

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) / GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE – ICTS**

**CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE DADOS INFORMATIZADO
SOBRE O ATENDIMENTO OFERECIDO PELO
AMBULATÓRIO PRÓ-JOVEM (SMS/POA) A ADOLESCENTES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

EDILENE J. DE ALMEIDA

Profª Orientadora: Drª Kathie Njaine

Porto Alegre, setembro de 2005.

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) / GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE – ICTS**

**CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE DADOS INFORMATIZADO
SOBRE O ATENDIMENTO OFERECIDO PELO
AMBULATÓRIO PRÓ-JOVEM (SMS/POA) A ADOLESCENTES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Projeto de pesquisa apresentado
como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em
Informação Científica e Tecnológica
em Saúde.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Kathie Njaine

Edilene Joceli de Almeida

Porto Alegre, setembro de 2005.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
1. JUSTIFICATIVA.....	06
2. OBJETIVOS.....	08
2.1 Geral.....	08
2.2 Específicos.....	08
3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	10
4. METODOLOGIA.....	17
4.1 Tipo de Estudo.....	17
4.2 Cenário da Pesquisa.....	17
4.3 Procedimentos Metodológicos.....	17
5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	20
6. CRONOGRAMA.....	21
7. ORÇAMENTO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	26

INTRODUÇÃO

O desafio da implantação de ações em saúde voltadas para adolescentes e jovens em situação de violência tem sido cada vez maior, haja vista a gravidade deste problema e as repercussões nocivas à saúde. Também desafiadora é a socialização destas experiências e a produção de informação em saúde na perspectiva de incremento de novas tecnologias em saúde coletiva que contribuam com a prevenção dos acidentes e violências, e com a redução das morbimortalidades decorrentes destes eventos.

O enfrentamento dessa questão passa, necessariamente, pela construção de informações fidedignas e acessíveis, e que possibilitem análises que irão subsidiar políticas para a juventude, sobretudo políticas de prevenção da violência. Como vêm alertando alguns pensadores da área, a qualidade da gestão em saúde está intrinsecamente relacionada à produção de informações

que possam apoiar um contínuo (re)conhecer, decidir, agir, avaliar e novamente decidir... Portanto, o processo de produção de informações, além de contínuo, também precisa ser sensível o bastante para captar as transformações de uma situação de saúde. (FERREIRA, 1999, p. 7)

E, no Brasil, uma destas transformações da situação de saúde que merece especial atenção relaciona-se com a morbimortalidade por causas violentas. Assim, a violência e seus efeitos tornam-se um problema não só social, mas também de saúde pública, vindo a mobilizar, inclusive, a elaboração e publicação da “Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência” aprovada na forma de Anexo da Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, que preconiza servir de “instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto”, adotando

como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. (BRASIL, 2001)

Na prática clínica, no Ambulatório Pró-Jovem¹ da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, constata-se um crescente número de jovens envolvidos em diversas situações de violência que provocam sérios agravos à saúde e conseqüente necessidade de assistência. Desde a origem do Ambulatório Pró-Jovem, evidencia-se este complexo problema que é a violência a que estão expostos os adolescentes, exigindo a construção de estratégias de atenção à saúde para fazer frente às morbidades decorrentes destes eventos violentos. Em 1989, na Santa Casa de Misericórdia, já na implantação do Ambulatório como um programa de atenção a adolescentes grávidas, evidenciaram-se histórias de violência doméstica e de abuso sexual sofridas pelas adolescentes. Na iminência de extinção do programa, em 1996, realizou-se um movimento junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares e Conselho Municipal de Saúde para que a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre incorporasse o Ambulatório na sua rede de saúde, tendo em vista a necessidade de tal abordagem assistencial, o que veio a ocorrer em dezembro de 1996. Assim, manteve-se o atendimento para adolescentes em situação de violência doméstica, de violência sexual, mas com a ampliação da abordagem, através do atendimento para adolescentes de

¹ O Ambulatório Pró-Jovem é um equipamento de saúde mental para adolescentes em situação de violência doméstica e violência urbana da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, tendo gestão plena do SUS. Localiza-se no Centro de Saúde Santa Marta, na rua Capitão Montanha nº 27 – 2º andar, distrito Centro. Fone (51) 3289-2872.

ambos os sexos em situação de vulnerabilidade social, física e psicológica, com trajetórias marcadas pelo uso de drogas, pela situação de rua, pela violência doméstica e urbana, que eram abordados pelo Conselho Tutelar². Em 1998, cria-se o Programa Municipal de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Usuários de Substâncias Psicoativas (PAICAUSPA)³, que visava ao enfrentamento da situação de vulnerabilidade de meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas, sendo o Ambulatório Pró-Jovem um dos serviços integrantes do Programa. Já em 2002, pela disponibilidade, interesse e experiência que a equipe do Ambulatório vinha tendo no atendimento a adolescentes encaminhados pelo poder judiciário com situações de drogadição e outros atos infracionais, e também com medida socioeducativa de internação na FASE⁴, fomos convidados, juntamente com outros profissionais da rede de saúde, da assistência e do sistema socioeducativo, pelo Juizado da Infância e da Juventude, a compor a Comissão Organizadora de um espaço de debates que passou a programar eventos sistemáticos sobre questões próprias à adolescência. Intitulou-se *Projeto Conversando Sobre Adolescência e Contemporaneidade*⁵. Recentemente, em abril de 2005, representantes do Ambulatório⁶ passam a integrar o Grupo de Estudos em Justiça Restaurativa⁷, visando, dentre outras questões, repensar as práticas punitivas e expiatórias impostas aos adolescente e jovens de classes populares presentes não só nas ações do judiciário, mas também nas práticas de

² Conselho Tutelar: órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, conforme definição da Lei Federal nº 8.069/1990.

³ “Sua tarefa inicial era priorizar ações focadas no uso abusivo de substâncias psicoativas, mas em seu processo de consolidação realizou-se o debate do que veio a ser o grande enfrentamento: a exclusão social e o conjunto de ações a serem executadas, de forma articulada, pelas políticas sociais, passando a denominar-se em 2001 *Programa Municipal de Atenção Integral a Criança e Adolescentes em Situação de Rua/PAICA-Rua*.” (*Meninos e Meninas em Situação de Rua*, 2002, p. 16)

⁴ Fundação de Atendimento Socioeducativo.

⁵ Em 2004, o Conselho Regional de Psicologia – 7ª Região, a partir de um recorte das produções e dos trabalhos apresentados ao longo do período (2002-2004) publica o livro *Conversando Sobre Adolescência e Contemporaneidade*. O artigo *Drogadição, ato infracional e possibilidades de intervenção* (p. 25) é de Rita Buttes, terapeuta ocupacional no Ambulatório Pró-Jovem, apresentado num dos debates promovidos pelo Projeto.

⁶ Representantes: psicólogas Edilene J. de Almeida e Cinara C. Moraes.

⁷ Projeto Piloto desenvolvido junto à 3ª vara do Juizado da Infância e da Juventude de Porto Alegre – Ministério de Reforma do Judiciário/UNICEF.

“A justiça restaurativa é uma nova maneira de abordar a justiça penal, que enfoca a reparação dos danos causados às pessoas e relacionamentos, ao invés de punir os transgressores. Tendo se originado nos anos 70 como uma mediação entre vítimas e transgressores, nos anos 90 a justiça restaurativa foi ampliada para incluir comunidades de assistência, com as famílias e amigos das vítimas e transgressores participando de processos colaborativos denominados “conferências” e “círculos”. Este novo enfoque na resolução de conflitos e o conseqüente fortalecimento daqueles afetados por uma transgressão parecem ter o potencial de aumentar a coesão social nas nossas sociedades, cada vez mais distantes umas das outras. A justiça restaurativa e suas práticas emergentes constituem uma nova e promissora área de estudos das ciências sociais.” (McCOLD, P., WACHTEL, T., 2003)

operadores do direito, de saúde, de educação e de outros setores sociais como a comunidade e a mídia.

Nesse percurso de atenção à saúde de adolescentes e jovens do Ambulatório Pró-Jovem, as questões de violência foram crescentemente evidenciando-se e complexificando-se, constatando-se o que afirma a “Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência”, que

o grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. (BRASIL, 2000)

O problema da violência não é recente, mas somente teve entrada na área da saúde no final dos anos 70 (na pediatria), nos anos 80 (pelo movimento feminista), nos anos 90 é admitido pela OPAS (1993-1994) e pela OMS (1997) e entra na pauta do Ministério da Saúde (1998)⁸, culminando na formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Esta recente inserção do tema na área da saúde faz com que as experiências exitosas em saúde pública de promoção e prevenção aos agravos decorrentes de acidentes e violências estejam ainda desarticuladas, com os conhecimentos e os saberes práticos dispersos ou não registrados, dificultando a elaboração de novas tecnologias de atenção à saúde e de políticas públicas efetivas de enfrentamento à violência. Decorre daí, também, o problema da sistematização escassa dos dados nas Secretarias e serviços locais de saúde, quanto a oferta de informações específicas e relevantes referentes à população atendida em situação de violência, necessárias para a tomada de decisões técnico-políticas .

No caso específico do Ambulatório Pró-Jovem, constata-se a necessidade de informações sistematizadas para o conhecimento aprofundado sobre as situações de saúde, pois apesar da experiência acumulada no atendimento terapêutico a adolescentes em situação de

⁸ Histórico do tema na área de saúde, segundo Maria Cecília de Souza Minayo, Seminário de Efetividade da promoção à saúde Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência (slides acessados pela internet em 11/7/2005).

violência doméstica e urbana, percebemos a carência de dispositivos mais interativos, completos e práticos, que possibilitem o acesso à informação articulada e provida de significado. Tal aperfeiçoamento na gestão do serviço, permitirá a elaboração de pesquisas, a construção de indicadores de saúde que auxiliem no dimensionamento das práticas desenvolvidas, a avaliação do impacto na qualidade de vida dos jovens, impulsionando a incrementação da atenção à saúde.

Neste sentido, Mota e Carvalho (2003) reforçam a importância da informação para a tomada de decisões, salientando que o conhecimento das situações de saúde exige informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços, como a disponibilidade de recursos, de infra-estrutura e financeiros.

Sem dúvida, a referida produção de informações é uma ação estratégica em políticas públicas, dada a magnitude do problema social enfrentado, como apontada pela Organização Mundial de Saúde, onde

estudos mostram que para cada homicídio de jovens há vinte ou quarenta vítimas nesse grupo sofrendo agressões e outros tipos de violências não-fatais e recebendo tratamento hospitalar (OMS, 2002). (MINAYO e SOUZA, 2003, p. 133)

Assim, pretende-se, com este projeto, no âmbito do Ambulatório Pró-Jovem, a criação e/ou aprimoramento de ferramentas de registro de dados específicas ao tema violência, a transformação destes em informação em saúde, através da construção de um banco de dados que favoreça a produção científica e o incremento das práticas de atendimento em saúde/saúde mental dos adolescentes e jovens.

1. JUSTIFICATIVA

Muito embora os atendimentos prestados a adolescentes e jovens no Ambulatório Pró-Jovem sejam feitos de forma continuada⁹, com registro em prontuários individuais e em livros instituídos (acolhimentos, abertura de prontuários, triagem), a sistematização de tais dados ainda não se constituiu em ferramenta analisadora da práxis vivida no dia-a-dia. Este fato dificulta a visibilidade aprofundada quanto à prática clínica no cuidado em saúde, no que se refere ao desafio de desvelar como o fenômeno da violência se configura e como as ações de saúde desenvolvidas estão repercutindo sobre as morbidades produzidas, e conseqüentemente limita a tomada de decisões quanto aos planos terapêuticos e as estratégias gerenciais.

Assim, ter dados fidedignos e informações quantitativamente e qualitativamente bem elaboradas, no que concerne à violência e práticas de redução da morbimortalidade decorrentes, é fundamental, e vem ao encontro da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (em desenvolvimento), da Portaria Interministerial

⁹ Após ingresso do jovem em atendimento terapêutico regular, ele passa a ter agendamento semanal (ou mais, se necessário) com o(s) técnico(s) indicado(s) nas áreas de psicologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, nas modalidades individual e/ou grupal; e, conforme necessidade, os jovens podem acessar ou ser encaminhados para acompanhamento médico, com possibilidades de encaminhamentos para especialidades disponíveis na rede de assistência/SUS de Porto Alegre.

1.426/GM¹⁰ e Portaria SAS/nº 340¹¹, da Proposta de Lei de Execução das Medidas Socioeducativas¹² e do ECA¹³.

O desenvolvimento de estudo piloto para a construção de sistemas de informações locais sobre as formas de violência que chegam aos serviços de saúde pode contribuir para a implantação de um Plano de Ação Municipal de Enfrentamento dos Acidentes e Violências e para a incrementação e articulação dos serviços de assistência à saúde afins já existentes. Esses sistemas podem apoiar o processo decisório por parte dos gestores de saúde e de outros gestores nas áreas de educação, assistência social, direitos humanos e segurança pública, além de subsidiar integrantes da sociedade civil organizada, conselheiros e organizações não-governamentais.

Tal estudo, ao trabalhar com a produção da informação, também potencializa a difusão de uma visão e entendimento mais amplo, crítico e contextualizado sobre a situação de exclusão e de violência a que estão expostos adolescentes e jovens de Porto Alegre, sobre a realidade da juventude urbana,

sobre a naturalização etiológica de seus encaminhamentos para o Ambulatório Pró-Jovem e sobre o papel que os operadores de saúde vêm desenvolvendo, de forma, muitas vezes acrítica, em consonância igualmente acrítica, com os operadores de justiça (SILVA BUTTES, 2003, p. 43- 44),¹⁴

de proteção, de educação, de assistência e com a sociedade de uma forma geral.

¹⁰ Portaria Interministerial 1.426/GM, de 14 de julho de 2004, aprova as diretrizes para a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

¹¹ Portaria SAS/nº 340, de 14 de julho de 2004, estabelece as normas para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

¹² Versão Final do Grupo de Trabalho do CONANDA, regulamenta a execução das medidas socioeducativas e altera dispositivos da Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, Capítulo V, trata do atendimento ao portador de transtorno mental.

¹³ Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8.069/1990.

¹⁴ Silva Buttes é Terapeuta Ocupacional no Ambulatório Pró-Jovem.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar e sistematizar instrumentos de coleta de informações para o atendimento a adolescentes e jovens em situação de violência, a fim de subsidiar a construção de banco de dados no Ambulatório Pró-Jovem.

2.2 Específicos

1. Analisar quanti-qualitativamente os documentos e registros do atendimento a adolescentes no Ambulatório Pró-Jovem, verificando seus fluxos de informação e uso para o serviço estudado.

2. Analisar modelos de registros de demais serviços de atenção a pessoas em situação de violência da rede de assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a fim de propor indicadores de comparabilidade das informações sobre as formas de violência predominantes e sobre o atendimento prestado.

3. Sistematizar e propor modelos de instrumentos de coleta de informação, contemplando as especificidades do tipo de atendimento prestado pelo Ambulatório Pró-Jovem.

4. Construir banco de dados que possibilite subsidiar estudos estratégicos e pesquisas científicas sobre este tipo de atendimento.

5. Capacitar profissionais de saúde para o registro e a utilização de informações sobre o atendimento no Ambulatório Pró-Jovem.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

A violência não pode explicar as coisas, mas nós temos que explicar a violência! (PASSOS, 2004, p.40)¹⁵

Os sistemas de informações locais em saúde são importantes dispositivos¹⁶ de análise e analisadores¹⁷ para o entendimento e a intervenção na instituição da violência, e especificamente no campo das práticas de saúde mental assumem um papel fundamental ao propiciarem uma leitura complexa e coletiva deste fenômeno que afeta objetiva e subjetivamente muitas pessoas.

Benevides (2002, p.175), em seu artigo *Saúde Mental: a importância de se assegurarem direitos*, enfatiza sobre a capacidade crítica a ser desenvolvida, sobretudo ao se afirmar o marco político das intervenções *psi*, eis que

¹⁵ Eduardo Passos é Psicólogo, Doutor em Psicologia pela UFRJ e integrante do Projeto Clínico Grupal do Grupo Tortura Nunca Mais/Rio de Janeiro. Desde aproximadamente 2000/2001, a Equipe do Ambulatório Pró-Jovem vem participando de assessorias e seminários com E. Passos, principalmente, e outros integrantes do Grupo, como Cristina Rauter e Regina Benevides.

¹⁶ Passos (2004, p. 45) conceitua dispositivo enquanto o que põe a funcionar os processos de subjetivação .

¹⁷ Segundo Benevides (2002, p.175), o analisador é o que catalisa forças e irrompe na cena instituída desestabilizando formas e modos de funcionamento já dados. Na noção de analisador o relato será ouvido como uma enunciação do que no conjunto de forças – sociais, políticas – se produziu num determinado momento. Destaca-se o caráter histórico, sociopolítico do acontecimento protagonizado.

isto aponta para a urgência em se criarem dispositivos que retirem o caráter de saúde/doença mental do âmbito estreitamente individual. Se é certo que uma determinada manifestação se dá enquanto comportamento num indivíduo, é também certo que ele seja agente de enunciação de um coletivo que nele fala.. O recorte singular que faz em cada indivíduo deve, é claro, ser acolhido em sua experiência individual, mas sua análise e intervenção não devem perder de vista a multiplicidade que compõe seus planos existenciais. Isto impõe a necessidade, para os profissionais psi¹⁸, de escaparem de intervenções classificatórias, que remetem a estruturas de personalidade apriorísticas e que se apóiem em concepções naturalizadas, como por exemplo, as de perfil psicológico, vítima de violência, trauma como acontecimento necessariamente desestruturante, entre outros, transformando o que é analisador das relações atuais no campo da cidadania e dos direitos humanos em situações individuais e pontuais.

Desta forma, entendemos os adolescentes e os jovens que chegam no Ambulatório Pró-Jovem, enquanto este “agente de enunciação de um coletivo que nele fala” através de uma experiência individual. E estas enunciações deste coletivo desvelam a violência na qual crianças e adolescentes, na maioria pobres, de Porto Alegre, estão imersos desde muito cedo. A violência está em suas vidas, nas vidas dos seus familiares, dos seus amigos, dos seus “contras”¹⁹, do seu “patrão”²⁰, da sua relação com as instituições que frequenta (ou deveria frequentar). Torna-se tão constante e natural que, às vezes, não a reconhece enquanto tal. Lembro de um adolescente que referiu precisar escrever uma redação sobre “violência”, mas não sabia o que escrever, muito embora estivesse com a mão e os tendões cortados devido a envolvimento em briga e cumprindo medida socioeducativa de internação há quase dois anos, devido a ato infracional e “agravamento de perfil”²¹.

¹⁸ Nota 9 do autor: decidi por manter o termo profissionais *psi*, considerando todo aquele que lide com as questões da subjetividade. Não se entenda, com isso, a negação de especificidades na intervenção, que não devem ser, entretanto, confundidas com especialismos segregadores que se fazem em nome de verdades de cada saber.

¹⁹ Expressão usada pelos adolescentes/jovens para referirem-se a outros adolescentes ou outras pessoas com as quais têm rivalidades, disputas.

²⁰ Expressão usada pelos adolescentes/jovens para referirem-se ao chefe do tráfico .

²¹ Termo usado pelos adolescentes e técnicos da FASE para referirem-se a problemas (brigas, fugas, descumprimento de regras...) que o jovem apresenta durante a privação de liberdade e prejudica sua avaliação.

Que violência é essa? (...) Como desconstruir o sintoma contra o contemporâneo que é o sintoma da violência? Nós temos que argüir. Análise é argüição. Vamos argüir essa violência, tentar entender. (PASSOS, 2004, p. 40)

Assim, depois de algumas argüições, onde a violência foi desnaturalizada, ele disse, “não seria então uma redação, teria que escrever um livro”. Certamente um livro que desvela a violência social, a violência intrafamiliar, a violência institucional, a violência urbana, a violência auto-inflingida. Assim, ao se tomar tal ou tais acontecimentos com analisadores, segundo Benevides (2002), abrem-se possibilidades de análises mais coletivas, colocando para os profissionais *psi* a urgência de análises em diferentes níveis, o macropolítico (refere-se às relações do Estado com os cidadãos, dos cidadãos entre si, pela preservação dos seus direitos básicos) e o micropolítico (estratégias voltadas para a produção de subjetividade, aquelas que criam novos territórios existenciais e que engendram diferenças).

No nível macropolítico constata-se toda uma “tecnologia de violência”²² que se expressa nas diferentes formas de violação dos direitos humanos, num sentido amplo, e violação dos direitos da criança e do adolescente, num sentido mais específico a este estudo, e através dos indicadores elevados de mortalidade.

Apesar das taxas de mortalidade por suicídio serem consideradas baixas no Brasil, estas se mostram crescentes para os jovens do sexo masculino, tendo a mortalidade de jovens de 15 a 24 anos aumentado 42,8 % no período de 79 a 98. E a mortalidade por causas externas constitui-se na primeira causa de anos potenciais de vida perdidos (APVP) (SOUZA, et al., 2003).

Hoje , as violências e os acidentes juntos constituem a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira. Inclusive nas idades de 1 a 9 anos, 25 % das mortes são devidas a essas causas. E de 5 a 19 é a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nessas faixas etárias. Ou seja, a gravidade desse problema atinge toda a infância e adolescência. E as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais que sofrem, embora nem

²² Passos, 2004, p. 41

*sempre sejam fatais, deixam seqüelas em seus corpos e mentes por toda a vida.*²³

Tais índices são reflexos da exclusão social, no sentido proposto por Escorel²⁴, como o “processo de constituição de indivíduos e grupo supérfluos e desnecessários à vida social”. A exclusão exercida sobre crianças, adolescentes e jovens é uma das principais violações dos direitos humanos, uma vez que: a maioria deste grupo não tem garantido os direitos básicos previstos em lei; são estimulados para o consumo sem poder usufruir dos bens sugeridos; vivem a violência urbana no cotidiano das ruas e favelas; são estigmatizados pela mídia, carecendo de uma imagem positiva e formando-se no medo, na segregação, na indiferença aos atos violentos, no abuso do poder do adulto; são estimulados para a prática de atos infracionais, devido à falta de condições mínimas de sobrevivência familiar e ao apelo massivo da sociedade de consumo; e são vítimas da impunidade, ao não terem seus direitos e de seus familiares garantidos, acirrando a estigmatização e o empobrecimento (Assis e Constantino, 2003).

Na prática *psi* no Ambulatório Pró-Jovem, buscamos não nos aprisionar em uma abordagem que privilegie exclusivamente o domínio íntimo, individual das experiências trazidas pelos adolescentes, a suas realidades micropolíticas, buscamos também remetê-los e nos remetermos a esta instituição macropolítica da violência geradora destes efeitos subjetivos.

Desta forma, tentamos mapear este plano macropolítico dos adolescentes e dos jovens que freqüentam o Ambulatório, numa tentativa de dar maior visibilidade àquelas histórias dramáticas de experiência com situações de violência e dar sentido de coletividade a este problema que é social e historicamente construído. Assim, conseguimos sistematizar algumas informações²⁵, mas percebemos que a nossa necessidade estava além dos levantamentos que conseguíamos fazer com os recursos, registros e instrumentos existentes.

²³ Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. 2002, p. 11.

²⁴ In: Assis & Constantino, p. 165.

²⁵ Ver Anexo. Referente ao levantamento de dados do ano de 2004 do Ambulatório Pró-Jovem, realizado pela psicóloga Edilene J.de Almeida (técnica do Ambulatório). Levantamento manual, coletado nos livros de registros, pois não há nenhum sistema informatizado local. Somente os números relativos à produtividade, gerados pelos Boletins Diários de Atendimento, são processados fora do Ambulatório, pelo Centro de Saúde Santa Marta, retornando para a equipe um relatório quantitativo por profissional x modalidade de atendimento (conforme código tabela SUS).

Percebemos a necessidade de documentos, registros, banco de dados específicos para o atendimento a adolescentes e jovens em situação de violência, o que tornará possível a construção de informações locais que explicitem e expliquem a violência e contribuam para a sua desconstrução, para a sua argüição, para o seu enfrentamento, eis que “*a informação em si e o aprimoramento das suas fontes têm uma potencial contribuição para a mudança social*”²⁶.

No Brasil, sobretudo, a veiculação da informação e a ampliação do diálogo sobre as causas da violência tornam-se fundamentais para o enfrentamento do problema. Njaine e Souza (2003, p. 269) salientam que a

questão da violência vem mostrando para a sociedade a necessidade urgente de um debate público com os setores responsáveis pela saúde, educação, justiça e segurança da população. A mobilização em torno da segurança pública é maior, como consequência dos efeitos mais visíveis da violência no cotidiano e da representação social do fenômeno que é reduzido à criminalidade. No entanto, o conhecimento sobre as causas da violência ainda não é uma demanda direta da sociedade, tal qual as medidas de segurança.

Coloca-se, assim, um grande desafio para os trabalhadores da área da saúde de tornar público este conhecimento, “de tornar o uso da informação socialmente adequado e a serviço da cidadania” (Njaine & Souza, 2003, p. 274).

É neste sentido que a produção e o fluxo da informação (geração, coleta, tratamento, armazenamento e disseminação) sobre morbimortalidade por acidentes e violências assumem um papel estratégico em nível local (e não só), tornando-se verdadeiros dispositivos de análise e analisadores, uma vez que explicitam um saber que estava implícito, contextualizam um fenômeno que estava descontextualizado, tornam coletivo um problema que é social, evidenciam a política na clínica e desestabilizam formas e modos de funcionamento e de leitura da realidade .

Rollemborg (2004), em seu artigo *Informações Sistematizadas: Instrumento de Prevenção da Violência e de Democratização*, enfatiza a importância do acesso à informação

²⁶ Marteleto. In: Njaine e Souza. 2003, p. 269.

para a vida em sociedade, salientando a necessidade do conteúdo certo, na forma adequada e com agilidade. A autora remete, assim, para pontos importantes no que tangem à informação e ao seu papel social e político. Referindo-se às estratégias da vida e de proteção aos direitos, salienta que a disponibilidade de informação potencializa a ação do poder público e da sociedade, permitindo uma visão diversificada dos fatos, dos acontecimentos, possibilitando a crítica e, desta forma, presta contribuição para a justiça social; coloca a utilização das novas tecnologias de comunicação e de informação como recursos potencializadores dos movimentos e redes sociais de enfrentamento da violência e de proteção dos direitos humanos; enfatiza o papel da ação governamental no sentido de sistematizar e garantir o acesso às informações sobre temas relevantes para a sociedade, favorecendo, assim, o debate público, o intercâmbio e a produção de conhecimento.

Infelizmente, convive-se com muita dispersão dos conhecimentos gerados na área institucional pública (Rollemberg, 2004). Fato também observado no próprio Ambulatório Pró-Jovem e no seu contexto institucional. No que se refere aos serviços de atenção a pessoas em situação de violência, não dispõe-se de ferramentas específicas para registros; pouco diálogo se estabelece com o gestor e entre os serviços e as políticas setoriais afins; as informações e conhecimentos gerados partem, muitas vezes, de uma lógica interna do serviço e não de uma estratégia governamental. Este quadro é problemático, porque a integração entre as diversas fontes de informação sobre morbidades é fundamental para uma utilização mais produtiva e eficaz no enfrentamento da violência e dos agravos decorrentes (Deslandes e Assis, 2004).

Neste contexto, a formulação e oficialização da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências²⁷, torna-se importante para o presente marco teórico, já que é o resultado do investimento de diversos grupos de pesquisa e de atuação na sociedade civil (Brasil, 2001) e

É com ela que o Ministério da Saúde formaliza o tema no campo da saúde pública e institucionaliza e delimita o seu papel diante do problema. Além de diagnosticar as principais questões referentes à violência social, inclusive relativas à informação, o texto da Política estabelece normas e diretrizes para ações de assistência e prevenção visando à promoção da saúde (NJAINÉ e SOUZA, 2003, p. 273-274)

²⁷ Aprovada pela Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001.

Evidencia-se assim, no texto da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a inclusão do tema no conceito ampliado de saúde, onde os acidentes e violência tornam-se um problema de saúde pública, devendo ter a participação ativa do setor. Também aponta as limitações dos sistemas de notificação; a relativa inconsistência dos dados/dos registros/dos conhecimentos sobre os agravos; a inexistência de um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre diferentes setores envolvidos no atendimento; a inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos nessa área. No que se refere a proposições quanto à informação, cabe salientar: a responsabilidade do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde – de estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências; a diretriz de Monitorização da Ocorrência de Acidentes e de Violências, que tem como prioridade a melhoria das informações, a qual receberá especial atenção:

Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações acerca dos acidentes e das violências relacionadas aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS). (BRASIL, 2001)

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório através de um projeto piloto que visa a criação de um banco de dados integrados para o Ambulatório Pró-Jovem. Serão realizadas pesquisas descritiva e documental, utilizando técnicas de análises quanti-qualitativas a partir dos dados e documentos coletados no referido serviço (Minayo et al.,2005; Njaine, 2005; Luz, 2005).

4.2 Cenário da Pesquisa

O estudo será realizado no Ambulatório Pró-Jovem. Equipamento de saúde mental que integra o Centro de Saúde Santa Marta da Secretaria Municipal de Saúde e fica localizado na Gerência Distrital Centro da cidade de Porto Alegre. O período de estudo será de 12 meses.

4.3 Procedimentos Metodológicos

4.3.1 Definição da Amostra

– Dados e documentos utilizados para coleta de informações sobre o atendimento de adolescentes e jovens em situação de violência, reunidos no Ambulatório Pró-Jovem: livro de registro para inscrição em acolhimento; livro de registro de abertura de prontuário; livro de triagem; prontuários; planilha de produtividade mensal; ficha do adolescente; levantamento de dados anuais do Ambulatório; planilha de levantamento dos atendimentos por técnico; produtividade mensal a partir dos boletins de atendimento ambulatorial.

– Documentos utilizados para coleta de informações sobre o atendimento a pessoas em situação de violência reunidos nos demais serviços de saúde/SMS: modelos de formulários e fichas.

4.3.1.1 Coleta de Dados: será realizada a partir dos dados e documentos selecionados e reunidos na amostra.

4.3.1.2 Organização e Análise dos dados: os dados quantitativos serão coletados, codificados e inseridos em banco de dados através do software Epi-Info. Posteriormente será feita uma correção do banco para a análise; a análise qualitativa dos documentos será feita através da técnica de análise de conteúdo, após serem criadas as estruturas e categorias de análise pertinentes ao estudo (Gomes et al., 2005).

4.3.2 Levantamento Bibliográfico: será realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema em questão nas principais bases bibliográficas da área da saúde e da ciência da informação.

– *Ciências da saúde em Geral:* LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe; MEDLINE – Literatura Internacional ; SciELO – Literatura da América Latina, Caribe e Espanha; Acervo da Biblioteca Escola Nacional de Saúde Pública; Acervo da Biblioteca do

Ministério da Saúde; Acervo da Biblioteca da organização Pan-Americana da Saúde; CEDOC-OPAS – Centro de Documentação OPAS;

– *Área Especializada*: ADOLEC – Saúde do Adolescente; ADSAÚDE – Administração de Serviços de Saúde; SciELO SP – Saúde Pública; CidSaúde – Literatura sobre cidade/município saudável; LILACS SP – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde Pública; CIR – Centro de Informação e Referência em Saúde Pública.

4.3.3 Construção de banco de dados informatizado a ser pré-testado e socializado com a equipe de trabalho. Serão feitas reuniões com a equipe para discutir o desenho do banco e as necessidades da mesma.

5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Projeto será submetido à apreciação da Gerência Distrital Centro e da Assessoria de Planejamento em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, que indicará a necessidade de apreciação por Comitê de Ética e por outros segmentos da Prefeitura .

Os nomes dos jovens e seus familiares serão preservados, sendo utilizado também número de prontuário no banco de dados e nomes fictícios na elaboração de eventuais produções teóricas visando à divulgação e a comunicação em saúde.

Igualmente o cumprimento do Código de Ética respectivo à formação profissional da pesquisadora pautará a condução da pesquisa.

6. CRONOGRAMA

Meses/atividades	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Preparação da amostra	x											
Análise qualitativa da amostra		x	x	x								
Levantamento bibliográfico	x	x	x	x								
Organização e análise dos dados coletados					x	x	x	x				
Construção do banco de dados								x	x	x	x	
Pré-teste do banco/ reuniões/capacitação da equipe										x	x	x
Redação final da pesquisa									x	x	x	x

7. ORÇAMENTO

. Pessoal: 1 pesquisador com 10 horas semanais;

1 estagiário de área administrativa (com conhecimentos em informática) ou informática com 8 horas semanais;

1 estagiária de psicologia com 8 horas semanais;

1 técnico de informática para assessoria no uso de softwar e na construção do banco de dados.

. Material: - consumo: 3 pacotes papel ofício, 5 cartuchos de tinta para impressora, 500 fotocópias dos formulários, 10 pastas , 6 canetas.

- permanente: 1 computador, 1 mesa para computador, 1 cadeira estofada, 1 Softwar Epi-Info.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Simone Gonçalves de, CONSTANTINO, Patrícia. “Violência contra Crianças e Adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90”. In: *Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 163-198.

BENEVIDES, Regina. “Saúde Mental: a importância de se assegurarem direitos”. In: *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Organizado por Cristina Rauter, et al. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ. Rio de Janeiro: IFB / Te Corá, 2002. p. 171-177.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM n. 737, de 16/05/2001, publicada no DOU, n. 96, seção 1 E, de 18/05/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde, 8).

BUTTES SILVA, Rita. *Juventude Urbana: fragmentos do não-lugar*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Faculdade de Direito. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.

DESLANDES, S.F. e ASSIS, Simone G. FAMÍLIAS: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Capítulo 3. “Gerando informações: os registros institucionais”. Brasília: CLAVES e UNICEF, 2004. p. 95-99.

FERREIRA, Sibeles M. Gonçalves. *Sistema de Informação em Saúde – conceitos fundamentais e organização*. Pesquisadora do NESCON/FM/UFMG. 1999. p. 1-9.

GOMES, Romeu, SOUZA, Edinilsa R. de, MINAYO, Maria C. de Souza, MALAQUIAS, Juaci Vitória, SILVA, Cláudio F. Ribeiro da. “Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: *Avaliação por triangulação de métodos –*

abordagem de programas sociais. Organizado por Maria Cecília de Souza Kinayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

LUZ, Anna M.H. *Delimitação da Pesquisa*. Notas de aula na disciplina de Metodologia de Projetos do curso de Informação Científica e Tecnológica em Saúde, de 18 a 19 de março de 2005.

McCOLD, Paul, WACHTEL, Ted. (International Institute for Restorative Practices). *Em Busca de um Paradigma: uma teoria de justiça restaurativa*. Trabalho apresentado no XIII Congresso Mundial de Criminologia. 10 – 15 de agosto de 2003, Rio de Janeiro.

MENINOS E MENINAS DE RUA: políticas integradas para a garantia de direitos. PAICA – Rua (org.). São Paulo: Cortez; Brasília: Unicef, 2002. Série fazer valer os direitos, v.2.

MINAYO, M.C. de Souza, SOUZA, Edinilsa R. de, CONSTANTINO, Patrícia, SANTOS, Nilton C. dos. “Métodos, técnicas e relações em triangulação”. In: *Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais*. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.

MINAYO, M. C. de Souza. Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência - *Seminário de Efetividade da Promoção à Saúde*. Disponível em <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/Maria_Cecilia_Minayo.ppt>. Acessado em 11 de julho de 2005.

NJAINE, Kathie, SOUZA, Edinilsa Ramos de. “Informação e Comunicação sobre a Violência: instrumentos para a cidadania”. In: *Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 269-282.

NJAINE, Kathie. *Curso de metodologia da Pesquisa*. Notas de aula e programa ministrado na disciplina de Metodologia Científica do curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, de 01 a 03 de setembro de 2005.

NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: um passo a mais na cidadania em saúde – série A. n. 167. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: 2002.

PASSOS, Eduardo. “Clínica e Subjetividade: descobrindo o sujeito no enfrentamento com a violência e o uso de drogas”. In: *Conversando sobre Adolescência e Contemporaneidade*. Organizado por Adriana Mello, et al. Conselho Regional de Psicologia. Porto Alegre: Libretos, 2004. p. 37-55.

SOUZA, Edinilsa Ramos de, XIMENES, Liana Furtado, ALVES, Felipe, MAGALHÃES, Cíntia, BILATE, Danilo, SZUCHMACHER, Ana Maya, MALAQUIAS, Juaci. “Avanços no Conhecimento sobre Causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo”. In:

Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 131-160.

VIOLÊNCIA FAZ MAL À SAÚDE – Série B. Textos Básicos de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AMBULATÓRIO PRÓ-JOVEM**

Levantamento de Dados do ano de 2004 (janeiro a 1ª quinzena dezembro)

1. **Número de Prontuários Abertos = 140**

2. **Porcentagem por Sexo = 67,14%** do sexo masculino (94 adolescentes)

32,85 % do sexo feminino (46 adolescentes)

3. **Porcentagem por Sexo x Idade** = sexo masculino (94) $\left\{ \begin{array}{l} 10 \text{ a } 13 \text{ anos} = (15 \text{ adol.}) = \mathbf{15,95 \%} \\ 14 \text{ a } 18 \text{ anos} = (74 \text{ adol.}) = \mathbf{78,72 \%} \\ \text{acima de } 18 \text{ anos} = (5 \text{ adol.}) = \mathbf{5,31 \%} \end{array} \right.$

sexo feminino (46) $\left\{ \begin{array}{l} 10 \text{ a } 13 \text{ anos} = (10 \text{ adol.}) = \mathbf{21,73 \%} \\ 14 \text{ a } 18 \text{ anos} = (34 \text{ adol.}) = \mathbf{73,91 \%} \\ \text{acima de } 18 \text{ anos} = (2 \text{ adol.}) = \mathbf{4,34 \%} \end{array} \right.$

4. **Motivo quando da Inscrição Para Acolhimento**

4.1. Sexo Feminino : Código 1 – **Violência Doméstica**²⁸: (25 adolescentes) = **54,34%**

Código 2 – **Violência Urbana**²⁹: (15 adolescentes) = **32,60%**

Código 3 – **Conflito familiar** (6 adolescentes) = **13,04%**

4.2. Sexo Masculino : Código 1 – **Violência doméstica**³⁰: (17 adolescentes)= **21,73%**

Código 2 - **Violência Urbana**³¹ : (70 adolescentes) = **74,46%**

Código 3 – **Conflito Familiar**: (2 adolescentes) = **2,12%**

Código 4 – **Conflito Escolar**: (2 adolescentes) = **2,12%**

Código 5 – **Atendimento Clínico** (1 adolescente) = **1,06%**

Código 10 – **Outros** (2 adolescentes) = **2,12%**

²⁸ Violência Doméstica especificando-se por : abuso sexual, violência física e emocional, negligência, abandono, exploração sexual.

²⁹ Violência Urbana especificando-se por: uso de spa, ato infracional com/sem privação de liberdade, situação de rua.

³⁰ Violência doméstica especificando-se por: negligência , violência física e emocional, exploração trabalho infantil.

5. **Número de Adolescentes Agendados³²: 332 = 241 do sexo masculino = 72,59 %**
91 do sexo feminino = 27,40 %

6. **Modalidades de Atendimentos Terapêuticos Desenvolvidos:**

6.1. Grupos de Acolhimento : 3 grupos por mês com vaga para aproximadamente 16 adolescentes;

6.2. Grupos Terapêuticos : 4 grupos fixos por mês realizados semanalmente ;

6.3. Grupo de Egressos³³: realizado quinzenalmente ;

6.4. Grupo de Retorno³⁴ :realizado quinzenalmente;

6.5. Psicoterapia : atendimento clínico individual semanal;

6.6. Psicopedagogia – Oficina de Informática : atendimento individual ou em duplas semanal;

6.7. Terapia de Família: realizado através de parceria com CEF; frequência quinzenal;

6.8. Acompanhamento Terapêutico (nível médio): conforme indicação técnica.

7. **Produtividade conforme emissão de Boletim Diário de Atendimento** : (período: 26/12/2003 à 25/11/2004)0

7.1. Terapia Individual: 2.331 atendimentos;

7.2. Terapia Grupo: 54 atendimentos³⁵;

³¹ Violência Urbana especifica-se por: uso de spa, ato infracional com/sem privação de liberdade, situação de rua

³² Acolhimento Individual: 73 adolescentes agendados (sexo feminino = 35 = 47,94 %; sexo masculino = 38 = 52,05 %)

Acolhimento em Grupo : 259 adolescentes agendados (sexo femininino = 56 = 21,62 %; sexo masculino = 203 = 78,37 %)

³³ Grupo de Egressos para inclusão imediata de adolescentes que não estão mais em atendimento terapêutico e que buscam nova inclusão;

³⁴ Grupo de Retorno para inclusão imediata de adolescentes que não aderiram ao tratamento e que retornam solicitando nova inclusão.

³⁵ Os atendimentos em Grupo Terapêutico quando com número de participantes inferior a 5 são registrados como atendimento individual.

7.3. Consulta Pediátrica: 301 atendimentos

7.4. Consulta c/ Técnico = 43 atendimentos

Realizado por Edilene J. de Almeida, em dezembro de 2004.