

A GERÊNCIA E A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MANAGEMENT AND VIOLENCE IN THE SPHERE OF BASIC HEALTH CARE UNITS

LA GERENCIA Y LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DE LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Kênia Lara Silva¹
Roseni Rosângela de Sena²
Juliana Carvalho Araújo Leite³

RESUMO

A violência contra os profissionais de Unidades Básicas de Saúde é aqui descrito como elemento dificultador da função gerencial. A compreensão dos dados das entrevistas a gerentes do município de Belo Horizonte se deu através da técnica de análise de discurso. A violência contra a equipe de saúde é vista como reflexo das condições sócioeconômicas do país, evidenciando a necessidade do enfoque interdisciplinar e intersectorial das questões demandadas aos serviços de saúde como proposta de qualificação da assistência prestada. Aponta-se a discussão desta temática no processo de trabalho em saúde, de forma a operar mudanças nas práticas sanitárias.

Palavras-chave: Violência; Centros de saúde; Gerência; Fatores Socioeconômicos

ABSTRACT

This study describes the violence against professionals in the Basic Health Care Units as an element which makes it difficult to carry out the management function. The understanding of the data from interviews with managers in the municipality of Belo Horizonte was achieved through the discourse analysis technique. Violence against the health team is seen as a reflection of the socio-economic conditions of the country. The interdisciplinary and inter-sectorial focus of issues demanded from the health services is seen as a proposal to qualify the care provided. We conclude that the discussion needs to be present in the work process so as to bring about changes in sanitary practices.

Key words: Violence; Health Centers; Management; Socioeconomic Factors

RESUMEN

El presente artículo trata de la violencia contra los profesionales de unidades básicas de salud, considerándola como un factor que dificulta la eficacia de la función gerencial en dichas unidades. Los datos recopilados en las entrevistas a gerentes del municipio de Belo Horizonte se evaluaron mediante la técnica de análisis del discurso. La violencia contra el equipo de salud se ve como un reflejo de las condiciones socioeconómicas del país. Esto pone en evidencia la necesidad de un enfoque interdisciplinario e interinstitucional de las cuestiones demandadas a los servicios de salud como una propuesta de calificación de la atención. Se señala que la discusión del tema "violencia" debe estar presente en el proceso de trabajo en salud para conseguir cambios en las prácticas sanitarias.

Palabras clave: Violencia; Centros de Salud; Gerencia; Factores Socioeconomicos

Calma?
Quantas vezes pedimos paciência?
E o tempo corre
A violência cresce
Em vez da tranquilidade ouvem-se gritos
Vive-se em pânico
Calma?
Em todos os espaços há registros de vítimas
A cidade é um corpo com falências múltiplas
Vítima de balas, de assaltos, estupros, seqüestros...
Refém de ameaças do tráfico, do trânsito, de inúmeros

excessos
Não, a cidade não pode morrer calmamente
Não pode viver de discurso
Descontando quatro óbitos diários
Adiando justiça, proteção...
Não há mais para onde fugir
Não há mais como fingir
O diagnóstico está feito
Esse corpo exige pressa
Menos papo, mais atitude!
(FCCV)⁽¹⁸⁾

¹ Enfermeira. Pesquisadora do NUPEPE / UFMG.

² Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da PUC/MG.

Endereço para correspondência: Rua Corumbá, 214, Carlos Prates. Belo Horizonte / MG. CEP: 30710-280 - e-mail: kenia-lara@bol.com.br

Introdução

A violência é um problema que vem crescendo na sociedade brasileira e esta temática torna-se uma questão de Saúde Pública. Em nosso meio, os números de crimes, assaltos, seqüestros, são assustadores e impõem à sociedade a cultura do medo e da insegurança social. Nesse sentido, aponta-se a existência da percepção de que os índices de violência têm crescido nos últimos anos, principalmente nas grandes cidades, o que é mostrado pelas elevadas taxas de criminalidade, ao mesmo tempo em que as pessoas são tomadas por um intenso sentimento de medo. Os meios de comunicação de massa noticiam o crime e a violência que passam a ser vistos como um mal que atinge todas as classes sociais.⁽¹⁾

No setor saúde, as discussões têm sido levadas pelos crescentes incrementos das taxas de morbimortalidade por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, acidentes de trabalho) que cresceram cerca de 50% desde a década de 70 até a década de 90⁽²⁾. Nos dias atuais, as causas externas representam a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 39 anos, das quais 51,4% são por homicídios.⁽³⁾

No município de Belo Horizonte/MG, foram registrados, nos anos de 1995 a 1999, 1365 homicídios, sendo que a maioria dos casos ocorre entre pessoas conhecidas, em ambientes domésticos e em locais próximos às suas residências.⁽⁴⁾

Sem dúvida nenhuma, esses aspectos devem ser levados em conta no planejamento estratégico dos serviços de saúde. Entretanto, outra questão que nos tem preocupado, no que concerne à temática, é o grande número de agressões físicas e verbais emitidas contra os profissionais de saúde. Em nota do Jornal Estado de Minas, de 26/06/2002⁽⁵⁾, constata-se que dos 126 Centros de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG, 13 estavam sem funcionar, em junho de 2002, porque os profissionais abandonaram o serviço após receberem ameaça de morte.

Em pesquisa realizada, tendo como objeto a prática gerencial na Unidade Básica de Saúde(UBS) como uma estratégia para a qualidade da assistência, constatou-se que entre as dificuldades enfrentadas pelos gerentes, a violência contra os profissionais foi reiteradamente citada⁽⁶⁾. Diante do exposto, pretende-se contribuir para a reflexão sobre a temática violência, como algo que transcende o ato agressor e que, determinada sócio, cultural e economicamente, leva-nos a repensar a prática e a organização do trabalho no setor saúde.

A gerência e a violência em questão: aproximação ao tema

A gerência pode ser definida como “a arte de pensar, de decidir e de agir. É a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante”⁽⁷⁾.

O papel gerencial é permeado por situações que exigem habilidades psicossociais e comunicativas como instrumento da função gerencial. Contribuindo com esta perspectiva, Santana et al⁽⁸⁾ propõem que a capacidade de gerenciar está relacionada à habilidade de negociação, que, quanto

mais aperfeiçoada for, mais poderá contribuir para a solução ou mediação dos conflitos, resultando em melhor utilização dos recursos em função dos interesses comunitários. Desta forma, um dos instrumentos básicos da gerência é a busca de solução para os problemas cotidianos ou de longo prazo. Assim, a temática violência, que hoje permeia o ambiente de trabalho em saúde, apresenta-se como um foco da atenção da prática gerencial. No sentido de buscar soluções, os gerentes direcionam suas ações na resolução dos “conflitos” do dia-a-dia, o que ocupa grande parte do tempo de trabalho e, com isso, outras atividades e ações deixam de ser realizadas.

O termo violência vem do latim *violentia*, abuso de força, como de violare, transgredir o respeito devido a uma pessoa⁽⁹⁾. A violência pode ser entendida como uma ação intencionada, realizada por indivíduo (ou grupo) contra o outro, e que implica a utilização da força física, ou de coação psíquica e moral, resultando em destruição, dano, limitação ou negação dos direitos da pessoa ou grupos vitimados⁽¹⁰⁾.

Minayo⁽¹¹⁾ assinala que a violência constitui um fenômeno biopsicossocial dinâmico e complexo que se cria e se desenvolve na vida em sociedade. Partindo da dialética, a mesma autora aponta que a violência integra a própria condição humana e nós, como cidadãos, somos sujeitos e objetos do fenômeno em questão.

No mesmo caminho, Vásquez⁽¹²⁾ discorre sobre o conceito de violência entre os marxistas, afirmando que para eles a violência surge das contradições da sociedade dividida em classes antagônicas e com fins opostos.

Para classificar a violência, Minayo⁽¹¹⁾ divide o fenômeno em três níveis que se articulam: a violência estrutural, a violência revolucionária e a delinqüência. O primeiro nível refere-se às desigualdades existentes nas estruturas organizadas e institucionalizadas: família, sistema econômico, cultural e político. A violência revolucionária ou de resistência relaciona-se à reação, resposta dos grupos, classes, nações à violência estrutural. E, por último, situa-se a delinqüência que é a transgressão social que “necessita passar pela compreensão da violência estrutural que não somente confronta os indivíduos uns com os outros, mas também os corrompe e impulsiona ao delito”⁽¹¹⁾.

A violência estrutural tem repercussões em todas as instâncias da sociedade, com forte presença nos serviços de caráter público, inclusive nos de saúde. Nestes serviços, essa questão se expressa nos agravos à saúde manifestados na demanda dos usuários e na violência que se reproduz dentro dos serviços de saúde, a qual tem repercussões no exercício da função gerencial, nosso objeto de análise.

Caminho metodológico

O estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório, com enfoque da abordagem qualitativa, definida por Minayo⁽¹³⁾ como

“...aquela capaz de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.”

A obtenção dos dados se processou através de entrevistas semi-estruturadas concedidas pelos gerentes das UBS de Belo Horizonte. O município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, conta com cerca de 2 milhões de habitantes, distribuídos em 240 bairros. Além disso, o município apresenta, aproximadamente, 80 regiões que podem ser denominadas de favelas ou aglomerados.

Essas regiões se distinguem por serem locais onde a população residente apresenta um baixo nível socioeconômico, é menos privilegiada por não ser assistida, diretamente, por instituições de proteção social tais como postos de saúde, escolas, creches, e até mesmo postos policiais. Esta ausência do Estado conduz a níveis de relações sociais pouco convencionais.⁽¹⁾

Entre os nove distritos sanitários de saúde que integram a divisão político-administrativa da Prefeitura de Belo Horizonte, o Distrito Sanitário Noroeste foi escolhido como cenário da pesquisa. Esta escolha foi feita pelo fato de que esse distrito concentra o maior contingente populacional e o maior número de UBS.

O Distrito Sanitário Noroeste congrega 47 bairros, sendo 29 áreas constituídas por favelas e vilas com uma população estimada de 341.954 habitantes. Existem, nesse Distrito, 19 UBS, uma Unidade Secundária (Pronto Atendimento Municipal Padre Eustáquio) com diversas especialidades incluindo a Saúde do Trabalhador; um complexo de saúde mental contendo Centro de Referência em Saúde Mental e Centro de Convivência; serviços de apoio como Laboratório, Farmácia Distrital e Central de Esterilização; dois hospitais públicos (Hospital Alberto Cavalcanti e Odilon Behrens). O Distrito conta ainda com alguns serviços da rede contratada e serviços privados.

Para o trabalho de campo, as UBS foram sorteadas e classificadas de I a 19, sendo este o critério para ordenamento das entrevistas e observações.

Antes do início da coleta de dados, foi enviada pelas pesquisadoras uma carta–apresentação e o Termo de Consentimento Livre-esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa, descrição dos instrumentos utilizados para coleta de dados e o compromisso de anonimato, bem como o de devolução dos resultados da pesquisa para a instituição, atendendo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente, analisadas pela técnica de análise do discurso proposta por Fiorin⁽¹⁵⁾, para quem

“...os discursos são combinações de elementos lingüísticos (frase ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos e falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psico-físico-fisiológica do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um eu que toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso”.

Durante a coleta de dados, verificou-se a repetição dos fatos e explicações na 12ª UBS, caracterizando, assim, a saturação. Assim, deu-se por encerrada a fase de coleta de dados.

O processo de tratamento do material constituiu-se de um momento metodológico importante da

investigação: ordenamento do material empírico e classificação dos dados. Os discursos dos profissionais foram o insumo para a fase de interpretação dos dados, que associados aos referenciais teóricos permitiram a construção deste trabalho. A análise buscou a confluência entre o material empírico e teórico para compreender a práxis e revelar o que vai além das idéias, procurando contribuir para o enfrentamento dos problemas e a transformação da prática nos serviços de saúde.

A violência e a gerência: resultados e discussão

A análise das falas permitiu perceber que a violência é vista, pelos gerentes, como resultado da revolta vivida pela população ao conviver com graves questões sociais, como empobrecimento da população, desemprego, abandono dos planos de saúde, etc. Os enunciados a seguir retratam esta evidência:

“O usuário que chega até aqui já sofreu outros tipos de violência: é o trânsito, é o trabalho que não consegue, é o filho fora da escola, é o alcoolismo. É uma série de fatores que interferem; quando ele chega até aqui, coloca tudo isso pra fora.” (G6)

“Outro dificultador que a gente tem enfrentado atualmente no CS é a questão da violência. A gente está lidando cada vez mais numa sociedade onde falta tudo: falta um emprego, onde as pessoas não têm mais humanização, as pessoas estão sem paciência, não querem conversar; tudo é brigar, tudo é querer que resolva o problema dele de imediato.” (G7)

Percebe-se que as questões econômicas e culturais em nossa sociedade dividem os indivíduos em estratos sociais diferentes, com concentração de renda em pequena minoria da população. Esta é a principal causa dos atos violentos que desaguam na UBS, seja através da demanda por atendimentos a problemas e agravos conseqüentes da violência, seja pelas agressões aos profissionais.

Colaborando com esta análise, Wieviorka⁽¹⁶⁾ citado por Minayo-Gómez e Costa⁽¹⁷⁾ reflete sobre a violência moderna como “a impossibilidade para o autor de estruturar sua prática em uma relação de troca mais ou menos conflitiva. Ela expressa a defasagem ou o fosso entre as demandas subjetivas de pessoas ou grupos, e a oferta política, econômica, institucional ou simbólica.”

Ainda nesta perspectiva, percebe-se que a violência é resultado de carências múltiplas, conseqüentes da desigualdade social ou manifestações dela, como exposto no Relatório do Fórum Comunitário de Combate à Violência de Salvador - FCCV⁽¹⁸⁾:

“É o desemprego gerando a má alimentação, tensões internas no ambiente familiar, tornando vulnerável, especialmente a população jovem, ante as ofertas do tráfico, da prostituição e de outras atividades geradoras de violência. É a distribuição não democrática dos serviços públicos ou aplicação de critérios diferenciados a depender do contexto em que se inserem os aparatos, reafirmando as desigualdades e dificultando a credibilidade nas instituições.”

Os entrevistados relatam que, na UBS, por se constituir como uma das portas de entrada da população no sistema de saúde, a violência é sentida pelos profissionais como uma dificuldade cada dia mais presente, como expresso no enunciado a seguir:

“o Centro de Saúde é a porta de entrada do serviço, então todo lugar que essa pessoa recebeu um ‘não’, ela chega aqui querendo ser bem acolhida e a gente tem uma estrutura que às vezes não dá conta de acolher essa pessoa.” (G7)

As falas a seguir retratam as repercussões da violência sobre o conjunto de trabalhadores:

“Outra coisa é o estresse que nós estamos trabalhando; as pessoas têm tido atos violentos ao ‘não’ que recebem. Então a equipe trabalha nesse estresse.” (G4)

“...o trabalhador que trabalha na ponta, que somos nós, somos espancados junto com o povo, nós sofremos muito esse embate e aí o nosso trabalhador fica frágil.” (G3)

Tais condições repercutem negativamente sobre a qualidade da assistência prestada, uma vez que os profissionais trabalham amedrontados pela possibilidade de serem ameaçados de agressão.

As falas a seguir apontam caminhos para a superação da questão violência:

“Acho que isso é uma coisa muito válida de discutir e é pouco discutida. (...) a saída que a gente tem é estar discutindo com a comunidade, com os Conselhos Locais, com os órgãos representativos da comunidade para ver se dá uma amenizada.” (G3)

“A UBS sozinha não consegue trabalhar a violência.” (G6)

“...a gente tem que trabalhar muito esse lado (...) é mais nas relações interpessoais, é como se fosse uma preparação para estar atendendo essa demanda que hoje está modificada, essa violência que está em todo lugar, mas essa violência para a unidade de saúde é muito específica.” (G3)

A participação dos gestores, dos profissionais de saúde e da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde foi apontada nas falas como um caminho para se identificar a violência e suas causas e traçar propostas para sua superação. A compreensão das falas permite-nos dizer que o enfrentamento da violência deve fazer parte das pautas de discussões do planejamento estratégico do setor saúde. Compreende-se, também, que o enfoque interdisciplinar e intersetorial, integrando saberes e fazeres de diversas áreas apresenta-se como uma possibilidade de resolução do problema em questão.

Contribuindo com esta análise, Minayo⁽¹¹⁾ esclarece que “superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania.”

No que se refere à intersetorialidade, entende-se que o planejamento intersetorial deve envolver todos os setores e âmbitos de um sistema, de modo que todos tenham claras suas responsabilidades e funções, e de modo que todos conheçam as interseções, interfaces e

compartilhamentos necessários ao funcionamento do próprio sistema. Assim, propõe-se articular o setor saúde, a segurança pública, os setores de geração de emprego e renda, a educação e a comunidade nas discussões e elaboração de propostas para atuar na minimização das situações apontadas como causas da violência: desemprego, empobrecimento da população, alcoolismo, violência no trânsito.

Neste sentido, Pires⁽¹⁹⁾ propõe que, para o enfrentamento da violência urbana, uma nova ordem democrática terá que ampliar o espaço civil de participação de toda a sociedade, reformular as instituições de modo a permitir a incorporação de todos os seus indivíduos nas decisões.

Outro ponto destacado para o enfrentamento da violência é a capacitação dos profissionais para atuarem a partir dos problemas concretos da realidade, incluindo-se, aí, a violência. Os profissionais em serviço podem ser abordados em programas de educação permanente que constitui-se “como uma estratégia de intervenção pedagógica institucional, orientada para a obtenção de eficiência e eficácia na prestação de serviços e para a promoção individual e coletiva do trabalhador.”⁽²⁰⁾

Justificando esta análise, Sena et al.⁽²¹⁾ apontam a importância da educação permanente num contexto marcado por constantes reformas, como acontece no setor saúde, e que exige do trabalhador competências e habilidades para se transformar e transformar a realidade. Assim, a educação permanente, abordando temas como a violência, apresenta-se como uma ferramenta na gestão do trabalho.

Para os futuros profissionais, Costa e Vilasbôas⁽¹⁰⁾ apontam que a formação deve estar socialmente contextualizada na preparação de profissionais capazes de enfrentar problemas complexos da atualidade, articulando o mundo da prática com a realidade social na formação de sujeitos sociais. Neste sentido, o processo de formação de pessoas capazes de enfrentarem os problemas da realidade implica uma ação educativa dinâmica e dialética visando desenvolver capacidade cognitiva, habilidades e atitudes que as faça conscientes da realidade humana e social, e capazes de produzir transformações. Assim, a temática violência deve fazer parte do contexto e das discussões do processo ensino-aprendizagem.

As falas a seguir permitem apreender contradições:

“a gente não tem como atender toda a população, sempre sobra gente, aí começam as brigas, agressões, discussões.” (G5)

“... não tenho o número de profissionais que seria adequado para atender a demanda que a gente tem, então isso é difícil porque às vezes gera agressão, gera violência por parte do usuário.” (G2)

“O Centro de Saúde foi feito para quê? Para não deixar as pessoas adoecerem. E hoje o que a gente vê é que as pessoas estão adoecendo muito, por questão social, financeira. Então essas pessoas vêm buscar esse recurso na unidade de saúde e quer tudo muito rápido, então isso gera muito conflito e violência muito grande.” (G3)

Apreende-se das falas a necessidade de repensar a organização dos serviços na rede básica de saúde. Os

serviços estão orientados pelo modelo biomédico hegemônico com ações de curativismo e medicalização no atendimento da demanda que chega “doente”. Quando se pensa na recomposição tecnológica da assistência, como proposta por Mendes ⁽²²⁾, com reorganização do modelo assistencial na prática da vigilância à saúde, a demanda que deve chegar ao Centro de Saúde é pequena, uma vez que a grande parcela da população é contemplada por ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.

Desse modo, o fato de “não ter o número de profissionais adequado para atender a demanda” faz parte de uma questão que transcende a falta de recursos humanos e volta-se muito mais para a forma como os serviços estão organizados, ou seja, o modelo de atenção vigente.

Assim, discutir a temática violência remete também à discussão sobre a mudança nas práticas sanitárias de forma a efetivar a implantação de estratégias eficazes de cobertura populacional nos seus diversos âmbitos de necessidades e demandas.

Considerações finais: repercussões para a gerência

As repercussões da violência na prática gerencial incidem sobre a dificuldade dos gerentes em articular o planejamento e a coordenação das ações do conjunto de trabalhadores da UBS, destacados como principal função do gerente, diante do enfrentamento cotidiano do problema violência.

Para a superação da violência nas UBS, o gerente deve incluí-la na sua agenda como uma questão prioritária. Como profissional que articula os diferentes atores na prestação da assistência, sua atuação deve estar orientada no sentido de estimular a reflexão dos profissionais de saúde sobre a violência, promovendo capacitação e educação permanente em serviço.

Nesse processo, é papel do gestor, principalmente aquele comprometido com a qualidade dos serviços públicos, dar direcionalidade técnica e política ao desenvolvimento do trabalho e estimular todos ao comprometimento com os serviços públicos. E a educação permanente apresenta-se como um recurso estratégico que pode contribuir para a reorganização do trabalho em consonância com a missão da instituição.

Um dos aspectos apontados e que pode ser indicado como estratégico para o enfrentamento da violência em todas as suas manifestações é o trabalho em equipe. Essa decisão implica compartilhar o planejamento, redefinir a organização do processo de trabalho, com cooperação e colaboração, buscando criar possibilidades de transformações a partir de diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades.

Inferir-se, assim, que os gerentes devem estar buscando a articulação de vários setores: a participação popular, através dos Conselhos Locais de Saúde, o Distrito Sanitário, a Secretaria de Educação, a Segurança Pública, as Organizações Não-Governamentais, etc. Nas discussões devem estar inclusas propostas de atuação, considerando as causas da violência.

Apresenta-se a necessidade de redefinir o modelo gerencial, incorporando o paradigma da produção social da saúde, o enfoque intersetorial e interdisciplinar, a estratégia de educação permanente, como elementos para se empreender uma gestão em saúde com qualidade.

Vislumbra-se que, a partir destas considerações, possa haver uma reflexão sobre a organização dos serviços de saúde, de modo a se repensarem as práticas sanitárias, voltando-as para o enfrentamento da violência e, conseqüentemente, para a prestação de uma assistência de qualidade à população.

Referências Bibliográficas

1. Silva BFA. Criminalidade urbana violenta: uma análise espaço-temporal dos homicídios em Belo Horizonte. Disponível em: <http://crisp.ufmg.br>
2. Mello JMHP. Violência como problema de Saúde Pública. *Ciência e cultura*. 2002 jul./set; 54 (1): 52-3.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 2002. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em: <http://www.datasus.org.br>
4. Universidade Federal de Minas Gerais. Boletim Informativo do Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública – CRISP, 2002. Disponível em: www.ufmg.br/crisp
5. Jornal Estado de Minas. Belo Horizonte 26 jun 2002. Disponível em: http://www.apple.estaminas.com.br/data/2002/semana30_30/sexta
6. Sena RR, Silva KL, Leite JCA, Braga PP. A gerência em Unidades Básicas de Saúde: um desafio para a qualidade da assistência. *REME Rev Min Enf*. 2002; 6(1/2): 40-7.
7. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record; 1995.
8. Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão E, Ribeiro WM. A negociação como instrumento de gerência nos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS; 1995. p.247-266. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 5.
9. Marcondes Filho CJR. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. *São Paulo Persp*. 2001; 15(2):20-7.
10. Costa HGO, Vilasbôas ALQ. Trabalhando saúde como qualidade de vida: o enfrentamento da violência. *Olho Mág*. 2002; 9 (1):58-61.
11. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (supl 1):7-18.
12. Vásquez AS. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5a. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4 (supl. 2):15-25.
15. Fiorin JL. *Elementos de análise de discurso*. São Paulo: Contexto/EDUSP; 1993.
16. Wiewiorka M. O novo paradigma da violência. *Tempo social, Rev Sociol USP*. 1997; 9(1) apud Minayo-Gómez C, Costa SMFT. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciê Saúde Col*. 1999; 4 (2): 411-21.
17. Minayo-Gómez C, Costa SMFT. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciê Saúde Col*. 1999; 4 (2): 411-21.
18. Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV). *Relatório das ações em 2001*. Salvador; 2001. 6p.
19. Pires C. *A violência no Brasil*. São Paulo: Moderna; 1997.
20. Davini MC. *Educación permanente en salud*. Washigton: OPAS. 1995. (Série PALTEX para ejecutores de programas de salud, 38).
21. Sena RR et al. As pessoas são importantes: educação permanente do pessoal de enfermagem. In: Arriagada J, Canaval GE, Ceballos ME, Sena RR, Villalobos MMO, organizadoras. *Recursos de enfermagem: contribuições ao processo de desenvolvimento*. Bogotá: UNIBIBLOS; 2001. p.136-47.
22. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.