

Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-133-6

DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO	
<i>Sabrina Souza Araújo</i> <i>Alisson Bruno Leite Lima</i> <i>Thaís de Almeida Costa</i> <i>Fabiano da Silva Medeiros</i> <i>Voyner Ravena-Cañete</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915021	
CAPÍTULO 2	7
A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO	
<i>Raíssa Josefa Pereira de Moura</i> <i>Lourenço de Miranda Freire Neto</i> <i>Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo</i> <i>Renata Karine Pedrosa Ferreira</i> <i>Adrian Bessa Dantas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915022	
CAPÍTULO 3	15
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016	
<i>Victoria Farias do Nascimento</i> <i>Marília Gabrielle Santos Nunes</i> <i>Laryssa Grazielle Feitosa Lopes</i> <i>Antonio Flaudiano Bem Leite</i> <i>Edson Hilan Gomes de Lucena</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915023	
CAPÍTULO 4	29
APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Tayná Vieira da Silva</i> <i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i> <i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915024	
CAPÍTULO 5	42
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Ana Beatriz Praia</i> <i>Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães</i> <i>Matheus Cruz</i> <i>Thayana de Nazaré Araújo Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915025	

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

*Juliana da Rosa Wendt
Hildegard Hedwig Pohl*

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

*Rafael Dos Santos Borges
Maria de Nazaré de Sousa Moura
Marayza Pinheiro Nunes*

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Camila Almeida Neves de Oliveira
Edilson Rodrigues de Lima
Cristiane Gonçalves Araújo*

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

*Fabio Daniel Pereira Sampaio
Suann Quemel Mesquita
Murilo Oliveira Pollhuber
Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos*

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

*Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Lucas Dantas de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo*

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Sílvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabiola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias

Jamilly Nunes Moura

John Lucas da Silva Almeida

Suelen Gaia Epifane

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Danielly Amaral Barreto

Leticia Almeida de Assunção

Letícia Gemyna Serrão Furtado

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Marllon Rodrigo Sousa Santos

Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Antônia Luana Diógenes

Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos

Juliana Moita Leão

Maria Raquel da Silva Lima

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva

Ruty Thaís Silva de Medeiros

Roberto Mendes Júnior

Ruhama Beatriz da Silva

Lorena Oliveira de Souza

Robson Marciano Souza da Silva

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva

Arysleny de Moura Lima

Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

CAPÍTULO 27	241
UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL	
<i>Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires</i> <i>Bianca Pereira Rodrigues</i> <i>Katiane Mota da Silva</i> <i>Mayara Carolina Nunes Sandes</i> <i>Sabrina Joany Felizardo Neves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150227	
CAPÍTULO 28	249
VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i> <i>Cícero Natan dos Santos Alves</i> <i>Johanna Dantas Oliveira Freitas</i> <i>Larissa Brito Vieira Diniz</i> <i>Ludimilla da Costa Santos</i> <i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i> <i>Rosana Alves de Melo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150228	
CAPÍTULO 29	254
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA	
<i>Allana Cândida Costa Corrêa</i> <i>Deborah Shari Toth Modesto</i> <i>Denille Silva de Oliveira</i> <i>Raelyn Amorim Gama</i> <i>Rafael dos Santos Borges</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150229	
SOBRE A ORGANIZADORA	258

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima

Instituição: Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

Maria Cláudia de Freitas Lima

Instituição: Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

Adriano Rodrigues de Souza

Instituição: Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

RESUMO: O processo de formação intersectorial tem por objetivo capacitar os profissionais das redes de atenção, proteção social e defesa, em notificações de violência interpessoal e autoprovocada, e redesenho de fluxos de atendimento, com foco nas dimensões da linha de cuidado. A formação está focada nas metodologias ativas. As análises consistiram nas notificações e atualização de fluxos, a partir do estudo de casos, realizados pelos profissionais, e partilhados com o grupo de facilitadores. Os resultados apontam fragilidades da rede assistencial, a necessidade de ações intersectoriais e de capacitações sistemáticas para o atendimento às situações de violência. Conclui-se que há necessidade de adotar estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados e organização da rede de saúde para oferta de serviços assistenciais de

uma forma integrada.

PALAVRAS-CHAVE: Formação intersectorial. Notificações em violência. Fluxos de atendimento. Linha de cuidado.

ABSTRACT: The purpose of the intersectoral training process is to enable professionals in networks of attention, social protection and defense, in notifications of interpersonal and self-harm violence, and redesign of care flows, focusing on the dimensions of the care line. The training is focused on active methodologies. The analyzes consisted of the notifications and updating of flows, from the case study, carried out by the professionals, and shared with the group of facilitators. The results point to weaknesses in the health care network, the need for intersectoral actions and systematic training to deal with situations of violence. It is concluded that there is a need to adopt strategies to increase the capacity of monitoring and follow-up of reported cases and organization of the health network to offer care services in an integrated manner.

KEYWORDS: Intersectoral training. Notifications in violence. Flows of attendance. Care Line.

1 | INTRODUÇÃO

A violência, por sua magnitude,

transcendência e vulnerabilidade passou a ser considerada como um evento de importância em Saúde Pública. Fenômeno sócio histórico acompanha toda a experiência da humanidade, transformando-se em problema grave, porque afeta a saúde individual e coletiva, exigindo para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

As diferentes manifestações e particularidades que revestem a violência sejam de natureza individual ou coletiva, a multiplicidade de fatores que a origina e a diversidade das consequências sociais que são produzidas, fazem da violência um fenômeno complexo de ser trabalhado, com necessidades de ações conjuntas, intra e intersetoriais, tanto no âmbito público, quanto privado.

A compreensão da violência e seus efeitos sobre a saúde da população têm sido alvo de mobilização de vários setores da sociedade, tais como a segurança, saúde, assistência social, direitos humanos e educação. A redução da morbimortalidade por esses agravos vem se constituindo num grande desafio no âmbito científico, bem como das políticas públicas do Brasil.

Ao assumir a violência como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas públicas que visam promover a saúde dos cidadãos, prevenir a violência e estimular a cultura de paz por meio de ações intersetoriais desenvolvidas no âmbito dos estados e municípios (BRASIL, 2010 a).

As iniciativas no âmbito da saúde tiveram como marco referencial a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências divulgada pelo Ministério da Saúde no ano 2001. No ano de 2006, o Ministério da Saúde realinhou os eixos de ação relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências, pactuadas com as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2010a).

Os dados estatísticos registrados nos últimos 25 anos apontam para a necessidade urgente de medidas que contribuam para a prevenção e redução da violência no País; o significativo aumento das causas externas, principalmente dos acidentes de trânsito e da violência demonstra a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da sua gênese e de melhor caracterização das vítimas e dos agressores, para uma maior aproximação da realidade e a tomada de decisão.

Os acidentes e violências vêm se configurando como importante problema de saúde pública no mundo. No Brasil, representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos (BRASIL, 2013; OMS, 2009).

Considerando a mudança no perfil de morbimortalidade da população do município de Fortaleza, constatamos que os acidentes e as violências assumem uma relevância cada vez maior como causa de morbidade e mortalidade. Os dados de morbidade registrados no VIVA - SINAN-NET (VIVA Contínuo), no período de

2008 a 2017, confirmam a vulnerabilidade à violência interpessoal a que crianças, adolescentes, mulheres, idosos e população LGBT estão expostas, entre as quais destacam-se a violência física, sexual, psicológica e negligência. A notificação da violência praticada contra esses grupos prioritários necessita ser fortalecida, uma vez que o número de notificações é considerado insuficiente frente à magnitude do problema e a fragilidade das redes existentes. Por seu caráter multifatorial, a violência interpessoal e autoprovocada exige um trabalho em rede, baseado na articulação intersetorial e cooperação entre as organizações que atuam no território.

Neste contexto, a Secretaria Municipal da Saúde, instituiu o Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura de Paz, composto pelas equipes técnicas das secretarias setoriais de políticas públicas e organizações não governamentais, com o objetivo de se articular a rede de atenção integral as pessoas em situações de violência interpessoal e autoprovocada, estimulando o desenvolvimento de uma linha de cuidado, combinada com ações de prevenção da violência e promoção da cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais.

A implantação do Núcleo Municipal, no ano de 2013, sediado na Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), foi motivada pela análise do cenário epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada em Fortaleza, no qual revelou ao longo de dez anos (2007 a 2017) um baixo índice de notificações na rede de atenção à saúde, com predominância na rede hospitalar, segundo os dados registrados no VIVA - SINAN-NET (VIVA Contínuo). No ano de 2013 o sistema registrou 287 notificações na relação com 24 unidades notificantes (CEVEPI/SMS, 2018).

O cenário epidemiológico do registro das notificações numa série histórica de 10 anos (2007 a 2017) tem demonstrado a disparidade de registros entre as unidades notificantes, quando comparamos as unidades de atenção primária, centros de atenção psicossocial, unidades de pronto atendimento (UPAS) e hospitais. A predominância de notificações e atendimentos das pessoas em situações de violência tem se dado na rede de urgência/emergência (35,3%) e hospitalar (56,7%). Em contrapartida as Unidades de Atenção Primária à Saúde aparecem com 4,3% e os Centros de Atenção Psicossocial com 0,1%. Por outro lado, quando consideramos todas as unidades notificantes, registramos uma tendência de queda nas notificações, entre os anos de 2016 (66) e 2017 (58) (FORTALEZA, 2017).

Diante deste contexto, profissionais da vigilância em saúde passaram a dialogar com atores intersetoriais das secretarias municipais de saúde, educação, desenvolvimento social, direitos humanos e combate à fome, fundação da criança e da família cidadã, segurança cidadã e coordenadoria especial de políticas sobre drogas, com foco na organização de uma rede intersetorial integrada, conforme Portaria nº 189/2016.

No cotidiano dos serviços de saúde identificamos uma multiplicidade de atores no âmbito da atenção, proteção e defesa, operando sem diálogo intersetorial, e sem, conseqüentemente, responder as necessidades do usuário, em situação de violência,

de uma forma integral. Constatam-se idas e vindas dos usuários e barreiras que se colocam no seu percurso em busca do atendimento.

Por sua vez, profissionais da rede de proteção social ou do sistema de garantia de direitos, notificam, acolhem e direcionam os encaminhamentos ao Conselho Tutelar, DECECA, Perícia Forense, e Rede Aquarela, sem vinculação com as equipes de saúde, demonstrando a falta de apropriação dos fluxogramas já instituídos e da linha de cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), que prevê *“a notificação, o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz”* (BRASIL, 2012 pág. 49).

Fluxos instituídos de atenção à criança/adolescente, e a mulher em situação de violência, ainda não chegaram ao alcance de outras equipes e serviços, seja na saúde, educação e assistência social. Por outro lado, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT), de pessoas com deficiência e em situação de rua, são vulnerabilidades ainda marcadas pela invisibilidade, ou seja, são populações desassistidas e excluídas de uma linha de cuidado que venha dá conta de uma atenção integral, embora já exista um Centro de Referência LGBT no município, implantado em dezembro de 2010, sendo vinculado à Secretaria de Cidadania de Direitos Humanos.

Embora tenham sido realizados investimentos pelas equipes do sistema municipal de saúde escola, em capacitações ocorridas no período de 2007 a 2012, na temática do enfrentamento as violências, com ênfase no projeto integrando as redes de apoio e proteção à criança e adolescente, contemplando profissionais da saúde e das redes intersetoriais (educação, assistência social direitos humanos, rede aquarela, conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente (COMDICA), conselho tutelar, delegacia de combate a exploração da criança e do adolescente (DECECA) e centro especializado de referência de assistência social (CREAS), os processos de trabalho sofreram descontinuidade, dentre eles a aplicabilidade do protocolo de acolhimento a criança e adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade, na qual a proposta de uma rede integrada não se efetivou, seguida da desativação das comissões de atendimento e prevenção aos maus tratos até então constituídas.

Apesar dos esforços, constatou-se que no cotidiano da atenção primária, as violências coexistem e aparecem de forma velada, silenciosa, merecendo atenção e responsabilidade na sua condução e encaminhamento. Essas situações são acompanhadas de sentimento de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito na escuta oferecida. Por sua vez, profissionais de algumas unidades de atenção primária a saúde notificam os casos de violência, acolhem, atendem, mas na maioria das vezes não conseguem dá seguimento e acompanhar o caso na rede, por que desconhecem os protocolos e fluxos de atenção existentes e a natureza/competência dos pontos de atenção responsáveis pela continuidade do cuidado.

A grande maioria dos profissionais das redes não atua enquanto sujeito

implicado e corresponsável pelo processo do cuidado. A complexidade dos fluxos faz com que profissionais e usuários não consigam acessar estes fluxogramas e acabam peregrinando sem desfecho resolutivo.

Nesse sentido, é fundamental a estruturação de uma rede de atenção à saúde, com profissionais atentos para as situações de riscos e vulnerabilidade, com atuação no acolhimento, atendimento, notificação, encaminhamento, cuidado e proteção às pessoas em situação de violência, articulada com as redes temáticas intersetoriais no campo da assistência social, da educação, da segurança pública, dos direitos humanos e do sistema de garantia de direitos; nesta conexão ressalta-se a importância da participação dos movimentos sociais e da sociedade civil organizadas existentes nos territórios como forma de fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral a população vulnerável em situação de violência.

Logo, reconhecendo que o enfrentamento da violência demanda um modelo de atenção pautado na perspectiva de rede, e considerando as fragilidades apontadas, Fortaleza aderiu à rede nacional, elaborando e cadastrando o projeto de implantação da rede de cuidado, atenção integral e prevenção à violência, no portal do Ministério da Saúde, em janeiro de 2010.

O projeto foi elaborado pelas equipes técnicas da célula de vigilância epidemiológica, em parceria com a célula de atenção às condições crônicas e assessoria de planejamento, centrado nas seguintes ações: realização de seminários de sensibilização para implantação da rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às pessoas em situação de violência; cursos sobre a linha de cuidado; organização do trabalho em rede no atendimento às vítimas da violência; realização de encontros nas seis (6) secretarias regionais para formação/implementação de comissões de maus tratos em todas as unidades de saúde; implantação de núcleos regionais de prevenção à violência e estímulo à cultura de paz; cursos de capacitação sobre a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências, envolvendo as comissões de atendimento e prevenção a violência; monitoramento e avaliação do processo de estruturação de ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz nas SR e acompanhamento da notificação da violência pelas SR através do SINAN-NET/VIVA (Fortaleza, 2017).

Em dezembro de 2012, o projeto foi aprovado pela portaria nº 2.802, de 6 de dezembro de 2012 que autorizou o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do piso variável de vigilância e promoção da saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da política nacional de promoção da saúde, com a finalidade de fomentar ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes e vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito e promoção da paz no trânsito (BRASIL, 2012).

O Núcleo foi criado oficialmente pela portaria nº 189 de 14 de junho de 2016 que trata da instituição dos núcleos municipal e regionais de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, sob a coordenação colegiada das secretarias

municipais da saúde, educação, desenvolvimento social e direitos humanos, trabalho, desenvolvimento social, segurança cidadã, coordenadoria especial de políticas sobre drogas, fundação da criança e da família cidadã (FUNCI) e dá outras providências (FORTALEZA, 2016, p. 01).

No âmbito da secretaria da saúde, participam as representações das redes assistenciais, incluindo a atenção primária, rede de atenção psicossocial, rede de urgência/emergência e rede hospitalar. No âmbito da educação, participam as representações do núcleo de mediação escolar e do programa saúde na escola; no campo da assistência social, estão as representações da célula de proteção básica e especial; na área da segurança cidadã estão às representações da assessoria da segurança institucional e educação permanente e na área da coordenadoria de políticas sobre drogas estão às representações do núcleo de integração, articulação e monitoramento e o núcleo de acolhimento e orientação institucional.

Compete ao núcleo intersetorial municipal: I - articular a gestão das ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais; II - implantar e implementar o sistema de vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando promover a qualidade da informação com as demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências, etc.) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa; III - qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; IV - capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito, dentre outros, para o trabalho de prevenção da violência; V - estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; VI - Contribuir com o planejamento das ações de capacitação permanente dos profissionais para a implementação da linha de cuidado para a atenção integral a saúde das pessoas em situação de violência; VII - Acompanhar e avaliar as ações previstas no Plano de Ação da Rede de Cuidado e de Atenção Integral as pessoas em situação de violência; VIII - Definir articuladores com fins de acompanhar e avaliar as ações dos Núcleos Regionais; IX - Convocar instituições/órgãos para participação no Núcleo, em caráter temporário, na condição de convidados e colaboradores das temáticas afins (FORTALEZA, 2016, p. 02).

O Colegiado intersetorial vem realizando desde 2014, reuniões mensais com estudo de caso, análise dos fluxos instituídos nos serviços, e monitoramento das notificações, pois se constata a fragilidade de comunicação entre as equipes que compõem as redes de atenção à saúde, proteção social e defesa de direitos, quanto aos fluxos instituídos ainda não apropriados pela maioria dos profissionais, equipes e serviços.

Ressalta-se ainda a subnotificação de casos, dificuldade de manejo da ficha de notificação, a ausência de uma linha de cuidado, o limite da clínica, a dificuldade de acesso e a baixa resolubilidade das equipes. Observa-se que através da reconstrução e

utilização dos fluxos, seja possível identificar o diagnóstico sobre a situação, a natureza e a competência dos equipamentos, a vinculação dos profissionais e usuários a esses serviços, a definição do percurso do usuário a ser seguido na rede de acordo com a sua vulnerabilidade, bem como a qualificação dos processos decisórios. Conclui-se que a redefinição e pactuação dos fluxos de atendimento são importantes para que as vítimas sejam ancoradas por uma linha de cuidado que garantam a sua proteção, contribuindo para que as redes de atenção, proteção social e defesa, atuem de uma forma coesa e responsável.

Portanto, o planejamento das ações dos serviços em rede intra e intersetorial, possibilita que os atores sociais dialoguem com as estratégias propostas, na perspectiva de uma atenção integral e cuidadas longitudinal as pessoas em situação de violência.

Por seu caráter multifatorial, a violência exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na cooperação entre as organizações que atuam no território. Sabe-se que o trabalho na área da violência interpessoal e autoprovocada requerem intervenção interdisciplinar/intersetorial e que a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado.

Portanto, tendo em vista as constatações do colegiado do núcleo municipal de prevenção à violência, na sua trajetória de implementação, no tocante ao cenário de subnotificações, ao ressentimento com as ausências de atores estratégicos para o funcionamento efetivo do diálogo intersetorial das redes, a queixa de profissionais no tocante a falta de devolutivas após notificação e encaminhamento dos casos e o desconhecimento dos profissionais de uma linha de cuidado que venha dá conta de uma atenção integral e cuidado longitudinal as pessoas em situação de violência, faz-se necessário pontuar as seguintes indagações: os integrantes da rede de proteção e atenção as pessoas em situação de violência conhecem o fluxograma de notificação e de atendimento? Todos conhecem a rede de atenção e de proteção social? Sabem quais serviços a compõe? Sabem para qual/quais serviços a vítima deve ser encaminhada? Quais as principais dificuldades do trabalho em rede? Quais são as estratégias de inovações para superar a fragmentação do cuidado em rede de atenção e proteção social as pessoas em situação de violência?

Estes questionamentos levaram o colegiado de facilitadoras do núcleo municipal de prevenção à violência, priorizar um processo de educação permanente, com foco na qualificação e articulação dos profissionais quanto aos modos de atuação em rede, no atendimento as situações de violência interpessoal e autoprovocada, contra os segmentos vulneráveis, incentivando a prática das notificações e da organização dos fluxos da rede de proteção à violência, articulando os diferentes níveis de atenção à saúde, os equipamentos governamentais e não governamentais, e os profissionais implicados no atendimento as vítimas de violência.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS), através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES), da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), e do colegiado de facilitadoras do núcleo municipal de prevenção a violência e

promoção da cultura de paz, estruturaram um processo de formação regionalizada para os atores sociais da rede de atenção, focada no incentivo a prática de notificações em violência e atualização de fluxos por ciclo de vida e vulnerabilidade, tendo em vista o cenário de subnotificações e o desconhecimento de uma linha de cuidado que venha dá conta de uma atenção integral e cuidado longitudinal as pessoas em situação de violência. Ressalta-se que a partir da notificação são disparadas ações no âmbito das redes de atenção e promoção, focada na promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado (BRASIL, 2017).

Faz-se oportuno destacar a definição da linha do cuidado, conforme Franco (2003) como uma imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Expressa o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo outros segmentos, tais como Educação, Assistência Social, Segurança e entidades comunitárias. A Linha do cuidado funciona por protocolos estabelecidos, e pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços aos quais necessita.

Este processo de formação tem a intenção de oferecer subsídios aos participantes com foco na reflexão e análise dos desafios da prática cotidiana, bem como problematizar as resistências enfrentadas pelos profissionais no território no campo das violências, e assegurar a ampliação de novos olhares e posturas entre os participantes, frente às abordagens das situações – problemas de violências.

Considerando as dificuldades e fragilidades da rede assistencial para o enfrentamento torna-se urgente a necessidade de ações intersetoriais e de qualificação dos profissionais para o atendimento às situações de violência, com foco na adoção de estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados, e organização da rede de atenção a saúde, proteção social e defesa para oferta de serviços assistenciais de forma articulada; reforçamos ainda que foram identificados fluxos institucionais de atenção à criança/adolescente, ao idoso e a mulher em situação de violência, que ainda não chegaram ao alcance de outras equipes e serviços.

O processo de formação está ancorado nas metodologias ativas que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o educando, na realização de escolhas e na tomada de decisões. Esta metodologia ativa fundamenta-se na pedagogia libertadora de Paulo Freire; marcada pela dimensão política da educação e da sociedade, o ensino pela problematização procura mobilizar o potencial social, político e ético do educando, para que este atue como cidadão e profissional em formação. Segundo (Clemente e Moreira 2015, p.2015), Paulo Freire (1983) defende as metodologias ativas, a partir dos impulsionadores de aprendizagem na educação de adultos, tais como: “a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir

de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos”.

A formação está estruturada em encontros presenciais com carga horária de 40hs e a distância; a mesma foi construída pela equipe técnica da coordenação da gestão do trabalho e educação em saúde e pelos facilitadores do núcleo municipal de prevenção a violência e estímulo a cultura de paz; foram contemplados inicialmente no processo de formação os atores sociais dos núcleos regionais de prevenção da violência, compostos por gestores e profissionais da atenção primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de pronto atendimento (UPAS), Hospitais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), centros de referência especializados de assistência social (CREAS), profissionais da educação que lidam com os projetos de mediação de conflitos e comunicação não violenta, conselheiros tutelares, defensorias promotorias, centro de referência de atendimento a mulher, perícia forense e centros de defesa. Importante ressaltar que estes atores atuam no território como multiplicadores desse processo.

Para as atividades presenciais são utilizadas as seguintes estratégias educacionais: trabalho em pequenos grupos com estudos de caso e exposição dialogada; para as atividades do momento de dispersão são utilizados o estudo dirigido e o trabalho em pequenos grupos.

As atividades à distância serão realizadas numa plataforma que dispõe de espaços interativos sinalizados por fóruns e chats entre facilitadores e multiplicadores. Dispõe ainda de enquetes de avaliação dos encontros, bem como de textos e vídeos ancorados nas temáticas da clínica ampliada, produção do cuidado, rede de atenção e linha de cuidado, exploradas pelo referencial teórico/metodológico de Franco e Merhy (2003).

Neste contexto, faz-se necessário dá visibilidade a estas capacitações e enfatizar a relevância deste processo de implementação da rede municipal de enfrentamento intersetorial da violência, bem como contribuir para que transformações aconteçam no cenário da atenção às famílias e populações em situação de violências, além de mobilizar compromissos e responsabilidades entre os facilitadores e os multiplicadores na condução deste processo focado na gestão do cuidado.

A proposta da educação permanente para os atores sociais da rede permitirá também a atuação dos mesmos como facilitadores, sob a ótica da construção de um espaço de aprendizagem em serviço objetivando contribuir no aprimoramento da resolubilidade da rede intra e intersetorial de atenção, proteção social e defesa dos direitos das pessoas em situação de violência.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um relato de experiência focado no processo de capacitação dos profissionais implicados na rede de atenção em saúde, proteção

social e defesa. Este processo está ancorado no potencial das metodologias ativas que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de valorizar a experiência prévia dos atores sociais e propiciar o conhecimento colaborativo na realização de escolhas e na tomada de decisões (BERBEL, 2011). As metodologias ativas exigem maior autonomia, compromisso e responsabilização no processo de aprendizagem individual e coletivo, por ser um processo educativo baseado em competências; baseiam-se em estratégias que trazem como disparador de aprendizagem problemas reais ou artificialmente construídos, mas, com ênfase na realidade, “visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos” (BERBEL, 2011, p. 29).

A proposta tem por objeto a qualificação das práticas dos profissionais nos territórios por meio da educação permanente, com base nas metodologias ativas e na micropolítica do trabalho vivo. A micropolítica do processo de trabalho vivo compõe fluxos conectivos nos espaços relacionais evidenciados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque dos trabalhadores de saúde, em que os sentidos simbólicos operam junto com os saberes, impactando no grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado (FRANCO, 2005, p. 10).

Merhy (2002, p.02) afirma “que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção”.

Nessa compreensão, a iniciativa está pautada na reflexão e a interlocução de profissionais e equipes de saúde sobre suas experiências na atenção às pessoas em situação de violência, bem como na ampliação da competência técnica, habilidades e atitudes dos profissionais na atenção, vigilância e prevenção das violências no âmbito local, regional e municipal, bem como no funcionamento da rede, considerando as potencialidades, desafios e perspectivas, a partir dos cenários de prática no território.

A formação acontece na coordenadoria de vigilância em saúde, programada para o período de 2016, com sensibilizações iniciais da proposta, dando seguimento ao processo de formação propriamente dito, nos anos subsequentes. 2017 a 2018, com quatro (04) turmas de 50 participantes; contempla profissionais das áreas técnicas das coordenadorias regionais de saúde, da estratégia saúde da família, equipes dos núcleos de apoio a estratégia saúde da família (NASF), profissionais da rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência e rede hospitalar; no âmbito intersetorial estão contemplados profissionais da Rede Municipal de Ensino, Assistência Social, Coordenadoria de Políticas sobre Drogas, segurança cidadã, Cidadania e Direitos Humanos, representações do eixo da defesa, como Conselheiros tutelares, Varas, Promotorias, Defensorias e Delegacias Especializadas, além das representações de organizações não governamentais que atuam na causa de enfrentamento as

violências.

As estratégias educacionais adotadas foram voltadas inicialmente para o diálogo com o cenário de notificações de violência e a trajetória de implantação e implementação do núcleo municipal. No primeiro momento a plenária se apropriou do instrutivo de orientação para preenchimento da ficha de notificação, atrelado a um estudo de caso analisado a partir de uma situação real, que foi dialogado com a atualização de um fluxo instituído, alinhado as dimensões da linha de cuidado e a competência da rede de equipamentos que atuam no território.

Em seguida, dividiram-se os membros participantes do encontro em rodas de conversa onde cada um fez uma apresentação e compartilhamento das vivências e das notificações dos casos estudados alinhando com uma proposta de reestruturação de fluxos a fim de que se venha normatizar e validar os mesmos, como ferramentas norteadoras e integradoras dos processos de trabalho nos serviços. Buscou-se identificar como as equipes atuam em rede no cotidiano de suas práticas no atendimento às situações de violência, utilizando o fluxograma das normativas institucionais relacionadas à rede de proteção, e considerando as narrativas dos grupos a partir dos estudos de caso por ciclo de vida e vulnerabilidade.

As fontes documentais foram revisitadas com vistas a estabelecer comparações entre os fluxos preconizados e as realidades de atendimento no âmbito dos processos de trabalho no território, tendo em vista que diferentes formas e características da rede de proteção desencadeiam diferentes modos de significar e enfrentar a violência nos serviços e práticas intersetoriais. Por fim, foi proposto aos multiplicadores regionais, descentralizarem as capacitações intersetoriais, possibilitando assim a implantação dos núcleos regionais de prevenção a violência e promoção da cultura de paz, bem como a revitalização das comissões de atendimento e prevenção a violência nos equipamentos.

A análise do material utilizou o princípio da triangulação de informações, cruzando os relatos com a bibliografia vigente. Quanto aos aspectos éticos, este estudo não utilizou nenhuma forma direta ou indireta de participação de seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas distintas situações relacionadas aos desafios da prática de notificar e ao fluxo de atenção às situações de violência, revelando o modo como os profissionais operam nos seus cotidianos. No campo do preenchimento da ficha de notificação, assinalaram dificuldades por desconhecerem o instrutivo, ao mesmo tempo em que reconheciam sua importância e a necessidade que outros profissionais se apropriem, em especial as equipes da estratégia saúde da família que ainda permanecem distantes. Por sua vez, relataram muitas dúvidas e inquietações nos desfechos dos casos, com a construção a priori de fluxos equivocados pelo

desconhecimento dos fluxos instituídos e ausência de diálogo intersetorial.

As falas a seguir revelam as angústias e dificuldades de profissionais ainda desconhecedores dos fluxos e formas de atenção a esta população: “temos muitas dúvidas no proceder com casos dessa natureza; acredito que é um tema que necessitaria de maior tempo para discussão”; “o desconhecimento dos fluxos e das rotinas de cada órgão limitam a melhor compreensão de um assunto que afeta nossa comunidade”; Já em outras falas é perceptível a necessidade de integração entre as instituições para que as fichas de notificação e os fluxogramas atualizados sejam conhecidos e utilizados: “Apesar da falta de algumas instituições, o grupo foi excelente”; “Foi muito bom, apesar da falta do Conselho Tutelar”; “Mais encontros com diálogos articulados com a rede, pois as lacunas ainda são enormes, com diversas situações agravantes”; “falha na referência e contra referência”. Constata-se pelas falas dos profissionais dos mais diversos pontos de atenção, uma demanda de capacitação permanente na temática, por se tratar de uma política de enfrentamento vivenciada pelos serviços que exige competência técnica aliada a uma postura de articulação de redes. “Muitas dúvidas foram tiradas”; “necessários mais encontros”; “mais momentos como esse para aprimorar nossos conhecimentos”; “tema pertinente e necessário”; “foi um momento de bastante aprendizado”; “espero que aconteçam mais momentos como esse, pois o bom funcionamento da rede depende primeiramente do conhecimento sobre ela”; “muito interessante, não sabia que existia essa rede”. Por outro lado, é notório o ressentimento com as ausências de atores estratégicos para o funcionamento efetivo das redes e a queixa da ausência de devolutivas após a notificação e encaminhamento dos casos.

Destaca-se nesse contexto que há também um cenário de dificuldades quanto à adesão dos profissionais para a notificação. Com relação a esse entendimento, BRILHANTE (2013, p. 222) sinaliza que *“ainda se percebe uma grande dificuldade de adesão dos profissionais de saúde quanto à notificação, sendo revelado cotidianamente, o medo do agressor e incertezas, pois, além da dificuldade inicial de se reconhecer os casos, os profissionais referem a deficiência da Rede de Apoio e Proteção, em especial do Conselho Tutelar”*.

Importante ressaltar que as capacitações em curso sinalizam um incremento na prática de notificações nas unidades notificantes no campo da saúde e dos direitos humanos, com monitoramento e avaliação dos casos notificados por meio dos profissionais implicados, bem como impulsionam os atores sociais para as ações de promoção da saúde e prevenção da violência nos territórios; por sua vez, a pauta da revitalização das comissões de atendimento e prevenção às violências ressurgem nos pontos de atenção da rede intra e intersetorial, propiciando subsídios para a construção e efetivação da linha de cuidado.

Nessa compreensão, constata-se que o manejo da linha de cuidado se constitui num desafio a ser enfrentado, entendida como um caminho da integralidade da atenção que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o

mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (FRANCO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento a violência interpessoal e autoprovocada constitui problema de saúde pública relevante, dada sua magnitude no município de Fortaleza, requerendo articulação intersetorial. Encontramos alguns nós críticos no campo da gestão, atenção e educação em saúde, que demandam intervenções urgentes, tais como: ausência de fluxos, diretrizes, protocolos, atuação insuficiente da atenção primária, comissões de maus tratos desativadas, profissionais resistentes a mudanças por medo de represálias do agressor, profissionais desqualificados e desatualizados, expressiva subnotificação de casos de violência, pontos de atenção notificando e atendendo isoladamente, produção de pesquisas isoladas sem interlocução com a rede, dentre outros. Portanto, reconhecendo que o enfrentamento da violência demanda um modelo de atenção pautado na perspectiva de rede, salientamos a relevância da formação continuada com foco na atenção, prevenção e estímulo a cultura de paz, ancorada em pactuações de atitudes intersetoriais.

A formação intenciona potencializar o trabalho em rede de proteção nas seis (06) Regionais do município de Fortaleza, com foco em ações amplas, integradoras, intersetoriais com pactuações de corresponsabilidades e interlocução de saberes e afetos que fomente a cultura de paz nos territórios. Portanto, é preciso ampliar o investimento e fortalecer os mecanismos de avaliação das redes de proteção contra a violência, pactuando esta prioridade na agenda de compromissos da Gestão Municipal, tendo em vista que as causas externas de morbidade e mortalidade lideram em Fortaleza (2013).

Observou-se que através da reconstrução e utilização dos fluxos, será possível monitorar e avaliar o desempenho das redes, com clareza da capacidade instalada, considerando a vinculação dos profissionais e usuários a esses serviços. As capacitações em curso possibilitam que o percurso do usuário a ser seguido na rede, seguirá de acordo com a sua vulnerabilidade, qualificando os processos decisórios. Conclui-se que a redefinição e pactuação dos fluxos de atendimento são importantes para que as vítimas sejam ancoradas em linhas de cuidado que garantam a sua proteção, contribuindo para que as redes de atenção, proteção social e defesa, atuem de uma forma coesa e responsável. Portanto, o planejamento das ações dos serviços em rede intra e intersetorial, possibilita que os atores sociais dialoguem com as estratégias propostas, na perspectiva de uma atenção integral, através de um cuidado longitudinal às pessoas em situação de violência.

Os cenários de prática nos instigam a problematizar as resistências enfrentadas pelos profissionais no território no campo das violências, e assegurar a ampliação de novos olhares, posturas e intervenções entre os participantes, nas abordagens das situações – problemas de violências, embasadas nos cenários de prática, e na produção de estratégias voltadas a sustentabilidade da rede, considerando que redes com fluxogramas bem definidos subsidiam os profissionais a tomar decisões de forma mais rápida, acolher melhor as vítimas e trabalharem de forma coordenada e interdisciplinar.

Acreditamos que as transformações e os deslocamentos acontecem no panorama da atenção às famílias e populações em situação de violências, na perspectiva do empoderamento deste público sujeito, a partir da pactuação de compromissos e responsabilidades intra e intersetoriais entre os atores sociais implicados na condução deste processo, focado na visibilidade das estratégias de cuidado desenvolvidas pelas equipes e serviços, e da convivência com atores sociais qualificados no manejo dos fluxos e nas etapas da linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

BERBEL NAN. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Interface-Comum. Saúde Educ.1998; 2:139-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 936 de 18 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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. 2010 a. Acessível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhacuidadocriancasfamiliasviolencias.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica 8**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.

BRILHANTE, A. P.; LEITE, A.J.M.; MACHADO, M.M.T.; PINHEIRO, A. A. A.; NEVES, M.V.; MACEDO, M.C.M. M. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: Desafio para os profissionais de saúde, in **Violência e Acidentes: uma abordagem disciplinar**, organizadores, FILHO, J.G.B.; MACEDO, M.C.M.; GAMA, I.S. Edições UFC, Fortaleza, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde (CE). Protocolo de acolhimento ao adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; Sistema Municipal de Saúde Escola, 2012, 152 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Relatório DANT** (impresso). Fortaleza, dezembro 2013;

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Portaria nº 189, de 14 de Junho de 2016** (impresso). Fortaleza, Junho 2016.

_____. Célula de Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Relatório VIVA- NET**. Fortaleza, Dezembro 2017.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: _____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina MERHY. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

FREIRE, Paulo. **A Pedagogia do Oprimido**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.p.85

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à Prática Educativa**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.p.59(Coleção Leitura).

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia. O cotidiano do Professor**; tradução de Adriana Lopez; revisão técnica de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.p.124 (Coleção Educação e Comunicação, v.18)

MERHY, FRANCO. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**, São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

