturais, econômicas, biológicas, históricas e psicológicas. Portanto, por sua amplitude, não pode ser definida por um único saber, pois envolve diversas interpretações (MINAYO, 1994; SILVIA, 1997; MINAYO; SOUZA, 1997-1998; RISTUM; BASTOS, 2004; BRASIL, 2005a; DRAWIN, 2011).

A violência é criada com a vida e as experiências em sociedade, deste modo, o que é considerado violência para uma determinada sociedade pode não ser para outra. Para compreender a violência em uma dada sociedade, é preciso entender as circunstâncias históricas e sociais que permeiam o momento, tais como: problemas políticos, econômicos, morais e psicológicos envolvidos. Por conseguinte, a violência deve ser analisada integralmente, considerando todos os seus fatores, desde a violência no âmbito individual até a violência praticada pelo Estado (MINAYO, 1994).

Culturalmente, a violência adquire realidades diferentes: a depender da época, da localidade e do contexto, o ato pode ser aceitável por determinada sociedade e condenado por outra (BRASIL, 2005a). Como, por exemplo, as guerras, terrorismos e, até mesmo, ações políticas que possam privilegiar poucos (DRAWIN, 2011).

O senso comum, no contexto brasileiro, entende a violência sob a ótica da criminalidade e da delinquência, e abrange: os aspectos físicos, em que a integridade corporal é ameaçada por agressões e homicídios; aspectos econômicos, quando a apropriação de bens privados é realizada contra o consentimento do proprietário; e o aspecto moral, que não respeita a dignidade e os direitos do ser humano (BRASIL, 2005a).

A violência envolve, ainda, outros fatores. Relacionadas aos aspectos citados, encontram-se: as discriminações, as desigualdades sociais (fruto de uma sociedade em que não há equidade na distribuição de renda, que acarreta diferentes acessos a rentáveis oportunidades de trabalho e renda) e a falta de senso de cidadania (MINAYO; SOUZA, 1997-

1998). Somam-se a isso: as diferentes concepções políticas e lutas pelo poder econômico e bélico: a participação da mídia na propagação do consumismo e influência das massas: a supervalorização de determinadas culturas em detrimento de outras, traduzindo a violência como atos “*de grupos desejosos de afirmar sua identidade cultural*” (WIEVIORKA, 1997, p. 17).

A violência contra e entre os adolescentes assume diferentes formas, conforme os diferentes contextos. No âmbito público, os adolescentes estão sujeitos a praticar ou sofrer violência física, psicológica e sexual, além de serem expostos às drogas, à violência no ambiente escolar, comunitário, e à exploração no mercado de trabalho (BRASIL, 2005a).

No âmbito privado, os adolescentes são expostos à violência intrafamiliar, compreendida por: violência psicológica, negligência, violência física e sexual (VAGOSTELLO et al., 2003). Com relação ao abuso sexual, os estudos demonstram que a maioria das vítimas dessa violência são as mulheres, e, seus agressores, pais, companheiros, padrastos e irmãos, o que evidencia a vulnerabilidade do sexo feminino frente a esse tipo de violência, caracterizando-se como violência de gênero (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009), e que pode permear, também, o âmbito público. Evidencia-se a situação paradoxal existente, uma vez que as mulheres, crianças e adolescentes sofrem essa forma de violência no espaço das relações familiares, que, do ponto de vista social, deveria ser um local de proteção (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007).

Os adolescentes que convivem com a violência estão também expostos: à desigualdade social, relacionamentos interpessoais e familiares conflituosos (ZAMBERLAN; FREITAS; FUKAMORI, 1999), discriminação étnica, pobreza, escolarização precária e *bullying* (BRASIL, 2005a). Por serem mais vulneráveis individual e socialmente, muitos cedem ao alcoolismo, ao tabagismo, à drogadição, se envolvem em roubos e brigas que conduzem ao conflito com a lei, e revelam o uso da violência na busca por lucro e afirmação pessoal. Percebe-se, aqui, a dualidade de papéis que podem ser protagonizados pelos adolescentes, como autores e vítimas de violência (MACHADO, 2011).

Os motivos que levam às práticas da violência devem ser examinados considerando-se elementos imateriais e abstratos, sociais, históricos, culturais, econômicos e políticos, admitindo-se que seus resultados acarretam danos à saúde e à vida do indivíduo e da sociedade em geral, com traumas diversos, sendo necessário aos serviços de atendimento ao adolescente, adquirirem capacitação para lidarem com esta realidade (BRASIL, 2005a).

1.2 Políticas públicas intersetoriais sobre violência na adolescência

Criado em 1989 pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) recomenda uma variedade de ações interligadas relacionadas à prevenção e educação para pessoas entre 10 e 19 anos. Discorrendo sobre o tema violência, esse programa chama a atenção para a necessária mobilização conjunta, que englobe: setores públicos e instituições não governamentais, participação da própria comunidade, dos adolescentes e de suas famílias. Essas últimas entendidas, no programa, como relações entre pessoas que se configurem com laços consanguíneos e/ou afetivos, sendo formalizados legalmente ou não. O programa aponta, como diretriz, a obediência ao princípio da integralidade, considerando a questão multidisciplinar e intersetorial, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996). Esta foi a primeira política pública brasileira voltada para os adolescentes e, apesar do lapso evidenciado pelo não envolvimento dos adolescentes na produção e na análise desta, o PROSAD atuou como um relevante pioneiro para as políticas públicas direcionadas a este público (JAGER et al., 2014).

Ao longo dos anos, diversas outras políticas foram publicadas a fim de orientar os profissionais na atenção dispensada às crianças e adolescentes em situação de violência. Algumas políticas criadas no âmbito da Saúde foram: “*Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência*” (BRASIL, 2011); “*Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*” (BRASIL, 2010c); “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*” (BRASIL, 2010b).

No âmbito da Educação, foi criada a lei nº 11.525, de 25 de setembro de 2007, que dispõe sobre a inclusão de conteúdo no currículo do Ensino Fundamental que diga respeito aos direitos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2007). O próprio ECA sofreu alterações em 2014, a fim de garantir que fossem criadas oportunidades de ações intersetoriais locais com o intuito de criar planos de atuação coletiva enfatizados nas famílias em condição de violência, com cooperação de trabalhadores da Saúde, da Assistência Social e da Educação, juntamente com os demais órgãos ligados à proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2014).

Já a Política Nacional de Assistência Social prevê, por intermédio do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a organização das suas ações em duas frentes: Proteção Social Básica, dedicada a ofertar serviços às famílias e aos indivíduos em vulnerabilidade social, e a

Proteção Social Especial, designada a oferecer serviços às famílias e aos indivíduos em situação de risco por abandono, cumprimento de medidas socioeducativas, abuso sexual, maus-tratos físicos, entre outros. Esta política também prevê o direcionamento da população atendida para outras políticas públicas, contribuindo para o fortalecimento de atitudes intersetoriais (BRASIL, 2005b).

No âmbito da política de assistência social, o Sistema Nacional de Atendimento Socio-Educativo (SINASE) propõe a implementação de medidas socioeducativas por: internação provisória, internação, semiliberdade e serviços à comunidade, obedecendo aos direitos humanos e buscando a integração entre os sistemas da saúde, assistência social, educação, justiça e segurança pública, além da participação efetiva da família (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar o papel do Conselho Tutelar, um órgão autônomo sem a prerrogativa legal de julgar e aplicar leis, mas com o dever de atuar conjuntamente com os demais órgãos do governo. Surge a partir do ECA, e sua implantação em cada município se dá mediante lei municipal e com eleições de conselheiros por meio de votação. Tem a função de garantir que os direitos das crianças e dos adolescentes sejam cumpridos pelos serviços de educação, saúde e assistência social e, também, o papel de ser mediador entre a sociedade e o poder judiciário (BRASIL 1990; BRASIL, 2010b).

Destaca-se que, para se lidar com a problemática da violência, a operacionalização da intersetorialidade é fundamental, uma vez que possibilita parcerias efetivas entre diferentes segmentos, como educação, saúde, entre outros. A efetividade da parceria se dá pelo forte engajamento entre os profissionais atuantes nestes segmentos, de maneira interdisciplinar (SANTOS et al., 2011). Segundo Junqueira (2004), as parcerias firmadas configuram uma rede, ou seja, uma integração, por meio de políticas sociais, entre organizações e indivíduos que se relacionam e firmam compromissos com a finalidade de contribuir com o bem-estar da sociedade.

No entanto, por diversas vezes, a conduta preconizada pelas políticas públicas não é seguida, por desconhecimento da rede de cuidados ou despreparo profissional. Em um estudo realizado com profissionais da educação de uma creche localizada em um distrito da cidade de Botucatu - SP, algumas educadoras relataram que, em determinados casos, suspeitavam que as crianças estivessem sendo vítimas de violência. Apesar disso, não sabiam como reagir e tinham o receio de notificar à coordenação escolar, temendo que sua fala fosse confrontada com a fala do responsável, que negaria qualquer acusação. Manifestaram ainda o temor de retaliação se, caso denunciassem, fossem descobertas pelos agressores e perseguidas por eles, revelando o sentimento de medo e de impotência (ANDRADE, 2012).

Por meio de outra pesquisa feita com profissionais de saúde, objetivando analisar a percepção dos mesmos frente à abordagem realizada em casos de maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes, revelou-se haver despreparo profissional relacionado à identificação dos maus-tratos sofridos, se esses não forem acompanhados de lesões físicas. Nesse sentido, pela dificuldade de identificação de maus-tratos como uma forma de violência, os serviços de apoio à criança em situação de violência acabam não sendo contatados, impossibilitando-se uma ação intersetorial (GOMES, 2002). Casos como estes podem levar a subnotificação, visto que os profissionais de saúde são os responsáveis legais pela notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; MOREIRA, G. et al., 2013).

A inexistência da integração entre os setores de saúde, educação e ação social, mesmo considerando, muitas vezes, a proximidade geográfica dos mesmos, exemplifica a dificuldade de se executarem medidas preventivas eficazes contra a violência envolvendo crianças e adolescentes caso políticas de articulação intersetorial não sejam incorporadas (PORDEUS; FRAGA; FACO, 2003; PAIXAO; DESLANDES, 2010).

Por experiências similares às expostas acima, diretrizes do Ministério da Saúde e da Política de Assistência Social, além de estudiosos da área, apontam a intersetorialidade como um caminho para o fortalecimento das relações e melhorias na qualidade de vida da população que convive com a violência (BRASIL, 2005b; 2010c; NJAINE et al., 2006). A ação conjunta de diferentes setores no tocante a violência é possível tomando-se como base o entendimento específico deste princípio doutrinário do SUS, a intersetorialidade. Seu conceito abrange a ideia de integração entre os diversos setores da sociedade, a fim de:

articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2003, p. 141).

A consumação da ação intersetorial se dá pelo entendimento comum, entre os serviços, sobre propósitos e ações de cada parte envolvida em determinado aspecto a ser trabalhado. Envolve, ainda, condutas e políticas sociais conectadas que repercutam na qualidade de vida da comunidade, pela busca por diversas alternativas de combate aos impasses sociais (JUNQUEIRA, 2004).

1.3 Violência na adolescência: desafios da abordagem intersetorial

O grupo etário correspondente aos adolescentes (10 a 19 anos) representava, nos Censos de 1991, 2000 e 2010, respectivamente 21,8%, 20,8% e 17,9% do total da população brasileira (CARVALHO, 2004, BRASIL, 2000a, 2010a).

Se, em 1991 e 2000, constituíam a “onda jovem” (MADEIRA, BERCOVICH, 1992), ao longo dos anos diminuem a sua participação no total da população, e a “onda” tende a avançar para as idades mais velhas, em decorrência da queda da natalidade e aumento da expectativa de vida das pessoas. As pirâmides etárias mostram que o país está em uma fase de transição, caminhando para se configurar como um país de idosos e com redução da população economicamente ativa (BRITO, 2007).

A transição da característica populacional é, portanto, uma importante razão para se trabalhar a prevenção da violência com as faixas etárias que serão economicamente ativas no futuro, visto que esta produtividade será importante para o país. Segundo PRADO e PEREIRA (2008), as consequências da violência deixam muitas sequelas, diminuindo a produtividade e aumentando os gastos (BRASIL, 2010b).

Dados de 2009 mostram que, em cada 100 mil adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos, 19,1 deles foram mortos por homicídio, ou seja, uma média de 11 assassinatos de pessoas nesta faixa etária por dia. Em relação aos casos de exploração sexual, o Disque Denúncia Nacional, coordenado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, aponta que, das denúncias recebidas no primeiro semestre de 2010, 80% das vítimas eram adolescentes do sexo feminino. Este serviço recebe, em sua maioria, denúncias sobre violência sexual e psicológica, chegando a 7,2 mil relatos denunciados de janeiro a julho de 2010. A negligência ocupa o segundo lugar em números de denúncias neste mesmo período, com 5,8 mil casos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Considerando a faixa etária vítima de violência, um estudo realizado em 2010, com base nos dados nacionais do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), levantou que 25,4% das notificações registradas no VIVA, em todo o Brasil, de violência doméstica, sexual e outras violências, são encontradas na faixa de 10 a 19 anos (ASSIS et al., 2012). Em 1980, aproximadamente 53% das mortes de indivíduos entre 15 e 24 anos, no Brasil, foram oriundas de causas externas, entre homicídios, suicídios, acidentes, entre outros. Este percentual subiu para 72% em 2002 (GALINKIN; ALMEIDA; ANCHIETA, 2012). Já em 2011, mais de 73% das mortes entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos foram provenientes

de causas externas (DATASUS, 2011). Entretanto, este indicador mascara outros aspectos relacionados a este agravo, pois, dentre os jovens e adolescentes, muitas mortes são frutos de ações violentas e acidentes. Dentro desse cenário, cabe ressaltar que, apesar do ônus com hospitalizações, atendimentos médicos e procedimentos de emergências, a adoção de dados de mortalidade e hospitalizações como indicador da magnitude da violência subestima a gravidade destes eventos, visto que muitos deles não causam internação ou morte (WHO, 2007; LUZ et al., 2011). De acordo com uma pesquisa realizada com base nos dados de 2009 do VIVA, constatou-se que, dos atendimentos em serviços sentinela para urgências e emergências das capitais brasileiras, somente 10% dos casos de acidentes e violência entre adultos resultaram em hospitalização (LUZ et al., 2011).

A violência é vista como um desafio à intersetorialidade e levanta dúvidas quanto ao seu enfrentamento. A complexidade que envolve as situações e vivências da violência na adolescência aumenta ao se considerar a dificuldade dos profissionais que, muitas vezes, não tratam a questão com transversalidade entre os setores envolvidos com o problema. Se a violência, por si só, deve ser compreendida em sua multidimensionalidade, a violência contra e entre adolescentes deve também ser tratada de forma intersetorial e nos diferentes níveis: familiar, escolar e comunitário (MACHADO, 2011).

Em uma recente pesquisa, as autoras reforçam que as diversas questões da violência não devem ser vistas como aquém da responsabilidade dos representantes das políticas públicas, sendo de competência desses, a defesa e a recuperação da cidadania. No citado estudo, os participantes que atuavam na educação e na ação social fizeram menção a estratégias de enfrentamento da violência adotadas em conjunto com serviços de assistência social, segurança pública, conselho tutelar, saúde e educação. Apesar deste enorme avanço, muitas dificuldades foram relatadas, como: a mobilização momentânea dos envolvidos com a simples finalidade de manter o selo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a dificuldade de colocar em prática o plano municipal de enfrentamento à violência, os poucos recursos financeiros, desordenado alicerce governamental e resistência de familiares na tentativa de formação de parcerias com eles (VIEIRA et al., 2015).

Segundo Melman et al. (2009), para os que desejam construir redes de paz, a participação em conflitos diante das dificuldades, em contraposição à atitude de inércia, torna-se necessária. Porém, o enfrentamento não pode ser exercido de maneira violenta. Pelo contrário, precisa ocorrer de forma pacífica e respeitosa, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento das relações sociais. Para arquitetar uma rede de cuidados intersetorial fortalecida, investimentos devem ser destinados à estruturação dos serviços e à capacitação

dos servidores. Com esta concepção, o programa Tecendo Redes de Paz, bem como demais projetos bem-sucedidos (GOMES et al., 2010), mostraram que, apesar das dificuldades, a execução das políticas públicas de combate à violência é praticável, desde que a comunidade, as equipes de trabalho, os gestores e os governantes sejam sensibilizados quanto à prioridade que a questão da violência deve ocupar, em todos os níveis de governo (MELMAN et al., 2009; GOMES et al., 2010).

Diante do contexto e da complexidade que envolve a violência na fase da adolescência, nos cenários familiar, escolar e comunitário, faz-se necessário entender, em perspectiva ampla, as principais políticas de proteção para esse grupo, e, mais especificamente, como estão sendo desenvolvidas as ações dos setores públicos envolvidos com este problema.

Não obstante, embora a discussão sobre a intersectorialidade esteja bastante presente no âmbito da gestão pública, e, apesar da tentativa de diversas frentes setoriais de colocá-la em prática, sua operacionalização ainda é incipiente. Desenvolver estratégias de intersectorialização é um grande desafio, e poucas experiências se mostraram efetivas (AKERMAN et al., 2014).

Com isso, é profícuo lançar perguntas ao se pesquisar, avaliar ou planejar ações intersectoriais de cunho social, tais como: Qual a função do setor da saúde? O que faz com que os personagens principais se distanciem? Quem dá o primeiro passo para iniciar ações intersectoriais? Com quais fortalezas e debilidades se deparam estes profissionais? Além da vontade política, imprescindível neste empreendimento, estratégias de operacionalização da intersectorialidade precisam ser construídas para que este princípio seja efetivo e, assim, se formulem teorias relacionadas à sua práxis, algo inexistente até então (AKERMAN et al., 2014).

Nesse sentido, pesquisas envolvendo profissionais dos setores envolvidos com os adolescentes são necessárias, a fim de se contribuir para o refinamento do diagnóstico sobre a atenção intersectorial na questão da violência na adolescência, mapeando os serviços prestados separadamente e em redes. Por isso, propõe-se este trabalho na expectativa de se obter um panorama das ações conjuntas e isoladas no enfrentamento da violência na adolescência e da promoção da segurança nesta etapa da vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as percepções e experiências de profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social sobre a percepção da violência que envolve os adolescentes sob a ótica da intersetorialidade.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as concepções dos profissionais quanto às diferentes formas de violência vivenciada por adolescentes.
- b) Levantar as ações realizadas pelos profissionais com adolescentes.
- c) Descrever a organização e possibilidades de ações intersetoriais em relação à violência.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, objetivando o aprofundamento no universo dos significados individuais, que é a busca das representações do fenômeno estudado para a pessoa, ou seja, o que determinado fenômeno significa para ela (TURATO, 2005). Considera-se que a metodologia de cunho qualitativo tem por finalidade explorar a dimensão subjetiva e intersubjetiva deste fenômeno (MINAYO, 2012).

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Botucatu, no distrito periférico de Rubião Júnior, que abarca também uma região rural. Botucatu se caracteriza por ser um município considerado de médio porte, localizado na região centro-sul do estado de São Paulo, que tem uma área de 1.482,64 km², no ano de 2016, com população estimada em 134.585 habitantes e densidade demográfica de 90,96 habitantes/km², para o ano de 2015 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2016).

De acordo com a Secretaria de Educação do município, Botucatu possui 51 escolas do ensino infantil, médio e supletivo e conta com, aproximadamente, 13.000 alunos matriculados (BOTUCATU, 2013).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do município possui cinco unidades de Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) distribuídas entre as cinco regiões da cidade: Central, Sul, Norte, Leste e Oeste, e com um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Além disso, o município conta com o Centro de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), ONG que atua no atendimento aos maus-tratos infantis.

Em relação aos serviços de saúde, possui 27 equipamentos sociais da rede pública municipal. Dentre eles: três policlínicas e 15 serviços de atenção primária, especificamente, três Unidades Básicas de Saúde e 12 Unidades de Saúde da Família (DATASUS, 2014). Possui, ainda, um Centro de Saúde Escola para atenção primária, que se divide em duas unidades (Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária).

O distrito de Rubião Júnior está situado na região oeste do município de Botucatu e, em 2010, contava com população de 6.770 habitantes, sendo 1.311 com idades entre 10 e 19

anos (CARANDINA; ALMEIDA, 2010). Este distrito tem uma grande extensão rural, e abarca, em seu território: uma unidade de saúde da família com duas equipes, um centro de referência de assistência social, uma escola municipal e estadual, ou seja, que atende do primeiro ano do Ensino Fundamental ao terceiro ano do Ensino Médio, duas creches, sendo uma municipal e outra mantida por uma instituição religiosa, em parceria com a prefeitura, e alguns comércios na parte urbana, que se situa próximo ao Campus da Universidade Estadual Paulista – UNESP, onde se localiza, também, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC- FMB). O distrito aparece, com certa frequência, nas mídias locais por casos que envolvem o tráfico e o uso de drogas. Mapa da região pode ser observado no Anexo 1.

A proporção de adolescentes por unidades básicas de saúde em Botucatu, para o ano de 2010, mostra que o distrito de Rubião Júnior está na 3ª colocação: 17,2% Jardim Yolanda; 18,2% Peabiru; 19,4% Rubião Junior; 20% Jardim Aeroporto; 20,4% Parque Marajoara, 23,2% Santa Eliza (CARANDINA; ALMEIDA, 2010).

Apesar de Rubião Junior estar na 3ª colocação, em comparação aos bairros citados, na proporção de adolescentes atendidos na unidade de saúde, os critérios de escolha para a realização da pesquisa neste distrito, em detrimento dos demais bairros, foram:

1. Proximidade da unidade de saúde com a escola, partindo da inferência de que grande parte desses alunos é atendida na respectiva unidade de saúde e, também, pelo CRAS do distrito de Rubião Júnior;
2. Conhecimento do território devido à pesquisadora ter realizado estágio curricular e pesquisa de campo neste distrito durante a graduação e;
3. Contato prévio com as unidades do distrito, tornando exequível a coleta de dados.

3.3 O campo: participantes da pesquisa e diferentes técnicas de coleta de dados

Participaram desta pesquisa, trabalhadores dos segmentos de Saúde, Educação e Assistência Social do distrito de Rubião Júnior. Também fizeram parte da pesquisa conselheiras tutelares do município.

A Escola Estadual incluída na pesquisa tem, em seu quadro de funcionários, vinte e quatro professores do Ensino Fundamental II e vinte e cinco professores do Ensino Médio; duas coordenadoras, sendo uma do Ensino Fundamental I e a outra do Ensino Fundamental II e do Ensino Médio; uma diretora e uma vice-diretora. Os professores foram convidados a participar da pesquisa durante uma reunião interna, e somente os que compareceram na data e

horário de reunião cedida pela direção e, além disso, autorizaram mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, participaram da pesquisa.

A Unidade de Saúde da Família do Distrito de Rubião Junior tem duas equipes, uma para a zona rural do distrito e outra para a zona urbana. Cada equipe tem em seu quadro de funcionários: uma enfermeira, um médico, quatro auxiliares/técnicas de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, um auxiliar de limpeza e um auxiliar administrativo. A equipe urbana tem seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, a equipe rural, três ACS. Outros funcionários atendem simultaneamente às duas equipes: um médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e uma auxiliar de farmácia. Dentre as enfermeiras, médicos, ACS e auxiliares/técnicas de enfermagem, participaram das entrevistas e grupos apenas os servidores que aceitaram o convite feito em reunião de equipe.

O CRAS oeste conta com: duas assistentes sociais, sendo uma delas a gestora da equipe, uma psicóloga, uma monitora, uma auxiliar administrativa, um auxiliar de limpeza, uma estagiária de psicologia e uma estagiária do Ensino Médio. Dentre as técnicas que atuam com os adolescentes, participaram as que aceitaram o convite feito por intermédio da gestora.

O CREAS tem seis assistentes sociais, sendo: uma gestora da equipe, uma psicóloga, um auxiliar administrativo, uma auxiliar de limpeza, quatro estagiários do serviço social, três estagiárias de psicologia e um estagiário do Ensino Médio. As técnicas deste serviço estavam em atividade extra no município, na data acordada com os demais serviços de assistência social, portanto, somente a gestora teve disponibilidade de participar da pesquisa.

O CRAMI tem, em seu quadro, onze assistentes sociais e duas psicólogas, portanto, somente duas profissionais tiveram disponibilidade de participar da pesquisa. Das cinco conselheiras atuantes, três declararam disponibilidade e aceitaram participar da pesquisa.

A proposta inicial era realizar um grupo focal com representantes de cada um dos setores (Saúde, Educação e Assistência Social) e outro com os gestores, mas o conflito de agendas logo se mostrou um grande empecilho, sendo necessário distribuir os participantes conforme suas disponibilidades. Logo, a pesquisa empírica demandou diferentes técnicas de levantamentos de dados: grupos focais, entrevistas semiestruturadas e um grupo de discussão.

Grupos focais:

Grupo focal número 1: Saúde (operadores das Políticas Públicas de Saúde atuantes na estratégia de saúde da família) com dez participantes.

Grupo focal número 2: Educação (operadores das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica: professores do Ensino Fundamental II e do Ensino Médio) com doze participantes.

Grupo focal número 3: Assistência Social (operadores da Política Nacional de Assistência Social: técnicas do CRAS e do CRAMI, com sete participantes.

O grupo focal é uma técnica, “onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não-constrangedor” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Na presente pesquisa, foram consideradas todas as características pertinentes a um grupo focal, como: composição de seis a 15 participantes, seleção de forma intencional, duração em média de uma hora e meia, coordenação de um moderador, que deve encaminhar a discussão de maneira a instigar a participação de todos de maneira livre, sem estabelecer respostas certas ou erradas, tendo atenção em manter o foco do assunto, e o acompanhamento de um observador, que auxilia na observação de expressões não verbais e análise do conteúdo gravado, tendo atenção aos possíveis vieses provocados pela mediação do moderador. “A utilização de sessões de grupo como técnica de pesquisa é recomendada pela maior possibilidade que oferece para se pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473). Nestas reuniões se reproduz o que acontece fora deste cenário e, dessa forma, é possível que se observem conflitos gerados e como são resolvidos.

Os grupos focais foram conduzidos por uma moderadora, ora a pesquisadora, ora a coorientadora da pesquisa, e auxiliados por uma observadora (ora a pesquisadora, ora uma técnica da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva - UPeSC).

Os grupos ou as entrevistas foram iniciados após ciência dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices 1.1 e 1.2) sendo os depoimentos da seção gravados por equipamento próprio para essa técnica¹, os quais foram transcritos e destruídos após análise dos dados.

¹ Equipamento com 12 canais/microfones para gravação, disponibilizado pela UPeSC.

Entrevistas:

Inicialmente, se tinha a intenção de realizar um grupo focal composto com os gestores da área da saúde, educação e assistência social. Contudo, devido à dificuldade de se encontrar uma data em comum, optou-se por realizar entrevistas individuais. Nesse sentido, os gestores foram entrevistados individualmente, por meio de um roteiro semiestruturado, com as mesmas questões norteadoras utilizadas nos grupos focais (Apêndice 2). Ao todo, foram realizadas cinco entrevistas com gestoras.

A entrevista semiestruturada considera a presença do entrevistador e possibilita um ambiente de naturalidade para manifestação das concepções de cada entrevistado, com liberdade de expressão. A partir das perguntas colocadas, permitem-se, neste contexto, ampliações para outras questões que surgem à medida que as respostas vão aparecendo (TRIVINÕS, 1995).

Grupo de discussão:

Foi ainda realizado um grupo de discussão com três conselheiras tutelares. A pequena quantidade de participantes inviabilizava a realização de grupo focal, e a indisponibilidade das conselheiras inviabilizava as entrevistas individuais. Portanto, realizou-se o grupo de discussão, que foi gravado e também teve, por referência, as questões norteadoras utilizadas nos grupos focais.

A técnica do grupo de discussão permite ao pesquisador reconhecer a relevância de uma delimitada temática. O método de escolha dos participantes não se dá por determinado número expressivo, mas considerando a composição de um conjunto de ideias embasadas nos pensamentos e nos saberes dos entrevistados sobre os tópicos guias abordados. Os tópicos guias referem-se às questões que servem como fomento para a argumentação entre os participantes (WELLER, 2006).

As entrevistas e o grupo de discussão foram realizados pela pesquisadora.

A todos os participantes da pesquisa, inicialmente, era entregue um formulário para responderem individualmente, composto por questões que permitiam a caracterização dos mesmos quanto a: idade, sexo, formação, tempo de atuação (Apêndice 3).

Mesmo considerando a divisão por setores na coleta de dados, pelos conflitos de agendas apresentados, reforça-se que, ainda assim, a maior dificuldade encontrada foi o agendamento com cada serviço, sendo pleiteadas diversas datas para a realização dos grupos e entrevistas, o que levou a equipe e a pesquisadora a retornarem a alguns serviços em mais de um agendamento, a fim de conseguirem coletar os dados.

3.4 A análise dos dados

Foi realizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) na modalidade Análise Temática, cujos passos são: pré-análise, que permite a organização do material e reconhecimento das ideias iniciais do texto, a partir da leitura de cada uma das entrevistas, com a finalidade de além do reconhecimento do texto, obter o levantamento das impressões que servem de orientação para o início da análise dos dados, ou seja, uma leitura flutuante das transcrições para apropriação das falas. Nesta etapa, as entrevistas transcritas na íntegra foram lidas exaustivamente, com o intuito de encontrar aproximações e distanciamentos em cada fala, de grupo para grupo e de gestor para servidor.

Fase de exploração, com um estudo aprofundado, seguindo os objetivos e o referencial teórico, o que possibilita uma transformação dos dados brutos do texto, por meio de recortes, classificação e agregação, chegando a representação do conteúdo e posterior categorização. Aqui foram iniciados os recortes e agrupamentos de narrativas representativos de cada grupo ou entrevista, procurando construir categorias que os identificassem. Um importante artifício foi a mudança da cor da fonte do material transcrito, a fim de identificar a origem da fala mais facilmente e evitar equívocos.

Na fase de tratamento dos resultados, foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e pela fundamentação teórica, as quais permitem obter os resultados e considerações sobre o estudo. Ao se analisarem os dados, algumas categorias foram aglutinadas e reordenadas para melhor raciocínio lógico e compreensão da mensagem. A estratégia da intersectorialidade balizou a construção e reordenação da maioria das categorias.

3.5 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sendo aprovado sob o número de parecer 737.680 de 4 de agosto de 2014, com a ressalva de aguardar a obtenção das autorizações dos dirigentes das instituições para, então, iniciar a coleta de dados. Após o recebimento de todas as autorizações, iniciou-se a coleta. Destaca-se que todos os participantes assinaram o TCLE para participação em estudo envolvendo seres humanos. Foram elaborados dois TCLE: um para o grupo focal e outro no caso de necessidade de entrevista estruturada e individual, respectivamente Apêndice 1.1 e 1.2. O grupo de discussão assinou o TCLE para entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Apresentação dos participantes

Serão descritas algumas características do conjunto dos participantes da pesquisa, para melhor contextualização e compreensão da análise posterior.

Tendo em vista a fácil identificação desses participantes, tomou-se o cuidado de apresentar esses dados de forma geral.

Grupos focais:

Saúde (operadores das políticas públicas de saúde atuantes na atenção básica em saúde), realizado com 10 participantes, compreendendo os seguintes profissionais: médicos, ACS, auxiliares e técnicas de enfermagem. A idade variou entre 25 e 55 anos e o tempo de experiência das profissionais foi de três meses a 16 anos. Todos as componentes eram do sexo feminino. Três tinham o ensino superior completo, e as demais tinham o ensino médio completo.

Educação (operadores das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica), realizado com 11 participantes, compreendendo professores do Ensino Fundamental II e do Ensino Médio. A idade variou entre 32 e 50 anos e o tempo de experiência dos profissionais foi de seis a 24 anos. Dos 11 componentes, um era do sexo masculino. Todos tinham o ensino superior completo, sendo que, entre eles, seis tinham, também, uma pós-graduação completa.

Assistência Social (operadores da Política Nacional de Assistência Social: técnicas do CRAS e do CRAMI), com sete participantes, compreendendo assistentes sociais e psicólogas. A idade variou entre 28 e 46 anos e o tempo de experiência das profissionais foi de 11 meses a 20 anos. Havia uma participante estagiária há uma semana. Todas as componentes eram do sexo feminino. Uma participante tinha o ensino superior incompleto, atuando como estagiária, as demais ensino superior completo, inclusive, cinco tinham, também, a pós-graduação completa.

Entrevistas:

Foram realizadas cinco entrevistas: Saúde: enfermeira gerente da unidade; Educação: Vice-diretora e coordenadora; Assistência Social: coordenadoras do CREAS e CRAS. A idade das entrevistadas variou entre 30 e 53 anos e o tempo de atuação das profissionais foi de 7 a 24 anos. Todas eram do sexo feminino, tinham o ensino superior completo e a pós-graduação completa.

Grupo de discussão:

Realizado com profissionais do Conselho Tutelar, compreendendo advogada, administradora e psicóloga, sendo que duas tinham pós-graduação completa. A idade variou de 46 a 58 anos e o tempo de atuação de três a seis anos.

Tabela 1. Distribuição das características dos participantes submetidos a cada técnica de coleta de dados

Características Técnicas	Idade média (anos)	Sexo		Escolaridade			Tempo médio de atuação (anos)	Total de participantes
		H	M	Ensino Médio	Superior	Pós- graduação		
Grupo focal								
Saúde	37		10	7	3		6,9	10
Educação	41,1	1	10		5	6	11,5	11
Assistência Social	38,8		6		1	5	8.73	6*
Entrevista	44,2		5			5	15	5
Grupo de discussão	51,3		3		1	2	3,1	3
Total	42,5	1	34	7	10	18	9	36

*Excluída uma estagiária (superior incompleto) de 28 anos e uma semana de atuação.

4.2 O olhar e a articulação intersetorial na abordagem da violência

O considerável período de atuação dos profissionais junto aos adolescentes possibilitou, aos mesmos, contribuírem em termos de concepções a respeito da violência que envolve o universo do adolescente, bem como apresentando exemplificações das formas de violência observadas, o que poderia, inicialmente, sugerir uma homogeneidade na atuação desses profissionais.

Contudo, à medida em que vão fazendo os relatos de suas experiências, observa-se a existência de heterogeneidade e especificidade nas formas de atuação.

A partir da análise dos relatos dos profissionais em cada grupo focal, entrevista e grupo de discussão, foi possível identificar seis categorias temáticas:

- 1ª) Diferentes cenários e formas de violência na adolescência
- 2ª) Estratégias de abordagem da violência com os adolescentes
- 3ª) A Transgeracionalidade e Contexto da violência e importância do trabalho com as famílias
- 4ª) Satisfações e frustrações do trabalho com adolescentes
- 5ª) Despreparo profissional: culpabilização e estigmatização das famílias e dos adolescentes
- 6ª) Atenção intersetorial para adolescentes em situação de violência: expectativas e possibilidades

As respectivas unidades de registro que representam os relatos dos profissionais serão identificadas segundo a legenda abaixo:

S	Grupo focal da Saúde
E	Grupo focal da Educação
A	Grupo focal da Assistência Social
GE1	Gestora da Escola nº 1
GE2	Gestora da Escola nº 2
GA1	Gestora do serviço de assistência social nº 1
GA2	Gestora do serviço de assistência social nº 2
GS	Gestora da Unidade de Saúde
CT	Conselho Tutelar

4.2.1 Diferentes cenários e formas de violência na adolescência

Foi possível observar a amplitude da percepção dos profissionais sobre as diferentes manifestações da violência envolvendo os adolescentes. Os relatos indicaram desde a violência recebida pelos adolescentes, como a física, psicológica, verbal, sexual, doméstica, além de *bullying*, negligência, tráfico, prostituição, violência estrutural, como a violência praticada por eles, como a violência contra o corpo docente, contra a equipe de atendimento de saúde e, muitas vezes, associando as ocorrências ao uso de drogas. Percebeu-se pelas falas, que os adolescentes são tanto vítimas quanto autores das violências. O *bullying* e demais tipos discutidos adiante exemplificam estes comportamentos.

Interessante verificar que os profissionais, além de apontarem a violência física na interação entre os adolescentes, também sobressaiu, em seus relatos, a violência verbal, demonstrando, assim, certo grau de sensibilidade para além do que se vê, mas, sobretudo, na interação e forma de comunicação violenta entre os alunos. Os relatos mostraram que a escola acaba sendo um palco da violência, onde o adolescente libera os problemas.

É verbal, eles adoram se agredir verbalmente. Eles fazem muito, qualquer coisa é motivo. Não tanto a violência física, a violência física eu vejo pouco. Eu vejo falarem que as escolas estão tão violentas, mas eu não vejo essa violência nas escolas, do jeito que falam, que a sociedade fala. E acho que realmente não existe tudo isso que é passado. É um caso ou outro, é esporádico. São mais palavras de baixo calão, isso direto. GE1

Agrediu a professora, no corredor, deu uma trombada proposital, no corredor da escola. E

A escola [...] é o espaço onde ele consegue liberar esse problema todo. E

Briga de adolescentes por causa de meninos, namoro, na escola, na porta da escola principalmente, já vi muito. S

Violência física entre os adolescentes [...] a própria violência dentro da escola. GA1

Desde a mais simples que é um xingamento, que é muito recorrente em palavrão, eles são fluentes no palavrão, até violência física. Mas muitas vezes eles discutem ou se agredem fisicamente até, e a gente pergunta: ‘o que aconteceu?’- ‘Ah, é porque ele estava me olhando’. Então, é uma tolerância muito tênue, eles não toleram mais nada, não se conversa mais. GE2

Em pesquisa realizada por Njaine e Minayo (2003) na região sul do Brasil, foi apontado, pela percepção dos professores, que a escola é o local onde os adolescentes acabam extravasando as formas de violência vivenciadas no ambiente familiar, ou seja, alunos com histórico de agressividade e vandalismo na escola passam por essa vivência em casa. Alguns professores referiram que o comportamento dos alunos é “agressivo, intolerante, apático e de baixa autoestima” (p. 4). Estes comportamentos poderiam ser explicados pela influência familiar de pais igualmente intolerantes e desatenciosos (NJAINE, MINAYO, 2003). Nesse sentido, a escola passa a ser o contexto de manifestações de violências experimentadas em casa.

Surgiu ainda, nos relatos, a violência física no contexto do namoro:

Um casal de namorados que se bateu, eles se desentenderam e tanto a moça bateu no moço, quanto o moço bateu na moça. GS

Estudo desenvolvido em Portugal mostrou que, embora a posição característica da mulher em relações conjugais seja no papel de vítima, e do seu companheiro o de agressor, no namoro este desnivelamento entre os pares diminui, tendo a mulher como agressora também (MATOS et al., 2006).

A violência doméstica, entendida inclusive como negligência, quando a pessoa é desprovida de suporte adequado, segurança familiar, carinho e acolhimento, traz, igualmente, sequelas emocionais, como: sentimento de incapacidade, relacionamentos conflituosos, tentativas de suicídio e desordens mentais que podem durar por toda a vida (PRADO; PEREIRA, 2008). Observa-se, nas falas, o reconhecimento da negligência pelos diversos setores, revelando ser este um tipo de violência que se desvela em múltiplos contextos.

Eu fui lá atender um pedido de uma violência doméstica, e ela chama o filho de lixo! E chama o filho de lixo, [olhos começam a marejar], e esse daqui é o lixo da minha vida, e você vê a criança escorrer lágrimas no rosto. CT

A mãe é depressiva, ela tinha uma atitude violenta com o adolescente. GA1

Os pais mesmo, às vezes, a gente vê que não têm carinho, não têm afeto na consulta com o filho, não se importam. S

Pais ausentes, não participam da vida escolar do filho. E

A negligência que é um tipo de violência também. A

E é a mãe que não leva para a psicóloga, para o projeto, não põe em nenhum lugar, e aí cai na negligência. CT.

É mais fácil dar, entregar, do que sentar e dedicar o tempo, doar um pouco do tempo para o filho e dar atenção para ele. Então, eu vejo a violência inserida em cima disso, dessa falta de atenção. GA2

As situações de violência vivenciadas em casa também impactam negativamente nas escolhas dos indivíduos, inclusive contribuindo para comportamentos vulneráveis, conforme observado por um estudo com jovens mulheres praticantes de prostituição em uma cidade do interior paulista.

A fragilidade e a desestruturação das relações interpessoais no seio familiar, se portou como solo fértil e fecundo para que as situações de violência ali se instalassem e gerassem uma rede em cadeia de acontecimentos, favorecendo um baixo nível de autoestima, evasão escolar, sentimentos de não pertencimento e ausência de projetos de vida. (BOTELHO; FERRIANI, 2004. p. 201)

As situações elencadas podem provocar, nos adolescentes, sentimentos de insignificância, contribuindo para a descrença no adulto e rompimento das relações familiares; desta forma, os adolescentes acabam crescendo sem o primeiro nível de apoio: o familiar (BOTELHO; FERRIANI, 2004).

A violência estrutural foi timidamente percebida em um exemplo de morosidade no atendimento pela saúde.

Oftalmologista, tem aluno nosso que não enxerga, não consegue agendar no oftalmo, não tem dinheiro depois para comprar óculos, então assim, é uma mazela social. E

Esta espécie de violência é aplicável tanto às famílias quanto às instituições e sistemas governamentais que oprimem grupos de pessoas, ou indivíduos, denegando direitos e colaborando para a vulnerabilidade destes (MINAYO, 1994).

Em relação à violência sexual, as declarações mostraram que a maior parte dos agressores são pais, padrastos e irmãos.

A gente sabe de alguns casos que é violentado na casa, violência domestica. GE1

Não teve aquele caso também que o irmão abusa e a mãe sabe? S

Era a situação, pai pegando o filho durante um ano, trancando ele dentro do quarto toda noite e abusando dele. A

Essa semana chegou mais um VVS [vítima de violência sexual]. Uma menina já de 15 anos, mas desde os oito ela é violentada pelo padrasto. A

O abuso sexual foi bastante citado pelo grupo da Assistência Social e revelou-se que alguns casos vieram à tona na adolescência, mas eram praticados desde a infância.

A ocultação desta violência ocorre por muitos motivos: medo da criança de ser castigada futuramente, escolha pelo silêncio dentro da própria família e dificuldade de diagnóstico pela equipe de saúde. Por isso, os serviços de atendimento primário de saúde precisam estar sempre sensibilizados para o levantamento da suspeita, para que a equipe multiprofissional atue e torne possíveis projetos preventivos, contribuindo com a avaliação constante e melhorias no apoio prestado, desde a identificação do caso até segmento das repercussões físicas e psíquicas (ZAMBON, 2012).

A repercussão dos abusos sofridos na infância, se não detectados e acompanhados, é significativa na trajetória de vida dos indivíduos, que terminam desenvolvendo: ódio descomunal da realidade, ideias de perseguição, inclinação ao uso de drogas, maior suscetibilidade a sofrer novos abusos, gravidezes indesejadas, entre outros (PRADO; PEREIRA, 2008).

O bullying é um outro exemplo de violência sofrida pelos adolescentes.

Bullying é frequente, praticamente todos os dias você vê um caso de bullying. E

O que eu percebo é mais o bullying, que está mais frequente do que alguma outra violência. GA1

Dentre as práticas do *bullying*, incluem-se: ofensa, humilhação, fofoca, acusação, isolamento e agressão física. Os agressores são, em sua maioria, reprodutores do que sofreram, ou seja, cometem *bullying* porque já foram afligidos, e são impelidos a transferir a injúria antes experimentada (OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Em geral, a prática do *bullying* recai sobre a aparência física, capacidade intelectual e/ou formas de se vestir da vítima, causando, nelas, insatisfação com a imagem corporal, isolamento, dificuldade de se expressar e, conseqüentemente, desenvolvimento de hábitos sedentários, como permanecer mais de três horas diárias em frente à televisão, videogames ou

computador. Os praticantes de *bullying*, em geral, são do sexo masculino e alunos mais velhos, e as vítimas, mais frequentemente, meninas e alunos mais novos (RECH et al., 2013).

A execução do *bullying* ou da intimidação, termo adotado por Nascimento e Menezes (2013), é equivocada e veladamente interpretada como forma de interação entre os adolescentes, como brincadeiras inocentes; e, raramente, é enfrentada pela vítima que tem ligação de amizade com o agressor e não encontra manifestação de defesa da plateia que assiste, sem reação, por receio de que estas brincadeiras se direcionem a ela, ou por concordar com a intimidação. A concordância se dá por preconceito e desrespeito às diferenças, ou por não considerar este um ato que manifesta violência. A falta de intervenção, inclusive dos professores, faz com que o *bullying* seja perpetuado (NASCIMENTO; MENEZES, 2013). Por isso, a importância de se diferenciar brincadeira de ofensas, e coibirem-se atitudes maldosas.

De todos os tipos relatados até então, além da dor à vítima, incalculável, as consequências também perpassam o ambiente público e a sociedade, com gastos em tratamentos e perda de produtividade de quem sofreu os abusos (BRASIL, 2010b).

Em relação ao tráfico e ao uso de drogas, surgiram relatos do quanto este universo se aproxima do adolescente e quanto este problema se naturalizou. Pareceu ser comum, aos profissionais, se depararem com adolescentes envolvidos com drogas ilícitas. Pelos relatos, percebeu-se que este envolvimento traz certo status social e ganho de dinheiro, mas, também, vicia a ponto de levar meninas à prostituição para sustentarem sua dependência, configurando-se esta como um tipo de violência.

A gente tinha adolescente envolvida com namoro com presidiário e elas queriam fugir das reuniões para ir até a porta do fórum para encontrar com esses namorados que tinham sido presos, normalmente por tráfico de drogas. A

Jovens no crack, um menino de doze, treze, catorze anos, no crack. O problema do crack é uma coisa cronicada. E as meninas com dez, onze anos já se prostituem. É menos que o tráfico, mas mesmo assim, para as meninas manterem o pagamento da droga, é a prostituição. Então, eu já peguei caso da menina de 11 anos se prostituindo. CT

Na minha área a gente tem muito problema com droga, principalmente os meninos. A primeira coisa que eles fazem é abandonar a escola e vender droga nas biqueiras. S

Spagnol (2005) associa o envolvimento do jovem com o tráfico como uma maneira de crescer socialmente e conquistar bens de consumo, algo não acessível tão rapidamente sem essa forma. O envolvimento com o crime também pode tornar o adolescente atrativo para as garotas que enxergam isso com prestígio.

Ao aprofundar a questão, a GA2 citou que o uso de drogas ou o tráfico podem se relacionar com o desrespeito pelo outro, apesar de, em sua fala, não desconsiderar o desrespeito ao adolescente, uma mazela social.

Não respeitar o outro, essa é a maior violência que eu vejo no adolescente. E daí, por consequência, vem a questão do furto, do tráfico, do uso da droga. Mas, o que inicia tudo isso, é a falta de respeito. É o respeito com o próximo. Se ele tivesse isso, se ele conseguisse ver e respeitar o limite do outro, não existiria essa violência, eu acho. GA2

Todo contexto social e econômico vigente é refletido na construção da identidade do adolescente. Portanto, se faz necessário problematizar com os profissionais que trabalham com adolescentes, que o ECA e seus direitos por si só não garantem a proteção social proposta.

Pode-se tomar como exemplo a escolaridade, uma das prioridades para esse grupo populacional, que tanto em termos de direitos não tem acesso garantido, quanto em termos de possibilidade de acesso e inserção, pois, o fato de estar no ambiente escolar não garante a escolarização. Logo, o desrespeito praticado pelo adolescente pode ser um reflexo e uma consequência do desrespeito dirigido a ele, quando não lhe são assegurados, pelo Estado e pela comunidade, seus direitos.

Faz-se necessário trabalhar, também, a construção e solidificação de valores, para que não seja naturalizado o fato de que, por ser injustiçado, poderá o adolescente cometer injustiças. A construção de valores deverá instigá-lo a ser justo e defender e lutar pela preservação de um ambiente propício ao seu desenvolvimento. Neste sentido, deve o profissional repensar em que medida perpetua o desrespeito ao adolescente e nega-lhe direitos, e como sua influência na sociedade contribui para a mudança de paradigmas.

A violência dos adolescentes contra os profissionais foi citada em dois contextos: unidade de saúde e escola.

Eu vejo mais frequentemente a violência contra os próprios funcionários dentro da unidade. Na sala de espera com 60 pessoas eles [os adolescentes] ficam agressivos e xingam a gente. Eu imagino que quem se presta dessa forma por ene motivos, no seu convívio entre seus pais também seja violento. GS

A gestora fala sobre um comportamento agressivo que mostra quanto o adolescente pode ser agressivo em casa também, e atribui essa característica como sendo do próprio adolescente, sem mencionar a causa. Refere que, em seu relacionamento com seus pais, essa agressividade deva aparecer, mas não relaciona a agressividade à educação recebida. Apesar de estudos mostrarem que pais punitivos e violentos ensinam seus filhos a lidarem com os revezes da vida dessa maneira (PESCE, 2009), a agressividade pode aparecer em filhos cujos pais não são violentos, e uma explicação pode estar na sociedade em que o adolescente vive.

O adolescente manifesta, pela agressividade, algum abuso sofrido, além de sentimentos de angústia e desamparo (MENEGBEL; GIUGLIANI; FALCETO, 1998). O sofrimento causado a outro pode ser uma manifestação contra a violência estrutural fora do lar sofrida por ele (MINAYO, 1994), ou seja, revolta pelo que vivencia mesmo fora de casa.

O próprio descaso do aluno com relação à escola é uma forma de violência, eu acho. E

Então, os jovens, eles distorcem as coisas a favor deles. Chamar atenção é xingar, é desrespeitar. E

Em relação à violência na escola, existem, na sociedade contemporânea, diversas manifestações dela, nas quais os alunos são os principais autores, contra os colegas e professores. Isto prejudica o processo de ensino-aprendizagem e influencia desfavoravelmente no processo saúde-doença (SANTOS et al., 2011). O espaço que deveria servir para formar seres críticos passa, mediante a prática da violência, a restringir o desenvolvimento do indivíduo como “cidadão autônomo, crítico e ético” (CRUZ; PEREIRA, 2013. p. 249).

Os dois setores lesados pelas atitudes dos adolescentes, escola e unidade de saúde, podem unir forças contra esta prática. A fim de trabalhar estratégias para defrontar a violência dentro da escola, profissionais de saúde podem lançar mão da educação em saúde dentro das escolas, tendo como base a Educação Libertadora, estimulando circunspeção de professores e alunos sobre a motivação e as consequências dos atos violentos (SANTOS et al., 2011).

A Pedagogia Libertadora de Paulo Freire sugere que o educando seja o protagonista de seu aprendizado, devendo o educador estimular reflexões sobre o cotidiano e ambiente em que vive o aluno, trabalhando com ele de forma dialógica para que se sinta um ser capaz de oferecer críticas e mudar comportamentos (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Com as falas representadas, percebe-se em cada grupo, baseados em suas concepções e experiências, a ênfase em determinado tipo de violência, revelando que estes podem ser os tipos de violência com que cada setor mais entra em contato, ou, mesmo, os que mais conseguem identificar dentro do próprio contexto.

4.2.2 Estratégias de abordagem da violência com os adolescentes

Os variados segmentos citaram que, ao trabalharem com os adolescentes, utilizam: abordagens em grupo; conversas individuais; oficinas de prevenção à violência; visitas domiciliares à família, consultas individuais, trabalhos de sensibilização e autorreflexão. Mas, relataram sentir algumas dificuldades nessa dinâmica com o adolescente.

A gente tem um grupo de adolescentes a partir de 15 anos que participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e vinculado ao Programa Ação Jovem. A

O ProJovem é um programa do governo federal com o intuito de promover a socialização e a capacitação de jovens e facilitar sua inserção no mercado de trabalho. É uma importante estratégia para a prevenção da violência justamente por nutrir a prática da cidadania e proporcionar a integração social (VIEIRA et al., 2015).

Os profissionais citaram algumas atividades desenvolvidas envolvendo oficinas de prevenção, muitas vezes, indo a outro serviço a fim de alcançar o adolescente.

A gente foi fazer uma campanha dentro das escolas para que se perceba o bullying. GA1

Mais fácil... assim, quando a gente tem alguma coisa na escola aí você consegue falar com todos os adolescentes. S

Sobre oficinas de prevenção, a literatura reforça sua importância. Por meio do trabalho em conjunto com diferentes segmentos, é possível minimizar o problema da violência (BRASIL, 2011).

Outra estratégia adotada é a visita domiciliar, sobretudo, em casos de famílias vulneráveis, como as que perdem o benefício oferecido pelo Programa Bolsa Família. Sabe-se que os segmentos mais empobrecidos têm maior dificuldade de acesso aos bens e serviços, perpetuando, dessa forma, a desigualdade social (BURLANDY et al., 2007). Dessa forma, a visita domiciliar reaproxima o usuário do serviço e tenta reatar o vínculo perdido.

A gente vai fazer busca ativa, fazer visita domiciliar para essas famílias que estão com os benefícios suspensos. A

Observa-se, na fala da profissional da esfera da saúde, que as consultas individuais se dão pela busca espontânea do adolescente, quando há procura por um atendimento específico.

Às vezes você pega um pouquinho a moça, quando ela vem tomar iniciativa de fazer um Papanicolau. GS

Mesmo com o início precoce da atividade sexual, o conhecimento sobre a importância do Papanicolau ainda é pouco observado em adolescentes menores de 14 anos. Muitas também não procuram realizar o exame por medo ou vergonha. A educação em saúde realizada nas escolas e unidades de saúde da família com estas meninas, ainda antes de entrarem na adolescência, pode contribuir para maior procura pela consulta ginecológica, quando elas poderão, além de realizar o exame, obter informações sobre como ter uma vida sexual ativa saudável e com menor vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis ou à gravidez não planejada (CRUZ; JARDIM, 2013).

Trabalhos de sensibilização e autorreflexão foram identificados como importantes estratégias pelas gestoras da assistência social.

A gente busca através desses meninos, fazer uma reflexão, para que eles entendam porque que a gente está trabalhando com isso, para dar um norte para eles, porque muitas vezes, ele não tem isso em casa. GA2

A gente traz também algumas pessoas que já passaram por uma experiência de uso de droga na adolescência. Ele se identifica com essa história de vida e faz a autorreflexão. GA1

A promoção da autorreflexão, por meio de atividades em grupo, sensibiliza os adolescentes quanto à forma em que encaram as emoções vividas em família ou entre amigos, fazendo-os serem mais expressivos e assertivos em seus relacionamentos. Uma pesquisa feita

em Goiás, com adolescentes de famílias cadastradas no PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família), serviço de fortalecimento de vínculos familiares oferecido pela proteção social básica do SUAS, mostrou que o uso de um Programa de Habilidades Sociais, que consistiu em onze encontros com dinâmicas e atividades reflexivas, desenvolveu, nos adolescentes, habilidades de relatar problemas e sentimentos, inclusive de maneira assertiva, como recusar convites de colegas para consumo de álcool, sendo este comportamento um fator de proteção ao adolescente (SILVA; MURTA, 2009).

Os profissionais também identificaram dificuldade em abordar esses adolescentes. Contudo, percebe-se que a dificuldade se dá, muitas vezes, pela falta de empatia e interesses em comum entre as partes. Observa-se, na fala de uma profissional, que a proposta de trabalhar determinada temática, ao ser de interesse dela, e não do adolescente, acaba ficando sem sentido para o mesmo.

Quando a gente propõe alguma proposta de trabalho que eles não se interessam muito [...] a gente acaba falando sozinho. Eu tenho que ficar ‘por favor, gente, vamos prestar atenção’. A

Para você conseguir falar com eles tem que ser uma coisa para eles, alguma coisa que eles se interessem. S

Para qualquer público-alvo, a mensagem precisa ser direcionada. Precisa haver um conhecimento do público com o qual se trabalha e, então, adaptar a atividade para que seja interessante.

Observa-se, ainda, nos relatos, que não há uma sintonia entre profissionais e adolescentes; na verdade, os adolescentes não são apreendidos enquanto sujeitos de direitos nas abordagens dos profissionais, à medida que essas são elaboradas para os adolescentes, e não com os adolescentes.

A educação permanente dos profissionais atuantes, seguido de planejamento das ações envolvendo temas de interesse e relevância ao grupo-alvo e atividades desenvolvidas de forma dialógica, é fundamental para que o objetivo da educação em saúde seja alcançado (OLIVEIRA et al., 2009).

4.2.3 A transgeracionalidade e o contexto da violência e a importância do trabalho com as famílias

A violência vivenciada impacta na vida do adolescente, muitas vezes, fazendo-o replicar o comportamento em outros momentos.

É cíclica essa situação, não é mesmo? A mãe é alcoolista, o filho vai ter grande chance de ser alcoolista. Isso cientificamente hoje é comprovado, não é mesmo? Hoje é comprovado isso. Um pai drogado, a propensão de o filho ser drogado, é muita alta. CT

[...] Então, eu acho que isso tudo vai gerando os outros tipos de violência. Talvez se tivesse amor, carinho em casa, ou uma estrutura, não precisa nem ser pai e mãe, mas sei lá, a avó que está no lugar da mãe que dê isso para o adolescente. S

Não precisa nem falar, as atitudes falam mais do que qualquer palavra, ela estava copiando da mãe, é complicado mesmo. A

Ele põe em prática a violência que ele vive em casa, violência que ele vive na rua. E

Em estudo feito na cidade de São Paulo – SP, pesquisadores entrevistaram pessoas com problemas em seu núcleo familiar relacionado à violência associada ao uso de álcool. Muitos entrevistados relataram repetir comportamentos violentos aprendidos durante a convivência doméstica, replicando o mesmo padrão na formação da próxima geração. Trabalhos preventivos foram indicados para a interrupção da perpetuação dos comportamentos violentos pelos filhos, que, ao desenvolverem relacionamentos sociais saudáveis, podem adquirir aptidão de convívio interpessoal e mudança em seu padrão de conduta (TONDOWSKI et al., 2014).

Analisando as falas abaixo, verifica-se que as gestoras reconhecem que, se não for feito algo para quebrar o ciclo da violência, as consequências serão inevitáveis, e se preocupam por não ter condição – devido à organização do serviço e à demanda – de dar atenção ao adolescente em vulnerabilidade. Nesse sentido, demonstra a importância do trabalho não somente com os adolescentes, mas, também, com suas respectivas famílias.

Às vezes, as questões são tão urgentes [falando sobre a demanda diária], que essa aqui também é urgente [sobre o espaço na agenda da unidade ao adolescente em risco e vulnerabilidade], que daqui há alguns anos eu posso

ter casos de suicídios, de violência, de agressão, e gravidez não desejada, não planejada por conta da situação de vida que as pessoas passaram na infância e adolescência. Então, eu me preocupo, eu falo para a gestão tudo, mas é complicado. GS

Eu acho que o adolescente, uma grande parte dele, é vítima da violência porque é uma linguagem que ele já conhece em casa, ele não conhece outra. Então, ele agride porque ele é agredido. GE2

[...] uma série de consequência que o *bullying* traz, vai gerar violência, porque o adolescente vai ser agressivo e vai acabar gerando uma violência contra esse grupo. GA1

Ainda sobre o *bullying*, há indícios de que a criança que o sofre tenha maior probabilidade de desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático (ALBUQUERQUE; WILLIAMS; D'AFFONSECA, 2013). Mais uma vez, reforça-se a importância da prevenção para evitar ou minimizar este sofrimento.

Por outro lado, os profissionais também identificam que a família busca por auxílio nos serviços, mesmo que de forma equivocada, pois, ao transferir a responsabilidade para os serviços de apoio, a própria família denuncia dificuldade na socialização e a confiança que tem nos profissionais.

Eles se bateram em casa mesmo e a mãe levou para acertar, para a gente dar uma dura nele. GS

Então, a hora que vê que já foi para o caminho errado, aí que eles procuram alguma ajuda. Mas, às vezes, eu passo na rua e o que eu vejo é mãe gritando com a criança, xingando. S

Dos pais, numa grande maioria, virem para a escola com esse discurso: 'eu não sei mais o que eu faço com meu filho'. E

'Eu tenho medo de chamar atenção do meu filho'. A

Às vezes, está tendo conflitos dentro do conceito familiar, e essa mãe não consegue dar um norte. Então, a gente entra com o adolescente e com essa mãe. GA1

A sociedade carece das figuras paterna e materna, que executem seu papel de impor limites e nortear o caminho dos filhos em suas inquietações. As relações desgastadas e o não fortalecimento de vínculos entre pais e filhos resultam em baixa autoestima e comprometimento dos desenvolvimentos afetivo e cognitivo dos filhos (MARTINS; PILLON, 2008).

Os profissionais enxergam a capacitação da família como um instrumento importante na atenção aos adolescentes e em suas mudanças de comportamento. Porém é importante, ainda, que os profissionais, para além de culparem a socialização da família, reconheçam-se como atores nesse processo de transformação do adolescente.

O trabalho principal tem que ser com toda família, porque de lá vem a base, de lá vem a educação. A

O foco do trabalho do CRAMI são crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, mas na verdade é uma abordagem familiar. A

O foco do CRAS é atendimento às famílias. A

A vigilância dos pais reproduz adolescentes com sentimentos de pertença, muito importante para seu desenvolvimento (MARTINS; PILLON, 2008).

Experiências exitosas na prevenção da violência em instituições brasileiras abarcam, em seu rol de atividades, oficinas com os familiares das crianças e dos adolescentes atendidos. São abordados temas sobre: alimentação, desenvolvimento infanto-juvenil, relacionamento entre pais e filhos, formação familiar, emprego de limites e regras, cuidados com os filhos, entre outros assuntos. Há, ainda, o oferecimento de oficinas voltadas para a geração de renda. Com estes centros de prevenção, a comunidade passa a fazer uso dos recursos sociais em seu benefício, mobilizando a articulação da rede (GOMES et al., 2010).

4.2.4 Satisfações e frustrações do trabalho com adolescentes

As manifestações de satisfação e frustrações foram frequentes, por diversas razões: sentimento de contribuição para outra pessoa, mas sobrecarga de trabalho e falta de profissionais. Em alguns relatos, o que parecia um problema para os operadores, foi demonstrado de outra forma pela gestão, como a frequência dos pais na escola. Levantaram a dificuldade de lidar com as questões dos próprios adolescentes que se colocam como seres invulneráveis.

As falas revelaram quão gratificante é, para a profissional, a contribuição do seu trabalho para a vida futura dos adolescentes.

Ele [o adolescente] vem falar comigo na rua: “estou trabalhando, eu tenho um filhinho”. Isso é bem bacana, o retorno de saber que eles estão bem. Isso

eu acho que é bem significativo. É uma sementinha que a gente plantou neles e tomou forma. Está com uma família, está trabalhando. GA1

Eu acho que é legal porque você vê futuro, você vê como fazer alguma coisa por ele. GA2

Ele às vezes está meio perdido. Então, precisa de uma orientação, é isso que eu gosto. E

O entusiasmo em visualizar a própria contribuição na vida do outro se contrapõe com a insatisfação oriunda no exercício da função. O sentimento de desenvolver as atividades de maneira parcial, por diversas vezes associado às condições de trabalho, leva a desapontamentos (NORONHA; ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

A sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais foram indicadas como fatores de grande frustração no trabalho.

Eu tenho poucos profissionais. Se a gente tivesse mais profissionais, a gente conseguiria atender mais adolescentes, conseguiria fazer uma abordagem mais adequada. GA1

É muita cobrança, tem toda uma carga de burocracia que acaba tirando o professor do foco da aprendizagem, que seria lidar com o aluno no dia a dia e tudo mais, isso acaba sendo atrapalhado. E

A nossa demanda são as consultas urgência/emergência, chegam extras. E o nosso tempo para a prevenção? S

Tem área descoberta, falta ACS, então é muito difícil ir atrás dessas pessoas. Eu me preocupo com o que eu faço com as questões todas que eu não consigo dar conta. GS

Não consegue dar conta, porque é um conselho só. Pela Lei, depois de 100 mil habitantes, pode pedir um novo conselho, mas Botucatu não abriu! CT

A falta de profissionais, excessivas incumbências e a burocracia envolvida nos processos conduzem à sobrecarga de trabalho dos servidores alocados no serviço, levando-os a desenvolverem sentimentos de frustração e estresse por não desempenharem suas atribuições a contento, o que é observado em alguns contextos de atividades profissionais (NORONHA; ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2008; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; CAFUSUS; DELLÁCQUA; BOCCHI, 2013).

Ainda sobre frustrações e satisfações, a presença dos responsáveis na escola foi vista de maneira diferente pelos professores e pelos gestores escolares.

Às vezes, a escola chama o pai para vir aqui para participar porque a gente está tendo algum problema com o filho. O pai fala ‘Ah, eu não posso porque eu estou trabalhando’, ou ‘Eu não posso porque estou ocupado. E

Eles são muito frequentes, eles vem, eles tentam ajudar, é difícil a gente chamar os pais e eles não virem. GE2

Mais uma vez, a gestão escolar e o corpo de professores manifestaram posição contrária. Primeiro, sobre a manifestação da violência física, em segundo, sobre a frequência dos pais na escola. Fica perceptível a lacuna existente entre a gestão e os docentes. A gestão acaba por não reconhecer os problemas enfrentados pelos professores, ou, se os conhece, não atribui a estes problemas a mesma dimensão atribuída pelos professores. Por outro lado, os professores podem não ter o conhecimento abrangente da situação, como revelado na fala da gestora sobre casos em que os professores não compreendem o porquê da agressividade de algumas crianças.

Percebe-se, no relato abaixo, a diversidade de abordar e pensar a vivência dos adolescentes. Enquanto as gestoras trazem para atuação situações do adolescente para além do ambiente escolar, as professoras enxergam somente o ambiente e a construção didática pedagógica.

Tem todo um contexto que a gente procura conversar com os professores, porque às vezes ele não compreende a violência realmente, porque também eles não são obrigados. São muitos para nós, muitos para eles, então às vezes, a gente volta porque tem uma história, uma parte que às vezes eles não sabem [da criança agressiva ter sido abandonada pelos pais]. A gente acaba ficando sabendo, então a gente procura amenizar. GE2

O professor acaba estando à parte da situação do aluno, solicitando ajuda da coordenação/direção e sem saber ele próprio o que fazer. Andando em descompasso, a escola se fragiliza.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica, no que tange a assuntos que ultrapassam o domínio das tarefas escolares, como casos de violação de direitos, tomando, como exemplo, as violências em suas diversas expressões, cabe à instituição escolar nutrir inter-relação com o Conselho Tutelar, com outros setores habilitados

para prestar assistência assegurada em lei, além da articulação da família e da comunidade na qual está inserida (BRASIL, 2013).

O fato de muitos adolescentes se colocarem como seres invulneráveis, faz com que os profissionais tenham dificuldade de lidar com estas questões. Isso se deve ao desafio de sensibilizar o adolescente para determinado problema que o envolva.

Eles são os donos da verdade, então é complicado [...] acham que nunca vai acontecer com eles. S

Quando a gente fala com adolescente parece que nunca nada acontece com ele. Ele se percebe dentro de um contexto que nada vai acontecer com ele. GA1

Normalmente é um desafio. Esse adolescente ele não consegue ter um atrativo para vir para cá. GA1

Esta dificuldade remete à discussão do tema anterior, sobre a dificuldade de abordagem aos adolescentes. Por ainda estarem em formação e muitos encontrarem-se em situação de desigualdades sociais, não se veem como seres vulneráveis, e a abordagem adaptada torna-se imprescindível para alcançá-los e estimulá-los a desenvolverem senso crítico e empreendedor. E este é um enorme desafio que demanda educação permanente aos profissionais (BENELLI; COSTA-ROSA, 2011).

4.2.5 Despreparo profissional: culpabilização e estigmatização das famílias e dos adolescentes

Alguns profissionais citaram, abertamente, sua desqualificação no tema abordado e na identificação dos casos. Outros desvelaram a necessidade de capacitação pelas narrativas apresentadas.

O desconhecimento dos serviços de apoio faz com que os setores sintam-se sozinhos e, por vezes, sem perspectiva de atuação. Observou-se, nos relatos, que os profissionais da escola não possuem visão ampliada e extramuros sobre a questão vivida pelos adolescentes, fato este denunciado pelos profissionais que atuam na política de assistência social. Chama atenção, nos relatos dos profissionais da política de assistência social, uma maior preocupação

com o trabalho em rede, que, na verdade, é uma condição já imposta nas diretrizes do SUAS (BRASIL, 2005b).

Não conheço. Não. S [resposta à questão sobre a existência de parcerias com ONG, escola, CRAS ou outros]

A nossa rede de apoio é composta, principalmente, pelos professores, a coordenação quando pode; um professor ajuda o outro. E

Até a escola entender isso é mais complicado. Eles não tem essa vivência de trazer coisas que não são só da parte didática, da parte escolar. Não é só matemática, português, mas são questões que precisam ser trabalhadas também, que podem começar na escola, mesmo que não trabalhe ali, não leve ali para ser abordada, mas podem contatar com o CRAS, com o CREAS, com o CRAMI, com o conselho. Isso aos poucos eles estão entendendo, que eles tem parceiros e que eles podem levar questões que são trazidas na escola. A

A defasagem de treinamento do conselho tutelar foi apontada por outro setor, que com ele mantém íntima articulação. Contudo, o próprio conselho refere não ter profissionais suficientes. Para haver treinamento dessa equipe, seria necessária retaguarda, o que não existe no momento, levando à perpetuação das ações.

A grande questão nossa, inclusive da rede que a gente tem, é a questão das ações do conselho tutelar, da abordagem do conselho tutelar. GA1

A gente não sabe detectar. A

Nós mesmo muitas vezes não sabemos lidar com as situações, nós podemos fazer uma colocação que não seja certa. Nós não fomos preparados para isso. GE1

A gente como professor não tem uma formação adequada para lidar, ou canalizar isso aí. A gente orienta, a gente conversa, eu acho que é pouco, a gente não tem essa formação, não tem esse preparo. E

O despreparo profissional em trabalhar com os adolescentes faz com que os profissionais acabem culpabilizando-os pela situação de violência vivida ou praticada, bem como as respectivas famílias. A culpabilização é, de certa forma, uma maneira de se desresponsabilizar por ações e comportamentos que não condizem com a percepção de mundo proposta pelo profissional.

Existe a tendência de estigmatizar o que difere da nossa própria cultura e modo de vida., e não há como exigir que cada um tenha a mesma percepção e conhecimento, pois isso

varia de acordo com a vivência e cultura de cada um. Contudo, o estado não pode eximir-se da responsabilidade de garantir a provisão social, o estado de bem-estar para o desenvolvimento das famílias e de seus membros (MACHADO, 2013).

Só de observar as meninas no grupo, ou que eles ficam ali na sala de espera dá para ver que realmente é um grupinho mais complicado mesmo. A

A gente vê nesse sentido assim, de que os que respeitam, os que a gente observa que vai para o mercado de trabalho é normalmente aquele que a família é um pouquinho mais estruturada. A

E a responsabilidade do Estado, de ofertar capacitação a todos? E a responsabilidade de cada profissional, de articular a rede para que o adolescente mais vulnerável seja incluído na sociedade do trabalho? Existem o lado do adolescente, seu interesse, a motivação da família e a parte dos profissionais. Não há como atrair toda a responsabilidade do fracasso só para o adolescente ou sua família. Todos precisam se tornar responsáveis.

Além da estigmatização do adolescente, a culpabilização da família do adolescente também surge:

A estrutura familiar já é[...]não todas as famílias do bairro, mas a maioria, a estrutura já é bem desestruturada. S

Os pais hoje não querem ter o comprometimento. A

Acho que eles já não têm isso incutido na vida deles. Então, a escola não é uma questão de prioridade, a educação em si. É muito difícil de trabalhar, incutir nessas pessoas que o futuro dessas crianças depende do grau de escolaridade. A

Muitas vezes também os pais não enxergam os filhos como eles realmente são, isso aí dificulta nosso trabalho. E

Embora haja a culpabilização da família, alguns profissionais reconhecem que a conduta familiar está de acordo com seu entendimento do ideal de família. Ao culpabilizarem, a família os profissionais não reconhecem a gama de interferências que a mídia, a escola e o grupo de pares têm sobre o comportamento dos adolescentes.

Tem um caso que eu atendi de um menor que foi pego... quebrou uma escola, lá no Flamboyant, aí quebrou o vidro, quebrou tudo. Fomos para o DP. Aí chegou no DP: [imitando voz desaforada do policial] –‘Eu já conheço você, eu estou conhecendo você, já fomos na sua casa, seu irmão

está preso, são todos bandidos... tal!’ - Aí eu fui levar o menino embora. Ele virou e falou assim: - ‘é gozado esse policial, é gozado esse delegado, aí não sabe o que que é chegar na casa e ver a mãe lá doente e num ter nada para comer. Eu quero ver é ele estar lá na minha casa e meus irmãos não terem nada para comer’. CT

Os adolescentes não podem trabalhar, até 16 anos, né? Agora, vender drogas eles podem, sair da escola pode, vender droga pode, ser mãe pode. S

Todos, igualmente, enfrentam dificuldades, mas muitos não sabem a maneira de enfrentá-las, e o papel do profissional é mostrar esse caminho, sem culpabilizar o jovem e sua família pela visão de mundo que adquiriram. Neste momento é importante lembrar que a construção do indivíduo é influenciada pelo seu ambiente histórico-social (ARIÈS, 1986).

Mesmo acreditando não estarem sendo preconceituosos, a conduta dos servidores revela o prejulgamento arraigado culturalmente (WHYTE, 1943). Percebe-se que a sociedade contemporânea carrega preconceitos difíceis de serem desaglutinados nas relações interpessoais, até mesmo pelos profissionais.

Por diversas razões, a adolescente pode entender que o melhor para a sua vida é engravidar (ALMEIDA, 2002); o rapaz pode ter a percepção de que o conhecimento adquirido na escola não lhe garantirá um futuro mais promissor. É importante proporcionar espaços de aprendizado e sensibilização, para que os adolescentes se percebam como construtores de suas histórias e as famílias saibam lidar com seus filhos em cada fase específica de sua vida. Para que possam reconstruir conceitos, precisam de auxílio, compreensão e, sobretudo, de orientação, e não de culpabilização. Este trabalho é árduo, realmente mais engenhoso e demorado, mas significativamente mais efetivo do que a estigmatização.

Importante ressaltar que todas as falas foram dos grupos de operadores das políticas, nenhuma dos gestores. Revela-se a necessidade de haver um compromisso do gestor na qualificação de sua equipe, no que permeia o universo da estigmatização e culpabilização, pois estes servidores são os que mais entram em contato diário com os adolescentes e a eles cabe o conhecimento da representação que cada um expressa em relação à sociedade em que vive. Este caminho está sendo traçado, como exposto na temática seguinte, pelo reconhecimento de se trabalhar a família.

4.2.6 Atenção intersetorial para adolescentes em situação de violência: expectativas e possibilidades

Por intermédio do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) da cidade de Botucatu, instituição deliberativa das intervenções municipais, privadas e públicas, de assistência e promoção da saúde de crianças e adolescentes, foi feito o levantamento, por região do município – norte, sul, leste, oeste, centro –, do conhecimento das organizações – escolas, unidades de saúde, unidades de atendimento social – sobre a existência dos serviços que atuam em sua localidade. A partir desse diagnóstico, o intuito era formar reuniões de rede por regiões, para a articulação entre os segmentos, fazendo com que os serviços se conhecessem e, assim, fizessem a referência e contrarreferência por meio de um protocolo de atendimento (BOTUCATU, 2012). Dessa forma, as reuniões de rede objetivavam desenvolver o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente do município de Botucatu. O plano de ação da criança e do adolescente do município, criado em 2014, traz alguns problemas identificados nas reuniões de rede, iniciadas a partir do diagnóstico feito pelo CMDCA, que incluem: violência doméstica, violência entre alunos e professores, violência sexual, além do número reduzido de profissionais tanto no conselho tutelar, como nas unidades de saúde. Como propostas de ação, o plano apresenta as sugestões feitas nas reuniões por regiões, as quais apontam: importância do trabalho intersetorial, aprimoramento na fluidez de encaminhamentos e contrarreferências, adequação do quadro de funcionários, abertura de outro Conselho Tutelar, entre outras medidas (BOTUCATU, 2014). Um aspecto importante é o de que as instituições de Ensino Superior atuantes no município – com cursos de direito, medicina, enfermagem, assistência social e pedagogia –, sendo importantes veículos de mudança e transformação da sociedade, por intermédio dos seus alunos e pela sua influência na comunidade local e, mesmo, na comunidade científica, não foram citadas no plano de ação.

Nestas reuniões, conforme mencionado em entrevista pela gestora do CRAS, vão poucas pessoas e a escola é quase sempre ausente. Como convidada, a pesquisadora teve a oportunidade de participar da última reunião de rede do ano de 2015 feita no município. Esta reunião é aberta a toda a comunidade, e não só aos profissionais dos serviços. Nesta ocasião, os cinco setores da cidade foram unidos em uma só reunião. Apesar de a reunião não ser apenas da região oeste do município, alvo deste estudo, a pesquisadora pôde observar alguns rostos de profissionais que participaram dos grupos e das entrevistas. A escola da região oeste não tinha nenhum representante, assim como observado sobre o Conselho Tutelar. A unidade

de saúde foi representada pela auxiliar administrativa, mostrando que, apesar da grande demanda referida na entrevista, a gestora se preocupa em estabelecer vínculo com os demais serviços, disponibilizando um funcionário durante toda uma tarde para participar. Profissionais do CRAMI, CRAS oeste e CREAS estavam presentes, porém nenhum representante da comunidade participou. Nesta reunião, foi colocado que apenas um setor da cidade tem conseguido se articular com os segmentos que atendem a população, e a importância de que os outros setores troquem experiências entre si, disponibilizando profissionais para as reuniões, a fim de construir a articulação e fortalecer os segmentos na busca por conquistas necessárias.

A Política Nacional de Assistência Social, promulgada em 2004 e consolidada em 2005 pelo SUAS, propõe um trabalho intersetorial, sobretudo, em relação a situações de violência, tanto no fortalecimento de vínculos familiares quanto no trabalho especializado com a violência já instalada. O CRAMI, Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância, é uma ONG e associa-se à rede Pública Municipal, Estadual ou Federal na garantia de direitos das crianças e adolescentes.

A escola estudada pertence à rede pública municipal e estadual, e atende a crianças e adolescentes do Ensino Fundamental ao Ensino Médio, com alunos nas idades entre 11 e 18 anos. Em seu quadro de servidores, estão: os professores, diretores, coordenadores, assistentes administrativos, monitores e professores mediadores. Como já apresentado, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica orientam a articulação da escola com o conselho tutelar e com outros segmentos na garantia dos direitos da criança e do adolescente, indo além dos deveres pedagógicos (BRASIL, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta do Ministério da Saúde de reordenação do modelo assistencial de atenção, envolve a territorialização e atendimento à população adscrita às unidades de saúde, em torno de 4,5 mil habitantes, por uma equipe de saúde composta minimamente por: enfermeiro e médico generalistas, auxiliar e técnico de enfermagem e ACS. O foco de atenção passa a ser a família no ambiente físico e social, e não mais a pessoa individualmente (BRASIL, 2000b; ROSA; LABATE, 2005). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF constitui uma equipe multidisciplinar de apoio aos profissionais da unidade de saúde, oferecendo-lhes matriciamento (BRASIL, 2009).

Tendo em vista a movimentação com as reuniões de rede e as propostas das políticas públicas, a seguir, são apresentadas as percepções dos participantes sobre as ações de cada setor frente à violência no que se refere à articulação ou não com os demais serviços, e casos

em que essa articulação traz malefícios, como a perda de vínculo pela abordagem inadequada do serviço de apoio.

O serviço socioassistencial identifica diversos serviços de apoio com os quais pode se articular, e percebe que a escola precisa ser trabalhada para que seja incluída e haja melhorias na questão da intersetorialidade, valorizando as reuniões de rede.

O CRAMI atende 20 escolas semanalmente aqui em Botucatu, com projeto. E a gente, dependendo da situação, já procura os demais serviços: CRAS para saber se essa família é referenciada ou não, o histórico dessa família [...] e também fazer encaminhamento para serviços como posto de saúde, para escola. A

Tem o NASF, o pessoal que trabalha a saúde mental dentro das unidades, tem os CAPS em Botucatu, também que ajuda bastante nessa área da saúde mental, o CAPS-AD na parte da dependência química, ou seja, a gente tem uma rede de serviço em Botucatu boa que estava precisando só de articulação e principalmente da escola. A partir do momento que ela descobre esse papel dela, ela ajuda muito mais a rede. A

No CRAS a gente faz a reunião de rede, todo mês. Tem estudo de caso, a gente aborda algumas questões. Então, a gente acaba se conhecendo. Porque assim, a rede é o que? É lhe conhecer na hora que eu ligar. As reuniões de redes são de extrema importância. A gente vai trabalhar a mesma família, então a família que está no CRAS, ela está na unidade de saúde, ela tem um filho na escola, tem crianças na creche, então assim, todo mundo atende essa família. Então, é melhor a gente tentar ter uma rede de contato, deixar de fazer individual, fazer em conjunto. O caso meu é o caso de todo mundo. GA1

Percebe-se, portanto, que os serviços de assistência social buscam maior articulação com os demais segmentos.

A escola, citada como um serviço por diversas vezes à parte do entrosamento com os outros demais, mostrou-se insatisfeita com o retorno obtido quando solicita auxílio.

Nós temos o Conselho Tutelar, o CRAMI e tudo, envolvido, mas é difícil. Eles alegam que eles têm muitos casos e quando você realmente precisa de apoio é difícil, é complicado. GE1

E mesmo quando a gente fala ‘encaminhamento para o posto de saúde’, a gente encaminha e, quando chega, eles falam que não tem o profissional, não tem o que fazer. Daí fica complicado. Nós não temos, muitas vezes, o laudo. GE1

Muitas vezes, a escola identifica e a escola não consegue fazer o encaminhamento, porquê? Porque não tem força. Não tem força, não é ouvido e você às vezes não tem um elo de ligação com outros órgãos. E

A saúde trabalha com o NASF, que oferece matriciamento e encaminha o paciente para atendimento com psicólogo, mas a demanda é maior que a oferta de serviço. Muitos não conseguem ser atendidos.

No caso de uma violência sexual eu tenho como mandar para a UNESP. A gente tem como acionar o NASF que é o núcleo assistencial da saúde da família, não o vejo muito resolutivo muitas vezes, tem a questão do Conselho Tutelar que também é muito difícil de lidar, ele está em uma época de transição que seria uma potencialidade, mas acaba sendo uma dificuldade. GS

Cada serviço encontra entraves dentro da própria estrutura e, também, quando necessita referenciar o caso a outro. A questão da intersetorialidade fica à margem das dificuldades encontradas.

O que eu tenho mais dificuldade é com a Saúde Mental. Eu tinha até um caso de uma mãe usuária de crack. As crianças dormem em um colchão no chão, fazem xixi no chão, é um horror! As crianças foram para a casa da avó e a mãe foi para o SARAD [Serviço de Referência Atendimento Álcool e Drogas, tentar fazer uma reconstrução dela neh? Eles [Saúde Mental] queriam de todo jeito que tirasse as crianças do risco. Mas a avó, os tios iam ficar. Tem que encaminhar a pessoa para um tratamento. CT

O Conselho Tutelar trabalha com a garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, e um desses direitos é o contato com a família. Daí a luta em tentar tratamento para a mãe e a procura por familiares das crianças para cuidar delas neste período de tratamento, para que elas não tenham rompimento de vínculo familiar e, assim, sejam também prejudicadas pela ausência de figuras significativas. Há, entre os profissionais que entram em contato com a realidade de cada família, uma grande pressão para que a guarda da criança ou do adolescente seja retirada da figura familiar que fere os princípios de proteção, expondo os filhos a situações de vulnerabilidade, mas é papel do conselho articular com outras instâncias a fim de reverter este quadro e manter a criança em seu próprio ambiente, desde que não haja risco maior.

É interessante que o Conselho Tutelar explique que se constitui um órgão de apoio, não de punição; de garantia de direitos, e que trabalha em conjunto com outros setores que, quando precisam de ajuda, são auxiliados por ele. Quando o conselho é visto como um órgão

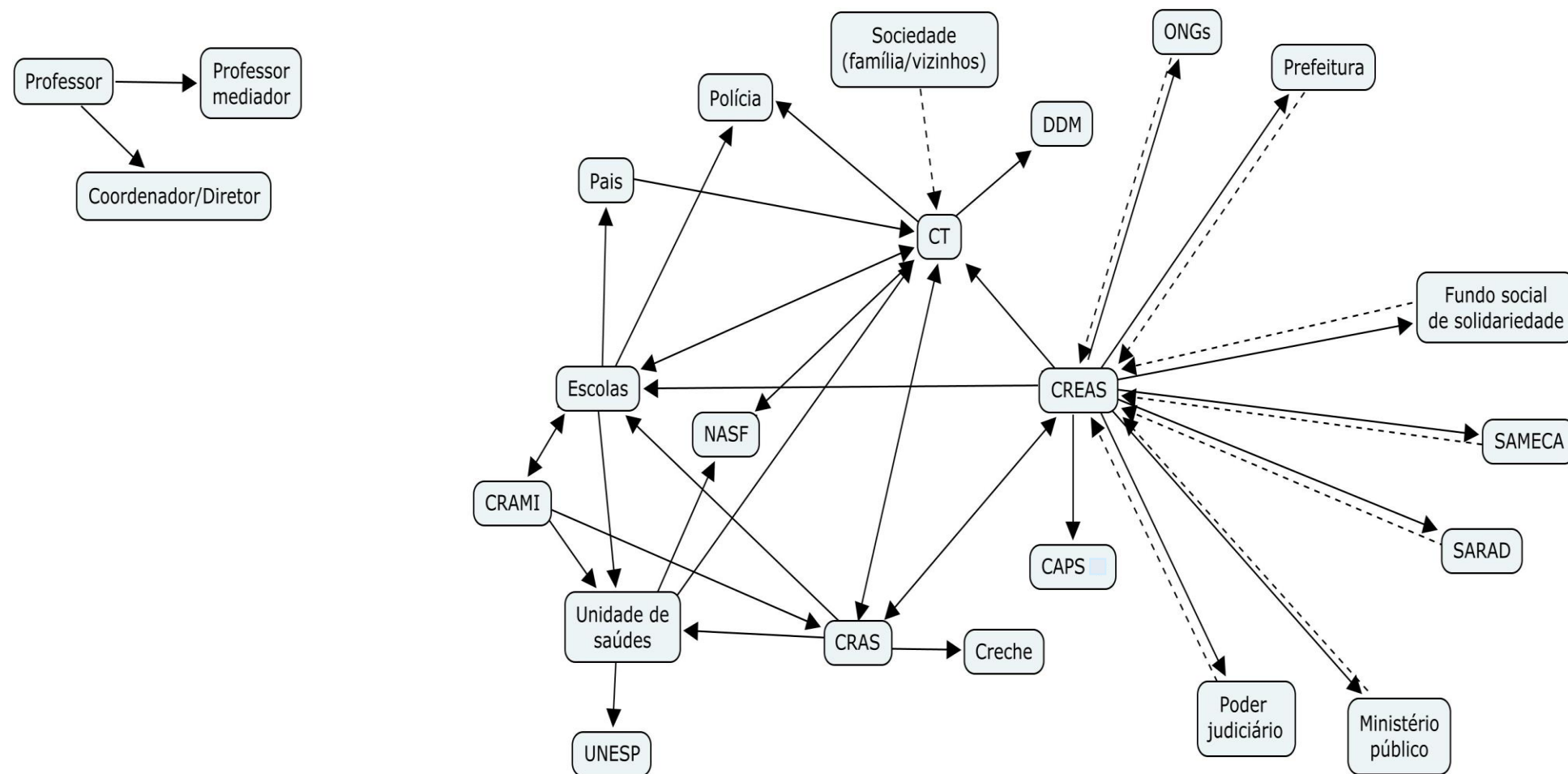
punitivo, as famílias certamente não vão recebê-lo abertamente. Precisa ser mantido um trabalho de fortalecimento de vínculo, inclusive, por este setor, e de esclarecimento da população sobre o seu papel, para que o vínculo estabelecido em outros segmentos não seja perdido por meio da intervenção do conselho tutelar:

Ela [gestante] entrou em conflito com a unidade, porque de uma forma ou de outra, ela ficou sabendo que a gente pediu para acionar o conselho. Então, ela ficou bem arredia, foi difícil assim, até o final da gestação tudo. S

Às vezes, o serviço tem o vínculo com o adolescente. A gente constrói esse vínculo, e a gente discute esse caso com o Conselho Tutelar, passa para eles estarem fazendo a intervenção deles. Aí chega na abordagem com a família assim: “o CRAS que informou essa situação”. E daí, a gente perde aquele vínculo com a família. Se a gente perder esse vínculo, a gente pode perder o adolescente. GA1

A partir da fala dos profissionais, foi possível mapear o fluxo atual na busca pelo trabalho articulado. As percepções pessoais dos servidores sobre os outros serviços, o desconhecimento ou descrédito atribuído aos serviços de apoio, a falta de profissionais e de capacitação, influenciam a construção lenta da rede intersetorial. Cada setor interage conforme o esquema a seguir, apresentando diversas lacunas e fragilidades, como verificado nas falas, não configurando uma estrutura efetiva de trabalho intersetorial, ou seja, os serviços instituídos, apesar de manterem contato em alguns espaços, precisam ser fortalecidos e integrados.

Diagrama – Serviços de atenção ao adolescente em situação de violência - Distrito de Rubião Júnior – 2016.



Legenda: —→ Direção de acionamento para o serviço
 - - - - -> Órgãos não ouvidos. Retorno referido pelos participantes da pesquisa.

Em relação às oportunidades de melhorias na organização do trabalho, a maioria sugeriu a criação de novos postos de trabalho, especialmente para psicólogos e assistentes sociais dentro das escolas, além da ampliação das atividades para os adolescentes, o desenvolvimento de ações de prevenção e criação de mais um Conselho Tutelar, em consonância com o Plano de Ação Municipal.

Teríamos que ter psicólogos e assistente social dentro da escola, atuando nos três períodos. Tem muito problema social. GE1

Não tem alguém que converse, num tem alguém para ver, uma psicóloga para ver, o que que a criança faz com tanta raiva, com tanta revolta, sabe? não tem[sobre a escola]. CT

A escola precisava de psicopedagogo, precisava ter profissionais próprios para trabalhar com essas questões, porque muitas vezes o jovem também é uma vítima e ele não tem essa assistência. E

Eu acho que o que mais falta é a Atenção Básica fazer o seu papel fundamental que é orientar e prevenir, então eu acho que falta muito, muitos momentos que a gente poderia ter para fazer isso. S

Botucatu cabe mais um Conselho Tutelar já. Também é outra questão. A

A capacitação permanente dos técnicos também seria muito importante. A

Já que os professores não vão em busca, a gente ir atrás dos professores 'esse é o ECA... muito prazer', e fazer isso já que essa é a necessidade que a rede tem. A

Em relação à capacitação dos professores, deve-se levar em consideração a formação dos pedagogos. Ocasionalmente, as problemáticas diárias, como a revelia e a violência, são discutidas. Ficam à margem do debate questões como: preconceitos, discriminações e relacionamento professor e aluno, em detrimento de abordagens exclusivamente pedagógicas (CAMACHO, 2001).

Não é só matemática, português, mas são questões que precisam ser trabalhadas também que podem começar na escola, mesmo que não trabalhe ali, não leve ali para ser abordada, mas podem contactar com o CRAS, com o CREAS, com o CRAMI, com conselho. A

Apesar das dificuldades encontradas no ambiente escolar para a promoção da cultura da paz, as escolas foram indicadas como ambientes propícios para viabilizar atividades de prevenção à violência (NJAINE; MINAYO, 2003).

Um estudo realizado em uma comunidade de baixa renda no nordeste do Brasil, em 2009, mostrou que, para os adolescentes daquela comunidade, os casos de violência ocorrem em casa e na escola e seus arredores. Este estudo destacou a importância da atuação da escola a fim de possibilitar a frequência e motivação dos adolescentes para evitar a exposição aos fatores desencadeantes da violência, tais como: “uso indevido de tempo, desintegração de valores tradicionais, influência de amizades e marginalização social” (MOREIRA, D., et al., 2013, p. 1274).

Alguns estudos também identificam fatores de risco e vulnerabilidades envolvendo jovens, e a participação da escola como locus privilegiado para formular diagnósticos e propor medidas preventivas e planejamentos em saúde que envolvam tanto os órgãos públicos, como as famílias e a sociedade (CRUZ; PEREIRA, 2013; CARLOS et al., 2013).

Algo que chamou a atenção foi a visão de que o trabalho antes dos 16 anos pudesse retirar as crianças de situações de vulnerabilidade.

Na minha opinião o que está errado é o estatuto da criança, teria que mudar o estatuto da criança, porque na minha época que eu era adolescente eu ia trabalhar com 12 anos [...] a criança tem que voltar a trabalhar, aprender a trabalhar. S

Agora, é uma lei que muda, mas não tem retrocesso. Viu que mudou e não deu certo, por que não retorna? Você entendeu? Pelo menos para tentar salvar essas crianças. Porque se ele estiver trabalhando dentro de uma indústria, se estiver trabalhando dentro de algum lugar, ele não vai estar solto para o tráfico! Porque ele vai ter o dinheiro dele, vai receber. Não, ele vai ter um ofício! Já tem uma capacitação, já vai capacitando dentro da indústria. CT

Desconsidera-se, nas falas, a reflexão do que realmente acontece nas empresas, que, de fato, não capacitam estes jovens, apenas abusam de seu trabalho barato; além de serem criadas expectativas frustradas de que eles consigam se estabelecer em um posto de trabalho superior após o período de estágio nestas condições. Não foi levado em consideração que a sociedade está extremamente competitiva, não garantindo salários dignos a quem se gradua, tanto mais para cursos profissionalizantes que não capacitem para o mercado. O adolescente pode passar a ter uma jornada tripla, com escola, trabalho e, muitas vezes, um curso, não se dedicando ao seu preparo para uma qualificação que atenda ao mercado e às suas necessidades reais como pessoa, capaz de refletir sobre sua situação e de seu país (BUIAR; GARCIA, 2008; MÁXIMO, 2012).

5 CONCLUSÃO

As concepções sobre violência no universo do adolescente foram abrangentes e apontaram, predominantemente, para a forma de agressão física e, especificamente, o *bullying*. Mostrou-se ainda a forte relação entre o adolescente vitimizado e a repetição de atos violentos dirigidos a outros por ele, notabilizando o adolescente tanto como vítima, quanto como autor da violência. Essa dualidade de papéis foi observada em diferentes âmbitos: o adolescente sofrendo a violência em situações de agressões físicas, psicológicas, negligências e violência estrutural e sendo agressor em contextos relacionados ao uso de drogas, ambiente escolar e entre seus pares. Portanto, ficou perceptível a inter-relação de papéis, demonstrando particularidades cíclicas entre agredido e agressor.

Considerando a urgente obrigação de intervenção na vida do adolescente objetivando mudança de comportamento e garantia de um ambiente que lhe proporcione segurança, os profissionais indicaram o trabalho com as famílias e sua valorização como algo imprescindível, apesar de alguns ainda culpabilizarem adolescentes e seus familiares em detrimento da própria atuação como agente transformador.

A partir das concepções expostas, foram levantadas estratégias de abordagem para trabalhar com o adolescente a fim de prevenir a violência ou, mesmo, romper o seu ciclo. Para a execução das atividades realizadas, como trabalhos em grupo ou intervenções individuais, sensibilização e estímulo à autorreflexão, foram identificadas diversas dificuldades de interação com o público-alvo, por vezes relacionadas às recorrentes percepções cristalizadas, mostrando-se a necessidade de capacitação aos profissionais atuantes mediante a prática da Educação Permanente em Saúde.

Em relação aos sentimentos que emergem no trabalho diário, foi bastante citada a satisfação de poder cooperar para o desenvolvimento do adolescente, sendo que esta contribuição pode ser vista alguns anos posteriormente à intervenção feita. Contudo, a sensação de incompletude na realização de suas obrigações, seja por defasagem de profissionais, por intensos encargos e burocracias, trouxe um forte sentimento de frustração aos funcionários entrevistados.

Outra razão de insatisfação pode estar relacionada à dificuldade de pensamento coeso dentro dos próprios serviços. Observou-se na escola a discrepância entre direção e professores ao lidarem com as questões dos alunos e suas manifestações de violência, ficando evidente o distanciamento entre as questões enfrentadas pelo professor em sala de aula e a conduta adotada pela direção. Neste sentido, a integralidade de atendimento à saúde, compreendida

pela articulação entre a atenção primária, secundária e terciária, igualmente apresentou obstáculos à sua concretização.

Apesar de a intersetorialidade ser uma estratégia do SUS e permear as políticas de cada setor, não é efetivada pelos operadores das mesmas. Esforços como a reunião de rede municipal mostram haver um caminho de busca pela integração, mas a caminhada de sensibilização de cada área encontra barreiras desafiadoras. O Plano Municipal da Infância e da Adolescência levantou diversos problemas também apontados neste estudo, porém, a contratação de profissionais, um importante aspecto que influencia no processo de trabalho, não foi resolvida, trazendo mais desgaste e entraves nas atividades desenvolvidas pelos segmentos. A contratação de mais profissionais é apenas um dos desafios enfrentados, que envolvem, também, capacitação dos profissionais atuantes, envolvimento dos gestores de cada serviço, mas, sobretudo, comprometimento dos gestores municipais, para assegurar a educação permanente aos profissionais, trabalhando preceitos estigmatizados e preconceituosos os quais influenciam no trato com o adolescente em situação de violência. Algo que pode fortalecer a luta pela efetivação da intersetorialidade é a participação, nas reuniões de rede, de representantes da população, os quais, a exemplo da reforma sanitária, juntar-se-iam aos profissionais para pressionar os gestores a cumprir sua responsabilidade.

Conclui-se que a articulação governamental com o desenvolvimento de políticas públicas integradas é fundamental para a prevenção e promoção à saúde dos adolescentes e de suas famílias. A construção de protocolo voltado para as questões da violência, em suas diversas manifestações, contra adolescentes, a aplicabilidade de fluxogramas, a criação de novos postos de trabalho, novo Conselho Tutelar, a efetivação do plano municipal e prioritariamente, a capacitação profissional por meio da Educação Permanente em Saúde, são deveres da gestão municipal. Dessa forma, em cumprimento a estas responsabilidades, as intervenções setoriais, as reuniões de rede e as ações de prevenção à violência poderão progredir para ações contínuas, efetivamente intersetoriais e frutíferas.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- ALBUQUERQUE, P. P.; WILLIAMS, L. C. A.; D'AFFONSECA, S. M. Efeitos tardios do *bullying* e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. **Psicol.: Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 91-98, 2013.
- ALMEIDA, M. A. S. Gravidez adolescente: a diversidade das situações. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 197-208, 2002.
- ANDRADE, A. S. **Violência contra crianças na perspectiva de educadores infantis:** possibilidades de intervenção conjunta por escolas e serviços de saúde. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado - Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, 2012.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 279 p.
- ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 12, p.123-138, 2003a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a08.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003b. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 809-816, 2009.
- BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Para uma crítica da razão socioeducativa em entidades assistenciais. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 539-563, 2011 .
- BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.
- BOTELHO, S. M. N.; FERRIANI, M. G. C. Prostituição na adolescência: interfaces com a instituição familiar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 2, p. 198-202, 2004.

BOTUCATU. Prefeitura Municipal de Botucatu e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano municipal da infância e adolescência**. Botucatu, 2014. Disponível

em: <http://www.botucatu.sp.gov.br/images/PLANO_MUNICIPAL_DA_INFANCIA_EADO_LESCENCIA_DE_BOTUCATU.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BOTUCATU. Protocolo de atendimento: referência e contra-ferência. In: ____.

Construindo o SGDCA. Botucatu, 2012. Disponível em:

<http://www.botucatu.sp.gov.br/cmdca/campanhas/Protocolo_Atendimento.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BOTUCATU. Secretaria Municipal de Educação de Botucatu. **Observatório da Educação**. 2013. Disponível em:

<http://www.educatu.com.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=61> Acesso em: 20 ago. 2013.

BOURDIEU, P. A. Juventude é apenas uma palavra. In: BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf> Acesso em: 14 fev. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional, 2000a**. Disponível em:

<http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2000&codigo=&corhomem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional, 2010a**. Disponível em:

<http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2010&codigo=&corhomem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.525, de 25 de setembro de 2007**. Acrescenta § 5º ao art. 32 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para incluir conteúdo que trate dos direitos das crianças e dos adolescentes no currículo do ensino fundamental. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11525.htm>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm#art1>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 18 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. **Diretrizes curriculares nacionais gerais da educação básica.** Brasília: Ministério da Educação, 2013. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15548-d-c-n-educacao-basica-nova-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente:** bases programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf> Acesso em: 14 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família:** caderno 1. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2000b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005b.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE.** Brasília: CONANDA, 2006.

- BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. Disponível em: <<http://cedeplar.face.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.
- BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-572, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742007000300003>.
- BUIAR, C. J.; GARCIA, N. M. D. Lei do Jovem Aprendiz: as séries metódicas e suas implicações na formação técnico-profissional do trabalhador. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA, 1., 2008, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CEFET, 2008. p.1 -11.
- BURLANDY, M. C. M. S. L. et al. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 10 n. 1 p. 86-94, 2007.
- CAMACHO, L. M. Y. As sutilezas das faces da violência nas práticas escolares de adolescentes. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 123-140, 2001.
- CARANDINA, L.; ALMEIDA, M. A. S. **Botucatu em dados**. Botucatu: FMB- UNESP, 2010. Mimeogr.
- CARLOS, D. M. et al. O acolhimento institucional como proteção a adolescentes vítimas de violência doméstica: teoria ou prática? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 579-585, 2013.
- CARVALHO, J. A. M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.
- CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-321, 2013 .
- CRUZ, D. E.; JARDIM, D. P. Adolescência e papanicolau: conhecimento e prática. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 34-42, 2013.
- CRUZ, V. G. PEREIRA, W. R. Diferentes configurações da violência nas relações pedagógicas entre docentes e discentes do ensino superior. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 241-250, 2013.
- DATASUS. **Óbitos por causas externas segundo CID 10**. Brasília: DATASUS, 2011a. cap. 20. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 20 ago. 2013.
- DATASUS. Secretaria de Atenção a Saúde. **CNES Net**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=46634101000115&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20BOTUCATU> Acesso em: 7 jul. 2014.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 287-299, 2009.

DINIZ, N. M. F.; SANTOS, M.F. S; LOPES, R. L. M. Representações sociais da família e violência. **Rev. Lat.Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1184-1189, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jun. 2016.

DRAWIN, C. R. O paradoxo antropológico da violência. ROSÁRIO, A. B.; KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. **Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica**. Barbacena: EdUEMG, 2011. p. 12-32.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010 .

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Informações dos Municípios Paulistas**. São Paulo: Fundação SEADE, 2016. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011.

GALINKIN, A. L.; ALMEIDA, A. M. O.; ANCHIETA, V. C. C. Social representations of teachers and police officers about youth and violence. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p. 365-374, 2012.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

GOMES, R. et al. **Êxitos na prevenção da violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 178 p.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 jun. 2016.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: Reflexões sobre o PROSAD. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

LUZ, T. C. B. et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2135-2142, 2011.

MACHADO, A. S. S. A família, instrumento de proteção social: redescoberta e culpabilização. In: SIMPÓSICO MINEIRO DE ASSISTENTE SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2013. p. 1-14.

MACHADO, D. F. **A experiência com a violência urbana entre adolescentes de Botucatu – SP**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2005.

MACHADO, D. F. **Trajetória de jovens em conflito com a lei: passado e presente**. Tese (Doutorado em Sociologia) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, 2011.

MADEIRA, F. R.; BERCOVICH, A. M. A "onda jovem" e seu impacto na população economicamente ativa de São Paulo. **Planej. Polít. Públicas**, Brasília, v. 1, n. 8, p. 1-28, 1992.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MATOS, M. et al. Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 55-75, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 21 abr. 2016.

MÀXIMO, T. A. C. O. **Significado da formação e inserção profissional para gerentes e aprendizes egressos do programa jovem aprendiz**. 2012. Tese (Doutorado Integrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012.

MELMAN, J. et al. Tecendo redes de paz. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 66-72, 2009.

MENEGHEL, S. N.; GIUGLIANI, E. J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 327-335, 1998.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997-1998.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

MOREIRA, D. P. et al. Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1273-1282, 2013.

MOREIRA, G. A. R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, 2013.

NASCIMENTO, A. M. T.; MENEZES, J. A. Intimidações na adolescência: expressões da violência entre pares na cultura escolar. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 142-151, 2013.

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1313-1322, 2006.

NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. Violência na escola: identificando pistas para a Prevenção. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 13, p. 119-134, 2003.

NORONHA, M. M. B.; ASSUNCAO, A. Á.; OLIVEIRA, D. A. O sofrimento no trabalho docente: o caso das professoras da rede pública de Montes Claros, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 65-86, 2008.

OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

OLIVEIRA, J. R.; GOMES, M. A. *Bullying*: reflexões sobre a violência no contexto escolar. **Rev. Educ. Escrito**, v. 2, n. 2, p. 2-14, 2012.

PAIXAO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 114-126, 2010.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 39-60, 2000.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 507-518, 2009.

- PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O.; FACO, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1201-1204, 2003.
- PRADO, M. C. C. A.; PEREIRA, A. C. C. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 277-291, 2008.
- RECH, R. R. et al. Prevalência e características de vítimas e agressores de *bullying*. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 2, p. 164-170, 2013.
- RISTUM, M.; BASTOS, A. C. S. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 225-239, 2004.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
- RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 52-60, 2009.
- SANTOS, F. P. A. et al. Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Physis (Rio de Janeiro)**, v. 21, n. 1, p. 267-281, 2011.
- SILVA, M. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 136-143, 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100018>.
- SILVIA, A. M. M. **A violência na escola**: a percepção dos alunos e professores. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1997. p. 253-265. (Série Idéias, 28).
- SPAGNOL, A. S. Jovens delinquentes paulistanos. **Temp. Soc.**, São Paulo, v. 17, p. 275-299, 2005.
- TONDOWSKI, C. S. et al. Intergenerational patterns of family violence related to alcohol abuse: a genogram-based study. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 806-814, 2014.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
- VAGOSTELLO, L. et al. Violência doméstica e escola: um estudo em escolas públicas de São Paulo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 26, p. 191-196, 2003.

VIEIRA, L. J. E. S. et al . Relatos de gestores da Assistência Social, Educação e Segurança Pública sobre o enfrentamento da violência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 231-238, 2015.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241-260, 2006 .

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em Saúde no Brasil. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

WHYTE, W. F. **Street corner society**: the social structure of na italian slum. Chicago: The University of Chicago Press, 1943.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-41, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing injuries and violence**: a guide for ministries of health. Geneva: WHO, 2007.

ZAMBERLAN, M. A. T.; FREITAS, M. G.; FUKAMORI, L. Relações pais e filhos adolescentes e estratégias de prevenção a riscos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 9, n. 17, p. 35-49, 1999.

ZAMBON, M. P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012.

APÊNDICES

Apêndice 1.1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Violência vivenciada por adolescentes: o olhar e a articulação da saúde, educação e assistência social** que pretende conhecer as percepções e experiências de profissionais dos setores saúde, educação e assistência social sobre a violência que envolve o adolescente. Você foi selecionado (a) por trabalhar e ter contato com adolescentes do Distrito de Rubião Júnior em um dos setores compreendidos pelos segmentos de saúde, educação e assistência social. Sua participação será em grupo de discussão composto de 6 a 12 pessoas e terá inicialmente um formulário com questões para caracterização dos participantes (idade, sexo, formação, local de trabalho, tempo de atuação). Depois terá uma discussão a respeito da violência que envolve o adolescente e as formas de atuação do seu serviço, que durará em média 1 hora e meia. Estas discussões proporcionarão informações que poderão auxiliar os profissionais no atendimento a adolescentes que vivenciam a violência, seja nos serviços isolados e no trabalho em equipe, entre os setores da saúde, educação e assistência social. Você não sofrerá nenhum risco, a não ser a possibilidade de um constrangimento inicial por ser uma participação em grupo. Peço autorização para fazer gravação dessa reunião. Após as transcrições, as falas gravadas serão destruídas. Em nenhum momento haverá identificação dos nomes dos participantes e o que for falado e escrito será sigiloso. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai de forma alguma vir a te prejudicar. Poderá também retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Ana Soraya Andrade (Pesquisadora) Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Orientadora: Prof^a Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida, Rua Comendador Pedro Stefanini, 373. Botucatu – SP. Fone (14) 3880-1351 E-mail: malmeida@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Ana Soraya Andrade, Rua Nossa Senhora de Fátima, 252. Botucatu - SP
Fone (14)9 8140-5942 e-mail: soraya13.3@bol.com.br

Apêndice 1.2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Violência vivenciada por adolescentes: o olhar e a articulação da saúde, educação e assistência social** que pretende conhecer as percepções e experiências de profissionais dos setores da saúde, educação e assistência social sobre a violência que envolve o adolescente. Você foi selecionado (a) por trabalhar e ter contato com adolescentes do Distrito de Rubião Júnior em um dos setores compreendidos pelos segmentos de saúde, educação e assistência social. Sua participação mediante uma entrevista a respeito do seu serviço com adolescentes que vivenciam a violência e formas de integração com os outros setores que também trabalham com esta problemática. Ao início da entrevista, terá um formulário com questões para caracterização dos participantes (idade, sexo, formação, local de trabalho, tempo de atuação). A entrevista durará em média 40 minutos. A entrevista proporcionará informações que poderão auxiliar os profissionais no atendimento a adolescentes que vivenciam a violência, seja nos serviços isolados e no trabalho em equipe, entre os setores da saúde, educação e assistência social. Peço autorização para fazer gravação dessa entrevista. Você não sofrerá nenhum risco, a não ser a possibilidade de um constrangimento inicial por sua fala estar sendo gravada. Porém, ao término do estudo, as falas gravadas serão destruídas. Em nenhum momento haverá identificação dos nomes dos participantes e o que for falado e escrito será sigiloso. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai o prejudicar de forma alguma. Poderá também retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Ana Soraya Andrade (Pesquisadora) Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Orientadora: Prof^a Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida, Rua Comendador Pedro Stefanini, 373. Botucatu – SP. Fone (14) 3880-1351 E-mail: malmeida@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Ana Soraya Andrade, Rua Nossa Senhora de Fátima, 252. Botucatu - SP
Fone (14)9 8140-5942 e-mail: soraya13.3@bol.com.br

Apêndice 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



Departamento de Saúde Pública
Botucatu – São Paulo – (14) 3811-6200/6352 ou Fax (14) 3882-3309

ORIENTAÇÕES GERAIS

Objetivos do estudo:

- 1) Compreender as percepções e experiências dos profissionais sobre a violência que envolve os adolescentes.
- 2) Investigar a existência da atuação na rede intersetorial

Sujeitos da pesquisa:

Mínimo de 06

Máximo de 12

Papel do moderador: Trazer a discussão para o objetivo do estudo.

ANTES DA GRAVAÇÃO

- 1) Explicar sobre o objetivo do estudo
- 2) Explicar e aplicar o Termo livre e esclarecido
- 3) Sobre o sigilo do que for falado tanto entre os sujeitos da pesquisa, quanto dos demais participantes (moderador/observador/e técnico dos equipamentos)
- 4) Explicar que podem falar o que pensam e que não existe certo e errado, cada um tem a sua percepção sobre o assunto.
- 5) Explicar que não se devem dar conselhos aos demais participantes e nem interferir na fala.
- 6) Explicar sobre o papel do observador

O GRUPO FOCAL – GRAVAR A PARTIR DAQUI

- 1) Fale há quanto tempo vocês trabalham com adolescentes
- 2) Como é trabalhar com adolescentes (especificar de acordo com o público: Educação, Saúde, Assistência Social).
- 3) Fale sobre a existência de violência entre os adolescentes (vítimas/autores)
- 4) Fale sobre os tipos mais frequentes de violência que você observa entre os adolescentes
- 5) Fale sobre os procedimentos realizados quando detectado casos de violência
- 6) Fale sobre as **potencialidades** da rede de apoio aos adolescentes em situação de violência (Instituições que atendem esse público)
- 7) Fale sobre as **fragilidades** da rede de apoio aos adolescentes em situação de violência
- 8) Para finalizar fale **sobre as parcerias que** vocês têm para o acompanhamento dos adolescentes nessa situação. (Instituições que atendem esse público)

Apêndice 3

1. Identificação do entrevistado:

Grupo focal 1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Ensino médio completo () Profissionalizante? () Não () Sim. Qual?
de conclusão:

Ano

Graduação incompleta () Qual?

Ano de conclusão:

Graduação completa () Qual?

Ano de conclusão:

Pós-graduação incompleta () Qual?

Ano de conclusão:

Pós-graduação completa ()

Ano de conclusão:

Local de trabalho atual e vínculo empregatício:

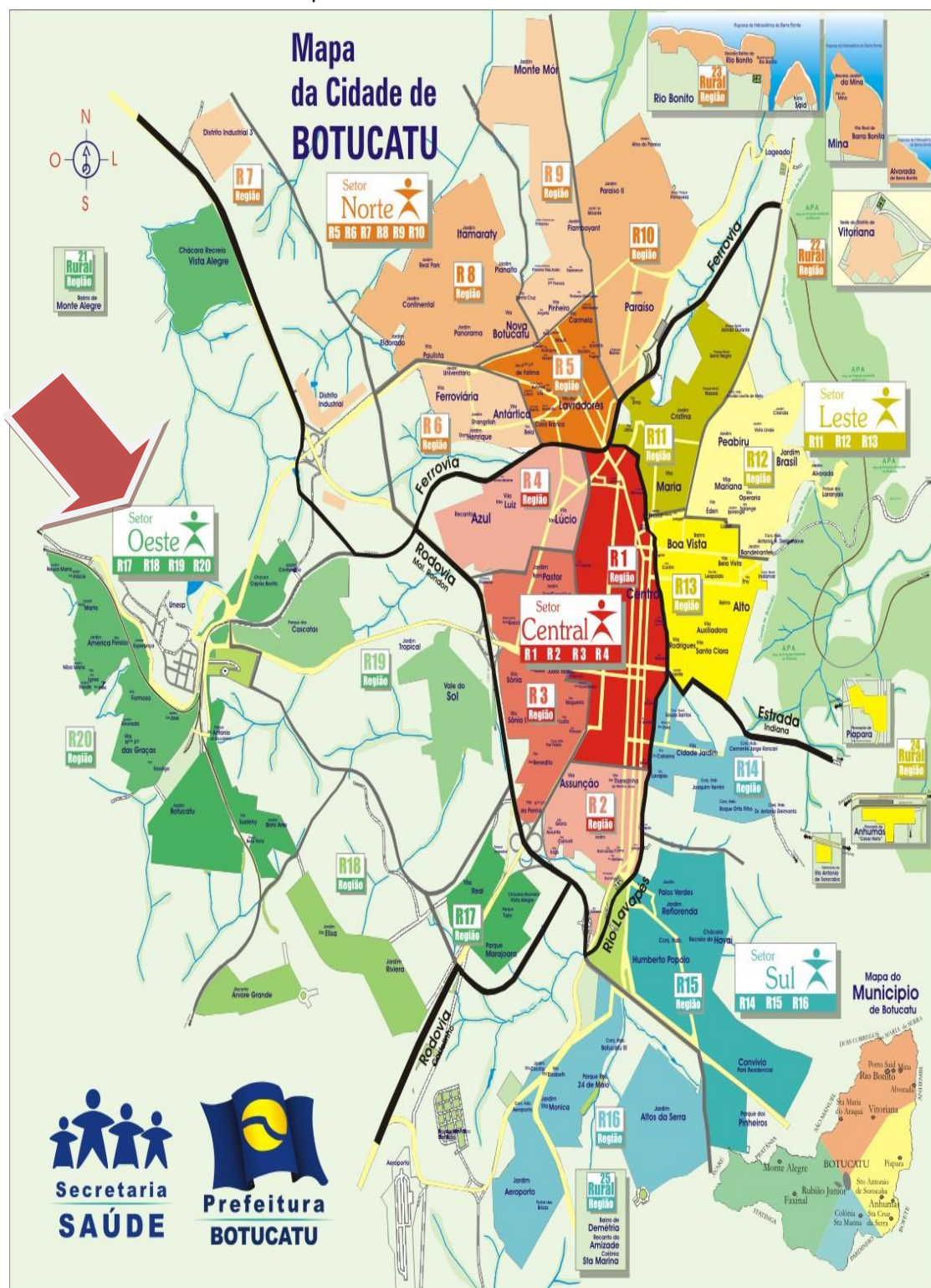
Local de trabalhos anteriores e vínculos empregatícios:

Tempo de atuação em cada serviço:

ANEXOS

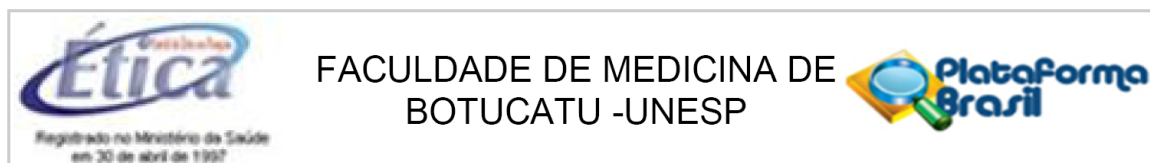
Anexo 1

Gentiliza: CRAS OESTE- Município de Botucatu



Anexo 2

Parecer consubstanciado CEP – arquivo PDF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência vivenciada por adolescentes: o olhar e a articulação da saúde, educação e assistência social

Pesquisador: Ana Soraya Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33405214.8.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 737.680

Data da Relatoria: 04/08/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto está adequadamente apresentado.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é conhecer as percepções e experiências de profissionais da rede intersetorial (saúde, educação e assistência social) sobre a violência que envolve adolescentes.

Objetivos específicos: 1) Apreender a percepção e identificar as experiências e atuação de profissionais da rede intersetorial quanto às diferentes formas de violência vivenciada por adolescentes; 2) Identificar se existe e como se organiza na prática ações intersetoriais em relação à violência vivenciada por adolescentes.

Trata-se de pesquisa qualitativa, a ser realizada no município de Botucatu-SP, em local pré-acordado entre os trabalhadores que aceitarem participar da pesquisa. Serão convidados a participar da pesquisa funcionários da escola e unidade de saúde do distrito de

Rubião Júnior. Também serão convidados a participar da pesquisa os conselheiros tutelares de Botucatu que atuam na área a ser investigada.

Os trabalhadores serão divididos em 4 grupos, de acordo com a área de atuação.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

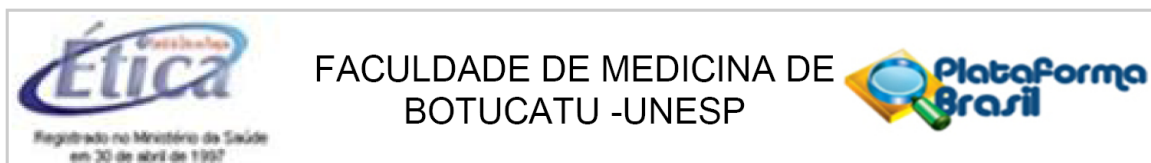
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 737.680

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos baixos com potenciais benefícios a envolvidos na educação e cuidados de adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto orçado em R\$ 1.020,00. Será solicitada Bolsa à FAPESP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há 2 TCLEs, um para participação em grupo e outro para entrevistas individuais, ambos adequados ao estudo.

Há autorizações da Diretoria da Faculdade de Medicina de Botucatu e do Departamento de Saúde Pública para realização do estudo.

Há solicitações para cinco dirigentes do município para realização do estudo. Não há porém, as autorizações para realização do estudo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aguarda autorizações de dirigentes para realização do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 04 de agosto de 2.014, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP, o respectivo "Relatório Final de Atividades" ao final do estudo.

OBS: O presente projeto muito embora esteja APROVADO, mas somente poderá ser iniciado após a obtenção das autorizações dos dirigentes, as quais devem ser enviadas ao CEP na forma de "NOTIFICAÇÃO".

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

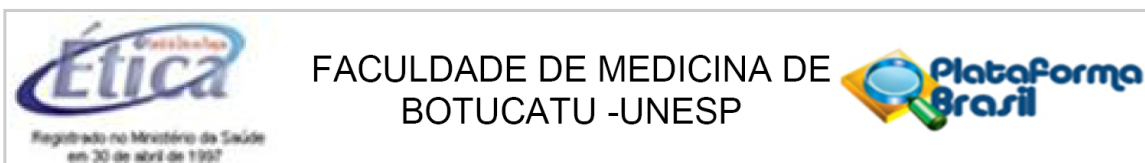
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 737.680

BOTUCATU, 04 de Agosto de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 3



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado

Título constante no parecer inicial de aprovação:

Violência vivenciada por adolescentes: o olhar e a articulação da saúde, educação e assistência social.

Título final:

Violência na adolescência: olhar e articulação da saúde, educação e assistência social.

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 04/08/14

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

Margarete P. Santin de Paula
Nome/assinatura original do(a) Orientador(a)

Ana Lora Andrade
Nome/assinatura original do(a) Orientado(a)

* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema plataforma brasil (vide instruções contidas no Of. 06/2014-CEP); a seguir, imprimir "print screen" da tela comprovando o aceite pelo CEP da solicitação de alteração;

* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação

10:23 29/07/2016 000000 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP