

Relatório Final

**Violência e Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos:
ações de sensibilização e apoio aos profissionais e de fortalecimento da rede de
proteção**

Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/ENSP/FIOCRUZ

**Violência e Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos:
ações de sensibilização e apoio aos profissionais e de fortalecimento da rede de
proteção**

Equipe

Coordenação: Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Mayalu Matos Silva

Pesquisadoras: Ana Elisa Bastos Figueiredo, Miriam Schenker, Rosane Marques de
Souza e Vera Frossard

Fevereiro 2019

SUMÁRIO

1	Introdução	7
2	Quadro teórico	12
2.1	Violência	12
2.2	ESF	14
2.3	Rede	15
3	Material e métodos	18
3.1	Pesquisa-ação	18
3.2	Instrumentos de registro	19
3.3	Atividades e metas previstas	19
4	Resultados e discussão	21
4.1	Meta 1	22
4.2	Meta 2	25
4.3	Seminário	36
4.4.	Acesso Seguro e Notificação Compulsória de Violência	43
5	Considerações finais	49
6	Recomendações	52
7	Referências Bibliográficas	53
8	Produção técnica e bibliográfica decorrente do projeto	55
9	Perspectivas de continuidade ou desdobramento do trabalho	55
10	Agradecimentos	56
11	Anexos	56

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

CAP - Coordenação de Área Programática da Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CGI - Conselho Gestor Intersetorial

CAS - Coordenadoria de Assistência Social

CEP - Comitê de Ética

CFVV - Clínica da Família Vitor Valla

CID - Classificação Internacional de Doenças

CLAVES - Departamento Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CRE – Coordenadoria Regional de Educação

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRMM - Centro de Referência da Mulher da Maré

CSEGSF - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias

CT - Conselho Tutelar

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GT – Grupo de Trabalho

GAV - Grupo de Articulação em Violência

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OSs - Organizações Sociais de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROINAPE - Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas

PRONASCI - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

PSE - Programa Saúde na Escola

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TEIAS - Programa Território Integrada de Atenção à Saúde Manguinhos

TCLE - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UPP - Unidade de Polícia Pacificadora

CFVV - Clínica da Família Vitor Valla

LISTA DE QUADROS

1	Notificações compulsórias de violência CSEGSF 2016	43
2	Notificações compulsórias de violência CSEGSF 2017	44
3	Notificações compulsórias de violência CSEGSF 2018	44
4	Notificações compulsórias de violência CSEGSF 2019	45
5	Notificações compulsórias de violência CFVV 2016	45
6	Notificações compulsórias de violência CFVV 2017	46
7	Notificações compulsórias de violência CFVV 2018	47

RESUMO

Esse relatório apresenta o processo de desenvolvimento e os resultados da pesquisa “Violência e Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos: ações de sensibilização e apoio aos profissionais e de fortalecimento da rede de proteção”, desenvolvida por pesquisadores do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ) e do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), em 2018. Consideramos essa investigação uma continuidade da pesquisa intitulada “Violência e Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos: uma investigação preliminar” (Fase 1), finalizada em 2017, que buscou compreender como o fenômeno da violência se apresentava nos serviços e os encaminhamentos realizados, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, conhecida como TEIAS Escola Manguinhos, cuja gestão está ao encargo do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias – CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. Além do diagnóstico, a proposta também teve como horizonte estimular a construção coletiva de estratégias de enfrentamento à violência. Nesse sentido, a fim de fortalecer as estratégias coletivas de enfrentamento elencadas pelos profissionais participantes da Fase 1, privilegiamos duas demandas consideradas como mais importantes por eles: ações de sensibilização e apoio aos profissionais, onde seriam trabalhadas questões relativas à violência, tanto em relação ao suporte técnico quanto em relação ao cuidado com o cuidador; e fortalecimento da rede de proteção às violências de Manguinhos. Essas duas ações foram o mote inicial através do qual o projeto foi desenvolvido, com o objetivo de sensibilizar e apoiar profissionais que atuam na ESF Manguinhos no que se refere à abordagem às situações de violência que aportam nesse serviço e de estimular a articulação da rede de proteção às pessoas em situação de violência que atende esse território.

Palavras-chave: violência, violência e saúde, estratégia de saúde da família.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é continuidade de um processo iniciado no edital Teias 2016, intitulado Violência e Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos: uma investigação preliminar (aqui intitulado Fase 1). Essa pesquisa, finalizada em janeiro de 2017, fez um levantamento diagnóstico preliminar de como a violência impacta os serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Complexo de Manguinhos e buscou construir coletivamente propostas de enfrentamento.

A pesquisa atual, foco deste relatório, buscou desenvolver duas propostas: 1. sensibilizar e apoiar profissionais que atuam na ESF Manguinhos no que se refere às abordagens às situações de violência que aportam nesse serviço e 2. estimular a articulação da rede de proteção às pessoas em situação de violência que atende a esse território. Ambas foram sinalizadas no projeto anterior, pelos sujeitos participantes, como fundamentais para a melhoria da efetividade do atendimento à questão da violência e saúde na ESF. Para tanto, foi prevista como ferramenta de trabalho a utilização de dois produtos da Fase 1: dois folders informativos sobre violência e saúde (anexo 1).

Desde de a década de 80 observamos uma significativa mudança no perfil de morbimortalidade nacional, em que doenças infecciosas cedem lugar às enfermidades crônicas e degenerativas e às causas externas (Minayo, 2013). Hoefel et al (2015), mostram que fatores conjunturais como pobreza, desigualdade social e ineficiência de algumas instituições básicas, produzem e/ou agravam a violência. Segundo Minayo (2013), a literatura científica tem mostrado que a naturalização da miséria e da desigualdade social acaba estimulando diversas formas de violência.

Pode-se observar, no território de Manguinhos, onde localiza-se o principal campus da Fiocruz no Rio de Janeiro, a presença de uma série de manifestações de violência. Destaca-se, neste espaço, a significativa presença da violência estrutural que afeta enormemente a saúde dos moradores, ampliando a vulnerabilidade à dengue e à tuberculose, aos agravos à saúde no trabalho, à hipertensão, à diabetes e ao déficit nutricional. Há altos índices de gravidez precoce, de traumas associados à violência e à condição social, de abuso de álcool e drogas, de violência da família, sexual e reprodutiva, além de altos índices de mortalidade, discriminação e criminalização juvenil (Blog Participação Cidadã na Gestão da Saúde de Manguinhos). Em 2010¹, segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde, do total de óbitos registrados para o bairro, aproximadamente 15%, estavam relacionados às causas externas; destes, 20% envolviam a população masculina.

No diagnóstico realizado na Fase 1, as violências criminal e comunitária, sobretudo na forma de confrontos armados, destacaram-se como problema que vem afetando a saúde da população moradora e trabalhadora desse território. Elas apareceram nas falas dos trabalhadores e moradores/usuários da ESF e se expressam direta e indiretamente nos relatos e históricos de vida registrados nos prontuários das clínicas onde se localizam as equipes de saúde. Fica patente que esse tipo de confronto afeta

¹ Dados disponíveis no site do Teias Escola e Manguinhos em <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/situacao_de_saude> e <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>. Acesso em 23.05.2018.

sobremaneira a saúde das pessoas e que tem impactos significativos no funcionamento dos serviços de saúde, em particular na ESF. Com toda a insegurança, riscos e danos provocados por eles, as instituições locais têm seu cotidiano alterado, as escolas e os centros de saúde são reiteradamente fechados, os trabalhadores são impedidos de ir trabalhar e aqueles que precisam de atenção à saúde deixam de ser atendidos.

Na amostra estudada na investigação anterior, chama atenção a associação intensa entre a ocorrência de casos de violência e o sofrimento psíquico, o que se expressa claramente nos encaminhamentos feitos para a saúde mental e nos próprios relatos nos prontuários e dos sujeitos entrevistados. Cumpre observar também que os problemas relacionados à saúde mental em casos de violência não acometem apenas os usuários, mas também os profissionais que atuam na localidade.

Nesse sentido, a proposta atual visava atender a duas grandes demandas explicitadas pelos participantes da Fase 1, em relação à temática da violência e seus impactos na saúde: 1. a necessidade de construir um espaço no qual os trabalhadores da saúde pudessem dialogar e refletir sobre questões relativas à violência, tanto em relação ao suporte técnico para sua atuação, quanto em relação a seu cuidado e 2. o fortalecimento da rede de proteção às violências a fim de garantir uma atuação Intersetorial de enfrentamento.

Essas duas demandas guiaram a proposta de intervenção realizada com vistas a melhoria da atenção e do cuidado à população e aos profissionais da ESF no que tange à violência e da comunicação da rede de proteção às pessoas em situação de violência que atende o território.

À Fiocruz, como uma instituição de saúde nacional que tem como missão contribuir para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira e para a redução das desigualdades sociais, cabe refletir sobre seu papel social acerca de questões que afetam direta e indiretamente a vida das populações e os serviços de saúde, posicionando-se no cenário nacional em defesa do direito à saúde e à ampla cidadania². Nesse sentido, a instituição considera que diversas questões relacionadas à violência são pontos fundamentais para a ação do Estado e da sociedade, de forma a possibilitar o alcance de uma verdadeira justiça social e do desenvolvimento sustentável.

2 “Missão”, “Visão” e “Valores” da Fiocruz, segundo seu site institucional. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/es/node/116>>. Acesso em 20.4.2017.

O documento do VII Congresso Interno da Fundação Oswaldo Cruz (2014) coloca a preocupação da instituição com o crescimento de lesões incapacitantes e mortes por causas externas, com destaque para os acidentes de trânsito e a violência que atingem as camadas mais jovens da sociedade; a violência e discriminação de gênero, raça e orientação sexual e também contra crianças, adolescentes e idosos; as taxas de homicídios equivalentes às de conflitos bélicos e a violência policial indiscriminada, principalmente contra os mais pobres. Em 2018, no VIII Congresso, tal prioridade foi reificada através da aprovação de 11 diretrizes de trabalho relativas à questão da violência e saúde³.

As questões de violência criminal e segurança pública estão diretamente relacionadas a todos os aspectos da vida social, em especial das populações vulnerabilizadas, como os moradores de Manguinhos, e de inúmeros outros espaços em diversas cidades brasileiras que lutam cotidianamente pela garantia de direitos e no enfrentamento da violência estrutural.

Especificamente, o incremento das taxas de violência no Brasil, que desembocam em mortes ou lesões graves e incapacitantes, vem trazendo grandes desafios para o setor saúde, no sentido de construir e consolidar outras formas de abordagem da atenção à saúde, da vigilância, da prevenção e da promoção da saúde (Silva Júnior, 2013:14). Não obstante, como já apontado acima, apesar do impacto da violência na saúde dos cidadãos brasileiros e dos serviços de base comunitária (saúde, educação e assistência social, entre outros) ainda são escassas ou ineficazes as ações, especialmente direcionadas a seu combate e incluindo as mais diversas expressões.

O setor saúde tem papel fundamental na identificação das violências, e por isso tem o potencial de assumir responsabilidades mais ativas como promotor de políticas intersetoriais integradas e matriciais a partir do nível local. Nesse sentido, a investigação da situação referente a esse tema, na ESF adquire relevância, na medida em que busca entender de que forma esse fenômeno vem se apresentando no local e como as políticas relacionadas estão sendo territorializadas nos serviços, ao mesmo tempo em que busca incentivar maior atenção ao tema.

É pertinente destacar a importância estratégica para a Fiocruz do desenvolvimento de atividades em sua comunidade de pertencimento, o Complexo de Manguinhos. Produzir um olhar compreensivo para este território é uma das prioridades tanto da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), quanto da Fiocruz, na medida em que são

³ Para mais informações, ver relatório final do VIII Congresso A Fiocruz e o Futuro do SUS e da Democracia, disponível em <https://congressointerno.fiocruz.br/sites/congressointerno.fiocruz.br/files/documentos/VIII%20Congresso%20Interno%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>. acesso em 01.02.2019.

atores sociais importantes no território e que produzem práticas em saúde. No que diz respeito ao Claves, este projeto se apresenta como mote para a territorialização do conhecimento acadêmico que vem sendo produzido no Departamento, ao longo de 30 anos, ao mesmo tempo em que é uma oportunidade de aprimoramento de suas pesquisas aplicadas – ou pesquisas-ação – em Manguinhos, sendo este um direcionamento de trabalho.

Em relação à pertinência do tema para o território de Manguinhos, como já anteriormente afirmado, podemos ilustrar com o nome pelo qual é chamada sua principal via, a avenida Leopoldo Bulhões, conhecida como “faixa de Gaza”, em referência aos seus altos índices de violência criminal.

Outro dado importante sobre a população local, disponível no site do Teias Escola Manguinhos⁴, diz respeito às modificações do padrão demográfico nos últimos 10 anos, a partir de observação da estrutura etária no Censo 2000 e 2010, ano do cadastramento feito pelas equipes de saúde da família do Teias Escola Manguinhos. Essas mudanças mostram uma redução importante da população do sexo masculino, a partir da faixa que vai de 15 a 19 anos, acentuando-se entre 20 e 24 anos, o que é um importante indício de mortalidade violenta por causas externas.

O Estado, como resposta a esses alarmantes índices, instalou, em janeiro de 2013, a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) no bairro. No entanto, a mesma vem sendo responsabilizada, através de diversas denúncias e protestos dos moradores, por uma série de irregularidades e violências. Tais fatos contribuem ainda mais para aumentar a sensação de insegurança, desamparo e revolta no território. Em relação a esse tema, podemos destacar o ato realizado por servidores da Fiocruz em frente à Ensp contra as violências de Estado e em apoio aos familiares de crianças e jovens mortos em operações policiais em Manguinhos⁵ e também a nota pública da Anistia Internacional, pedindo investigação urgente das mortes em Manguinhos⁶, ambos em setembro de 2015.

A literatura nacional e internacional vem mostrando que o contexto de banalização da violência criminal, junto à naturalização das iniquidades sociais, forma um ambiente propício à disseminação de diversos outros tipos de violência. Acreditamos que o desenvolvimento da presente proposta teve como potencia fortalecer a visibilidade da questão da violência no serviço, ampliando recursos técnicos e emocionais para que os trabalhadores possam atuar de forma mais efetiva. Além disso,

⁴ Disponível em <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/populacao-meio-ambiente>. Acesso em 20.03.2017.

⁵ Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/38209>. Acesso em 20.03.2017.

⁶ Disponível em <https://anistia.org.br/noticias/anistia-internacional-pede-investigacao-urgente-de-morte-em-manguinhos/>. Acesso em 20.03.2017.

o fortalecimento da rede de proteção às violências é um ponto fundamental para a melhoria da efetividade de suas ações, tendo em vista que o enfrentamento da violência, por sua complexidade, deve acontecer preferencialmente em rede.

1.1. QUADRO TEÓRICO

1.2. Violência

A violência é um problema social, cultural e histórico que se intensifica em sociedades marcadas por desigualdades, iniquidades e injustiças sociais e ambientais, as quais desestruturam bases familiares, comunitárias e territoriais necessárias ao desenvolvimento humano e a uma cultura de paz e de respeito aos direitos humanos do indivíduo. Considera-se que é multifatorial – se relaciona à falta de acesso a políticas sociais básicas de qualidade, como saúde, escolas e outros espaços de socialização e aprendizagem, às iniquidades sociais, ao desrespeito aos Direitos Humanos, à impunidade, à desigualdade da distribuição da riqueza e do acesso a direitos, à presença de aparato repressor de estado e ao acesso facilitado a comércios ilícitos de drogas e de armas, entre outros. Minayo (2013:32) aponta que *"(...) todos os autores que estudam o fenômeno da miséria e da desigualdade social mostram que sua naturalização o torna o chão de onde brotam várias outras formas de relação violenta"*. Além disso, ela se manifesta de diversas formas e seu enfrentamento apenas pode se dar de forma intersectorial, reunindo educação, saúde, assistência social, políticas afirmativas, lazer, emprego, habitação, entre outros direitos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a violência como o

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Dahlberg e Krug, 2007:1165).

A violência é um fenômeno complexo, que envolve diversos tipos, naturezas e grupos vulnerabilizados. Entre os principais tipos encontramos a violência estrutural, cultural, institucional, criminal, interpessoal, na família, autoinfligida e simbólica. Entre as principais naturezas encontramos a violência física, psicológica, sexual, negligência/abandono, financeira e simbólica. Os principais grupos vulnerabilizados

podem ser categorizados por faixa etária: crianças, adolescentes, jovens e idosos ou entendidos na sua totalidade, como família; por gênero: homens, mulheres e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT); por cor da pele e etnia: negros e indígenas; pessoas com deficiência e institucionalizadas; e por algumas ocupações, a exemplo dos trabalhadores da saúde, da educação, domésticos, garis e da segurança pública e lideranças comunitárias em situações de conflito territorial e ambiental, entre outros (Minayo, 2013).

No Brasil, a violência se constitui em uma das principais causas de mortalidade geral e a primeira causa de óbito da população de 5 a 49 anos de idade. Waiselfisz (2015), a partir dos registros do SIM, mostra que entre 1980 e 2012, morreram mais de 880 mil pessoas vítimas de disparo de algum tipo de arma de fogo. Njaine, Assis e Constantino (2013) assinalam que, além das mortes propriamente ditas, é preciso considerar as lesões físicas, psicológicas e morais que a violência impinge às suas vítimas, familiares e pessoas próximas aos acontecimentos.

Os dados de morbimortalidade por violência no Brasil mostram que cerca de 80% dos óbitos e das lesões e traumas ocorre nas cidades, principalmente nos municípios com mais de 100 mil habitantes (62,1% de toda a mortalidade por causas externas no país). As armas de fogo aparecem como fator importante para o incremento da violência. Dados de 2005 mostram que 90% dos homicídios foram cometidos por esse tipo de arma (Minayo, 2013: 31). Minayo (idem) aponta que as altas taxas de violência nas cidades se devem, sobretudo, à existência de grupos de delinquência comuns ou vinculados ao tráfico de drogas, às agressões interpessoais e aos acidentes de trânsito e de transporte.

Desde a década de 80, no Brasil e no mundo, o setor saúde tem se empenhado em compreender, prevenir e promover ações e estratégias que visem à redução da violência, inclusive adequando os sistemas de saúde para o atendimento a esse fenômeno. Em 2001, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Nesse documento, a definição de acidente - evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais - é acrescentada à de violência, seguindo a Classificação Internacional de Doenças (CID), onde os dois fenômenos são considerados de forma conjunta, chamados de causas externas.

Em 2002, a OMS publicou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, reunindo estudos do mundo inteiro que evidenciavam o impacto da violência na saúde, além dos custos financeiros para o setor para o tratamento das vítimas. Em 2004, foi implantada no Brasil a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

Em 2006 a redução das violências foi incluída como prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

1.3. ESF

Em 2008, os ministérios da Justiça e da Saúde assinaram um Acordo de Cooperação Técnica que visa ao desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas da Estratégia Saúde da Família – ESF, e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), na prevenção da violência e na promoção da segurança pública nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família.

A Saúde da Família, enquanto estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (AB), tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua. Os atendimentos realizados pela equipe de saúde, na unidade de saúde ou nos domicílios dentro de um território delimitado, facilitam a criação de vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde, e a redução de danos ou de sofrimentos (Brasil, 2009).

A partir desse cenário, indagamos: como essas políticas têm influenciado o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família? Nessa estratégia central do sistema de atenção básica da saúde brasileiro, a violência tem sido entendida como questão prioritária? Njaine, Assis e Constantino (2013) apontam que, apesar do impacto da violência na saúde pública brasileira e da evidência dos dados nacionais, ainda é escassa a consciência dos gestores do setor sobre a gravidade da situação e sobre o papel que a saúde pode desempenhar.

Em relação à Atenção Primária em Saúde (APS), Fausto, Giovanella e Mendonça et al (2014) mostram que as equipes da ESF vêm atuando cada vez mais como porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados e a integração da APS à rede ainda é incipiente. Essas questões podem ser observadas também em relação aos atendimentos relacionados à violência na ESF em Manguinhos, como veremos adiante.

O contexto de violência nos territórios, somado à pouca articulação da rede de proteção às situações de violência, produzem efeitos nefastos na saúde dos trabalhadores que atuam nesses espaços, comprometendo suas capacidade de acolher e atender os casos de violência que a eles se apresentam. Nesse sentido,

cuidar do cuidador possibilita um incremento da efetividade e eficácia dos atendimentos em saúde.

O cuidado é definido por Roseni Pinheiro (2009, s/p) como: “um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas, em lugares e tempos distintos da sua realização”. A ‘prática do cuidar’, refere-se a um conjunto de conhecimentos e atos voltados para o ‘outro’ e pressupõe a autonomia daquele que é cuidado (idem).

Em relação aos usuários do sistema de saúde, cabe à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível (Cecílio, 2001). Entretanto, como fazê-lo quando se encontram sem apoio e muitas vezes vivenciando e sofrendo violências de diferentes tipos no seu ambiente de trabalho?

O cuidado em saúde refere-se ao respeito, acolhimento, atendimento ao ser humano em seu sofrimento, que muitas vezes é tributário da sua fragilidade social, orientando-se pela qualidade e resolutividade de seus problemas. Daí a importância de se oferecer um espaço para que os trabalhadores possam refletir, serem escutados e acolhidos em suas demandas no que se refere às situações de violência vivenciadas e atendidas. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde – que quem as pratica, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (Pinheiro, 2009).

1.4. Rede

O conceito de Redes é utilizado em várias áreas do conhecimento (informática, matemática, física, ecologia, sociologia, antropologia, psicologia, medicina). Todas elas convergem para a conceituação de *rede* como sendo um conjunto de pontos, elementos, nós, que se articulam entre si formando interações constitutivas de inúmeros laços (Costa et al, 2015, Castells, 2000, Mangia e Muramoto, 2005). O padrão de conexões de uma rede gera uma estrutura própria e os elementos nela se posicionam de forma específica (Tomaél e Marteleto, 2015).

Entendida como estrutura formal de governança, a Rede é vista como uma forma de estruturação/organização de um determinado sistema, voltada para a organização dos serviços (escola, igreja, centros de saúde) destinados a uma determinada população. No nosso caso, a rede de instituições que configura a prevenção e proteção à violência, responsável pela assistência às pessoas que sofrem violências: como ela se concretiza para prestar assistência a essa população (Costa et al, 2015).

O conceito de rede social se origina na perspectiva de Redes e engloba a dinâmica das interações e interconexões constitutivas dos fenômenos sociais e humanos, tanto no âmbito pessoal quanto no coletivo, grupal (Costa et al, 2015). De acordo com Sluzki (1997), a rede social pessoal é constituída informalmente, sendo definida como o produto de todas as relações (família, amigos, trabalho, escola, comunidade, religião) significativas para o indivíduo e contribui, em maior ou menor grau, para a construção de sua identidade. O conjunto de pessoas que conformam esses vínculos constitui a sua rede pessoal.

As funções da rede indicam o tipo de intercâmbio interpessoal entre os seus membros como: realização de atividades conjuntas; trocas que conformam atitude emocional positiva, estímulo, apoio; compartilhamento de informações pessoais ou sociais; interações que reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizando desvios de comportamento; entre outras. Em contraposição, famílias que apresentam um isolamento social podem conter violência e uso de álcool e outras drogas, entre outras questões. Sistema aberto em construção permanente, as redes sociais conferem sentido de reconhecimento e identidade às pessoas e grupos (Castells, 2000, Meneses e Sarriera, 2005).

Cada novo elemento que se liga à rede promove novos arranjos nas relações, redesenhando a rede social (Gomide e Grossetti, 2010). Ela é parte da cultura de um determinado coletivo que, a partir de seus valores e normas, influencia o comportamento e as formas de pensar das pessoas, grupos e comunidades (Medeiros, 2015). Por meio das redes sociais são acessadas a realidade social e a construção da sociabilidade que se expressam através das interações e conexões que conformam as relações sociais (Mangia e Muramoto, 2005).

O estudo das redes sociais se dá através da investigação das interfaces sociais entre diferentes elementos que podem ser constituídos de pessoas, grupos, instituições, organizações. Os elementos não são compreendidos em si, mas através de suas interações sociais e relações de pertença. Pensamento complexo pela “possibilidade interpretativa oferecida pelo estudo das redes sociais, que permite representar a multidimensionalidade dinâmica das interações, vinculações e conexões presentes na constituição dos fenômenos sociais e humanos” (Mangia e Muramoto, 2005).

Nesse sentido, abordar o fenômeno da violência e as experiências de rede de proteção ou de prevenção significa investigar menos a configuração de eficácias institucionais e mais o quanto ela oferece de potencial para intervir, interromper, tratar ou superar a violência a que estão submetidas as pessoas em suas interações nos diferentes grupos de risco. Isto significa tentar assimilar o quanto a rede incorpora parcerias e interconexões que possam viabilizar o encaminhamento, o atendimento e a proteção

às vítimas da violência e suas famílias para, em seguida, buscar por ações de prevenção (Njaine et al, 2006).

Para que uma rede de prevenção à violência se constitua, é necessário haver a integração de diferentes sujeitos e equipamentos de assistência que compartilhem de um mesmo código de comunicação, ou seja, que tenham uma compreensão similar de como a violência se manifesta em suas mais variadas formas permitindo, assim, uma sincronia no atendimento à demanda de intervenção. Por isso, busca-se investir na atitude profissional e pessoal e na forma de abordar essa questão (Njaine et al, 2006).

Uma rede de atendimento integral à saúde do usuário se inicia nos equipamentos de atenção primária à saúde que são territorializados e inseridos nas comunidades. A ESF, com sua equipe multiprofissional formada por agentes comunitários de saúde, médicos de família, enfermagem e saúde bucal, provê assistência à população adstrita. As pessoas que sofrem de violência têm, ou deveriam ter na atenção primária, o acolhimento inicial para os seus problemas. Para o atendimento integral ao usuário no enfrentamento da violência em sua complexidade e multideterminações, é necessário um trabalho em rede que articule serviços com trabalho multidisciplinar em diferentes níveis de cuidado.

A atenção à saúde individual deve levar em conta a família, rede social primeira do indivíduo, onde se adquire valores, crenças, atitudes, se aprende modelos de comportamento e se promovem laços de identificação. Além da família, deve-se atentar para os recursos da comunidade onde se inserem (Costa et al, 2015). Isto porque as redes sociais, com conexões de qualidade e os recursos comunitários promovem apoio e suporte social ao usuário que sofre violência.

Andrade e Vaitsman (2002) enfatizam que os serviços e as ações em saúde pública (prevenção, promoção) se tornam eficazes com a participação ativa da população, na formulação de suas demandas e em soluções de problemas que vivenciam na cotidianidade. As redes sociais propiciam o desenvolvimento de ações solidárias e de suporte ao enfrentamento de questões do cotidiano entre grupos vulneráveis, além da construção e fortalecimento do sentido de pertencimento a um grupo social.

Muitos estudos são unânimes em afirmarem que a pobreza de relações sociais representa risco à saúde comparável a riscos comprovados tais como o do fumo, da obesidade e do sedentarismo, dentre outros (Andrade e Vaitsman, 2002). O adoecimento do sujeito torna-o vulnerável, em várias dimensões, na sua rede social, já que fica limitado em suas conexões no trabalho, na família e com amigos. Contar com o apoio social da comunidade nesses momentos pode ajudar na capacidade de

enfrentar problemas e influenciar na satisfação com a vida. É muito importante se pensar as redes sociais no âmbito da comunidade devido à sua função de apoio que se traduz nas diversas dimensões do desenvolvimento comunitário, tais como educação, saúde, direitos cidadãos, colaboração, e responsabilidade civil (Meneses e Sarriera, 2005).

Por outro lado, é importante que as comunidades reconheçam o papel das parcerias em conexão que se estabelecem na rede. Desta forma, tem sido importante a presença de unidades de saúde e assistência social atuantes nas comunidades para a sua valorização pelos usuários. E as instituições que compõem a rede evidenciam, para os poderes constituídos, o prejuízo incalculável das diversas manifestações de violência (Njaine et al, 2006).

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Pesquisa-ação

As estratégias metodológicas desta proposta foram desenvolvidas à luz da pesquisa social, na modalidade pesquisa-ação. A base da pesquisa-ação, tematizada por Thiollent (1986), está associada a diversas formas de ação coletiva e, em muitos casos, orientada para a resolução de problemas ou de objetivos de transformação social.

A pesquisa-ação é uma forma de experimentação da situação real na qual os pesquisadores intervêm de forma consciente. Os participantes também desempenham um papel ativo; entretanto, essa forma de pesquisa não é constituída apenas pela ação ou pela participação: ela também produz conhecimentos, adquire experiências e contribui para discussões e debates das questões abordadas. No caso do presente projeto, nossa intenção foi incentivar a reflexão sobre a questão da violência no bairro e seu enfrentamento em rede, a partir da ESF.

São dois os objetivos principais da pesquisa-ação (Thiollent, 1986): obter informações para aumentar o conhecimento de determinadas situações e buscar o melhor equacionamento possível de um problema. Tais objetivos podem ser traduzidos no levantamento sobre os principais tipos de violência e seus impactos na ESF de Manguinhos e das estratégias utilizadas pelos profissionais do local para dar conta de tal problemática, por um lado, e, por outro, na reflexão coletiva sobre a questão, com as potencialidades que podem advir daí.

Ao tematizar a pesquisa-ação Thiollent (1986) aponta que ela é realizada em um espaço de interlocução onde os atores implicados participam na resolução dos problemas, com conhecimentos diferenciados, propondo soluções e aprendendo na ação.

A presente proposta visa colaborar com o desenvolvimento de duas grandes demandas identificadas no diagnóstico, que se configuram como pontos fundamentais para a melhoria da efetividade do tema violência e saúde nos serviços:

- (1) A necessidade de construir um espaço no qual os trabalhadores pudessem trabalhar questões relativas à violência, tanto em relação ao suporte técnico quanto em relação ao cuidado;
- (2) O fortalecimento da rede de proteção local às violências.

2.2. Instrumentos de registro

Diário de campo

O diário de campo é um instrumento que visa registrar impressões e informações diversas do campo durante a presença dos pesquisadores em encontros e outras atividades. São dados não produzidos através de outros instrumentos como entrevistas e grupos focais. Diversos aspectos são registrados neste instrumento, como: quanto ao *lôcus*: características gerais, acessibilidade e equipamentos próximos; movimento; frequência; infraestrutura; organização social do contexto; entre outros. Quanto às atividades em grupo: perfil dos participantes, como gênero, cor/raça, ocupação, categoria profissional; interação entre os diferentes atores; comunicação. Interação com pesquisa e pesquisadores, temas trazidos, frequência ao grupo, entre outros.

Tais informações foram registradas formal e informalmente durante as reuniões do grupo de rede, em encontros com os atores deste grupo em seus espaços de trabalho, nas reuniões com a gestão do Teias e do CSEGSF, entre outros espaços de pesquisa.

Além do diário de campo, foram confeccionadas atas em todas as reuniões da rede.

2.3. Atividades e metas previstas

Atividade 1: Desenvolvimento de um grupo de acolhimento/educação permanente com profissionais de saúde para trabalhar, por meio de metodologia reflexiva e participativa - a partir das vivências da atuação profissional -, noções sobre violência e sobre atendimento às vítimas.

Estratégias de ação: trabalhar a partir de dois produtos do projeto anterior, os folders informativos sobre violência e saúde (anexo 1). Eles foram desenvolvidos a partir dos resultados do projeto anterior, confeccionados de forma a sensibilizar para a questão do impacto da violência sobre a saúde de forma didática, clara e simples, direcionados a dois públicos diferentes:

1. Profissionais de saúde, esclarecendo acerca dos principais conceitos de violência, orientando o passo a passo básico da notificação da vigilância epidemiológica e desmistificando a relação entre notificação, denúncia e comunicação;
2. População, também informando sobre tipos e naturezas da violência, buscando desnaturalizá-la e sensibilizar acerca do papel dos serviços de saúde na parceria no cuidado.

Destacamos que a preparação dos textos para confecção dos folders envolveu uma revisão dos conceitos de violência e muitas trocas entre os membros da equipe e com a Chefe e a Coordenadora de Ensino do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). O encontro presencial com estas profissionais foi de suma importância para a construção e validação dos produtos.

Os encontros foram organizados de modo a garantir, sempre, um espaço de escuta e acolhimento das demandas dos trabalhadores; eles seriam facilitados por uma dupla de pesquisadoras que são psicólogas com experiência na condução de trabalhos grupais. Após esse momento, teriam início as atividades de educação permanente sobre violência e saúde. Estavam previstos inicialmente a realização de 15 encontros.

Atividade 2: Fortalecimento da Rede de proteção às pessoas em situação de violência, que atende à região, através da realização de encontros com representantes dos serviços que compõem os elos da rede. A ideia era desenvolver um grupo de discussão e reflexão coletiva, composto por profissionais que atuam na Saúde, Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar, Coordenadoria de Área Programática (CAP) 3.1, entre outros setores parte da rede, para desenvolver estratégias coletivas de fortalecimento da mesma. Estavam previstos 10 encontros com duração de aproximadamente 2 horas.

No desenvolvimento de ambas atividades foi prevista avaliação do processo, a partir da construção participativa de indicadores - instrumentos construídos conjuntamente entre pesquisadoras e participantes dos grupos. As atividades desenvolvidas no âmbito desses encontros grupais foram registradas através em atas de reuniões e diários de campo.

Metas previstas

1. Realização de 15 encontros do grupo de acolhimento/educação permanente em violência e saúde com profissionais de saúde Estratégia de Saúde da Família;
2. Realização de 10 encontros com representantes dos serviços que compõem à Rede de proteção às pessoas em situação de violência;
3. Avaliação do processo e sistematização dos resultados;
4. Produção de relatório de pesquisa e prestação de contas;
5. Produção de artigo científico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos aqui o processo de desenvolvimento das atividades e das metas previstas, a fim de contextualizar os resultados apresentados e esclarecer como foi construída a metodologia.

As metas 1, 2 e 3 são apresentadas a partir da descrição da realização das atividades pactuadas; da análise do processo de pesquisa e da apresentação dos resultados. A meta 4 consiste na produção do presente documento e a 5 está em processo de desenvolvimento, sobretudo devido à redução do tempo para desenvolvimento da pesquisa. Tal publicação será realizada pela equipe do projeto posteriormente.

Cumpramos assinalar que o cronograma inicial do projeto iniciava o trabalho de campo em outubro de 2017, no entanto esse trabalho de campo somente se iniciou em fevereiro de 2018, devido aos seguintes motivos: 1. Demora na tramitação do projeto no Comitê de Ética (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde, que apenas aprovou a realização do projeto no dia 28/11/2017. O período do final do ano é, em geral, bastante complicado para iniciar um processo de pesquisa envolvendo instituições públicas, assoberbadas com prestações de contas e em função de período de recesso de final/início de ano. 2. A isso soma-se a greve dos médicos da ESF no período, como protesto às demissões e cortes de verbas para a saúde anunciados pelo governo municipal, o que complicou ainda mais a possibilidade de iniciarmos as atividades no mês de dezembro. 3. Realizamos uma reunião com o Chefe do Centro de Saúde, Carlos Costa, a fim de iniciar o processo em janeiro, porém o mesmo não recomendou em função da grande quantidade de pessoas em férias nesse período. Dessa forma, as atividades começaram efetivamente em fevereiro, o que implicou uma perda de 5 meses no cronograma de atividades.

3.1. Meta 1

Realização de 15 encontros do grupo de acolhimento/educação permanente em violência e saúde com profissionais de saúde da ESF, com aproximadamente 15 pessoas, incluindo um representante de cada uma das 13 equipes da ESF, distribuídas na Clínica da Família Vitor Valla (CFVV) e no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), que compõem o Teias Escola Manguinhos e outros profissionais que seriam indicados por esses serviços ou que buscassem autonomamente o grupo. A agenda e periodicidade desses encontros seria pactuada com a gerência dos serviços.

Realizado: A proposta inicial, de que o grupo fosse composto por profissionais de cada equipe da ESF, não pode ser desenvolvida. Em conversa com a gestão da ESF, foi apontado que esse desenho não seria satisfatório ou possível em função da dificuldade de disponibilizar uma pessoa de cada equipe para participar do número de encontros propostos inicialmente tendo em vista a grande demanda de trabalho dos profissionais das equipes.

Assim, buscamos uma forma alternativa de realizar a atividade, que pudesse contemplar as demandas do projeto e as necessidades e possibilidades do serviço. No entanto, também foi informado pela gestão que já haviam duas atividades de cuidado ao cuidador sendo realizadas na ESF e que, portanto, essa não seria uma prioridade.

Buscamos, então, propor outro formato, focando principalmente na questão da formação e buscando uma estratégia para que pudéssemos ter acesso a um maior número de trabalhadores. Sugerimos, assim, a realização de encontros presenciais com as equipes, durante uma parte de suas reuniões, ficando a quantidade de encontros à critério da gestão. Esta sugeriu, então, dois encontros de 1h cada, com cada equipe, desenho com o qual concordamos e passamos a organizar a metodologia de desenvolvimento do trabalho.

Em 17 janeiro de 2018 a equipe de pesquisa se encontrou, em reunião, com a gestão da ESF, quando pactuamos esse formato e o início dos grupos de formação. Propusemos que ele se desse após o início do grupo de fortalecimento da Rede de Proteção (Meta 2, Atividade 2), a fim de que já pudéssemos ter um avanço na comunicação com a rede e algo a apresentar para os profissionais sobre esse tema.

Nesse íterim cumpre registrar que houve suspensão temporária dos recursos do Teias previstos para bolsas de pesquisa, afetando a bolsista do projeto, cujo pagamento estava previsto para iniciar em março. Dessa forma, a coordenação da pesquisa decidiu por iniciar os trabalhos do grupo de formação após a regularização

da situação desta profissional, encarregada do desenvolvimento da atividade, o que aconteceu no mês de maio.

Para pactuar a data de início dos grupos realizamos outro encontro com a gestão da ESF e do CSEGSF, que ficou marcada para 19 de julho, na CFVV.

A metodologia de desenvolvimento da sensibilização com os grupos foi aprimorada e acordada entre a equipe de pesquisa, o que contou com a parceria de profissional do Grupo de Articulação em Violência (GAV) da CAP 3.1.

No entanto, em função de trabalhos internos, a data agendada precisou ser remarcada por diversas vezes pela gestão da ESF: inicialmente para 02 de agosto, depois para 23 de agosto e, posteriormente, desmarcada até 10 de outubro devido ao asoerbamento das equipes e à impossibilidade do uso de uma parte do tempo da reunião para a realização da atividade.

Diante das reiteradas dificuldades logísticas apresentadas, propusemos como alternativa para um processo de sensibilização e formação breve sobre o tema da violência um Seminário, que foi realizado no espaço da sessão técnico científica do Teias no dia 11 de outubro, com presença de todas as equipes da ESF.

Propusemos também à coordenação do Teias, como uma outra alternativa, a realização de atividades sobre o tema na semana do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que ocorreu na primeira semana de outubro. Participamos do debate "A saúde na mira da violência", onde a psicóloga do CSEGSF e pesquisadora desta investigação Vera Frossard fez parte da mesa e apresentou dados e ações da pesquisa.

Não obstante a impossibilidade de desenvolvimento da atividade da meta 1, conforme descrito acima, foi elaborada uma metodologia para sua realização, abaixo apresentada.

Metodologia para encontros de sensibilização em Violência e Saúde para Atenção Básica – ESF Manguinhos

Número de encontros: 2. Duração: uma hora cada. Local: reuniões de equipe das 13 equipes da ESF de Manguinhos. Profissionais do Núcleo de Saúde da Família (NASF) da CFVV, das equipes de Saúde Mental e de Serviço Social do CSEGSF, residentes e outros profissionais interessados participaram das atividades junto a uma das equipes. Objetivo: propiciar acolhimento aos profissionais – através de espaço e atitude de escuta – e sensibilização com ações de educação permanente – a partir das situações vivenciadas no cotidiano e trazidas por eles. A proposta era refletir juntos sobre o que

poderia ser feito nos casos, no contexto atual. Desenvolvimento da atividade: dividido em encontro I e II.

Sobre a notificação compulsória de violência: por ser considerada uma questão polêmica e que suscita diversas resistências, como veremos nos resultados da meta 2, recomenda-se não trazê-la no primeiro encontro, a menos que um participante a evoque.

O roteiro foi pensado em conjunto com a CAP 3.1, especificamente os colegas do GAV. O material base da atividade seria o produto do projeto anterior (Fase 1): dois folders informativos sobre violência e saúde (anexo 1).

Os encontros teriam uso de *flip chart* para registrar e organizar as questões. Os participantes assinariam Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo as normas éticas.

Roteiro dos encontros I e II:

Encontro I – *Brainstorming*

1. Apresentar a pesquisa desde 2016 de forma sucinta e a de pesquisa de 2018, focando em 2 pontos: rede e sensibilização.
2. Apresentar as questões problematizadoras, cujas respostas serão anotadas no *flip chart*: “Que violências vocês identificam no trabalho de vocês?”; “Quais estratégias de acompanhamento, intervenção, cuidado (processo de trabalho em saúde) vocês utilizam?”; “Que outras estratégias vocês imaginam que poderiam ser desenvolvidas para esses casos?”
3. Entrega dos folders e pergunta “Qual a melhor forma para distribuir este material para a população?”
4. Breve finalização indicando o próximo encontro e seu conteúdo: retorno ao encontro I.

Encontro II – Devolutiva e estudo de caso

A proposta é de que as equipes possam aprender umas com as outras, a partir das estratégias já utilizadas nos casos de violência, no cotidiano. Para isso, a coordenação produzirá uma síntese a partir do Encontro I, a apresentando às equipes no início do encontro II, em Power Point e entregue impressa para os participantes (O que minha equipe faz? O que a minha Clínica faz? O que a outra Clínica faz?).

A fim de aprimorar e fortalecer os elos da rede de proteção às violências, será entregue às equipes o Fluxograma da CAP 3.1⁷, documento com todos os passos a serem seguidos ao se deparar com um caso de violência confirmada ou suspeita.

Além do documento de devolutiva, o encontro II tem como base o Boletim epidemiológico trimestral da CAP 3.1 que contém os dados de notificação de Manguinhos, tanto realizadas pela AB quanto por outros serviços de saúde. Esse Boletim é compartilhado com todas as clínicas de Saúde da Família. Será escolhido um caso não notificado pela AB, mas que tenha chegado à mesma através de acompanhamento da CAP. O caso será lido e, em seguida, serão problematizadas as seguintes questões:

1. Que trabalho de cuidado poderia ter sido feito nesse caso? O que é importante para criar um vínculo com o sujeito/família vítima de violência?
2. Que forma de manejo dos profissionais de saúde seria adequada nesses casos/Qual seria a melhor maneira da Saúde lidar com esses casos?
3. Quem notifica os casos de violência?

3.2. Meta 2

Realização de 10 encontros com representantes dos serviços que compõem à Rede de proteção às pessoas em situação de violência.

Realizado: A partir de janeiro de 2018 foram realizadas diversas reuniões e contatos telefônicos e por e-mail com os parceiros da rede de proteção às pessoas em situação de violência de Manguinhos, a fim de convidar as instituições a fazer parte do processo de articulação e fortalecimento da rede. Esses contatos foram reiterados ao longo de todo o ano, principalmente por e-mail e telefone.

Foram contatados os seguintes parceiros institucionais: CAP 3.1; Centro Regional em Assistência Social (CRAS) Ramos; Centro Regional Especializado em Assistência Social (CREAS) Nelson Carneiro; 4ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE); Programa Saúde na Escola (PSE); Conselho Tutelar (CT) de Ramos e do Centro; CFVV; CSEGSF; Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Magal; Centro de Referência da Mulher da Maré (CRMM) e Casa da Mulher de Manguinhos. Efetivamente fizeram parte do processo os seguintes parceiros: CAP 3.1, CREAS, CRAS, PSE, CFVV, CSEGSF, CRMM e Caps.

⁷ Disponível em

http://www.smscap31.com.br/fluxogramas/tecnicos/violencia/fluxograma%20viol%C3%Aancia_Junho%202018_AP%203.1.pdf. Acesso em 14.02.2019.

O processo foi iniciado em janeiro, quando nos reunimos com o, à época, novo chefe do CSEGSF, Carlos Costa, para apresentação da proposta de desenvolvimento do Grupo de Rede. A adesão da nova chefia foi considerada fundamental para que a proposta de trabalho Intersetorial, envolvendo diversas outras instituições, avançasse. A primeira reunião, com a presença de Carlos, foi agendada para 21 de fevereiro, tendo o mesmo avaliado que não seria produtivo fazer a primeira reunião desta atividade entre o mês de janeiro e o de fevereiro, em função do recesso de carnaval, onde muitas pessoas ainda se encontravam de férias.

As reuniões do grupo de rede foram realizadas nas seguintes datas: 21 de fevereiro, 28 de março, 25 de abril, 6 de junho, 10 de agosto e 30 de agosto, totalizando 6 com o grupo maior.

Em setembro, diante da dificuldade em acordar um horário disponível para todo o grupo e da proximidade da Sessão Técnico-Científica, fizemos reuniões separadas com alguns parceiros para finalização da organização do Seminário e do material da rede que foi produzido coletivamente e que será detalhado no item Resultados, totalizando mais 6: 20 de setembro – encontro com representante da 4ª Coordenadoria de Assistência Social (CAS) e do CREAS Nelson Carneiro; 25 de setembro – encontro com a equipe de Saúde da Família Aconchego para colaboração na organização do Seminário; 26 setembro – encontro com representante do CSEGSF, para finalização da organização do Seminário e do material de rede; 27 de setembro – encontro com a CAP 3.1 para finalização da organização do Seminário e do material de rede; 2 de outubro – encontro com equipe de Saúde da Família para finalização da organização do Seminário; 4 de outubro – encontro com funcionários do Centro de Saúde para revisão do material de rede.

Ainda, no dia 14 setembro, houve participação da equipe da pesquisa na reunião do GT Saúde Escola, como continuidade da parceria com o Grupo de Trabalho (GT) do grupo Educação e Saúde do Conselho Gestor Intersetorial (CGI), para prosseguimento da articulação desenvolvida pelos dois grupos, de Rede e GT.

Os resultados da atividade da Meta 2 serão apresentados por tópicos que buscam expressar os temas e preocupações mais frequentes colocados pelos participantes das reuniões da rede ao longo do processo construído em 2018.

Proposta inicial de articulação em rede

A necessidade de compartilhamento dos casos, entre os atores dos diferentes órgãos setoriais, foi o mote inicial para o processo de incentivo ao fortalecimento da rede. A pergunta chave era “qual a demanda de cada caso”? “Ela está sendo atendida?”. A

proposta era que a rede funcionasse como um elo entre as instituições e seus profissionais, melhorando o contato e a comunicação entre eles e otimizando o trabalho.

O objetivo central da atuação em rede da proteção às violências é traçar estratégias para romper seu ciclo. No entanto, não há respostas prontas, nem fáceis. No caso da saúde, a responsabilidade é de toda a equipe, que deve atuar tendo em vista que a violência, mais do que problema individual, é uma violação de direitos que deve ser enfrentada através da garantia desses mesmos direitos.

Diante desse objetivo, o grupo sugeriu, inicialmente, como ferramenta para aprimorar a comunicação em rede, a produção de uma planilha que seria compartilhada entre os participantes, com o intuito de trocar sobre os casos e as necessidades particulares de encaminhamento intersetorial. A proposta era não revitimizar as pessoas em situação de violência e facilitar a comunicação e a articulação. A planilha registraria os casos do território. Essa sugestão, no entanto, foi descartada após reiteradas análises coletivas, substituída por outra proposta.

A estratégia de comunicação seguinte partiu de experiência da superintendência de saúde mental do município do Rio de Janeiro, que tem um grupo de *Whats App* de profissionais da rede de cuidado para articulação e comunicação. Sobretudo em função de dificuldades em definir quem ficaria como ponto focal de cada instituição, o que traria ainda mais responsabilidade à essa pessoa, essa proposta foi vista com cautela. Destaca-se que em ambas as estratégias, foram levantadas pertinentes reflexões éticas sobre a circulação de informações sobre violências dos casos, inclusive envolvendo crianças e adolescentes.

Foi sugerido pelo grupo, como indicador de efetividade da atenção aos casos, o quantitativo de notificações compulsórias de casos suspeitos ou confirmados de violência. Essa proposta, no entanto, não pode ir para frente devido ao assoberbamento dos profissionais que participaram do grupo, que a entenderam como mais uma demanda de trabalho. Além disso, foi levantado o receio de que alimentar a planilha poderia assustar os trabalhadores, no sentido de pensarem que seria uma fiscalização do seu trabalho em relação à notificação de violência.

O ponto da notificação compulsória de violência é fundamental e será tratado em tópico específico. Vale registrar, à título de introdução, que o tema suscita muitas resistências e que esta ferramenta não foi considerada como um bom indicador de efetividade para os objetivos do projeto. Outras possibilidades de indicadores para o processo de articulação do grupo foram sugeridos: no serviço de saúde - registros e encaminhamentos uniformizados; ênfase para perguntas sobre violências na triagem;

grupo comprometido/interessado no tema; na rede - encontros frequentes; realização de referência e contra referência; fluxo de comunicação e encaminhamento.

Os indicadores escolhidos de forma coletiva para avaliação do processo realizado ao longo do ano foram: 1. Adesão das instituições às reuniões e mobilização da rede; 2. Fluxo de comunicação ativo e articulado e encaminhamento dos casos.

Algumas dificuldades foram encontradas no desenvolvimento do trabalho, o que impacta diretamente nos indicadores acordados. A principal delas diz respeito à presença dos parceiros nas reuniões presenciais. Todos os serviços e profissionais estavam sobrecarregados, com falta de pessoal, infraestrutura precária e enorme demanda. Dessa forma, alguns não conseguiam participar das iniciativas de articulação de rede, não apenas as propostas pela presente pesquisa. Em diversas reuniões tínhamos confirmação dos participantes, mas os mesmos não conseguiam efetivar sua presença por conta de demandas urgentes. Esta dificuldade se relaciona ao segundo ponto abaixo.

Precarização dos serviços públicos

O município e o estado do Rio de Janeiro sofreram, ao longo de 2018, cortes de verbas em diversas secretarias, o que vem provocando um desmonte de diversos serviços na medida em que sua estrutura fica sucateada, impactando na rede de cuidado e proteção social⁸.

A saúde vem sofrendo com diversas ameaças de cortes de recursos e tem registrado atrasos no repasses de verbas para as Organizações Sociais de Saúde (OSs) responsáveis pela gestão dos serviços o que, conseqüentemente, gera atraso no pagamento dos salários dos profissionais, incerteza sobre a renovação de contratos, ameaças de demissão e fechamento de clínicas, entre outros. Esse contexto levou à criação do movimento de resistência Nenhum Serviço de Saúde a Menos, formado pelos trabalhadores do SUS em sua defesa. Junta-se a isso as ameaças da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que visa revogar a prioridade do modelo assistencial da ESF e esvazia o papel do ACS na AB⁹.

⁸ Para mais informações consultar <http://www2.camara.leg.br/camارانoticias/noticias/ASSISTENCIA-SOCIAL/564292-ATO-NA-CAMARA-DOS-DEPUTADOS-CRITICA-CORTE-DE-VERBAS-PARA-ASSISTENCIA-SOCIAL-EM-2019.html>; <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2018/05/cortes-devem-agravar-situacao-do-sus-dizem-entidades.shtml>; <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/nota-abrasco-contra-os-cortes-na-saude-para-subsidiar-o-diesel/34448/>. Acesso em 14.02.2019.

⁹ Para mais informações ver Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate 42 (spe1) Set 2018. Disponível em <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt/>. Acesso em 14.02.2019.

O modelo de saúde implantado através das OSs funciona através de metas de produtividade de atividades e atendimentos, o que não inclui o trabalho Intersetorial, nem o enfrentamento da violência. As metas são endurecidas e desvalorizam ações complexas como as de enfrentamento à violência, que acabam sendo desestimuladas, uma vez que não são contabilizadas na produtividade do serviço.

Todo esse contexto de precarização – que não é exclusivo do setor saúde – afeta diretamente a saúde e a atuação dos profissionais, tendo impactos diretos em ações de promoção da saúde e de prevenção aos agravos, como as relativas à violência. É importante registrar que na ESF de Manguinhos houve reverberação das ameaças de cortes de verbas e demissões, porém, efetivamente, o contrato foi renovado e se registraram menos perdas para o serviço do que o anunciado. No entanto, a demora no processo de renovação e as incertezas da continuidade do trabalho, deixaram toda a equipe insegura e assoberbada. Diversos relatórios de prestação de contas precisaram ser confeccionados, sobretudo a partir da segunda metade de 2018, um dos grandes dificultadores para realização do processo de formação com os trabalhadores.

Outros setores e serviços também compartilham desse contexto da saúde. Os serviços de referência de violência contra a mulher, contra a criança e o adolescente e contra o idoso, por exemplo, estão precarizados, sendo os casos cada vez mais encaminhados para a AB - a que dispõe da maior rede, com o maior número de profissionais. Esta, no entanto, também não pode dar conta de toda a demanda que lhe é encaminhada.

Na área de assistência social, devido à redução de funcionários, CRAS e CREAS que atendem a região têm tentado trabalhar em conjunto. O CREAS Nelson Carneiro, por exemplo, contava com apenas com uma assistente social para atender um território que reúne 30 bairros. O Abrigo Cristo Redentor, um dos únicos que acolhe idosos no Estado, registrava situação extremamente precária, funcionando, em grande medida, em função do trabalho de voluntários. Os serviços participantes da rede relataram, ainda, dificuldade com internet, computadores e pagamento de serviços terceirizados, como motorista e limpeza, devido cortes e a atrasos de verbas.

Conclui-se, portanto, que a rede está extremamente frágil, uma vez que seus elos – os serviços – encontram-se também frágeis, o que é percebido no trabalho cotidiano. Os casos acabam sendo atendidos de forma pontual, sem efetiva comunicação intersetorial o que, além de desgastar intensamente os profissionais, não logra resultados positivos.

O objetivo da proposta aqui apresentada na Meta 2 era justamente colaborar na elaboração de estratégias de articulação territorial. Destaca-se que, sobretudo devido

ao sucateamento, as parcerias são ainda mais necessárias, visando garantir os direitos dos cidadãos.

Nesse sentido, a pesquisa procurou visibilizar quem são os parceiros, sua estrutura, área de abrangência, contatos, ações, fluxo de encaminhamento de casos de violência, potencialidades e fragilidades, a fim de termos uma ideia de sua real possibilidade de atuação. Foi proposta pelo grupo a construção de um documento da rede de Manguinhos, disponível no Anexo 2. Tal documento foi apresentado no Seminário (a ser apresentado abaixo).

O grupo sugeriu, ainda, duas formas de dar visibilidade às fragilidades da rede: registro das mesmas nas fichas de referência e contra referência, como quando um serviço “rejeita” um atendimento porque não tem condições de receber o caso; registrar como violência de Estado a falta de medicamentos, as demissões de funcionários, a falta de repasse de verbas, entre outros problemas, através da ficha de notificação compulsória de violência, uma vez que se configuram como negligências que agravam a violência. Nesses casos, o Estado seria colocado como agressor no campo “outros”.

Território e Violência

No debate sobre enfrentamento à violência, é necessário reconhecer aquela proveniente dos confrontos armados, cuja prevalência na região de Manguinhos, e em tantas outras regiões do município, é significativa. Vivemos, hoje, num contexto de extrema violência, onde as garantias constitucionais do Estado Democrático de Direito estão extremamente fragilizadas, como o direito à vida, à ir e vir e à julgamento prévio.

O território de Manguinhos vive uma situação de violência crônica que se relaciona à precariedade urbana e das condições econômicas dos moradores e ao domínio de grupos armados que se confrontam entre si e com as forças de segurança do Estado. Diversas instituições locais foram fechadas em função desse contexto, como as empresas CCPL, Embratel, Globo e a Refinaria de Manguinhos, o que também implica em falta de perspectiva de trabalho na região e traz mais vulnerabilidade, abrindo espaço para o desenvolvimento de atividades informais e ilegais que envolvem homens e mulheres, mas também crianças e adolescentes.

O grupo apontou a presença de formas de trabalho infantil como uma expressão da violência, sendo enorme a quantidade de crianças e adolescentes que trabalha no tráfico de drogas – exploração já catalogada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), como uma das piores formas de trabalho infantil.

É comum vermos no bairro pessoas, em sua maioria homens jovens, portando armas de fogo, à luz do dia, sem qualquer tipo de constrangimento. Os profissionais que trabalham na área relatam situações de intimidação e de vivência de violência provenientes dos grupos armados com domínio de território, como ameaças com armas de fogo e testemunhar pessoas sendo executadas ou mortas no território. Tais situações abalam enormemente a saúde física e mental dos profissionais, dos diversos setores.

Todo esse contexto produz uma espécie de “aura de silêncio e invisibilidade” da violência e o medo de represálias é uma realidade. Esse medo é compartilhado por usuários e profissionais e tem impactos na vida de todos, o que faz com que, muitas vezes, usuários da ESF não reportem a vivência de situações de violência. Vale sublinhar que, para os profissionais de saúde, esse medo também se expressa objetivamente na não notificação compulsória de violência.

A sensação de impotência também angustia muito moradores e trabalhadores, que se veem oprimidos, de um lado, pelos grupos armados, por outro, pelas forças de segurança do Estado. Registram-se, em função da ilegalidade e da violação de direitos, mais denúncias contra as violências praticadas pelo Estado, o que implica, teoricamente, em um desdobramento legal, ainda que de forma precária, incipiente e muitas vezes sem resultados satisfatórios. A denúncia das violências recorrentes praticadas por grupos armados é praticamente inexistente, tendo em vista que esses crimes estão mergulhados na ilegalidade e sua denúncia traz ainda mais risco.

Como forma de proteção, moradores e trabalhadores fazem parte de grupos de *Whats App* que reportam informações locais sobre o território e buscam minimizar os riscos de circulação. Apesar disso, tal estratégia é também uma fonte de angústia, tanto por explicitar cotidianamente a grave situação local – comunicando tiroteios, corpos, execuções, torturas e outras violências e violações de direitos –, quanto por aumentar a sensação de impotência frente à gravidade da situação, o que muitas vezes agrava quadros de saúde física e mental.

Todos os participantes do grupo de rede destacaram os nefastos efeitos dos confrontos armados na saúde da população trabalhadora e moradora do bairro, questão grave mas invisível para a vigilância epidemiológica. A forma de produzir maior visibilidade para a questão precisa ainda ser mais amadurecida pelos setores. Uma dessas formas é o instrumento da notificação compulsória, utilizando o campo “outros” para “agressor” para registrar tiroteios, por exemplo.

Durante os encontros, registramos relatos de homicídios no Complexo do Alemão que produziram graves impactos na saúde mental de familiares e vizinhos. A necessidade

de acompanhamento psicológico é grande, porém a capacidade da rede assistencial especializada é bastante limitada. O foco acaba recaindo em casos de saúde mental mais graves, como transtornos diagnosticados, e, muitas vezes, as pessoas com agravos relacionados à violência dos confrontos armados acabam não conseguindo assistência. Há uma enorme preocupação dos profissionais de saúde mental com o excesso de medicalização de psicofármacos; o setor de Saúde Mental do CSEGSF reportou perceber grande aumento de depressão e suicídio em Manginhos.

Outra situação de violência é a invasão de equipamentos de saúde pelas forças armadas do Estado, o que causa enorme transtorno; e de casas, muitas vezes com extrema violência. Há um desafio em como os serviços podem enfrentar tais situações.

Também foi relatada a preocupação com a intervenção federal e seus possíveis efeitos no território, como a possibilidade de emissão de mandados de busca e apreensão coletivos¹⁰ que permitiriam ao exército entrar em qualquer residência, o que poderia vulnerabilizar ainda mais a população local a sofrer abuso de poder, principalmente porque não se considera que o exército esteja preparado para esse tipo de abordagem. A preocupação com os impactos dessa medida sobre o trabalho dos ACS e sobre os serviços de saúde local também foi colocada.

Mais especificamente acerca do fluxo de comunicação e encaminhamento dos casos ativo e articulado – 2º indicador acordado pelo grupo –, destacamos que há uma grande dificuldade na comunicação e retorno dos casos entre as instituições. Muitas vezes o acompanhamento é feito através do relato dos próprios pacientes, sem se efetivar uma comunicação formal entre as instituições. Novamente aqui os participantes destacam como empecilho na continuidade do processo o assoberbamento das equipes e o grande número de famílias a serem acompanhadas.

Outra dificuldade diz respeito aos prontuários da saúde: o serviço social do CSEGSF preenche o prontuário físico, a ESF o prontuário eletrônico. As informações das outras instituições estão em outros sistemas, que não se comunicam.

Na CAP 3.1. existe, desde 2015, uma planilha de notificação por unidades, compartilhada online com os gerentes das clínicas, contendo os casos de violência de cada área, tanto os notificados pela APS quanto os notificados pelos hospitais. Esse documento visa ao acompanhamento dos casos pelas equipes de Saúde da Família. A CAP, na mesma época, realizou um trabalho de sensibilização com as gerências para ter uma devolutiva desse acompanhamento. Em 2018 foi iniciada uma maior

¹⁰ Para mais informações consultar <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/ministerio-publico-diz-ser-ilegal-mandado-de-busca-coletivo-em-intervencao-no-rj.ghtml>. Aceso em 14.02.2019.

sistematização dos casos para as unidades com a solicitação de um retorno sobre o acompanhamento dos casos da planilha para a CAP. Mais uma vez os profissionais salientaram como empecilho o assoberbamento, nesse caso, das gerências.

Vigilância epidemiológica de violências: notificação, desconhecimento e medo

Durante o trabalho com o grupo de rede discutimos sobre a notificação compulsória de violência diversas vezes. Tínhamos como questões fundamentais pensar como a saúde vinha monitorando os encaminhamentos e acompanhamentos; e quais as barreiras para efetivamente fazer o processo funcionar. O ponto inicial foi a questão da importância de se trabalhar com a rede de cuidado e proteção social sobre a notificação, o que é esse instrumento, a precariedade desse registro e as consequências para a vigilância epidemiológica e para políticas públicas.

Um ponto fundamental apontado pelos participantes diz respeito à violência estrutural, que afeta tão profundamente a vida dos moradores que acaba subsumindo os demais tipos de violências notificáveis. Existem também muitas dúvidas sobre o fluxo da informação, sobre o que acontece a partir do preenchimento da ficha, quais são os encaminhamentos e quem acessa a informação. Uma preocupação central é a exposição daquele que notifica, numa clara confusão com *denúncia*. A ficha de notificação compulsória de violência foi considerada como um instrumento pouco utilizado pela ESF de Manguinhos, havendo medo e desconhecimento do grupo em relação às suas reais atribuições e encaminhamentos. A ficha, que foi pensada para ser um instrumento de proteção e garantia de direitos, muitas vezes é entendida como denúncia para instâncias de justiça.

Um caso mal conduzido pelo Conselho Tutelar, onde houve a exposição do equipamento notificador para a família alvo de denúncia, tornou-se emblemático. Casos desse tipo funcionam como um grande desestímulo para a notificação à Vigilância Epidemiológica, pois amedrontam ainda mais os profissionais de saúde, já assustados com inúmeras questões de violência no território. Tal caso, mesmo que isolado, demonstra o despreparo da rede para lidar com as situações de violência, reforçando a necessidade de se trabalhar em rede e as confusões entre notificação, comunicação e denúncia.

Por diversas vezes foi esclarecido junto ao grupo o fluxo da ficha, que segue do serviço notificador para a CAP 3.1; a CAP não faz a comunicação para outros órgãos e, muito menos, denuncia. No caso de denúncia, é a própria ESF que dá prosseguimento ou ela pode ser anônima, feita por qualquer um para o disque 100. Independente de preenchimento da ficha, os casos de violência necessitam do acolhimento e da

implicação do profissional de saúde, que tem medo e dificuldades devido à extrema complexidade dos casos e de sua difícil resolução, como já relatado acima.

A CAP tem o papel de apoiar os serviços e pode acompanhar os casos junto das equipes. Porém, se não há notificação, esse acompanhamento não tem como ser dar. O CREAS informou que, apesar de ter território de abrangência muito grande, estava acompanhando apenas 10 casos de abuso sexual de crianças e adolescentes, o que considera um número pequeno e mostra que o fluxo de notificação e denúncia não está acontecendo a contento.

Muitas informações circulam informalmente através de contatos telefônicos e por e-mail. O contexto já descrito de violência em Manguinhos é um fator considerado impeditivo para a notificação, sobretudo de casos identificados pelos ACS, que em sua maioria também são moradores do território. Uma importante questão sinalizada foi a reformulação da PNAB onde as funções dos ACS serão modificadas e há previsão de redução de seu quantitativo.

Outro ponto é acerca dos efeitos da vivência de violência nos profissionais, sendo necessário que pensemos como fortalece-los. Não obstante, é também necessária mais informação e preparação para fazer a notificação, conhecer os fluxos e a saber da importância dos dados para a vigilância epidemiológica e para a proposição de ações e políticas.

A CAP 3.1 estava reativando o GAV, que organiza treinamento para profissionais da ponta nas unidades que têm residentes, preceptores ou NASF, para abordagem aos casos de violência, orientando a atuação. O GAV tem buscado fortalecer as unidades que já receberam treinamento, fazendo um diagnóstico sobre seus desdobramentos. Este treinamento aborda conceitualmente a violência e apresenta a ficha de notificação compulsória. A prioridade do ano de 2018 foi fazer oficinas nas unidades mais frágeis, que não tem NASF, residente ou preceptor. A profissional do GAV destaca a percepção de que as questões de violência nunca são prioridade devido às inúmeras outras demandas urgentes que o serviço recebe de forma ininterrupta. Outra questão é que os casos de violência necessitam de encaminhamentos para a rede, percebida como sucateada e ineficaz. É necessário um estímulo contínuo das clínicas para o acompanhamento e preenchimento da planilha.

Invisibilidade dos agravos relacionados a violência

O grupo também se debruçou na reflexão de como produzir visibilidade das questões relativas à violência através da vigilância epidemiológica. Em situações de confrontos armados, os usuários chegam aos serviços de saúde com a pressão e taxas de glicose

fora do controle, entre outros sintomas. No entanto, sua relação com o evento violento não é registrada nos prontuários, apenas aparecendo nos relatos dos profissionais. Casos de agravamento de quadros de saúde mental muitas vezes também não são relacionados às violências.

Essas questões, que são transversais e afetam todo o serviço, acabam não tendo visibilidade. Há ainda o predomínio do modelo biomédico que se preocupa com a queixa e não busca sua causa, como seria o modelo de Promoção da Saúde, base para as propostas de enfrentamento da violência segundo normativas do Ministério da Saúde, como a PNRMAV e a PNPS.

Foi colocado novamente o desafio da formação dos profissionais para atuar com o enfrentamento da violência. Esse desafio é complexo, pois diz respeito não apenas ao acesso à formação, mas também ao excesso de trabalho e à dificuldade da liberação para atividades formativas, como é o caso do processo de formação com as equipes da ESF Manguinhos da pesquisa.

Grupo de Trabalho Educação e Saúde

Outra sugestão de encaminhamento feita pelo grupo foi atuar em conjunto com o grupo de trabalho educação e saúde do CGI. Esse grupo vem desenvolvendo, há mais de um ano, uma ficha de acompanhamento para que a educação pudesse comunicar à saúde, de forma mais efetiva, os casos com necessidade de intervenção deste setor, no âmbito do PSE. Ao longo da pesquisa essa articulação foi feita, apontando a pertinência de que a rede de Cuidado e Proteção Social pudesse apoiar de forma mais coesa os casos encaminhados da escola para a saúde que envolvessem questões de violência. Uma das maiores dificuldades da rede está na referência e contra referência e o instrumento aprimora a possibilidade do acompanhamento.

A equipe de pesquisa passou a participar regularmente dos encontros do GT para apresentar a proposta da rede e aproximar os serviços participantes do encontro de rede. A assistente social do Centro de Saúde, Márcia Fernandes, se colocou como ponto focal para fazer essa articulação com a rede, a partir do instrumento de encaminhamento e acompanhamento.

3.3. Seminário enfrentamento da violência: rede de cuidado e proteção social

O Seminário foi uma meta não prevista inicialmente pela pesquisa. Realizado em 11 de outubro, como a temática “Enfrentamento à violência: rede de cuidado e proteção social”, no espaço da sessão técnico científica do Teias. Estiveram presentes as diversas equipes da ESF, representantes da CAP 3.1, do Conselho Tutelar de Ramos,

do GT Educação e Saúde do CGI e do Teias Escola Manguinhos, além da equipe de pesquisa. Nesse dia foi apresentado o documento produzido pelo grupo de rede contendo dados dos parceiros da rede nos setores saúde, assistência social e educação, cujo processo será apresentado no item resultados e que se encontra no Anexo 2.

Inicialmente, a realização deste seminário foi uma alternativa proposta à gestão da ESF diante das reiteradas dificuldades logísticas apresentadas ao desenvolvimento da atividade de sensibilização dos profissionais conforme a proposta inicial, como já relatado na Meta 1. No entanto, ele congregou também os participantes do grupo de rede, funcionando como culminância e fechamento da atividade da Meta 2.

O Seminário foi organizado de forma coletiva, com os participantes do grupo de articulação da rede, e propôs um processo de formação breve sobre o tema da violência, focando na questão do enfrentamento e da rede de cuidado e proteção social de Manguinhos, com o objetivo de conversar sobre os desafios e as potencialidades da ESF e o trabalho em rede para enfrentamento à violência.

Nesse encontro, o grupo organizador propôs como pontos fundamentais abordar:

- 1 - O contexto atual nacional/estadual/municipal e a forma como as dificuldades financeiras do Estado influenciam negativamente o trabalho da rede;
- 2 – O contexto de violência nas comunidades do Rio de Janeiro, que viola Direitos Humanos e constitucionais cotidianamente , o que afeta a rede de proteção;
- 3 - Ampliar a visão sobre a complexidade desse fenômeno e sobre as possibilidades de enfrentamento coletivo: como a rede foi criada, o que pode ser feito, qual é a rede, como acionar a rede?
- 4 - Trabalhar as possibilidades exitosas de atuação da rede através de um caso concreto da ESF Manguinhos, enfrentando os desafios que aparecem, a partir da visão da saúde. Caso que incluiu notificação de violência e atuação da rede, a fim de mostrar o fluxo de encaminhamento na saúde;
- 5 - Debater sobre os tipos de violência e sobre a Notificação Compulsória de Violência, a diferenciando da de comunicação e de denúncia.

Síntese do Seminário

Boas vindas e introdução – foram desenvolvidos os pontos 1 e 2. Objetivo do seminário: conversar sobre os desafios e potencialidades no enfrentamento da

violência e da rede de cuidado e proteção social de Manguinhos. Breve histórico: apresentação da Fase 1 e folders. Dificuldades, no presente projeto, de sensibilização das equipes e disponibilização da equipe de pesquisa para discutir casos de violência.

Apresentação do trabalho de articulação da rede de cuidado e proteção social e dos participantes, das dificuldades por que passam as instituições no contexto de crise econômica e desfinanciamento do setor público que vem precarizando ainda mais os serviços e a rede de enfrentamento às violências. Contexto do município do Rio de Janeiro e as dificuldades nas áreas de saúde e assistência social, com cortes financeiros, o que interfere diretamente na possibilidade de atuação da rede. As redes são frágeis, o que pode ser constatado no trabalho cotidiano, no asoeramento das equipes, no número insuficiente de trabalhadores e nas enormes áreas de abrangência de cada serviço. O CREAS, por exemplo, não pôde estar presente pois a coordenadora recebeu uma intimação para uma audiência pública e havia duas técnicas de licença médica; o Conselho Tutelar de Ramos estava com greve dos terceirizados, o que deixou a instituição sem motorista. Sua representante esteve presente porque pessoa da equipe de pesquisa a buscou.

Rede – ponto 3. Nesse contexto o trabalho em rede fica ainda mais difícil; encarar o desafio de articulação é uma atividade de resistência, fundamental no momento atual. A rede é uma conquista da sociedade, uma construção coletiva, inacabada e que precisa ser constantemente aprimorada. É fruto dos movimentos da sociedade, de denúncia, e esforços no sentido da construção coletiva e institucional de enfrentamentos possíveis para diversos tipos de violência que assolam o país e afetam a vida de milhares de brasileiros. Conhecer os limites da rede é fundamental para que possamos fortalecer suas potencialidades. As redes se formam institucionalmente, mas também a partir dos laços de solidariedade e proximidade entre os profissionais. Apresentação do material elaborado, o guia da rede de Manguinhos (Anexo 2) com os principais parceiros, seus contatos e formas de encaminhamento dos casos de violência.

Um ponto muito importante nessa apresentação, que dá dimensão desse desafio, é o quantitativo de profissionais em cada equipamento e as áreas de abrangência:

- Saúde: CAP 3.1: 28 bairros/equipe de 8 pessoas; CSEGSEF: 7 comunidades de Manguinhos/equipe de 7 equipes ESF + apoio matricial; CFVV: 6 comunidades de Manguinhos/equipe de 6 equipes ESF + apoio matricial; CAPS Magal: 4 bairros/equipe 18 pessoas.
- Assistência Social: CRAS Ramos: 4 bairros/equipe 5 pessoas; CREAS Nelson Carneiro: 30 bairros/equipe 9 pessoas.

- Educação: PSE 4ªCRE/CAP 3.1/4ª CAS – 15 bairros/ equipe 7 pessoas; Comitê Municipal Permanente de Proteção à Infância e à Adolescência; Conselho Tutelar de Ramos: 10 bairros/ equipe 5 conselheiros + 3 técnicos.

Estudo de Caso – ponto 4. A equipe começou acompanhar este caso em setembro de 2015 quando Renata (nome fictício), solteira, 23 anos, procurou a unidade de saúde, para fazer pré-natal com aproximadamente 5 meses de gestação do quarto filho. Na época relatou não ter planejado a gravidez e mostrava-se muito calada e apática durante as consultas. Destaca-se que Renata teve seu primeiro filho com 17 anos e no dia 3/2/2015, já com 3 filhos, Renata participou de trabalho educativo de planejamento familiar no centro de saúde, onde se comprometeu a buscar, por meios próprios, o acesso a ligadura tubária. No final da gestação soube através de USG que estava grávida de gêmeos, o que a deixou bastante preocupada devido já ter 3 filhos pequenos (Maria 6 anos, Clarisse 3 anos e Tatiana 1 ano e 10 meses) e ter renda familiar precária. Faltou algumas consultas, teve anemia moderada, não fez uso regular de sulfato ferroso e após o parto, que aconteceu em janeiro de 2016, foi necessário ser submetida a transfusão sanguínea. Registra-se que foi feita a ligadura tubária durante o parto, com seu consentimento. Renata mora em casa partilhada da mãe, Sra. Gabriela que dividiu o imóvel em três partes (mãe, Renata e o irmão). Foi relatado que cada um dos filhos tinha um pai diferente, sendo que apenas 2 eram registrados. Dois desses pais estavam presos e nenhum deles colaborava financeiramente para o sustento dos filhos. A renda familiar é proveniente do bolsa família, trabalhos informais da mãe que está desempregada e ajuda de terceiros. Após nascimento dos gêmeos Mateus e Cintia, a equipe começou a perceber que Renata não trazia as crianças às consultas de puericultura, o atendimento das crianças era realizado apenas no domicílio e a agente comunitária sempre informava que as vacinas de todos os filhos estavam muito atrasadas e que existia sinais de negligência no cuidado com as crianças, como falta de banho e uso de roupas e fraldas sujas. Renata sempre justifica dificuldades em comparecer à unidade de saúde por motivos diversos. A equipe de saúde foi percebendo que as crianças estavam muito magras, pareciam não estar sendo alimentadas de forma adequada. A ACS da equipe solicitou algumas visitas domiciliares à família, com a médica e a enfermeira da equipe, porém não surtiu efeito e as crianças pareciam estar piorando seu estado nutricional. Note-se que Renata nunca deixava que a equipe de saúde da família entrasse no seu domicílio, pois alegava que não estava limpo e arrumado, o que podia ser notado de fora, pois foi relatado um odor fétido na porta da casa e era nítido o estado de precário de limpeza. As conversas com ela se davam sempre da porta ou na casa de sua mãe, conjunta com a casa dela. Quando os gêmeos estavam com aproximadamente 5 meses a equipe, alarmada com a condição nutricional das crianças, após algumas discussões sobre o caso, decidiu acionar a rede interna do serviço. Após avaliação do

estado nutricional dos gemelares foi identificado que ambos estavam com peso muito baixo para a idade e atraso de desenvolvimento, o que levou a discussão conjunta do caso com o serviço social e o agendamento de uma visita domiciliar com a Assistente Social do CS a fim de investigar as seguintes hipóteses diagnósticas: Negligência com os filhos e Falta de vínculo com o serviço de saúde. Apesar da visita estar agendada previamente, Renata não quis receber a equipe na sua casa nem acordar as crianças alegando estarem muito sujas. Não encontrou o cartão de vacinas. Na ocasião a mãe reclamou muito dela, dizendo que ela ficava dormindo o dia todo, não cozinhava, não cuidava dos filhos, nem da casa e nem da própria saúde, pois não está tomando medicação para anemia e se queixa de falta de ar e cansaço. A enfermeira da equipe levantou a suspeita de depressão como diagnóstico da mãe. Foi pactuada visita no posto de saúde com a paciente e a mãe, para avaliação dos recém nascidos, porém elas não compareceram. A assistente social sugeriu um atendimento multiprofissional a esta família, incluindo a nutricionista e psiquiatra e assim foi feito. Foi marcado um calendário de acompanhamento social do núcleo familiar de Josiane e marcado atendimento interdisciplinar domiciliar – psiquiatra, nutrição, ESF (ACS, médica, enfermeira) e serviço social. Após essas primeiras visitas foi marcado acompanhamento com o psiquiatra e Renata e as crianças foram incluídas no grupo de vigilância em saúde infantil, devido ao estado nutricional e às condições de grande vulnerabilidade da família. Esse grupo acompanha crianças com desnutrição ou risco nutricional através de três ações articuladas: atendimento individual com a equipe de Nutrição; atividades educativas em grupo e fornecimento de uma cesta básica mensal. Após várias visitas domiciliares da ACS, enfermeira, médica, assistente social, Renata começou a trazer os filhos à unidade de saúde, atualizou o cartão vacinal e mostrou interesse em manter o acompanhamento. A equipe fez arrecadação de leite em pó para bebês e utilizou como estratégia de adesão da paciente a entrega dos mesmos à Renata apenas se os gêmeos estivessem engordando. Importante destacar que durante os contatos a mãe sempre demonstra carinho com os filhos. Porém, novamente Renata começou a faltar a várias consultas e atrasar vacinas dos filhos. Numa das ocasiões onde ela trouxe os filhos à unidade por demanda espontânea, para atendimento de queixas agudas diversas, a equipe avaliou a piora do estado nutricional dos gemelares, que não ganham peso, pelo contrário perdem. Em uma das visitas realizadas pela equipe, a criança de 6 anos estava trancada no domicílio, sozinha com os irmãos. Ela informou que a mãe havia saído, mas que não demorava. O caso familiar foi discutido com equipe, gerência e assistente social e ficou decidido que será feita a comunicação da negligência de cuidados ao Grupo de Articulação Regional da Cap 3.1, linha de cuidados da saúde da criança. O mesmo foi acionado e fez algumas visitas domiciliares à família de Renata, junto à equipe da saúde da família. Após algumas visitas e mediante a permanência da situação de negligência de

cuidados, risco eminente dos gemelares apresentarem complicações devido à desnutrição severa e vulnerabilidade familiar, foi levantada a hipótese de comunicação do caso ao Conselho Tutelar, que foi corroborada pela avó das crianças, que também se dizia cansada da situação. Dessa forma foi feita a comunicação do caso ao CT, com auxílio da CAP 3.1. O CT fez a visita à família em uma quarta feira, e encontrou os 5 irmãos e mais uma prima de 10 anos sozinhos na casa, que estava com as portas abertas. Eles entraram na casa que estava em situação muito precária de higiene e iam levar as crianças para o CT, porém houve mobilização dos vizinhos para impedir. Os vizinhos entraram na casa e começaram a arrumar coisas e jogar o lixo fora e nesse ínterim Renata e a mãe chegaram. Renata pediu para que as crianças não fossem levadas e solicitou compreensão do CT, que concordou e combinou com ela que iria voltar na sexta feira para averiguar a condição de limpeza da casa, e dar uma posição sobre a situação. Na sexta feira, ao retornar, a casa se encontrava nas mesmas condições, porém a avó das crianças se comprometeu a cuidar das mesmas e fazer um acompanhamento com o CT para garantir que as mesmas estariam fora de perigo de desnutrição e negligência. E assim foi combinado. O CT também acionou o CREAS Nelson Carneiro, para que auxiliasse esse acompanhamento com a família, garantindo assim que as crianças estivessem fora de perigo. Assim o CREAS passou a fazer o acompanhamento com essa família, levando-a ao posto de saúde para os cuidados necessários, inclusive para buscar a cesta básica e o leite das crianças. O CREAS também incluiu os gêmeos no Cadastro Único para que pudessem receber o bolsa família e providenciou o registro dos filhos que faltavam. Mensalmente a avó passou a levar os comprovantes de vacinação e de consultas da saúde, para garantir a permanência das crianças com a família, provando que as mesmas estavam tendo os cuidados básicos necessários. Esse acompanhamento da rede de cuidado e proteção social continua até hoje, mensalmente. Há pouco tempo eles estavam para perder o bolsa família por conta da baixa frequência na creche, porém, através também da atuação da rede, conseguiram manter o benefício, pois o CREAS fez uma declaração, justificando as faltas para a creche, informando que a casa da família está localizada bem em frente ao ponto de venda de drogas e, portanto, diversas vezes não podem sair devido à existência de confrontos na comunidade, iminência de confrontos ou outras formas de violência decorrentes dessa localização. A partir dessa declaração a creche abonou as faltas e eles mantiveram o benefício.

Incentivo à participação do público – ponto 5. Foi feita, como disparadora, uma primeira pergunta para o público: Que tipos de violências vocês identificam nesse caso? Os tipos de violência existentes foram: estrutural e intrafamiliar; natureza da violência: negligência e abandono. Foi apontado também a falta de apoio aos filhos por parte dos pais das crianças e conseqüente sobrecarregamento da mãe e avó. Como públicos vulneráveis foram percebidos a mãe e as crianças. Algumas dessas violências são

notificáveis por envolverem o grupo de crianças e adolescentes. Mas o que é a notificação? Esclarecimento sobre o não acionamento automático da rede. Como se aciona a rede – comunicação. E o que é a denúncia? Através desse item buscamos esclarecer sobre Notificação Compulsória de Violência, diferenciando os termos notificação, comunicação e denúncia.

Segunda pergunta para o público: Como a rede atuou nesse caso? Foi salientada a atuação dos vários órgãos:

- ESF – Atendimentos vários, visita domiciliar, envolvimento de vários profissionais, discussão de caso, proposição de um plano de cuidado;
- CAP 3.1 – Acionada para ajudar a lidar com o caso, acompanhou a ESF na visita, discutiu o caso, conversou com a família, propôs um plano de cuidado;
- CT – Acionado pela saúde fez visita, conversou com a família, propôs um plano de cuidado;
- CREAS – Acionado pela saúde acompanhou o caso.

Falas da mesa

Mercês Navarro - GT Educação e Saúde do Conselho Gestor Intersectorial: apresentou o trabalho do GT, espaço de trabalho que surgiu a partir da constatação de que, mesmo com projetos de inclusão escolar, o nível de escolaridade estava baixo. Discute como a deficiência na área educacional interfere na saúde congregando esforços com o PSE para pensar como os problemas sociais afetam a produção de saúde e como a falta de acesso à saúde produz violências. Uma questão importante é produzir evidências científicas e incorporar os dados nos indicadores de saúde. É preciso mostrar à população o quanto as desigualdades afetam a saúde, fornecendo informação e produzindo ferramentas para a sistematização do trabalho.

Luciana Ribeiro - Teias Escola Manguinhos: apresentou a ferramenta de trabalho que está sendo construída pelo PSE Manguinhos, como ferramenta piloto e que pode ser expandida para o município como um todo. Consta de uma planilha do *Google Docs* para encaminhamento de casos da educação para a saúde que sistematiza os casos e estabelece uma comunicação direta entre escola e gerência de saúde. O objetivo é estreitar os laços e melhorar a efetividade dos encaminhamentos. A proposta foi muito bem aceita e houve um estreitamento entre a educação e a saúde que antes não existia. No momento estavam aprimorando a área social da ficha, onde podem aparecer indícios de casos de violência e onde a atuação da rede de enfrentamento à violência será muito importante. O trabalho cresceu e a ficha foi apresentada no nível central da prefeitura. Luciana destacou que a saúde tem acesso a diversas

informações sobre vulnerabilidades que as crianças apresentam. Tem observado muitos casos de automutilação em crianças de 6 a 8 anos, de agressividade e depressão.

Verônica Lima - Conselho Tutelar de Ramos: apresentou o trabalho do Conselho como de mediação. Ela é pedagoga e mediadora de conflitos. Destaca que a rede é fundamental, cada um de seus elos tem uma função diferente que se complementa. O CT busca garantir direitos, não retirar filho das famílias. É preciso reconhecer os limites, entender as histórias, ter comprometimento, conhecimento e capacitação para o trabalho. O CT ajuda a construir cidadania.

Simone Pires - CAP 3.1: reifica o contexto de desconstrução das políticas sociais. Em relação à violência, os casos são complexos e de difícil resolução. A notificação é um primeiro ponto para cuidar deste agravo. É um início para que o setor saúde possa acompanhar e pensar que ações podem ser realizadas para minimizar a situação e garantir direitos. A saúde é uma *práxis*, a violência é diferente de outros agravos, que têm protocolos para encerramento dos casos. Temos que construir um plano que inclua as necessidades das vítimas e a construção e manutenção do vínculo. A notificação é uma parte do processo, que permite mapear e traçar um plano de atuação. A partir da notificação é possível promover acompanhamento. Em geral as violências são mais notificadas nas emergências dos hospitais, mas isso está mudando e a atenção básica vem notificando cada vez mais. O papel da CAP, a partir do banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), é estimular e apoiar o acompanhamento dos casos pela atenção básica, dando suporte ao cuidado e à articulação intersetorial. Há um sistema de compartilhamento de dados com as clínicas e centros de saúde, a partir de uma planilha com os casos notificados. A ideia é que se possa acompanhar esses casos e acionar a rede intersetorial quando necessário. Quem coordena o cuidado é a equipe de saúde. A notificação visibiliza o agravo e apoia a construção de políticas públicas de enfrentamento. Nos últimos 20 anos, ao longo do processo de construção da política de enfrentamento à morbimortalidade por acidentes e violências, foram muitas as conquistas, com ampliação de conselhos e políticas. Não obstante hoje vivemos um dilema com a precarização e fechamento de serviços.

3.4. Acesso Seguro e Notificação Compulsória de Violência

No início da segunda quinzena de fevereiro o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde autorizou a coleta de dados de acesso restrito, conforme proposto do projeto de pesquisa: Acesso Seguro e notificações compulsórias de violência, de ambas as clínicas da ESF.

A portaria MS nº 204 de 17/2/2016 estabelece os agravos de notificação compulsória notificáveis. Os registros são feitos pelas unidades de saúde e seguem para a Secretaria Municipal que, seguindo um fluxo interno, alimenta o SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação¹¹. A informação é registrada através da Ficha de Notificação Individual versão 5.0¹², ficando uma cópia com a unidade notificadora. A CAP 3.1. produz uma planilha das notificações referentes a cada clínica, incluindo casos por elas notificados e por outras unidades de saúde, como as de emergência (UPA e hospitais gerais). A planilha é compartilhada com as gerências das clínicas para que a AB acompanhe os casos de seu território.

No caso da violência, são notificáveis casos **suspeitos** ou **confirmados**

de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT¹².

Registramos, em ambas as clínicas, um aumento de notificações no intervalo 2016-2019¹³, em relação a 2015, quando havíamos encontrado 3 notificações entre setembro e novembro na CFVV (2) e CSEGSF (1), conforme pode ser constatado nos quadros abaixo.

Quadro 1
Notificações compulsórias de violência CSEGSF
2016

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Sexual	Feminino	11 anos	Casal vizinho	Gravidez		
2	Negligência	Masculino	7 meses	Mãe			São duas notificações referindo-se a irmãos gêmeos (menino e menina)

¹¹ Para mais informações conferir Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2_ed.pdf. Acesso em 28/02/2019.

¹² Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf. Acesso em 28/02/2019.

¹³ Até a data de coleta no CSEGSF, 21/02/2019.

3	Negligência	Masculino	71 anos	Dois filhos			Idoso vivendo com o filho, ambos esquizofrênicos.
---	-------------	-----------	---------	-------------	--	--	---

Quadro 2
Notificações compulsórias de violência CSEGSF
2017

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Física	Feminino	18 anos	Ex namorado			
2	Física	Feminino	39 anos	Cônjuge		Psicologia do setor	Foi feita intervenção junto à mulher e o cônjuge
3	Física	Feminino	23 anos	Namorado	Estresse pós traumático	Ambulatorial, delegacia e Centro de Referencia da Mulher	
4	Física e psicológica	Feminino	37 anos	Cônjuge			Violência recorrente
5	Física, psicológica e sexual	Feminino	18 anos	Vizinho			Tentativa de estupro
6	Física e psicológica	Feminino	52 anos	Cônjuge			
7	Física	Feminino	30 anos	Cônjuge			
8	Física	Feminino	21 anos			Delegacia	
9	Física e psicológica autoprovo cada	Feminino	31 anos			Delegacia	Tentativa de suicídio

Quadro 3
Notificações compulsórias de violência CSEGSF
2018

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Física e psicológica	Feminino	40 anos	Ex cônjuge		Rede de saúde, delegacia	Enforcamento
2	Física autoprovo cada	Feminino	49 anos	Cônjuge		Rede de saúde	Ateou fogo ao corpo
3	Física, psicológica e sexual	Feminino	16 anos	Namorado			
4	Física e psicológica	Feminino	31 anos	Cônjuge		Delegacia, psicologia e assistência social	
5	Física, psicológica, sexual e tortura	Feminino	32 anos	Cônjuge			
6	Psicológica e sexual	Feminino	26 anos	Desconhecido	Profilaxia Hepatite B	Psicologia	Estupro com ameaça sob arma de fogo

7	Física e sexual	Feminino	38 anos	Desconhecido	Profilaxia HIV, contracepção de emergência	Rede de saúde e de atendimento à mulher	Estupro
8	Sexual	Feminino	13 anos	Vizinho		Rede de saúde	Estupro
9	Física e psicológica	Feminino	52 anos	Cônjuge		Rede de saúde e assistência social	
10	Psicológica, ameaça	Feminino	63 anos	Cônjuge		Psicologia do CS	Sobre violência desde o início do casamento, há 35 anos
11	Psicológica e sexual	Feminino	11 anos	Amigo/conhecido	Contracepção de emergência		

Quadro 4
Notificações compulsórias de violência CSEGSF
2019

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Psicológica e sexual	Feminino	13 anos	Irmão		Rede de saúde, delegacia	Estupro

No CS, entre 2016 e fevereiro de 2019, contabilizamos 24 notificações. Em 2018, registraram-se 11 notificações, aproximadamente uma média de 2,75 notificações por trimestre. Em 2019, em dois meses, foi notificado um caso. A vítima alvo de notificação é, em sua imensa maioria, a mulher adulta (n=16); crianças/adolescentes contabilizam 7 casos e idosos, 2. São dois os casos envolvendo homens, um idoso e um bebê, ambos por negligência. O autor da violência é o companheiro ou ex companheiro, sendo registrada violência física (n=16), psicológica (n=13), sexual (n=9), negligência (n=2) e autoprovocada (n=2). Nos casos que envolvem crianças e adolescentes chama atenção a violência sexual, inclusive com a necessidade de profilaxia e contracepção de emergência. Na ficha registram-se muito pouco as consequências da violência, entre elas gravidez, contracepção de emergência, profilaxia para DST, HIV e hepatite B e estresse pós traumático, e os encaminhamentos, para as redes de saúde, de assistência social, de atendimento à mulher e para as delegacias. No entanto, a não informação na ficha não significa que os casos não sejam acompanhados pela ESF e por outros profissionais quando necessário, intra e intersectorialmente.

Quadro 5
Notificações compulsórias de violência CFVV
2016

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Física e psicológica	Masculino	7 anos	Outros		Rede de saúde	
2	Física e sexual	Feminino	61 anos	Cônjuge			Estupro*

3	Psicológica, sexual e patrimonial	Feminino	61 anos	Cônjuge	Depressão	Casa abrigo	Estupro*
4	Física	Feminino	40 anos	Namorado		Rede de saúde e delegacia	Enforcamento
5	Física	Feminino	27 anos	Cônjuge			
6	Sexual	Feminino	12 anos	Namorado	Gravidez	Conselho Tutelar	Sexo consensual
7	Física	Feminino	22 anos	Namorado			Transtorno mental

* Trata-se de duas notificações, feitas no mesmo dia, de uma mesma pessoa, incluindo diferentes violências

Quadro 6
Notificações compulsórias de violência CFVV
2017

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Física, psicológica e sexual	Feminino	13 anos	Amigo/conhecido	Profilaxia DST	Rede de saúde	Assédio, estupro e pornografia
2	Psicológica, financeira e negligência	Feminino	85 anos	Filha e neto			
3	Sexual e negligência	Feminino	10 anos	Amigo/conhecido		Rede de saúde, de assistência social, de educação e Conselho Tutelar	Assédio e pornografia
4	Sexual e negligência	Feminino	10 anos	Vizinho		Rede de saúde	Assédio e pornografia
5	Física, psicológica e sexual	Feminino	16 anos	Desconhecido	Profilaxia DST, HIV e hepatite B, coleta de sangue e contracepção de emergência	Rede de saúde e delegacia	Estupro
6	Física autoprovocada	Feminino	11 anos			Rede de saúde	
7	Negligência	Feminino	70 anos	Sobrinhos		Rede de saúde e Conselho do Idoso	
8	Física e psicológica	Feminino	14 anos	Amigo/conhecido		Rede de saúde e delegacia	Na escola
9	Física sexual	Feminino	18 anos		Profilaxia DST	Rede de saúde	Estupro
10	Física	Feminino	17 anos	Namorado			
11	Sexual	Feminino	4 anos				Estupro
12	Sexual	Feminino	6 anos	Pessoa com relação institucional		Rede de educação	Na escola
13	Sexual	Feminino	13 anos	Desconhecido	Profilaxia DST	Rede de saúde	Estupro e pornografia

14	Sexual	Masculino	18 anos	Outros	Profilaxia DST e HIV	Rede de saúde	Estupro
15	Física e psicológica	Feminino	35 anos				

Quadro 7
Notificações compulsórias de violência CFVV
2018

N	Violência	Sexo	Idade	Agressor	Consequências	Encaminhamentos	Obs
1	Física, psicológica e tortura	Feminino	35 anos	Cônjuge		Rede de saúde e delegacia	
2	Física	Feminino	26 anos			Rede de saúde	
3	Física	Masculino	11 meses	Mãe e pai	Fratura no dedo e deslocamento no punho		
4	Física	Feminino	18 anos	Cônjuge			Relato de agressão durante assalto. Equipe desconfia agressão do marido.
5	Física autoprovoçada	Feminino	19 anos	Cônjuge			Enforcamento
6	Psicológica sexual	Feminino	30 anos	Cônjuge			
7	Física, psicológica, tortura e sexual	Feminino	26 anos	Cônjuge		Atendimento à mulher e delegacia	Estupro
8	Sexual	Feminino	12 anos	Cuidador			Assédio e estupro dos 8 aos 11 anos.
9	Física, psicológica e financeira	Feminino	35 anos	Cônjuge		Rede de saúde	
10	Psicológica	Feminino	32 anos	Cônjuge		Rede de atenção à mulher	Pessoa com deficiência/depressão
11	Física, psicológica	Feminino	31 anos	Cônjuge		Rede de saúde e de atendimento à mulher	

Na CFVV nenhuma notificação havia sido registrada em 2019 até 27 de fevereiro, dia da coleta de dados. Ao todo, somam-se 33 notificações entre 2016 e 2108, sendo o ano de 2017 o que conta com maior número de casos suspeitos ou confirmados de violência. Novamente as mulheres são as maiores vítimas, tanto na vida adulta (n=14) quanto na infância/adolescência (n=12). Três homens foram alvo de notificação, dois nesta fase e um adulto. Dentre os casos que envolvem crianças e adolescentes,

predomina a violência sexual (n=7), a física (n=5), a psicológica (n=3) e há um caso de violência autoprovocada. Entre os idosos foram 3 as notificações, concentrando-se neste faixa a violência patrimonial/financeira. O autor da violência continua sendo o companheiro ou ex companheiro. Dentre os tipos, a violência física foi alvo de notificação 20 vezes, a sexual, 15 e a psicológica, 13. Houve, ainda, o registro de negligência, além da violência autoprovocada e da patrimonial. Em média, o ano de 2017 registrou 3,75 casos por trimestre (em 2015 foram dois casos no trimestre pesquisado). Em relação às consequências da violência, registram-se profilaxia para DST e HIV e um caso de gravidez; quanto ao campo “encaminhamentos”, as fichas da CFVV possuem mais informações em relação às do CSEGSEF, apontando as redes de saúde, de educação, de assistência social e de atendimento à mulher, delegacia, Conselho do Idoso, Conselho Tutelar e casa abrigo.

Em relação ao Acesso Mais Seguro, apesar de parecer do CEP SMS que autoriza a utilização dos dados para fins de pesquisa, em contato com a CAP 3.1, fomos informados de que há uma orientação interna de não disponibilizar dados por CAP e por clínica. Nos foi relatado que essa orientação se dá em função de receio de que tais dados possam gerar mais estigmatização das áreas e a recusa de profissionais em trabalhar nos serviços, assim como mais risco à população e aos próprios profissionais. Em função disso, são disponibilizados apenas os dados disponibilizados para o município. No entanto, até o fechamento deste relatório os mesmos não haviam sido enviados.

O acesso seguro é uma parceria do Comitê Internacional da Cruz Vermelha com a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) da SMS com o objetivo de “manter o compromisso de ofertar serviços de atenção primária de qualidade para a população e lidar com a insegurança que atravessa esses territórios” (CICV, 2013, pg.6). Cada equipe de ESF constrói em parceria com a CAP estratégias e planos de segurança visando a proteção de profissionais e usuários, definindo, classificando e gerenciando riscos para prevenir incidentes. Há uma classificação de risco por cores que indica paralisação parcial ou total dos serviços, assim como fechamento das clínicas. As gerências, quando há ocorrências no território e a partir da classificação feita por cada serviço, as informam em uma plataforma, à prefeitura, e sinalizam para suas equipes através de grupos de *whats app* e de um quadro que fica na clínica, com o mapa do território.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pesquisa, na ótica da pesquisa-ação, buscou elaborar estratégias para aprimorar o acolhimento e o enfrentamento de situações de violência vividas pela população usuária e trabalhadora do Teias Escola Manguinhos. A relevância dessa proposta foi destacada nos resultados na Fase 1, acerca dos impactos das violências na saúde de usuários e trabalhadores e no funcionamento dos serviços. Assim, as ações propostas na presente etapa buscaram dialogar com a demanda dos participantes dessa Fase.

As diversas formas de violência atravessam o funcionamento dos serviços, porém não chegam a constituir uma demanda organizada que resulte em planejamento para ação. Dessa forma, buscamos, a partir das duas principais demandas da pesquisa anterior, sensibilizar e apoiar profissionais que atuam na ESF Manguinhos no que se refere às abordagens às situações de violência que aportam nesse serviço e estimular a articulação da rede de proteção às pessoas em situação de violência que atende a o território.

No que tange à Atividade 1/Meta 1 – realização dos encontros com os profissionais – destacamos a impossibilidade de seu desenvolvimento em função da organização do processo de trabalho na ESF Manguinhos. O contexto de precarização dos serviços e de violência apresentado dificultou ainda mais o seu desenvolvimento.

Já em relação à Atividade 2/Meta 2 – os encontros da rede, destacamos sua regularidade, mesmo com dificuldades dos parceiros em estarem presentes em em todas as datas em função de seus processos de trabalho. A equipe de pesquisa estreitou laços com vários serviços intersetoriais em função desta atividade: foram muitos os contatos presenciais e a distância (e-mail, telefone e *whats app*) buscando viabilizar a presença de seus representantes. Com os encontros e a produção do material da rede pudemos conhecer melhor os limites e potencialidades dos órgãos e seus atores e, acreditamos, eles também puderam se conhecer melhor e se aproximar.

É fundamental observar que houve participação ativa de trabalhadores das instituições da rede e do Teias nas reuniões de Rede realizadas durante o ano. Consideramos que esse processo ampliou a capacidade de articulação intraserviço e intrasetorial (CAP 3.1, Clínicas do TEIAS, Centro de Saúde e Caps Magal) e intersetorial (PSE, CT Ramos, CREAS Nelson Carneiro, CRAS Ramos, CRMM, além dos atores da saúde já mencionados), fortalecendo seu processo de comunicação.

Houve um rico processo de reflexão coletiva sobre instrumentos de articulação em rede para casos de violência (planilha excel, grupo *whats app*, *google docs* do GT Educação e Saúde do CGI/Teias) e o início de um processo de colaboração com o

trabalho desenvolvido pelo GT Educação e Saúde para encaminhamento dos casos de violência para a rede de cuidado e proteção social.

Também destacamos a confecção do Material Informativo sobre a Rede de Cuidado e Proteção Social de Manguinhos, com informações sobre os setores Saúde, Educação e Assistência Social, como estratégia para visibilizar a estrutura, o processo e o fluxo de trabalho de cada instituição de forma a se aproximar de uma ideia real das possibilidades de atuação em rede. A realização do Seminário com os parceiros é outro ponto de destaque, atividade não prevista inicialmente, uma vez que potencialmente ampliou o conhecimento sobre a atuação dos órgãos e, sobretudo, as estratégias de ação em rede, indo ao encontro dos objetivos deste projeto.

Ao longo do processo nos colocamos como principal pergunta da pesquisa descobrir quais os limites e possibilidades para a melhoria da efetividade na abordagem das questões relacionadas à violência e saúde na ESF Manguinhos, tendo em vista as demandas já elencadas. Os principais limites observados foram o sucateamento dos serviços da rede: restrição orçamentária; diminuição do quantitativo de trabalhadores nas equipes; contratos incertos de pessoal; infra-estrutura precária (carro, computador, sala, internet) e problemas no repasse de verbas entre poder executivo e OSs responsáveis pela gestão de diversos serviços da rede, o que acarreta em atrasos nos pagamentos e greves.

Nesse cenário de fragilidade das instituições, a complexidade da abordagem às questões de violência acaba também fragilizando o próprio trabalho em rede na medida em que as instituições têm menos possibilidades para atuar de forma efetiva. Existe uma clara sobre demanda de trabalho nas equipes de todas as instituições participantes, tanto em relação à população adstrita quanto à natureza complexa de sua atuação.

Na saúde, a forma de organização do processo de trabalho assoberba as equipes e os gestores com a produção de documentos de prestação de contas, o que desestimula a realização de ações complexas como as de enfrentamento à violência, mesmo porque tais ações não são consideradas nos indicadores das metas dos serviços. Outro ponto que prejudica as ações de enfrentamento é o forte componente biomédico das ações de saúde, voltadas em grande medida para os efeitos dos agravos, em detrimento da abordagem da promoção da saúde, base para a prevenção da violência, e da busca por uma abordagem integrada e intersetorial.

Também foi observado certo descompasso na comunicação entre equipe de pesquisa, gestão e trabalhadores. Apesar de ter sido apresentada demanda, tanto na Fase 1, quanto na Semana do ACS, para acolhimento e formação permanente, não houve

possibilidade de realizar esta atividade em função dos motivos já elencados. Essas questões influenciaram negativamente, de forma significativa, a proposta de acolhimento/formação. Temos como desafio elaborar possibilidades de educação permanente para todos os profissionais, exequíveis e eficazes.

Temos, como grande nó, a questão da notificação compulsória de violências. É necessário que a saúde reflita sobre a melhor forma de registrar casos suspeitos e ou confirmados e busque estratégias para informar seus profissionais acerca das distintas ações – notificar, comunicar e denunciar. É preciso, também, elaborar formas de acolher e proteger os profissionais para que estes não fiquem, efetivamente, na “linha de frente”, como se a notificação fosse uma decisão e uma responsabilidade individuais. Para a realização da vigilância epidemiológica de violências é preciso trabalhar com alguns medos: tanto o real, advindo da realidade local e que se tem buscado registrar e proteger usuários e trabalhadores a partir da implantação do Acesso Mais Seguro; quanto aquele proveniente do desconhecimento acerca da notificação, conforme já discutido. De toda maneira, os agravos relacionados à violência acabam por ficar invisibilizados, subsumidos no cotidiano, registrados genericamente nos prontuários sem menção, em grande parte do casos, às determinações sociais da saúde – no caso, à violência.

Não obstante, podemos referir um aumento das notificações, com destaque para a violência que acomete as mulheres e meninas jovens. Em contraposição, no âmbito dos serviços, tivemos o fechamento da Casa da Mulher de Manguinhos no fim de 2015, e de vários serviços de atenção à mulher vítima de violência na cidade, ao passo que o Estado brasileiro promulga mais uma lei específica para a violência de gênero, a Lei do Femicídio, em 2015.

Temos, ainda, como grandes desafios, tornar as violências sofridas pela população moradora e trabalhadora de Manguinhos visíveis e, mais, a elaboração de formas de enfrentamento efetivas e eficazes. Reiteramos a importância da intersetorialidade nessa tarefa, tanto porque sofrer violência não é uma exclusividade da saúde, quanto porque o tema, dada sua complexidade, não se restringe a um setor ou outro e deve ser abordado conjuntamente.

Percebemos, no desenvolvimento do trabalho, como as redes ficam esgarçadas e enfraquecidas. Não apenas a rede de cuidado e proteção, mas as redes sociais formais e informais. Quanto mais vulnerabilidade e insegurança no território, menos as pessoas circulam, trocam informações, se ajudam e se cuidam coletivamente.

Em relação aos indicadores sinalizados, temos a “notificação compulsória de violência”, conforme apontado acima. No entanto, não é possível estabelecer uma

relação causal entre o aumento do número e a pesquisa na Fase 1 ou 2. Há, aqui, diversos outros fatores que dizem respeito ao próprio serviço e ao processo de trabalho em saúde. No entanto, registramos, mais uma vez, a distribuição já realizada do material da Fase 1 (anexo 1) que visa justamente sensibilizar sobre a importância de notificar. Informamos possuir ainda material impresso, que vem sendo distribuído aos serviços e em outros espaços de interesse.

Quanto aos indicadores “registros e encaminhamentos uniformizados” e “ênfase para perguntas sobre violências na triagem”, sinalizamos o trabalho do grupo de rede sobre a temática e seu esforço de propor um instrumento para registro intersectorial, o que vem caminhando, com possibilidade de inclusão de situações de violência, a partir de formulário Educação-Saúde do GT de mesmo nome.

Em relação a “encontros frequentes do grupo de rede”, os mesmos ocorreram mensalmente durante todo o ano de 2018, quando foi problematizada a “referência e contra referência” e o “fluxo de comunicação e encaminhamento”. Estabelecer efetivamente tal comunicação, no entanto, é tarefa que vai para além da presente pesquisa, cabendo aos atores dar continuidade às ações.

Dentre os indicadores especificamente acordados pelo grupo de rede: “adesão das instituições às reuniões e mobilização da rede”, “fluxo de comunicação ativo e articulado” e “encaminhamento dos casos”, consideramos que a pesquisa pode contribuir de forma significativa, dentro de seus limites, aqui destacados dois: um relacionado ao tempo de execução da mesma e outro ao não pertencimento da equipe de pesquisa ao serviço de saúde local.

Não obstante, em função de todo o percurso aqui descrito, avaliamos que o projeto contribuiu para o campo da prática e também com o projeto mãe sobre efetividade da rede local de atenção à saúde em Manguinhos, especificamente o componente 5 e os objetivos específicos 6 (Analisar as ações de prevenção e promoção de saúde para pessoas em situação de risco) e 8 (Identificar o que facilita e o que dificulta a articulação da rede assistencial em Manguinhos).

5. RECOMENDAÇÕES

As recomendações giram em torno das duas atividades centrais do projeto: 1. Efetivar o acesso dos profissionais de saúde de todos os níveis a atividades de educação permanente, em serviço, a partir de sua prática profissional e realidade local, no que tange à temática da violência. Destacamos, mais uma vez, que foi apresentada demanda para formação o que, no entanto, não pode ser efetivado como proposto

inicialmente ou mesmo como sinalizado como possibilidade pela gestão dos serviços. Acredita-se que esta dificuldade não é exclusividade de Manguinhos, mas intrínseca à contratualização atual da saúde no município do Rio de Janeiro e ao consequente processo de trabalho em saúde. Tal atividade, acredita-se, deve contar com uma perspectiva de cuidado com o cuidador, garantindo espaço de acolhimento e escuta para posterior debate de casos e formação. 2. Incentivo ao fortalecimento da rede de cuidado e proteção, através da comunicação com os parceiros intersetoriais necessários a cada caso, com registro dos contatos e encaminhamentos. Ademais, destaca-se a importância de trabalhar acerca da notificação compulsória de violências, a diferenciando da denúncia e da comunicação, mas com o devido cuidado tão apontado por todos, para que ela não se torne mais um fator de risco para profissionais e usuários da ESF, mas também para que não se deixe de fazer o registro das violências que gera informação e dá subsídio à formulação de políticas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 925–34, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006, 31 mar.

CASTELLS M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/Abrasco, 2001. p.113-126.

Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV). Acesso Mais Seguro. Guia para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2013.

COSTA, D. K. G. D. Et Al. Concepções e Práticas dos Profissionais de Saúde acerca da Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes. Trabalho, Educação e Saúde, p. 79-95, 2015.

DAHLBERG LL E KRUG EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (Sup):1163-1178, 2007.

FAUSTO, MCR.; Giovanella, L; Mendonça, MHM et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 38, N. ESPECIAL, P. 13-33, Out 2014.

GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. Physis, 2010, v. 20, n.3, p. 873-893.

HOEFEL, MGI; AMATE, EM; Loiola, AA et al. Determinantes sociais da violência na saúde de populações da América Latina. In: Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785. 2015. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/922/pdf> (acesso em 08/06/2015)

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde Genebra 2002.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2005; v. 16, n. 1, p. 22-30.

MEDEIROS, R. A importância das redes sociais com dependentes de crack e outras drogas. In: Silva, EA, Moura, YG, Zugman, DK. Vulnerabilidades, resiliência, redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 301-319.

MENESES, M.P.R.; SARRIERA, J.C. Redes sociais na investigação psicossocial. Aletheia, 2005, v. 21, p.53-67.

_____. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine, K.; Assis, S.; Constantino, P; Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, 2006, pp. 1313-1322.

NJAINE, K; Assis, S; Constantino, P; Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

Participação Cidadã na Gestão da Saúde de Manguinhos (Blog) [acesso em 14 ago. 2012]. Disponível em: <http://participacaocidadada.blogspot.com/p/manguinhos.html>.

PINHEIRO, R. (2009). Cuidado em saúde. In: I.B. PEREIRA & J.C.F. LIMA (Ed.). Dicionário da educação profissional em saúde (2.ed.), Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>

SILVA JÚNIOR, JB; Prefácio. In: Njaine, K; Assis, S; Constantino, P; Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

Sluzki, C. A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986. 108p.

TOMAÉL MI, MARTELETO RM. Análise das ligações de pesquisadores com categorias institucionais: um estudo das redes de dois modos. In: Tomaél MI e Marteleto RM (orgs). Informação e redes sociais: interfaces de teorias, métodos e objetos. Londrina: Eduel, 2015. P. 157-179.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2015: Mortes matadas por armas de fogo. Brasília DF: 2015. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>> Acesso em: 03 ago. 2015.

7. PRODUÇÃO TÉCNICA E BIBLIOGRÁFICA DECORRENTE DO PROJETO

Documento de rede apresentado no Anexo 2.

8. PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE OU DESDOBRAMENTO DO TRABALHO

O trabalho vem se desdobrando através de outros editais e parcerias, com destaque para dois novos projetos: “Impactos dos conflitos armados na saúde física e mental de moradores e trabalhadores da saúde de Manguinhos e nos serviços de saúde –

estudo de caso e possibilidades de ação”, no âmbito de pesquisa de pós doutorado CNPq e “Conflitos armados e saúde - investigando os sentidos e os impactos da violência entre moradores e trabalhadores da saúde e da educação em Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ – estudo de caso”, no âmbito do Edital Universal, CNPq. Ambos são coordenados por Fernanda Mendes Lages Ribeiro, membro da equipe de pesquisa. Como parceria, destaca-se o projeto do Edital Inova “Construção de Sistema Colaborativo Integrado de Comunicação em Saúde e Violência Armada para território de Manguinhos”, de coordenação de Leonardo Bueno/Cooperação Social Fiocruz.

9. AGRADECIMENTOS

A equipe agradece a participação de todos os sujeitos de pesquisa que colaboraram generosamente, cada um dentro de suas possibilidades, com o desenvolvimento do projeto

12. ANEXOS

1. Folder

População:

PARA SABER MAIS

- Estatuto da Criança e do Adolescente** - Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
- Estatuto da Igualdade Racial** - Visa coibir a discriminação racial e estabelecer políticas para diminuir a desigualdade social existente entre os diferentes grupos raciais.
- Estatuto do Idoso** - Assegura os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.
- Lei Maria da Penha** - Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece medidas de assistência e proteção às que se encontram em situação de violência doméstica e familiar.

AJUDE A QUEBRAR O CICLO DAS VIOLÊNCIAS - Você pode denunciar um caso de violência sem ser identificado

ACIONE O DISQUE DENÚNCIA SEU ANONIMATO É GARANTIDO

DISQUE DENÚNCIA: 2253-1177 disponível também como aplicativo

ACIONE O SERVIÇO DE SAÚDE! Ele pode ser seu parceiro!
CSEGSF / Ensp / Fiocruz CPVV

REALIZAÇÃO

3882-9151/9056
claves.fiocruz.br | claves@claves.fiocruz.br

VIOLÊNCIA
você sabia que...

-  Dar tapas, chutes, mordidas e empurrões é violência física
-  Ameaçar, humilhar, xingar e gritar é violência psicológica
-  Assediar, tocar sexualmente ou forçar sexo é violência sexual
-  Abandonar ou negligenciar as necessidades de alguém também são formas de violência
-  Ficar com o salário de um parente sem que ele saiba ou concorde é violência financeira
-  Se machucar seriamente ou tentar se matar é violência autoinfligida

A VIOLÊNCIA PODE...

Se relacionar às desigualdades sociais;
Se realizar dentro de instituições;
Nos espaços da comunidade; Dentro de casa;
Envolver acidentes de trânsito;
Envolver ações criminosas.

DIGA NÃO À VIOLÊNCIA



A violência hoje é a terceira causa de morte no nosso país e tem impacto direto sobre a saúde.

A violência é "o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".
Organização Mundial de Saúde (2002).



A violência não deve ser aceita nem considerada natural. A violência é aprendida. Vamos ajudar a construir uma cultura de paz.



O serviço de saúde pode ser seu parceiro nesse desafio. Converse com um profissional de saúde para te ajudar.

ESTÃO MAIS VULNERÁVEIS

- » Idosos
- » Crianças
- » Adolescentes
- » Mulheres
- » Homens
- » População Lgbt
- » Negros
- » Os mais pobres
- » Pessoas com deficiência

COMO ATUAM OS SERVIÇOS?



Os serviços de saúde podem acolher e prestar assistência às vítimas de violência.



Eles fazem o acompanhamento dos casos de violência através da notificação, que é um documento interno à área da saúde. Esta pode ajudar na busca por ações que diminuam a violência local e aumentem a garantia de seus direitos.



Em situações de relevante interesse os serviços de saúde podem fazer uma comunicação externa dos casos para outras instituições.

Notificação é um registro da área da saúde. NÃO É UMA DENÚNCIA!

A denúncia é uma ação externa ao serviço de saúde. Qualquer pessoa pode denunciar um ato de violência e, ao fazer isso, contribui para o fortalecimento de uma rede de proteção a todos que têm seus direitos violados.

QUEM PROCURAR EM CASO DE VIOLÊNCIA?



Conselhos de direitos que atuam em seu território, como do idoso, da criança e do adolescente, da mulher, da população lgbt e da população negra.

Também instituições de outros setores, como:

CREAS Nelson Carneiro
R. Professor Lacer, Nº 57 - Ramos
Tel.: 2573-2176
Email: creasnelsoncarneiro@gmail.com

Conselho Tutelar 05 - Ramos
R. Professor Lacer, Nº 57 - Ramos
Tel.: 2573-0132 / 2573-8715 / 98909-1457 / 97383-2643
Email: conselhoderamos@hotmail.com

CEAM Chiquinha Gonzaga
Centro Especializado de Atendimento à Mulher
R. Benedito Hipólito, 125, Praça Onze
Tel.: 2517-2726.
Email: ceam.spmrio@gmail.com

Em Manguinhos, conte com o apoio:

CSEGSF
Centro de Saúde Escola Germano Sínval Faria
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos
Rio de Janeiro - RJ | Tel.: (21) 2598-2796

CFVV
Clínica da Família Victor Valla
Av. Dom Hélder Câmara, 1390 fundos - Benfica
Rio de Janeiro - RJ | Tel.: (21) 2201-4476

Profissionais:

QUEM PROCURAR?



Além dos conselhos de direitos que atuam no território do serviço, instituições de diversos setores, como:

CREAS Nelson Carneiro
Rua Professor Lacer, Nº 57 - Ramos
Tel.: 2573-2176
Email: creasnelsoncarneiro@gmail.com

Conselho Tutelar 05 - Ramos
R. Professor Lacer, nº 57 - Ramos
Tel.: 2573-0132 / 2573-8715 / 98909-1457 / 97383-2643
Email: conselhoderamos@hotmail.com

CEAM Chiquinha Gonzaga
Centro Especializado de Atendimento à Mulher
R. Benedito Hipólito, 125, Praça Onze
Tel.: 2517-2726.
Email: ceam.spmrio@gmail.com

DISQUE DENÚNCIA: 2253-1177
disponível também como aplicativo

BIBLIOGRAFIA

1. DANERFELT, L.; KRUIJ, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 11, Suppl. p. 1163-1176, 2007.
2. MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: *Violência, L.A. ASSIS, S.L.; CONSTANTINO, P. Impérios da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Instituto ficha notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA)*. 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

PARA SABER MAIS
RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura. *Fluxograma para atendimento dos casos de violência - AP 34*. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.268, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de abuso físico contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004*. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 6.096, de 3 de junho de 2004*. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sanitária. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF, 2003.

REALIZAÇÃO



3882-9151/9056

claves.fiocruz.br | claves@claves.fiocruz.br

Profissional de Saúde NOTIFIQUE OS CASOS DE VIOLÊNCIA!

NOTIFICAR NÃO É DENUNCIAR!!
Reconhecer um ato de violência e atuar é uma ação de saúde!

Linha de cuidado para atenção integral às pessoas em situação de violência



ACOLHIMENTO



ATENDIMENTO



NOTIFICAÇÃO



seguimento na REDE DE CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL

O QUE É VIOLÊNCIA?

A Organização Mundial de Saúde – OMS¹⁴ (2002), define a violência como

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

socialis que acontecem no espaço local onde o cidadão vive seu cotidiano.

INTRAFAMILIAR: Fruto e consequência das relações familiares; pode ocorrer dentro das casas, envolvendo conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão.

AUTOINFLIGIDA: suicídios, tentativas ou ideias e automutilações.

ACIDENTES DE TRANSPORTE: evento evitável que inclui colisões que atingem motoristas e passageiros, atropelamentos etc. que matam ou deixam sequelas físicas.

Ficha de Notificação: Caso suspeito ou confirmado de violência intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violência homofóbica. No caso de violência comunitária serão objeto de notificação violência contra criança, adolescente, mulher, idoso, pessoa com deficiência, indígena e população LGBT¹⁵.

Alguns campos da ficha de notificação são de competência médica, como o diagnóstico da lesão, mas todos os profissionais de saúde podem preencher a ficha. Quem notifica não é o profissional, mas o Serviço!

A notificação é importante para fortalecer o trabalho em equipe e para colaborar com a atuação das redes de atenção.

VOCÊ CONHECE OS TIPOS DE VIOLÊNCIA?

CRIMINAL: Agressão grave às pessoas por atentado a sua vida ou a seus bens; objeto de prevenção e repressão por parte de forças de segurança pública, polícia, Ministério Público e Poder Judiciário. Ex.: Tráfico de armas e drogas, trabalho infantil e trabalho escravo.

ESTRUTURAL: Diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem miséria, fome e várias formas de submissão e exploração de umas pessoas sobre as outras. Ex.: Violações dos Direitos Humanos, tortura.

INSTITUCIONAL: Se realiza dentro das instituições, por meio de regras e normas de funcionamento, reproduzindo relações sociais injustas. Ex.: quando são negados ou negligenciados serviços públicos de educação e saúde.

COMUNITÁRIA: Ocorre no ambiente dos bairros, próximo às moradias e escolas. Tem a ver com as relações

E AS NATUREZAS DA VIOLÊNCIA?

» Física » Psicológica » Sexual
» Negligência/abandono » Financeira

NOTIFICAR NÃO É DENUNCIAR

NOTIFICAR (comunicar, noticiar) é uma ação específica do Serviço de Saúde QUE DEVE SER FEITA SEMPRE QUE HÁ UM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE VIOLÊNCIA, em qualquer nível de atenção. O profissional ou a equipe devem comunicar ao Serviço, pois gera dados estatísticos que vão dar visibilidade aos casos de violência, possibilitando que o tema seja priorizado para que se fortaleçam ações e políticas públicas de prevenção, promoção da saúde e cultura de paz.

COMUNICAR é entrar em contato com instituições externas à saúde, em casos de relevante interesse, para dar ciência dos casos suspeitos ou confirmados de violência. Deve-se sempre manter uma cópia no prontuário do usuário.

DENUNCIAR (anunciar, propagar) é uma ação externa ao âmbito da saúde. Qualquer cidadão pode fazer a denúncia, que é a comunicação para os conselhos de direitos (idoso, criança e adolescente, mulher, população LGBT, negro) ou canais da Justiça. Especialmente nos casos envolvendo crianças, adolescentes e idosos é recomendado fazer essa comunicação externa aos órgãos competentes. A denúncia requer a articulação dos diversos integrantes das redes de cuidado e de proteção intrassetorial e interssetorialmente¹⁶.

Nos prontuários dos usuários, é importante registrar os tipos / naturezas das violências que se encontram no capítulo XIX e XX, da CID 10. Todo relato de violência deve ser registrado pelo profissional que atende o usuário. O registro contribui para um melhor acompanhamento do usuário e a notificação para uma maior eficácia das ações de saúde.

2. Documento informativo da rede de proteção de pessoas em situação de violência de Manguinhos

Saúde¹⁴

Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria de Área Programática 3.1

A Secretaria Municipal de Saúde tem como missão prover as condições necessárias para promoção, prevenção e assistência em saúde compreendida de forma sistêmica, executando atividades de excelência na área de saúde pública que resultem em melhorias na qualidade de vida da população carioca.

Em Manguinhos a coordenação da saúde é realizada pela Coordenação de Atenção Primária (CAP) da Área Programática 3.1 - AP 3.1, cuja visão¹⁵ é ser a instância local articuladora e organizadora dos serviços de saúde da Atenção Básica e Média Complexidade, buscando desenvolver ações coordenadas em consonância com as necessidades do território.

Realiza trabalho de assessoria às unidades, supervisão técnica, abastecimento de insumos e vigilância epidemiológica e sanitária. Coordena a infra estrutura das unidades, com suporte das Organizações Sociais (OS) que fazem a gestão dos serviços.

¹⁴ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conheca-a-secretaria> Outubro de 2018.

¹⁵ <http://cap31.blogspot.com/p/quem-somos.html> Outubro de 2018.

Em Manguinhos¹⁶, é responsável pela Clínica da Família Victor Valla (CFVV), o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) Magal.

Área de Abrangência¹⁷

Jardim Guanabara, Tauá, Jardim Carioca, Portuguesa, Galeão, Freguesia/Ilha, Bancários, Pitangueiras, Cacua, Moneró, Praia da Bandeira, Cocotá, Ribeira, Zumbi, Cidade Universitária, Penha, Brás de Pina, Olaria, Penha Circular, Cordovil, Vigário Geral, Jardim América, Parada de Lucas, Maré, Complexo do Alemão, Ramos, Manguinhos e Bonsucesso. 28 bairros.

Em casos de violência

De acordo com a Rede de Atenção a Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária é o centro ordenador do cuidado relacionado às questões de violência. A CAP 3.1. faz o monitoramento de todos os casos notificados na área e apoia as unidades a partir do Grupo Articulador Regional (GAR), que integra a Divisão de ações e programas de saúde (DAPs) e a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS).

Quando um caso de violência é notificado ele é inserido no Sistema Nacional de Agravos de Notificação-SINAN, através do Serviço de Vigilância em Saúde (SVS/DVS). O SVS é um serviço descentralizado que recebe as fichas de todos os agravos, de todos os serviços da área. Em Manguinhos, a unidade que insere as notificações de violência no SINAN é o Serviço de Vigilância em Saúde do Centro Municipal de Saúde Américo Veloso.

Existe uma plataforma na CAP 3.1. que reúne os casos de violência, alimentada pelo SINAN e atualizada semanalmente, com as notificações de violência. O GAR monitora essas notificações e busca articular o cuidado em relação aos casos junto à atenção básica de referência. Os gerentes, médicos, enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de cada clínica, têm acesso aos casos de seu território, na plataforma.

A comunicação das violências e articulação com outros equipamentos da rede de proteção é de responsabilidade da unidade/equipe que acompanha o caso no território, em parceria com o GAR, se necessário.

Contatos

CAP 3.1

Horário de funcionamento: 09h00 às 18h00.

Endereço: Rua São Godofredo, 45 - Penha, Rio de Janeiro - RJ, 21021-230

¹⁶ Informações fornecidas pela CAP 3.1 em Outubro de 2018.

¹⁷ <http://cap31.blogspot.com/p/demografia.html> Outubro de 2018.

Telefones:3868-3770/3887-4670/3887-4693

E-mail: cap31@rio.rj.gov.br

Grupo Articulador Regional – GAR 8 pessoas

Coordenação:

Simone Pires e Anderson Santana

Telefones: 3105.3845 /3867.0548

E-mail: garcap31@gmail.com

Linha de Cuidado Materno Infantil:

Thainná Nogueira e Livia Câmara

Telefones: 3105.3845 /3867.0548

E-mail: dapscap31crianca@gmail.com / dapscap31saudedamulher@gmail.com

Promoção da Saúde:

Eliane Paixão e José Columbano

Telefones: 3105.3845 /3867.0548

E-mail: dapscap31promocao@gmail.com

Saúde Mental:

Everson Vargas

Fátima Virginia

Rebeca Pereira

Telefones: 3105.3845 /3867.0548

E-mail: saudementalcap3.1@gmail.com

Teias Escola Manguinhos¹⁸

Tem o objetivo de promover a saúde e cuidar da população referida, na integralidade da atenção, e desenvolver ensino, pesquisa e tecnologia em saúde pública.

O Teias-Escola Manguinhos é uma iniciativa de cogestão da saúde para o território de Manguinhos entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS). Possui Equipes de Saúde da Família (ESF), Consultório na Rua e um Centro de Atenção Psicossocial II.

¹⁸ <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/centro-de-saude-escola-manguinhos> Outubro de 2018.

Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF¹⁹

Centro de Saúde é composto por equipe multiprofissional das seguintes especialidades: Médicos especialistas em HIV/Tuberculose (3); Enfermagem (3); Geriatria (1); Homeopatia (1); Nutrição (2); Psicologia (4); Psiquiatria (1); Serviço Social (3) e Auriculoterapia (1). Os profissionais da equipe multiprofissional realizam consultas individuais, atividades em grupos, apoio diagnóstico terapêutico e atividades na comunidade. Além disso existe o Grupo de Terapia Comunitária, o grupo de artesanato e o LAISS – Laboratório Internet, Saúde e Sociedade, de inclusão digital para a população de Manguinhos.

Estratégia de Saúde da Família: 1 equipe por comunidade, compostas por: médico, enfermeiro, técnico e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e equipes de saúde bucal, compostas por ACS e dentista. Conta-se com a colaboração de alunos de graduação e residência inseridos no serviço.

Área de Abrangência

CSEGSF: Manguinhos.

Estratégia Saúde da Família: Parque Oswaldo Cruz; Parque Carlos Chagas; Parque João Goulart; Parque Amorim /Monsenhor Brito; Vila Turismo; Nova Vila Turismo; Comunidade Agrícola de Higienópolis / Vila São Pedro.

Em casos de violência²⁰

Quando há casos de violência, as equipes discutem os casos nas reuniões de equipe e podem acionar o Serviço Social e/ou Saúde Mental para criar um projeto terapêutico singular. Nesse projeto terapêutico, em primeiro lugar, os casos são encaminhados internamente.

Caso haja necessidade de ampliar o cuidado para além da saúde a rede de proteção e garantia de direitos é acionada, principalmente através da gerência da clínica ou da equipe de Serviço Social.

Contatos

Horário de funcionamento: segunda a sexta de 08h00 às 17h00.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Térreo - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21041-210.

Telefone: 2598-2519/ 25982520

E-mail: csegsf@ensp/fiocruz.br

Gerência ESF

¹⁹ <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/centro-de-saude-escola-manguinhos> Outubro de 2018 e informações fornecidas pelo serviço.

²⁰ Informações fornecidas pelo serviço.

Luciana Ribeiro

Telefone: 25982796

E-mail: geradm.lucianaribeiro@gmail.com

Serviço Social

Telefone: 2598-2794

Walcirleya Oliveira

E-mail: walcirleya@ensp.fiocruz.br

Idenalva Lima

E-mail: idenalva@ensp.fiocruz.br

Marcia Fernandes

E-mail: marciaffernandes@hotmail.com

Clínica da Família Victor Valla - CFVV²¹

Estratégia Saúde da Família é composta por 6 equipes, composta por: médico, enfermeiro, técnico e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); também contamos com Consultório na Rua, equipes de saúde bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, composto por 1 psicóloga, 1 psiquiatra, 2 educadoras físicas, 1 nutricionista, 1 pediatra, 1 fisioterapeuta e 1 farmacêutica. Conta-se também com a colaboração de alunos de graduação e residência inseridos no serviço.

Área de Abrangência

CHP2, Terreninhos de Embratel, Embratel, Mandela 1 e Mandela 2, Vila Arará, Vila União e Ex-combatentes.

Em casos de violência

Quando há casos de violência, os mesmos são discutidos nas reuniões de equipe, para criar um projeto terapêutico singular e podem acionar o NASF para ampliação das estratégias de cuidado. Nesse projeto terapêutico, primeiramente, os casos são encaminhados internamente.

Caso haja necessidade de ampliar o cuidado para além da saúde a rede de proteção e garantia de direitos é acionada, principalmente através da gerência da clínica ou da equipe do NASF.

Contatos

Horário de funcionamento: segunda a sexta de 07h00 às 17h00, sábados de 08h00 às 12h00.

²¹ <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/clinica-da-familia-victor-valla> Outubro de 2018 e informações fornecidas pelo serviço.

Endereço: Av. Dom Hélder Câmara, 1390 - Manguinhos (ao lado da UPA Manguinhos), CEP:20973-012.

Telefones: 3278-0002, 2201-4476.

E-mail: csfvictorvalla@gmail.com

Gerência

Érika Arent

Telefone: 3278.0002

E-mail: erikaarentcfvv@gmail.com

NASF

Telefone: 22014476

E-mail: nasf.manguinhos@gmail.com

Centro de Atenção Psicossocial – CAPs II Carlos Augusto da Silva – “Magal”²²

Unidade de saúde para acolhimento e tratamento às crises em saúde mental, atendimento e reinserção social de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Oferece atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne assistente social (1), psicólogos (4), psiquiatras (2), terapeuta ocupacional (1), enfermeiros (3), oficinairos (2), técnicos de enfermagem (3), agente territorial (2), entre outros, em articulação com as unidades de Saúde e com unidades de outros setores (educação, assistência social, etc.), quando necessário, sempre incluindo a família e a comunidade nas estratégias de cuidado.

O acesso ao CAPS pode ser feito por demanda espontânea, por intermédio da unidade de atenção primária ou especializada, por encaminhamento de uma emergência ou após uma internação clínica/psiquiátrica.

Área de Abrangência

Manguinhos, Maré e parte de Benfica e Bonsucesso.

Em casos de violência

O CAPS tem feito a vigilância epidemiológica de violência através da notificação de violência para a CAP 3.1.

Contatos

Horário de funcionamento: segunda a sexta de 08h00 às 17h00.

Endereço: Avenida Dom Hélder Câmara, 1184, fundos – Manguinhos

²² <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps> Outubro de 2018 e informações fornecidas pelo serviço.

Telefone: 2201-0180

E-mail: capscarlosmagal@gmail.com

Assistência Social e Direitos Humanos

Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos/Coordenadoria de Assistência Social e Direitos Humanos

A Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos é responsável pela gestão e coordenação da Política Nacional de Assistência Social, Direitos Humanos, Envelhecimento Ativo e Direitos das Mulheres na cidade do Rio de Janeiro.

Em Mangunhos a coordenação da área é realizada pela 4a Coordenadoria de Assistência Social e Direitos Humanos (4a CASDH), responsável por coordenar, supervisionar e avaliar a execução de todas as ações da assistência social executadas através dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social para Atendimento a População em Situação de Rua (CENTRO POP), Unidades de Reinserção Social e Centrais de Recepção.

Em casos de violência

A atuação deve ser realizada através do CRAS e/ou CREAS.

Contatos

4a Coordenadoria de Assistência Social e Direitos Humanos (4a CASDH)

Horário de funcionamento: segunda a sexta das 8h às 17h.

Endereço: Edifício Georgette Rosa Chagas, Rua da Regeneração, nº 654, Bonsucesso.

Telefone: 2573-1697/ 2573-1114

E-mail: cds04smds@gmail.com

Centro de Referência de Assistência Social de Ramos – CRAS Ramos

Porta de entrada da Assistência Social. Seu público alvo é composto por famílias e indivíduos em situação de grave desproteção, pessoas com deficiência, idosos, crianças retiradas do trabalho infantil, pessoas inseridas no Cadastro Único, beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

O CRAS dá suporte aos programas sociais da proteção básica visando prevenir as violências. Realiza o cadastro da população que recebe o Número de Identificação Social (NIS), que lhe garante o acesso a programas sociais do governo.

Área de Abrangência²³

Complexo do Alemão, Ramos (Parte), Bonsucesso (Parte) e Manguinhos (Todo o território de Manguinhos refere-se ao Cras Ramos). 4 bairros.

Em casos de violência

O Cras é uma porta de entrada, onde as famílias se apresentam, em grande parte, por demanda espontânea, ou são encaminhadas por outros órgãos como Saúde e Educação, para acesso aos Programas Sociais. A partir de um primeiro atendimento, é verificada a necessidade desta família. Se houver questões de violência e rompimento de vínculos há encaminhamento para o CREAS.

O CRAS atua de forma preventiva através da oferta de alguns serviços que apoiam a rede de proteção e garantia de direitos:

- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV): O SCFV comporta as seguintes faixas etárias: 06 a 09, 10 a 14, 15 a 17 e Idosos. Para se inscrever basta estar dentro da faixa etária, residir no território e possuir o cadastro único atualizado. Os grupos acontecem dentro dos territórios de referência do Cras Ramos Ramos: Manguinhos e Complexo do Alemão.

- O SCFV de Idosos acontecem na Clínica da Família Zilda Arns (Complexo do Alemão), às segundas e terças e no Cras Ramos, às terças e quintas; e quartas e sextas. Os horários são no período da manhã (8hs às 12hs) e no período da tarde (13hs às 17hs).
- No Centro Comunitários de Defesa da Cidadania de Manguinhos são realizados grupos para crianças e adolescentes de 6 a 9 anos e de 10 a 14 anos, às terças e quintas, no período da manhã (8hs às 12hs) e no período da tarde (13hs às 17hs).

- Programa de Atendimento Integral às Famílias (PAIF): é um trabalho que atende de forma sistemática as famílias identificadas pela equipe técnica com alto grau de vulnerabilidade, e que necessitam de acompanhamento contínuo. Tais famílias são inseridas no Programa mediante avaliação da equipe técnica. Essas famílias participam de reuniões realizadas pela equipe com o intuito de acompanhar de perto as questões apresentadas pela mesma, e evitar que o vínculo familiar seja rompido.

Contatos

Equipe Técnica: 1 Psicólogo, 4 Assistentes Sociais (incluindo a diretora) e 1 Pedagogo. 5 pessoas

Horário de funcionamento: segunda a sexta das 8h às 17h.

²³ Informações fornecidas pelo serviço.

Endereço: Estrada do Itararé, 222, Ramos, antigo Postinho de Saúde da Central, na esquina com a Av. Central.

Telefone: 3886-3195

E-mail: crasramos@gmail.com

Centro de Referência Especializado em Assistência Social Nelson Carneiro – CREAS Nelson Carneiro

Atende famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados.

Em geral atende através de encaminhamentos que são, em sua maioria, judiciais, incluindo situações como mulheres vítimas de violência, abuso e exploração sexual, medidas socioeducativas e trabalho infantil, mas também pode atender demanda espontânea.

Área de Abrangência

Bancários, Bonsucesso, Brás de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Cordovil, Complexo do Alemão, Freguesia, Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Mangueiros, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, parte da Vila da Penha, Vigário Geral, Zumbi e parte da Pavuna. 30 bairros.

Em casos de violência

Atua sobre a violação de direitos sobre a perspectiva da linha de cuidado, visando oferecer serviços da rede de proteção e garantia de direitos.

A unidade deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que tem como objetivos: Contribuir para o fortalecimento da família no seu papel de proteção, Incluir famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, Contribuir para acabar com as violações de direitos na família, Prevenir a reincidência de violações de direitos. Para alcançar os objetivos, o PAEFI desenvolve trabalho social realizado pela equipe interdisciplinar do CREAS, através da identificação das necessidades das pessoas; atenção especializada; informações, apoio às famílias, orientação jurídica; encaminhamento para outros serviços da Assistência Social e de outras políticas, como saúde, educação, trabalho e renda, habitação; apoio no acesso à documentação, entre outros.

Oferta ainda outros serviços como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias e o serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto.

Contatos

Equipe Técnica: 3 psicólogos, 4 assistentes sociais incluindo a diretora, 1 pedagoga, 1 advogada. 9 pessoas

Horário de funcionamento: segunda a sexta das 8h às 17h.

Endereço: Rua Professor Lacê – 57, Ramos, CEP: 21060120.

Telefones: 2573-2176/ 39774541

Conselho Tutelar Ramos²⁴

O CT é um órgão público não jurisdicional, ou seja, não julga, encarregado de zelar por crianças e adolescentes com seus direitos violados e/ou ameaçados. Os conselheiros são eleitos pela comunidade para fazer cumprir as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Área de Abrangência²⁵

Área de Manguinhos e os seguintes bairros: Brás de Pina, Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Ramos, Vigário Geral, Olaria. 10 bairros.

Em casos de violência

Qualquer pessoa ou instituição pode acionar o CT através dos contatos abaixo ou através do DISQUE 100 (Disque Direitos Humanos).

O CT averigua as denúncias e presta atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias, podendo para tanto: aconselhar, atender e aplicar medidas aos pais e responsáveis para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes; requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, previdência, serviço social, trabalho e segurança; encaminhar à autoridade judiciária ou ao Ministério Público casos que exigem ações judiciais.

Contatos

É composto por cinco conselheiros tutelares eleitos, além de equipe técnica interdisciplinar e dois veículos com motorista.

Conselheiros gestão 2016/2019: Sandra Guedes Teixeira; Leandro Eugênio Porcino; Giseli Silva Alves; Juliana Santos Carlos; Maria de Lourdes de Souza de Paiva.

Equipe Técnica: 2 psicólogos, 1 assistente social.

Horário de funcionamento: 09h00 às 18h00, de segunda à sexta, e em regime de plantão, 24h, através do contato com os celulares abaixo.

Endereço: Rua Professor Lace, 57 - Ramos - Rio de Janeiro, RJ - CEP: 21060-120.

²⁴ <http://www.acterj.org.br> em outubro de 2018.

²⁵ Informações fornecidas pelo serviço.

Tel: 2573-0132, 2573-8715, 98909-1457, 973832643.

Email: conselhoderamos@hotmail.com

Educação²⁶

Secretaria Municipal de Educação/Coordenadoria Regional de Educação

A Secretaria Municipal de Educação é responsável por transmitir valores e conhecimentos que contribuam para formar indivíduos autônomos e habilitados a se desenvolverem profissionalmente, como forma de garantir a igualdade de oportunidade para todos os cidadãos. Cabe à mesma cuidar das crianças e jovens da Educação Infantil (6 meses a 5 anos); do Ensino Fundamental (1º ao 9º ano) e da Educação de Jovens e Adultos.

Em Manguinhos a coordenação da área é realizada prioritariamente pela 4a Coordenadoria de Educação (4a CRE), responsável pela maioria dos estabelecimentos educacionais, com exceção EDI Bricio Filho (3ª CRE), e da Creche Samora Machel (1ª CRE).

Área de Abrangência²⁷

Área de abrangência 4a CRE: Manguinhos, Bonsucesso, Vigário Geral, Ramos, Vila da Penha, Benfica, Penha-Circular, Penha, Jardim América, Olaria, Cordovil, Parada de Lucas, Maré, Ramos e Braz de Pina. 15 bairros.

Em casos de violência

A atuação pode ser articulada através do Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas (PROINAPE)/Núcleo Interdisciplinar de Apoio às Unidades (NIAP) e Comitê Permanente de Proteção à Infância e à Adolescência.

PSE²⁸

O PSE é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, cuja proposta é contribuir para a formação integral dos alunos da Rede Pública de Ensino por meio de ações de prevenção, promoção e atenção primária à saúde. Sua base é a articulação entre escolas e rede básica de saúde. Atua através dos Núcleos de Saúde na escola e na creche (NSEC), que têm a participação da Educação, Saúde e Assistência Social.

PROINAPE²⁹

²⁶ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/conheca-a-secretaria> outubro de 2018.

²⁷ <http://webapp.sme.rio.rj.gov.br/jcartela/publico/pesquisa.do?cmd=listCres> outubro de 2018.

²⁸ Informações fornecidas pelo PSE da 4ª CRE.

²⁹ <https://smeniap.wixsite.com/smeniaproinape> outubro de 2018.

Criado em 2010 e composto por equipes de assistentes sociais, professores e psicólogos, desenvolvem ações nas Coordenadorias de Educação através da criação de estratégias de trabalho interdisciplinar com as comunidades escolares.

As equipes atuam nas questões que atravessam o processo de ensino e aprendizagem, tais como: as diferentes formas de violência presentes nas relações institucionais, discriminação/preconceito (racial, sócio-econômico, gênero, religioso); bullying e indisciplina; questões nas relações interpessoais entre os diversos atores da escola; perspectivas da juventude; violação de direitos da criança e do adolescente; relação família e escola; infrequência, evasão de alunos; dificuldade de aprendizagem; baixo desempenho; fracasso escolar; barreiras à inclusão, entre outras questões que rebatem no contexto escolar.

Fluxo de encaminhamento de casos de violência³⁰

As diretoras das escolas mandam email para os profissionais de educação do NSEC responsável na CRE. Estes entram em contato com os profissionais de Saúde e/ou Assistência Social do NSEC, que podem encaminhar o caso para a rede de Assistência Social, Saúde e/ou Conselho Tutelar.

Em Manguinhos existe o Grupo de Trabalho Saúde Escola, que surgiu a partir do Conselho Gestor Intersetorial do Teias Escola Manguinhos e que reúne, toda última sexta feira do mês, no período da manhã, representantes das unidades de atenção básica e da educação de Manguinhos. Esse grupo está desenvolvendo uma planilha para facilitar o encaminhamento dos casos entre a educação e a saúde. Nesse sentido podem haver casos relacionados a questões psicossociais e a violências, que podem buscar apoio da rede de cuidado e proteção social.

Comitê Permanente de Proteção à Infância e à Adolescência³¹

Em 24 de setembro de 2018 foi publicada uma resolução pela SME nº 90, de 20/9/18, que criou o Comitê Permanente de Proteção à Infância e à Adolescência que, em conjunto com Comitês Regionais, vai atuar na defesa de alunos da rede pública municipal contra a violência em escolas. O Comitê será formado por um assessor do gabinete da SME com atuação na área de Direitos Humanos, um assistente social, um psicólogo e um professor com experiência profissional em apuração de irregularidades praticadas no setor público e/ou experiências em projetos, programas e ações no âmbito de proteção à infância e à adolescência.

A resolução determina que deverá haver urgência na comunicação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes matriculados nas escolas da SME, de acordo com o artigo 56 da Lei 8.069/90 (ECA). A ficha de comunicação deve ser preenchida pelos gestores das unidades escolares, para encaminhamento ao Conselho Tutelar e aos respectivos Comitês Regionais. O modelo da ficha acompanha a resolução.

³⁰ Informações fornecidas pelo PSE 4ªCRE.

³¹ <http://rio.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=8467914>

Os casos de violência ou violação de direitos de crianças e adolescentes reportados aos Comitês também serão encaminhados para o PROINAPE, para que seja realizado acompanhamento psicossocial pelos Psicólogos e Assistentes Sociais da equipe do PROINAPE, em cada Coordenadoria Regional de Educação.

Contatos

4a CRE:

Horário de funcionamento: 07h00 às 19h00

Endereço: Rua Professor Luis Rondelli 150, Olaria, CEP 21021-630.

Tel: 3886.8827 (Gabinete)

E-mail: cre04@rioeduca.net

PSE

Educação:

4a Coordenadoria Regional de Educação

Deise Nunes (Assistente social) - deisenunes@rioeduca.net

Deliane Carvalho (Protagonismo juvenil nas escolas) - gedcre04@rioeduca.net

Marta Nascimento (Professora) - martanascimento@rioeduca.net

Telefones: 2465.3159/3888.0130

Saúde:

Coordenadoria da Área Programática – CAP 3.1:

Katy Moraes - dapscap3.1pse@gmail.com

Tel: 3105.3845

Articulador territorial CS e CFVV:

Edson Menezes - edsonmenezes@hotmail.com

Telefone: 2598-2929

Assistência Social:

4ª Coordenadoria de Assistência Social e Direitos Humanos

Lilian Rosane R. de Menezes e Tatiana Moura de oliveira - cds04mds@gmail.com

Telefone: 2573.1697

Comitê Permanente de Proteção à Infância e à Adolescência

Nível Central

Equipe formada por 4 profissionais:

Professoras: Denise Palha e Ana Barros

Assistente Social: Selma Ribeiro

Psicóloga: Samantha Felício

email: comiteprotecaocentral@rioeduca.net

Telefone: 29762482