Relatórios
VIVARIO
Ano 3 • Nº 6 • janeiro-março de 2017
ISSN 2446-9475

Violência, saúde pública e intersetorialidade

VIVARIO

Relatórios Viva Rio

É uma publicação de conteúdo variado, voltada para a divulgação de reflexões e análises técnicas, sobretudo em políticas públicas produzidas por coordenadores, gestores de projetos e especialistas nos temas relacionados aos campos de ação do Viva Rio.

Nos Relatórios Viva Rio publicaremos pesquisas, relatórios e análises orientadas por questões atuais em temáticas relacionadas a direitos humanos, segurança pública, saúde, educação e inclusão social.

VIVARIO

EXPEDIENTE

Conselho Editorial
Ana Schneider
Carlos Fernandes
Francisco Araujo
Marília Rocha
Silvio Maffei
Tião Santos
Ubiratan Ângelo

Editor Chefe
Ronaldo Lapa

Editores Executivos
Fabiano Monteiro
Jonas Araujo
Sandro Costa

Projeto Gráfico
Carollina Bulcão

Fotos
Amaury Alves
Paulo Barros
Tamiris Barcellos
Vitor Madeira
Walter Mesquita

VIVA RIO

Diretor Executivo
Rúbem César Fernandes

Vice-Diretora Executiva
Caroline Caçador

Rua do Russel, 76 - Glória
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22210-010
Tel.: (21) 2555-3750
Fax: (21) 2555-3763

facebook.com/ongvivario

twitter@viva_rio

APRESENTAÇÃO

O Viva Rio é uma organização que teve como marco fundador o esforço de promover a paz e a solidariedade frente aos episódios trágicos das chacinas da Candelária e de Vigário Geral. Desde então, se posicionou por diversos momentos como defensora de uma cultura de paz, como por exemplo na atuação em âmbito nacional no processo que culminou no Estatuto do Desarmamento, e no apoio à criação de diversos Núcleos de Mediação de Conflito em favelas da cidade do Rio de Janeiro.

Como se sabe o Brasil tem enfrentado nas últimas três décadas níveis de violência extremamente altos, sendo considerada por muitos como uma epidemia. O Viva Rio compartilha da ideia de que a violência é um fenômeno complexo e multicausal que demanda soluções que perpassem várias áreas de atuação, tais como educação, assistência social, saúde, segurança, entre outras. Portanto, não existe estritamente uma resposta policial que dê conta da complexidade que este fenômeno representa.

Neste número da Revista Relatórios Viva Rio abordaremos a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade na atenção e prevenção da violência, sobretudo da violência doméstica – aquela que ocorre em âmbito familiar, entre casais, primos, irmãos, pais, filhos e outras pessoas que compartilham vínculos domésticos.

Nossa intenção é apresentar boas práticas que estão sendo realizadas no campo da atenção interdisciplinar ao fenômeno da violência. Como por exemplo, a criação do Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz de Angra Dos Reis, e o trabalho que as coordenadorias de saúde da prefeitura do Rio de Janeiro em conjunto com o Viva Rio, tem realizado visando a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para o cuidado integral às pessoas em situação de violência e no estudo da dinâmica destes casos para futuras ações preventivas.

Boa Leitura!

Índice

Vigilância em saúde na atenção primária: perspectivas da violência doméstica contra mulheres na Rocinha – RJ

Pág 7

O núcleo de prevenção à violência e promoção da cultura da paz em angra dos reis: uma descrição inicial

Pág 29

Projeto terapêutico singular de rede: a experiência da articulação no território da ap 3.3 nos casos de violência doméstica

Pág 41

Reflexão sobre a formação das equipes da estratégia da família em "saúde mental e violência" como contribuição para o trabalho intersetorial no território

Pág 51

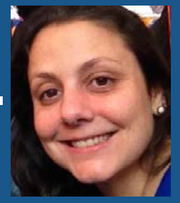
Djalma Pedro da Silva Filho

Psicólogo Clínico, Especialista em Vigilância em Saúde - IESC/UFRJ. Atua em Saúde Pública, na área de Vigilância em Saúde Ambiental e possui experiência em clínica ampliada com grupos em vulnerabilidade social.

Emanuely Santos de Carvalho

Assistente Social, especialista nos moldes de Residência em Saúde da Família e em Gestão da Atenção Básica – ENSP/FIOCRUZ. Possui experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária à Saúde; Programas de Transferência de Renda; Violência e Saúde; e Cuidado em Saúde à População em Situação de Rua.

Laís Martins Costa Araujo



Assistente Social, especialista em Serviço Social e Saúde. Atua diretamente nas áreas de prevenção à violência, saúde e segurança pública. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Articulação, Violência e Saúde.

Roberta Lemos Gadelha

Sanitarista, mestre em Saúde Pública na subárea Violência e Saúde pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES)- FIOCRUZ.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: *PERSPECTIVAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES NA ROCINHA – RJ*

Djalma Pedro da Silva Filho , Emanuely Santos de Carvalho,
Laís Martins Costa Araujo, Roberta Lemos Gadelha

Resumo

Este artigo tem como objetivo possibilitar o entendimento sobre a relação existente entre violência doméstica contra mulher e saúde pública. Para isso consolida algumas informações sobre a temática, sob a perspectiva da vigilância em saúde, abordando a partir da análise de dados a questão da violência contra mulher na comunidade da Rocinha, no município do Rio de Janeiro. Por fim, indica para a necessidade de adoção de práticas e de ações articuladas que possam prevenir o agravo e promover saúde e proteção social para mulheres em situação de violência doméstica

Palavras-chave: Violência contra mulher, Saúde Pública, Vigilância em Saúde.

Comunidade da Rocinha | Foto: Vitor Madeira

Introdução

Este relato foi produzido em um contexto de reflexão acerca do fenômeno da violência doméstica, cada vez mais comum na sociedade, e que tem afetado diretamente a qualidade de vida das famílias brasileiras.

Dentre os grupos mais vulneráveis a situações de violência, está o discriminado por gênero, onde a mulher é marcada por uma condição de opressão e subjugação, não obstante o avanço dos direitos civis e políticos no Brasil. Os padrões de submissão e de violência contra mulher na história brasileira estão presentes na cultura popular, e seguem sendo reforçados, fomentando a discriminação da mulher, que se manifesta através da violência doméstica e familiar praticada na maioria das vezes por homens. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 80 mais de 50% das agressões físicas contra mulheres aconteceram dentro de casa e foram praticadas por maridos, companheiros ou ex-companheiros que violam os direitos humanos de suas esposas.

No Brasil, a necessidade de tratar o tema da violência como problema de saúde pública foi oficializada pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. O documento foi aprovado pelo Ministro da Saúde em 2001 e afirma que a violência deveria ser enfrentada por meio de ações de promoção da saúde e qualidade de vida. Como estratégia central para fortalecer o acompanhamento das situações de violência ocorridas em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), houve concomitante a implantação da Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fonte dos dados secundários utilizados nesse artigo.

O cenário supracitado será confirmado e esmiuçado ao longo desse artigo, que pretende abordar, com base em uma revisão bibliográfica acerca do tema e em dados secundários sobre os casos de violência contra mulher ocorridos na comunidade da Rocinha, localizada na Zona Sul do município do Rio de Janeiro, considerada a maior favela do país, contando com aproximadamente 70 mil habitantes.

Sendo assim, pretende-se aqui abordar a questão da violência contra mulher, do ponto de vista da saúde pública, perpassando pela compreensão da violência enquanto um fenômeno multicausal. Mais especificamente abordaremos a situação de violência contra mulher na comunidade da Rocinha, analisando as notificações compulsórias realizadas pelo setor saúde, entre os anos 2014 e 2016, que apontam e corroboram para a necessidade de uma intervenção qualificada direcionada para esse grupo que é historicamente exposto a situações de violência naturalizadas pela sociedade brasileira.

1. Violência: a compreensão de um fenômeno

1.1. Conceituação

Como descrito no significado da origem latina da palavra, vis, a violência define-se por uso de superioridade física sobre o outro, força. É um fenômeno disseminado na experiência humana, vivenciado de forma global por toda a história. Apresenta-se com contornos diversificados, segundo a época e o contexto social no qual se manifesta, expressando-se tanto de formas sutis quanto de maneira explícita. Seu caráter múltiplo é outro aspecto que cabe destacar, sendo um equívoco entender esse fenômeno sob apenas uma perspectiva. Apresenta-se de forma fragmentada, atravessando a vida pública e privada, no que é acessível e oculto (Minayo, 2010).

1.2. Violência e saúde

O fenômeno violência, mesmo sempre tendo estado presente na experiência humana, é bem recente em quanto objeto de atenção do campo da saúde. Em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS) adiciona o tema pela primeira vez à sua agenda de prioridades, durante a Conferência de Atenção Primária à Saúde de Santa Fé. Em seguida, durante a Conferência de Jacarta em 1997, a violência passa a ser tratada como um problema de saúde pública pela instituição (Cabral et al, 2012). Um marco importante nesse processo foi a publicação de relatório da OMS sobre violência no ano de 2002, definindo o fenômeno 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 (KRUG et al., 2002, p. 5).

Assim, a violência é introduzida mundialmente no campo da saúde, sendo incorporada ao escopo de agravos que necessitam de atenção e demandam programas e políticas que possibilitem entender a forma como o fenômeno se dá, em cada contexto social no qual se manifesta, com objetivo de mitigar seu impacto sobre a morbimortalidade das populações atingidas.

1.3. Violência e saúde pública no Brasil

No Brasil, o setor saúde tem destacado a relevância do fenômeno, sobretudo a partir da década de 1990. Nesse período mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes no país. Desse total, o homicídio foi a causa morte de cerca de 400 mil pessoas (Minayo, Souza, 2003).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria MS/GM n.º 737 de 2001, passando a incorporar a violência como um novo agravo ao seu escopo de ações. Nesse sentido a política passa a definir propósitos, estabelece diretrizes e atribui responsabilidades institucionais e apresenta, como pressuposto básico, a articulação intersetorial.

É importante também destacar que uma das estratégias importantes do Ministério da saúde foi estabelecer a notificação da violência enquanto um agravo de saúde Pública nas ações de vigilância em saúde. Tal fato é fundamental para a vigilância epidemiológica e para definição de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde (Veloso et al, 2013).

Mesmo após a ocorrência de marcos importantes já citados, compreender a questão da violência e suas repercussões para a saúde em nível individual e coletivo, a ponto de trazer o tema para dentro da agenda do setor e para o cotidiano dos serviços, tem sido um processo árduo e ainda em construção, até mesmo porque o modelo biomédico ainda representa hegemonia ao se pensar ações em saúde (Brasil, 2001; Minayo, 2007).

1.4. Violência doméstica contra mulheres

Dentre as diversas tipologias e manifestações de violência, esse estudo se debruça na temática da violência doméstica. Fenômeno que abrange maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono, estando comumente associado a grupos vulneráveis como: crianças, adolescente, mulheres, idosos e portadores de deficiência.

Caracteriza-se por envolver pessoas que possuem laços de parentesco consanguíneo ou por afinidade (vínculo conjugal formal ou informal, vínculos afetivos e/ou relações

de poder) podendo ocorrer dentro ou fora do domicílio (Minayo, 2009). Esse tipo de violência em particular representa um grande desafio para o setor de saúde, visto que sua identificação é prejudicada pela cultura e desconhecimento tanto de usuários como profissionais da área (Brasil, 2001).

Entre os grupos apresentados, destacamos as mulheres, visto a magnitude com que o fenômeno violência doméstica incide sobre esse segmento, tendo impacto tanto sobre sua dignidade, como sobre sua integridade física. Dados mundiais apontam que esse é o tipo de violência de maior freqüência contra esse grupo (Schraiber e D´oliveira, 2003).

No caso do Brasil a violência doméstica contra a mulher apresenta dados alarmantes. Registramos taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, percentual que nos coloca na 5ª posição entre 83 países ranqueados pela OMS. Para visualizar melhor a magnitude desse dado consideremos que corresponde a: 48 vezes mais homicídios femininos que o Reino Unido; 24 vezes mais homicídios femininos que Irlanda ou Dinamarca; 16 vezes mais homicídios femininos que Japão ou Escócia (Waiselfisz, 2015).

2. Notificação de violência como estratégia de vigilância em saúde

No Brasil, o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado de forma gradual, a partir de 1993. Refere-se a um sistema de investigação de casos e epidemias e tem por objetivo confirmar o diagnóstico, determinar as características epidemiológicas da doença e/ou agravo, identificar as causas do fenômeno e orientar as medidas de controle e prevenção. O SINAN foi regulamentado em 1998, quando se tornou obrigatório o fornecimento de dados ao sistema por parte das três esferas de governo.

Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória , mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

A ficha de notificação para os casos de violência tem como um de seus objetivos proteger as pessoas em situações de violência e fornecer informações para o Ministério da Saúde (MS), por meio do SINAN, possibilitando a criação de políticas públicas voltadas para a prevenção dos casos mais recorrentes/emergentes de violência.

2.1 Ficha de notificação de violência enquanto um instrumento de saúde: características e critérios

O instrutivo para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, construído em colaboração com profissionais do Ministério da Saúde e de outras instituições governamentais das três esferas de poder que compõem o SUS, instituições de ensino e pesquisa e parcerias não governamentais, esclarece que a notificação é uma dimensão do cuidado à pessoas em situações de violência, porém, não é a única. Diante da perspectiva do cuidado integral à saúde dos usuários, se fazem necessários, para além da notificação, o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

O instrutivo enfatiza que independente de sexo e idade, devem ser notificados os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. Já os casos de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTI (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e intersexo).

Ou seja, casos de violência contra criança/adolescente devem ser sempre notificados para ambos os sexos, independentemente do tipo ou natureza da violência. Assim como os casos de violência contra a mulher, seja doméstica ou extrafamiliar (criminalidade/delinquência), devem ser notificados em todas as idades, independentemente do tipo ou natureza da violência. E também a violência contra a pessoa idosa, de acordo com o Art. 19 da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso). Os casos de violência contra indígenas, devem ser notificados em ambos os sexos, independente do tipo ou da natureza da violência ou situação de vulnerabilidade em função da assimetria nas relações de poder entre indígenas e não indígenas. A violência contra pessoas com deficiência também deve ser notificada para ambos os sexos, independente do tipo ou da natureza da violência. Já para a população LGBTI há uma especificidade em função da vulnerabilidade deste grupo social e todas às violências devem ser notificadas, de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria nº 2.836 de 01/12/2011).

Cabe destacar que a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos. De igual forma, se coloca no mesmo patamar de relevância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais como a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBTI.

Contudo, é fundamental destacarmos que a ficha de notificação não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Segundo o instrutivo para preenchimento da ficha de notificação, essa modalidade de violência deve ser monitorada por meio de outros sistemas de informação, que não o SINAN. Esse fato nos induz a concluir que além dos casos de violência contra mulher acontecerem com maior frequência, eles ganham maior visibilidade através do instrumento da saúde que não contempla casos de violência extrafamiliar entre homens adultos, enquanto para as mulheres não há essa distinção.

2.2 Violência: Por que notificar?

Para Teixeira e Costa (2008), a notificação compulsória de doenças e agravos à saúde pode ser considerada a principal fonte de dados dos sistemas de vigilância epidemiológica no atual modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil. Essa notificação é compreendida como a comunicação da ocorrência do caso às autoridades sanitárias, feita por profissionais de saúde, para subsidiar a execução das políticas públicas de medidas de intervenção pertinentes. No caso da violência, as autoras afirmam que, devido a sua magnitude e seu caráter epidêmico, passou a ser passível à notificação compulsória. O

[1] A versão mais recente das doenças e agravos de notificação compulsória estão disponíveis através da Portaria GM/MS nº 204 de 17 de fevereiro de 2016.

registro qualificado dos casos, a partir das fichas de notificação, geram informações fundamentais para a prevenção, servindo para orientar o planejamento e avaliação de políticas. Além das possibilidades (nem sempre reais, face aos inúmeros e complexos desafios) de promover o trabalho intersetorial e o fortalecimento da rede de atenção, que também é fundamental para o acompanhamento dos casos de violência.

Contudo, sabe-se que alguns profissionais desconhecem a real finalidade da notificação compulsória (assim como sua efetividade), o que acarreta na subnotificação dos casos. Porém, a subnotificação não pode ser reduzida ao fato dos profissionais desconhecerem sua finalidade, assim como não podemos atrelar a subnotificação à ausência de cuidados as pessoas em situação de violência, pois existem outras questões que permeiam o fato das violências e agravos não serem notificados como preconiza o Ministério da Saúde. Um dos entraves identificados para a realização da notificação de violência em saúde é a associação feita pelos profissionais entre notificação no SINAN e denúncia às instituições de proteção social.

Ressaltamos também a existência de outras etapas que são tão importantes ou mais que a notificação, e devem ser desenvolvidas pelos profissionais (e gestores) de saúde na busca pelo cuidado integral às pessoas em situação de violência.

Identifica-se que em algumas situações ocorre a predominância da herança profissional dos técnicos que permanecem compreendendo a saúde somente enquanto ausência de doença, mantendo sua atuação vinculada à assistência médica curativa e, portanto, não entendem violência como um problema de saúde, por não ter prescrição e, nem tampouco, medidas curativas imediatas. Sendo assim, não consideram a notificação compulsória como instrumento de trabalho e comparam notificação compulsória com denúncia.

Como afirma Phebo (2007), a notificação qualifica-se enquanto documento para registros que evidenciarão a violência, tirando-a da invisibilidade. Este documento não deve ser usado para fins judiciais ou policiais investigativos. O registro qualificado dos casos, a partir das fichas de notificação, geram informações fundamentais para a prevenção, servindo para orientar o planejamento e avaliação de políticas. Além das possibilidades (nem sempre reais, face aos inúmeros e complexos desafios) de promover o trabalho intersetorial e o fortalecimento da rede de atenção, que também é fundamental para o acompanhamento dos casos de violência.

Ressaltamos também a existência de outras etapas que são tão importantes ou mais que a notificação, e devem ser desenvolvidas pelos profissionais (e gestores) de saúde na busca pelo cuidado integral às pessoas em situação de violência. Ou seja,

> A notificação deve ser realizada como um instrumento de proteção, não de punição. Não tem objetivo de culpar, mas fortalecer o lugar saudável de cada um na família. Além disso, o encaminhamento (...) não deve ser feito com vistas a livrar-se da situação. Deseja-se ao contrário, garantir e compartilhar cuidados, a fim de minimizar e/ou cessar a violência naquele caso especifico. (PHEBO, 2007:32)

De acordo com a Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (Brasil, 2010), os casos de violência doméstica devem ser abordados de acordo com a complexidade de cada situação específica, porém existem alguns passos que podem ser seguidos na grande maioria dos casos. Compreende-se enquanto parte da linha de cuidado, os seguintes momentos: a identificação, o acolhimento, o atendimento, a notificação e o acompanhamento do caso pela rede de atenção.

3. Violência contra mulher: uma realidade

A violência está incluída em um contexto maior de questões relacionadas à mulher, as quais incluem a diversidade sexual, étnico-racial, classes sociais, até mesmo conflitos geracionais. Esse problema é um dos reflexos da posição histórica ocupada pela mulher no campo social, político e econômico, limitado a posições majoritariamente subalternas e consideradas socialmente inferiores.

A visibilidade deste fenômeno ocorreu através das ações articuladas do movimento feminista com as próprias mulheres em situação de violência. A partir dos anos 1980, a atuação de movimentos feministas, em contextos nacionais e internacional, contribuiu para que o tema da violência contra as mulheres entrasse na pauta internacional dos direitos humanos. A partir daí, desencadeou-se uma agenda para dar visibilidade às diferentes formas de expressão da violência baseada no gênero, sua denúncia como problema social e repúdio como violação aos direitos humanos. Apesar dos significativos avanços registrados nas décadas seguintes nos campos político, legal e social, as mudanças para que as mulheres possam viver sem violência ainda ocorrem de forma lenta (ONU, 2006; ONU MULHERES, 2012).

Mesmo não sendo o objetivo desse trabalho detalhar o processo social, político e histórico no qual vem evoluindo os direitos das mulheres no Brasil, ao abordar o tema da violência contra a mulher é imprescindível fazer referência aos marcos que contribuíram para o avanço do reconhecimento desse fenômeno, e o estabelecimento de políticas de proteção a esse grupo em nosso país.

No Brasil, até 1891, estava em vigor o Código Criminal de 1830, cuja lógica é explicitamente desigual no tratamento dado aos diferentes gêneros. A primeira conquista no campo de direito político só foi evidenciada em 1934, quando, sob o governo de Getúlio Vargas é regulamentado o voto feminino.

Durante décadas as reinvindicações de direitos voltados à proteção e protagonismo das mulheres como um todo, só ocorreram mediante à articulação de movimentos sociais, como o movimento feminista, sempre pautando melhorias e procurando dar visibilidade as demandas deste segmento da sociedade.

Em 2003, no primeiro mandato do Governo Luiz Inácio "Lula" da Silva – o tema das mulheres ganha maior visibilidade através da incorporação do Conselho Nacional de Defesa da Mulher – CNDM (criado em 1985) vinculado até então ao Ministério da Justiça, pela nova Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que dispõe de orçamento próprio e status de Ministério desde 2010. Trazendo no bojo de sua plataforma política a valorização dos movimentos e demandas sociais, por meios democráticos e com a proteção de minorias e vulneráveis o Governo Lula recuperou o tema da mulher na agenda pública e colocou mulheres em importantes cargos do Estado, inclusive a primeira mulher no Supremo Tribunal Federal.

A SPM tem como objetivo principal promover a igualdade entre homens e mulheres em todas as áreas da sociedade, combatendo todas as formas de preconceito, discriminação, desigualdade e violência contra a mulher herdados de uma sociedade patriarcal e com formação cultural ligada ao uso da força e à mecanismos de exclusão. Institucionalmente, a SPM assessora diretamente a Presidenta da República e busca articulações constantes com os demais Ministérios para a formulação

[2] Pela medida provisória nº 103/2003 transformada na lei nº 10.683 em 28 de maio de 2003 & MP nº483/2010 e Lei nº 12/314 de 2010.

e o desenvolvimento de políticas para as mulheres e/ou sensíveis aos direitos femininos, mas não é direta nem unicamente responsável pela execução da PNEVM, mesmo após sua entrada em vigor.

A criação da SPM manteve o caráter participativo, ainda que de forma consultiva, com a referida incorporação do CNDM, onde estava presente a sociedade civil, e através da realização de Conferências nas diversas escalas federativas, que culminavam na nacional. Em 2004, já são perceptíveis indícios de fortalecimento do tema na agenda pública, com a realização da I Conferência Nacional e criação do 1º Plano Nacional de Políticas para Mulheres, que atentou ao acúmulo da luta feminina com cinco eixos, dos quais um era a violência.

Este plano norteou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 e a Política Nacional de Enfrentamento às Violências Contra Mulheres (PNEVCM) de 2005, influenciando também, uma vez que sobrepõem-se em diversos aspectos, a Política Nacional de Enfrentamento do Tráfico de Pessoas de 2006. Neste último ano, outro marco importante para o fortalecimento do tema da violência contra mulheres foi a entrada em vigor da Lei Maria da Penha , que finalmente concretizou a antiga bandeira que clamava pela aplicação de penas mais rigorosas à agressores de mulheres, oficialmente em pauta, ao menos como demanda, desde a Constituinte. Já em 2007, foi elaborado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra às Mulheres, com o objetivo de articular, através da adesão dos estados e municípios, as ações, sistemas, redes de atendimento e programas e mecanismos de prevenção capazes de viabilizar plenamente o Plano.

Em 2008 e 2011, foram realizadas, respectivamente, a II e a III Conferências Nacionais de Política para Mulheres, nas quais o tema da violência contra mulheres foi debatido, sobretudo, sob o ângulo da recente Lei Maria da Penha e do tráfico de mulheres. Neste período, em termos institucionais, uma subsecretaria da SPM voltada exclusivamente para o enfrentamento à violência contra mulheres foi criada em 2009, e, subsequentemente, elevada à secretaria em 2012, dotada de 3 coordenadorias: (1) fortalecimento da rede de atendimento; (2) justiça e combate; e (3) prevenção e direitos.

Para ilustrar esta densa atividade institucional e participativa ocorrida entre a criação da SPM em 2003 e a última Conferência Nacional de Política para Mulheres, a figura a seguir apresenta alguns dos principais marcos.

Em conclusão, sobre o contexto recente no qual surgiu a PNEVCM e o subsequente Pacto para o mesmo fim, é importante notar que estes não permaneceram cristalizados em sua forma original durante todo o período desde 2005 até 2014.

A Política Nacional de Enfrentamento às Violências Contra Mulheres (PNEVCM) tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à esta violação, visando garantir assistência e proteção às mulheres que encontram-se em situação de violência ou vulnerabilidade, de acordo com as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e a legislação nacional.

A Política Nacional encontra-se, também, em

[3] O Plano está em consonância com convenções e tratados internacionais, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará 1994), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000).

[4] Lei nº 11.340 de 2006.

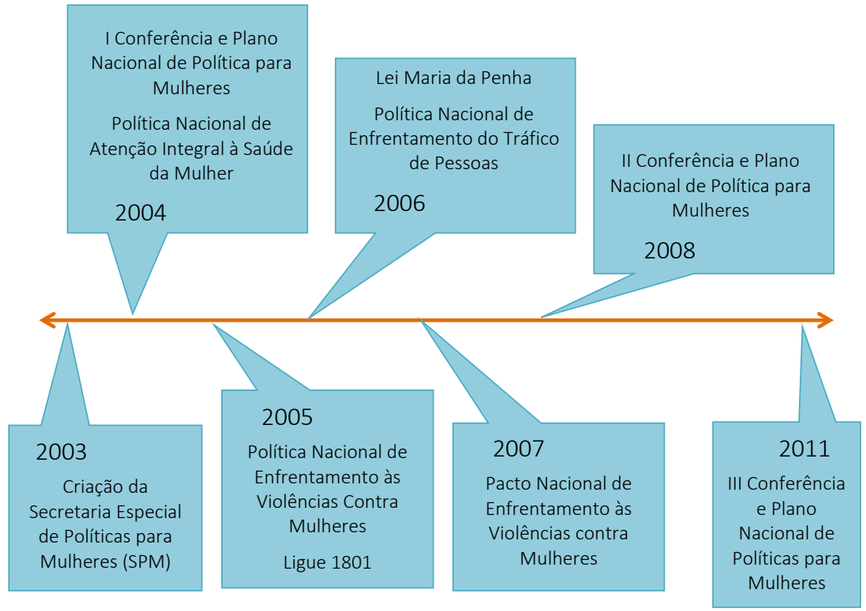


FIGURA 1- EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES DESDE A CRIAÇÃO DA SPM, 2003-2011. Fonte: Elaborada para este trabalho.

consonância com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e com convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil.

Para tanto, a PNEVM prevê a construção de uma base de dados sobre a temática, a estruturação de ações que fortaleçam a articulação e ação conjunta entre entes federativos para sua implementação, a realização de discussões sobre a questão de gênero e o desenvolvimento de estratégias de prevenção, como principais objetivos específicos propostos.

A PNEVCM tem como proposta o levantamento e sistematização de dados que subsidiem a criação e manutenção de programas, ações e instrumentos de política pública destinadas a enfrentar a questão e, assim, ampliar o envolvimento e o comprometimento do Estado e da sociedade com a elaboração de diagnósticos e análises sobre os índices de violência contra mulheres e de disseminação de conhecimento sobre o tema.

A Política prevê sua viabilização plena a partir do enfrentamento multisetorial e multifacetado do tema, com engajamento de áreas como saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura, justiça, entre outras, no intuito de dar conta da complexidade deste fenômeno e de assegurar a prevenção e a integralidade do atendimento às mulheres em situação de violência.

Para promover e operacionalizar seu aspecto preventivo, a política prevê ações educativas e culturais que disseminem atitudes igualitárias e valores éticos em relação às questões de gênero, raça/etnia, geração e valorização da paz. Para tanto, na própria política estão incluídas estratégias e práticas que reavaliem mitos e estereótipos culturais de gênero, com o objetivo de alterar os padrões sexistas vigentes no Brasil que cristalizaram e naturalizaram desigualdades no seio da sociedade (relações de poder) entre homens e mulheres que são permissivas à violência contra as últimas.

É importante destacar que a impunidade pela violência contra a mulher agrava os efeitos de dita violência como mecanismo de controle dos homens sobre as mulheres.

> Quando o Estado não responsabiliza os autores de atos de violência e a sociedade tolera, expressa ou tacitamente, tal violência, a impunidade não só estimula novos abusos, como também transmite a mensagem de que a violência masculina contra a mulher é aceitável, ou normal. O resultado dessa impunidade não consiste unicamente na denegação da justiça às diferentes vítimas/ sobreviventes, mas também no fortalecimento das relações de gênero reinantes, e reproduz, além disso, as desigualdades que afetam as demais mulheres e meninas (ONU, 2016).

Esses eventos violentos podem ser identificados e contabilizados pelo sistema de saúde, visto que as mulheres fazem parte dos grupos prioritários de notificação, diante da condição de vulnerabilidade a qual estão expostas, como descrito anteriormente. Passemos agora a considerar os dados epidemiológicos referentes aos registros de violência contra mulher, pelos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro como um todo e na favela da Rocinha especificamente.

3.1 Notificações de violência contra mulher no município

O município do Rio de Janeiro possui aproximadamente 6 milhões de habitantes, sendo mais de 50% da população residente composta por mulheres (IBGE, 2010). De acordo com os dados publicados no site da Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Notificáveis – GVDANT/SMS-RJ as notificações de violência contra a mulher em todo o município nos anos de 2013, 2014 e 2015 tem alcançado respectivamente os seguintes percentuais: 91%, 90% e 87%. Esses dados caracterizam a violência contra a mulher em todo o município do Rio de Janeiro, e encontra-se alinhados com os dados coletados em cenário nacional segunda pesquisa do Data Senado de 2015.

3.2 Realidade do território: dados sobre a AP 2.1 e as notificações de violência contra a mulher na área

A Área Programática de saúde - AP 2.1 compõe uma das dez áreas programáticas de saúde do município do Rio de Janeiro (Figura 2) e está situada na zona sul da cidade, possuindo população estimada de 638.050 habitantes (IBGE,2010).

A partir de 2009 iniciou-se no município a reorganização das áreas programáticas e a construção dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS). A AP 2.1 foi dividida em 4 grandes regiões que, por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em saúde para a população circunscrita. Os critérios adotados consideraram o perfil demográfico e epidemiológico, além da distribuição de Unidades. Os 4 territórios são: **Dois Irmãos** - composto pelo CMS Vila Canoas, CMS Rodolpho Perissé, CF Rinaldo de Lamare, CF Maria do Socorro Silva e Souza, CMS Albert Sabin e CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues; **Arpoador** - composto pela CF Pavão Pavãozinho Cantagalo, CMS Chapéu Mangueira Babilônia e CMS João Barros Barreto; **Rebouças** - com três Unidades de atenção primária, o CMS Dom Helder Câmara, a CF Santa Marta e o CMS

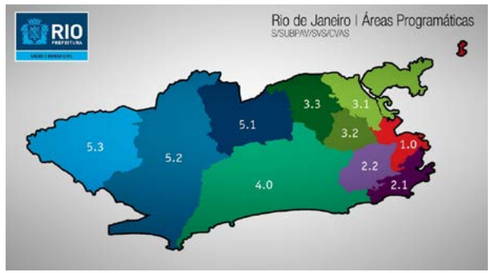


Figura2: Divisão por Áreas Programáticas de saúde – Município do Rio de Janeiro.

Rocha Maia; **Redentor** - que possui apenas uma Unidade de Atenção Primária, o CMS Manoel José Ferreira.

A rede de saúde da AP 2.1 é composta por 13 unidades de atenção primária, 8 unidades são classificadas como tipo A, ou seja, somente com equipes de Saúde da Família e 5 tipo B. A Estratégia Saúde da Família é o modelo de Atenção Primária à Saúde definido para oferecer serviços fundamentais de saúde à população da cidade. O trabalho é realizado por equipes multiprofissionais que atuam nos Centros Municipais de Saúde (CMS) ou em Clínicas da Família (CF). Até o final do ano de 2016 a AP 2.1 encerrou com 64 equipes de saúde da família implantadas, 20 equipes de saúde bucal e 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Cabe ressaltar que se trata de um espaço urbano segregado que abrange realidades socioeconômicas bem distintas. Ao mesmo tempo em que o território possui o bairro com maior IDH do município (Gávea/ IDH= 0,970), também possui 20 favelas, dentre elas uma que também se configura como bairro ocupando 120º posição (Rocinha/ IDH= 0,732) dentre as 126 colocações da Cidade (IBGE, 2010).

No que diz respeito às notificações de violência por ciclos de vida: criança (menor de 1 ano à 9 anos), adolescente (de 10 anos à 19 anos), adulto – mulher (de 20 à 59 anos), adulto – homem (de 20 à 59 anos) e idosos (acima de 60 anos) residentes em bairros da AP 2.1, observamos conforme gráfico abaixo que a notificação de mulheres adultas tem sido maior nos anos de 2014, 2015 e 2016 na área programática de saúde como um todo.

Destacamos e ressaltamos a orientação do Ministério da Saúde para a que a notificação de violências contra mulheres seja realizada em qualquer faixa etária pelos serviços de saúde, conforme mencionado anteriormente. Tal orientação por si só irá caracterizar um aumento das notificações quando comparamos por sexo, no entanto, não podemos perder de vista que a realização da notificação, seja em qual ciclo de vida for, caracteriza a suspeita ou confirmação de algum tipo de violência, isto é, são notificados pelos serviços de saúde parte da realidade

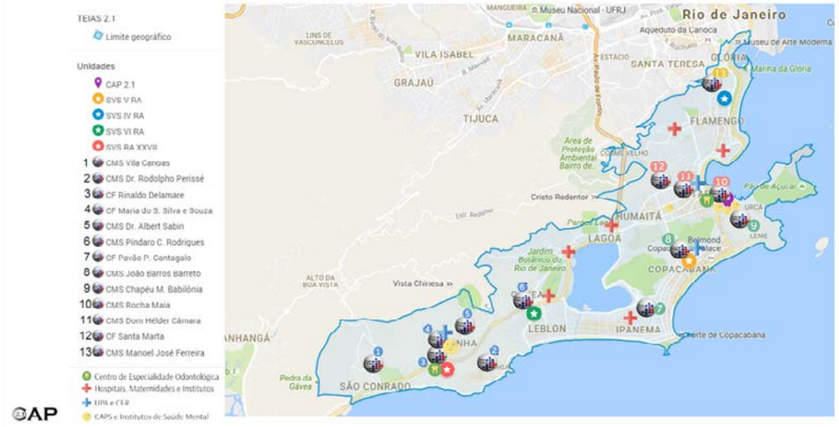


Figura 3: Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS AP 2.1

vivenciado no cotidiano do processo de trabalho na assistência à população.

A partir de 2014 o Grupo Articulador Regional de Violências (GAR) da AP 2.1, tornou-se um grupo de trabalho que articula as ações da Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) e da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS).

As ações realizadas pelo GAR procuram intensificar e qualificar a assistência e o acolhimento prestado a partir das Unidades de Atenção Primária, às pessoas em situação de violência moradoras dos territórios de abrangência. O trabalho desenvolvido pelo GAR/AP 2.1 está estruturado a partir dos seguintes pilares:

1 - Desenvolvimento mensal do Grupo de Trabalho (GT) para estudo das fichas de notificação de violência;

2- Monitoramento (Via planilha Google Drive) dos casos notificados de violência em residentes da AP 2.1;

3- Apoio as Unidades de APS no seguimento dos casos notificados de violência em residentes da AP 2.1;

4-Realização bimestral da Oficina Intersetorial do GAR para fomentar a articulação da rede intra e intersetorial.

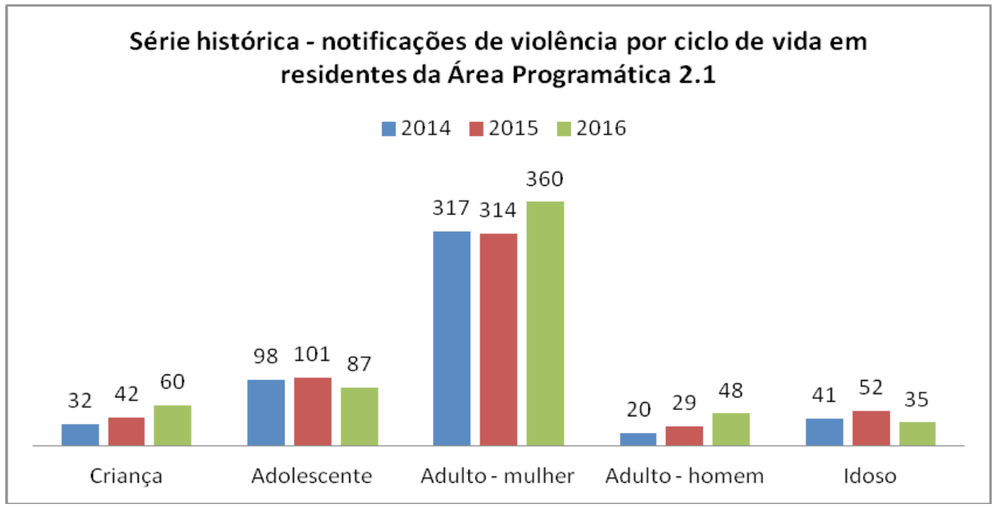


Gráfico 1: Série histórica – notificações de violência por ciclos de vida em residentes da AP 2.1.
FONTE: SINAN/MS, 2016.

O GAR é composto por uma equipe multiprofissional e conta com o Apoio Técnico da Organização Social de Saúde (OSS) Viva Rio por meio do Projeto de Prevenção à Violência para o desenvolvimento de ações de prevenção a violência e promoção da saúde.

Essa parceria tem como objetivo sensibilizar profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a importância de uma intervenção qualificada às famílias em situação de violência doméstica atendidas pelas unidades de atenção básica à saúde.

Neste sentido, o projeto visa instrumentalizar estes profissionais para a intervenção junto às famílias em situação de violência doméstica, bem como, promover um processo de reflexão sobre a identificação, acolhimento, intervenção e acompanhamento dos casos de violência que perpassam o cotidiano destes profissionais.

Através dessa parceria foi desenvolvida a cartilha "Construindo Juntos: profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família lidando com a Violência Doméstica", e com base nessa publicação com conteúdo instrutivo acerca da discussão sobre violência e saúde foram realizados cursos de Sensibilização para Prevenção da Violência Doméstica com o objetivo de sensibilizar profissionais de saúde da AP 2.1 para o acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento dos casos de Violência Doméstica.

Ou seja, a parceria construída entre o GAR/AP 2.1 e a Viva Rio, visa colaborar na problematização e qualificação do processo de trabalho em saúde acerca do tema das violências e/ou negligências, dar subsídios e instrumentalizar os profissionais de saúde na identificação, abordagem e seguimento dos casos identificados no território.

3.3 Notificações de violência doméstica contra a mulher na Rocinha

Ao desenvolvermos o Grupo de Trabalho (GT) mensal para estudo das fichas de notificação de violência realizadas pelos Serviços de Saúde (instituições públicas e/ou privadas) situadas nos bairros que compõem a AP 2.1, observamos repetidas vezes a tendência e recorrência da violência contra à mulher residente no bairro da Rocinha. Este panorama tem despertado na equipe do GAR/AP 2.1 a necessidade de compreensão deste fenômeno, bem como, a intervenção e instrumentalização dos profissionais de saúde acerca desta situação.

Considerando este cenário, procuramos estudar e compreender, a partir da análise dos dados disponíveis sobre as notificações de violência no SINAN, a temática referente a violência doméstica contra mulher que reside no bairro da Rocinha. Tal análise nos permite maior aproximação e contextualização acerca das principais características deste fenômeno naquela região.

3.4 Análise dos dados

O gráfico 2 apresenta os dados referentes as notificações de violência em residentes da Rocinha, nos anos de 2014, 2015 e 2016. Podemos observar que do total de notificações de violência realizadas pelos serviços de saúde no período referido, cerca de 83% ocorreram em mulheres.

Estes valores não devem ser analisados sem uma contextualização societária acerca da objetificação e do papel que é historicamente atribuído as mulheres ao longo dos séculos. Os valores aqui apresentados reafirmam o que outras pesquisas tem subsidiado com relação à violência doméstica sofrida por mulheres. Freire e Passos (2015) resgatam a questão da violência doméstica ter sido historicamente tratada como algo de âmbito privado, que deveria ser resolvido pelos membros da família. Por ter sido caracterizada ao longo dos anos como algo de competência estritamente familiar, a atuação do Estado não chegava a estas mulheres em situação de violência, seja por meio de serviços de orientação, programas de prevenção e/ou assistência individual e coletiva. É a partir dos anos de 1980 com o protagonismo dos movimentos feministas no Brasil, que a pauta da violência doméstica contra a mulher passa a ganhar visibilidade como uma pauta pública onde é necessário a

[5] Considerada a maior favela do Brasil, a Rocinha tem aproximadamente 70 mil habitantes segundo o último censo do IBGE (2010) e 180 mil habitantes segundo a contagem realizada pelas Associações de Moradores do local. Começou a ser povoada em 1930 e inicialmente era uma grande fazenda, onde agricultores plantavam e vendia na feira livre que acontecia na Praça Santos Dumont - Gávea os produtos oriundos da "Rocinha". A expansão do local iniciou-se em 1950 para a subida do morro, acompanhando o processo de povoamento, principalmente por imigrantes nordestinos, da cidade do Rio de Janeiro. Em 1993 ganhou o título de bairro e em 2004 sofreu com a intensa violência armada em uma disputa de facções rivais pelo controle do tráfico na comunidade.

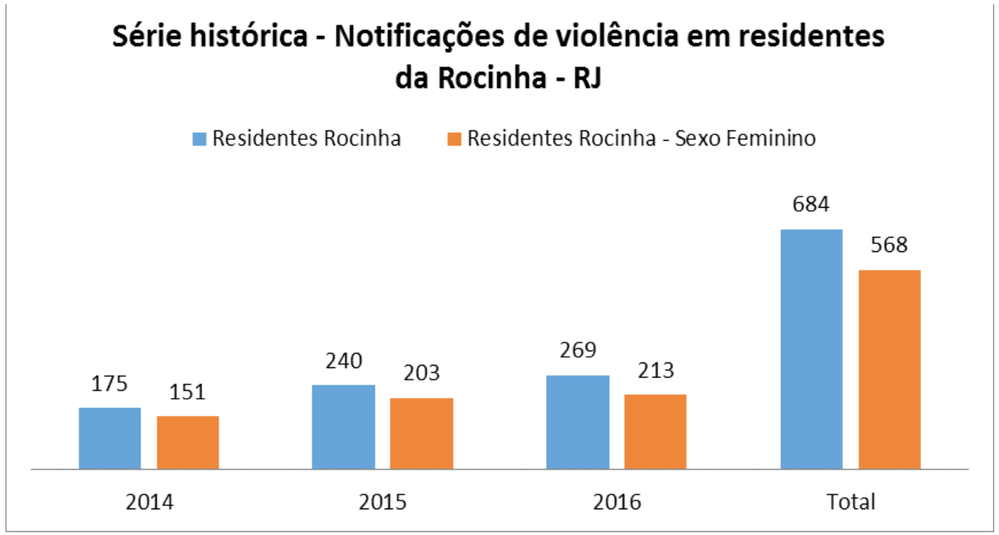


Gráfico 2: Série histórica – notificações de violência em residentes da Rocinha
FONTE: SINAN/MS, 2016.

intervenção do Estado (Freire e Passos, 2015). Desde então os movimentos feministas tem procurado inserir na agenda pública a questão da violência doméstica contra as mulheres enquanto um problema de saúde pública.

Os dados extraídos da base do SINAN revelam que a maior parte das notificações de violência contra mulher que reside no bairro da Rocinha, é realizada pelos serviços de urgência e emergência, e não pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde, conforme explicitado no gráfico 3 a seguir.

Cabe ressaltar que há uma tendência de grande parte das notificações de violência, independente do ciclo de vida e do bairro em que ocorrem no município do Rio de Janeiro, serem realizadas pelos serviços de urgência e emergência. O gráfico acima demonstra a diferença significativa do tipo de Unidade de Saúde que notificou os casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica sofrida por mulheres que moram no bairro da Rocinha. Este cenário ocorre em toda a área programática de saúde 2.1, e é permeado por uma série de dificuldades e mitos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde. Marques et al (2016) ressaltam que embora a presença da violência doméstica faça parte do dia-a-dia dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, é necessário compreender a concepção de violência que os mesmo possuem, pois:

> "(...) muitos profissionais tendem a naturalizar algumas práticas abusivas e ou atuar sobre o fenômeno de acordo com suas percepções pessoais, resultantes de violências vividas. Ressalta-se a necessidade de o profissional de saúde ter um posicionamento isento de julgamentos de cunho moral e pessoal ao abordar usuários que estejam inseridos em um contexto social alheio ao seu" (Marques et al, 2016. Pg. 6)

É importante enfatizar que é esperado que haja maior quantidade de notificações dos Serviços de Urgência e Emergência por se tratarem de Unidades de saúde de médio e grande porte, com alto número e demanda por atendimentos, quando comparado com as Unidades de Atenção Primária. No entanto, ao

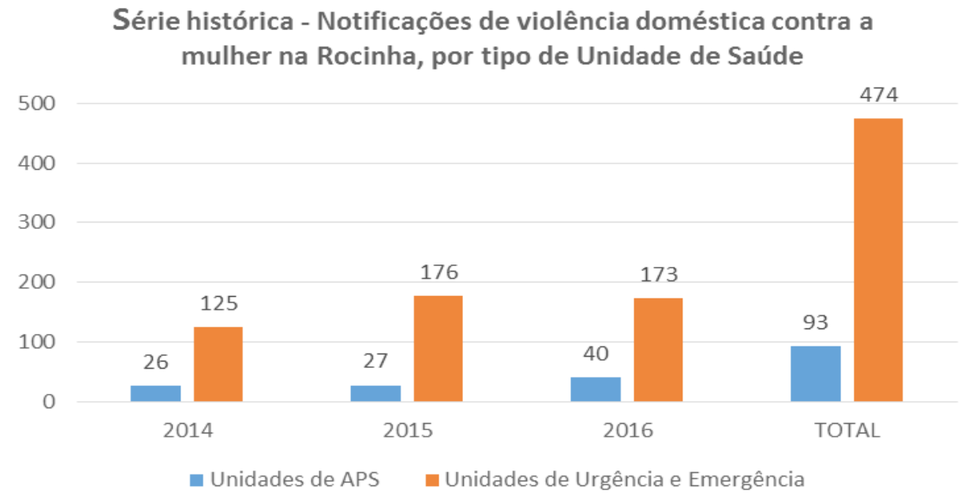


Gráfico 3: Série histórica – notificações de violência doméstica contra mulher, por tipo de Unidade de Saúde
FONTE: SINAN/MS, 2016.

analisarmos os dados, compreendemos que as notificações de violência realizadas pela APS não representam a realidade vivenciada pela população, sendo apenas revelada em situações mais extremas, quando é necessário ser atendido em Unidades de saúde de média e alta complexidade. Cabe destacar que atualmente por meio da organização e fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, é possível termos acesso às notificações realizadas por Unidades de Saúde em outros bairros da cidade que não compõem a AP 2.1. Desta forma, todas as notificações de violência, independente do tipo e do ciclo de vida, são analisadas pelo Grupo Articulador Regional da AP 2.1 por se tratarem de violências que aconteceram em pessoas que residem nos bairros de abrangência.

A análise dos dados também revela que grande parte das situações de violência doméstica contra a mulher que reside na Rocinha acaba ocorrendo dentro do próprio domicílio, e é cometida por pessoas do sexo oposto sem laços sanguíneos, escolhidas por essas mulheres, em algum momento de suas vidas, para conviver intimamente, conforme gráfico abaixo. Amigos/ conhecidos, cônjuge, ex- cônjuge, namorado, ex-namorado acabam sendo os principais causadores das violências, segundo preenchimento das fichas de notificação. Tais informações também são confirmadas por pesquisa realizada à âmbito nacional pelo DataSenado, em agosto de 2015.

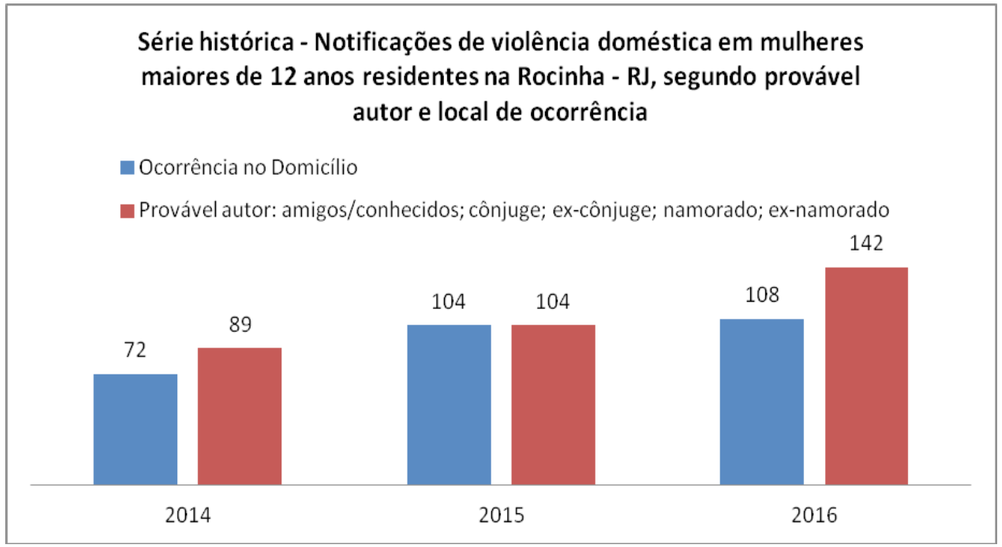


Gráfico 4: Série histórica – notificações de violência doméstica em mulheres maiores de 12 anos residentes na Rocinha, segundo provável autor e local de ocorrência. FONTE: SINAN/MS, 2016

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a discussão teórica apresentada, a violência de maneira geral não deve ser considerada apartada do processo social e histórico em que se apresenta, sendo um fenômeno que tende a se estabelecer e se perpetuar pautado em valores e prática difundidas em determinada sociedade.

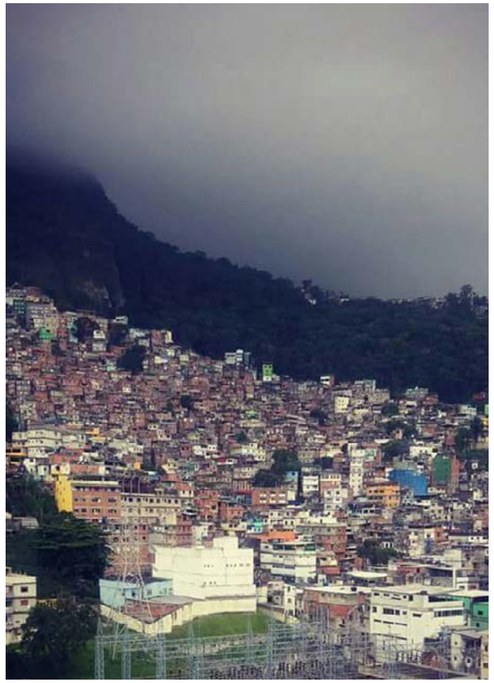
Considerando o perfil epidemiológico apresentado pelo território da Rocinha, no que tange à violência doméstica contra mulher, entendemos a necessidade de uma intervenção em saúde que vise promover a cultura de paz e a prevenção da violência como agravo de saúde na comunidade, com o intuito de compreender de maneira mais fidedigna o fenômeno da violência doméstica sofrida pelas mulheres que residem na Rocinha, bem como buscar intervir neste processo possibilitando o rompimento do ciclo de violência doméstica, e a não reprodução de práticas que perpetuem tal fenômeno.

Nesse sentido avaliamos que se faz necessário implementar iniciativas que considerem a complexidade do tema e especificidade do fenômeno no contexto social em que se apresenta. O número crescente de casos traz aos serviços de saúde disponíveis no território uma demanda por acompanhamentos que em média necessitam de maior investimento que outros agravos, além de articulação intra e intersetorial.

Desta forma, é imprescindível a participação dos usuários e da comunidade de maneira geral, bem como dos profissionais de saúde que atuam no território para que a intervenção esteja alinhada à realidade local, tenha alcance junto aos principais atores deste contexto, e seja de fato incorporada como um espaço/projeto em que haja apropriação pelos atores envolvidos. Acreditamos que o caráter coletivo possibilitará entender o que significa esse fenômeno para os moradores do território e propor meios que possam contribuir para mitigar o número de casos de violência doméstica contra mulher na Rocinha.

Enfatizamos mais uma vez a necessidade de compreender as características que compõem as situações, os contextos e a possível reprodução da violência doméstica contra as mulheres na Rocinha, norteando assim, a construção e implementação deste Projeto. Esperamos com a implantação desta intervenção no território, que a médio e longo prazo seja possível minimizar a ocorrência de casos de violência doméstica contra a mulher, qualificando a assistência biopsicossocial ofertada à essas mulheres em situação de violência doméstica por meio dos serviços de saúde.

Além disso, a aproximação com a realidade vivenciada pelas mulheres em situação de violência doméstica, bem como, dos profissionais de saúde que no cotidiano dos serviços identificam e/ou são sinalizados sobre tais casos, tende à revelar nuances e elementos desconhecidos que podem contribuir para a qualificação da assistência prestada, ofertando de maneira mais adequada, o acolhimento, encaminhamento e cuidado compartilhado com outros setores/instituições.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo IBGE 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS, 2001.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Linha de cuidado para atenção integral para a saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf . Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS, Nº 737, de 16/05/01. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

_____. Lei nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. Lei Maria da Penha. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1470317018_2.%20Portaria%20204%20-%20LNC.pdf Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

_____. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

_____. Instrutivo De Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Brasília/DF, 2014.

Cabral CMT, Maia EMC. O SUS e a rede de garantia de direitos: estado da arte sobre as publicações científicas concernentes à implantação de serviços de acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. Mudanças - Psicologia da Saúde, v. 20, p. 81-88, 2012.

Freire, M. F. S. C.; Passos, R. G. (orgs.) Ensaios acerca da notificação da violência doméstica contra as mulheres: a realidade dos municípios de São Gonçalo e Niterói. In: Políticas Públicas, Gênero e Violência: contribuições para o serviço social. Campinas: Papel Social, 2015.

Krug, E.G. et al (Org.) Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

Marques, C. C.; Silva Filho, D. P.; Carvalho, E. S.; Araújo, L. M. C; Rodriges, M. N. G.; Pires, S. S.; Gadelha, R. L. A experiência do Grupo Articulador Regional da Área Programática 2.1: sensibilização de profissionais de saúde para atuação nos casos de violência doméstica no território de abrangência. Revista Saúde em Foco on line, v. 1, 2016.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1259-1267, 2007.

Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde. In. Impactos da Violência na Saúde: Rio de Janeiro, 2009.

Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Minayo, M. C. de S. e Souza, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

Organização Das Nações Unidas (ONU). Relatório da Relatora Especial sobre a violência contra a mulher, suas causas e consequências, integração dos direitos humanos da mulher e da perspectiva de gênero: violência contra a mulher. A norma de devida diligência como instrumento para a eliminação da violência contra a mulher, E/CN.4/2006/61, 20 de janeiro de 2016.

Phebo, L. Vigilância em saúde e a violência contra adolescentes. In: Violência Contra a mulher adolescente/jovem, Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 31 - 35, 2007.

Schraiber, Lilia Blima. D´oliveira, Ana Flávia P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Faculdade de Medicina, USP, 2003.

Teixeira, M. G. Costa, M. da C. N. Vigilância Epidemiológica: Políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S. et. al. (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

Veloso, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. In. Ciência & Saúde Coletiva, 18(5):1263-1272, 2013.

Waiselfisz, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Flacso, 2015.

Geosana Pereira Estani

Graduanda do curso de Políticas Públicas, da Universidade Federal Fluminense – UFF.

O NÚCLEO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ EM ANGRA DOS REIS: UMA DESCRIÇÃO INICIAL

Geosana Pereira Estani

Resumo

A criação do Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz de Angra dos Reis segue o exemplo de iniciativas semelhantes em todo o Brasil, e visa responder preventivamente à crescente onda de violência do município. O principal alvo do Núcleo é a violência doméstica, que já é considerada, no Brasil, um flagelo social e epidemiológico – a própria Organização Mundial de Saúde, desde o início dos anos 1990, declara a violência como questão de saúde pública. A partir de entrevistas com a equipe do Núcleo e de pesquisas em legislação e publicações específicas, busca-se traçar um breve histórico da iniciativa, algumas de suas realizações e desafios.

Palavras – Chave: Violência doméstica, violência contra a mulher, violência institucional, Núcleo de Prevenção à Violência, notificação compulsória.

Introdução

O presente artigo visa apresentar o surgimento e as atividades do Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz, que está vinculado à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Superintendência de Vigilância em Saúde, órgão da Secretaria Municipal de Saúde / Fundação de Saúde de Angra dos Reis.

Este Núcleo foi criado a exemplo de iniciativas similares em todo o país, estimuladas pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Sua criação é uma tentativa de responder preventivamente à crescente onda de violência e criminalidade, ocasionada por fatores econômicos, políticos, sociais e culturais e que se mostra um desafio cada vez maior.

Em entrevistas feitas com a equipe do Núcleo, foram coletadas informações, com objetivo de relatar os fatores que levaram à sua implantação no município de Angra dos Reis, bem como uma breve descrição de seu trabalho, objetivos, realizações e desafios.

Para embasamento teórico desta pesquisa de campo, foi utilizada bibliografia específica da área, como relatórios da Organização Mundial de Saúde e da Assembleia Mundial de Saúde, Portarias do Ministério da Saúde e textos de lei, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto do Idoso e a Lei "Maria da Penha".

Vale ressaltar o conceito de violência utilizado no projeto de lei municipal que regulamenta a criação do Núcleo: "(...) ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos, ou que afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental e espiritual" (Angra, 2016). Neste âmbito de trabalho, a violência é vista tanto como um problema de saúde quanto uma questão social, a ser encarado de forma específica, interdisciplinar e multiprofissional.

Um dos aspectos da violência mais importantes para o Núcleo é o da violência doméstica, um flagelo social e epidemiológico que atinge famílias em todo o Brasil. Segundo dados divulgados no Portal Brasil (2011),

portal de notícias do Governo Federal, 43% das mulheres brasileiras já foram vítimas de violência em sua própria residência, contra 12,3% de homens que viveram a mesma situação. O Núcleo utiliza as Fichas de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para mapear os casos de violência doméstica ocorridos em Angra dos Reis e traçar estratégias de prevenção a este tipo de ocorrência.

Violência doméstica e violência contra a mulher

A violência doméstica é aquela que ocorre no âmbito familiar, entre casal, primos, irmãos, pais, filhos e outros familiares. É o tipo de violência que mais atinge as mulheres; o principal agressor é o marido, companheiro ou namorado. Uma pesquisa veiculada no Portal G1 (2011) relata que, nos casos de violência física contra mulheres, o marido ou companheiro é o agressor em 72% dos casos.

Falando dos estudos sobre violência contra a mulher, Pasinato (2014, p.7) cita diversas contribuições para esta área, com especial destaque para duas pesquisas em âmbito nacional realizadas em 2001: a primeira, sobre as Condições de Funcionamento das Delegacias da Mulher; e a segunda, da Fundação Perseu Abramo, que trouxe à tona a informação de que, a cada 15 segundos, uma mulher é vítima de violência física no Brasil. Segundo a autora, foi a partir da divulgação desta estimativa que a questão da violência contra as mulheres ganhou destaque nacional.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 – que tem a isonomia como um de seus princípios basilares – o Brasil tem sido marcado por uma série de avanços no sentido de romper com a cultura do abandono da mulher pelas instituições. A Lei n° 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece como compulsória a notificação dos casos de violência contra a mulher em todo o território nacional (Brasil, 2003). Preconiza, também, o caráter sigiloso desta notificação.

Uma das maiores conquistas é a Lei n° 11.340, de 07 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que tem como objetivo criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Lopes (2015) comenta que esta lei:

> (...) representa uma enorme conquista das mulheres no âmbito jurídico brasileiro, portanto, um instrumento legal de empoderamento das mulheres, na medida em que protege seus direitos e lhes assegura uma série de medidas de segurança contra todas as formas de violência doméstica e familiar (...)

Este empoderamento da mulher na sociedade é acompanhado da criação e ampla divulgação de novos canais de atendimento e denúncia da violência doméstica. O objetivo é diminuir a certeza que o agressor tem da impunidade, devido ao silêncio da vítima.

Uma das ferramentas oferecidas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres para combater esse ciclo é o Ligue 180, uma central de atendimento específica para receber denúncias de casos de violência contra a mulher, além de orientar mulheres vítimas de violência. Mas também é necessária uma ampla conscientização das vítimas e de pessoas próximas a casos de abuso quanto à importância da denúncia. "Apenas com o conhecimento é possível tomar providências". (Portal Brasil, 2014).

Com este e outros recursos à sua disposição, a vítima dispõe de muito mais segurança para vir a público e quebrar o ciclo de violência. Prova disso é o fato de que hoje se fazem mais denúncias que antes: de acordo com uma matéria do Portal Brasil (2011), nos cinco primeiros anos do serviço o número de atendimentos realizados pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 cresceu 16 vezes, de 46 mil em 2006 para 734 mil em 2010.

Mas a vítima pode ainda ser exposta a outro tipo de agressão. Além da violência propriamente dita, que muitas vezes começa com ofensas e pode chegar ao homicídio, existe também a violência institucional: por vezes a vítima busca atendimento em uma unidade de saúde ou delegacia e é recebida com preconceito ou prejulgamentos, gerando na vítima ainda mais constrangimento e fragilidade. Sobre o trabalho de sensibilização em unidades de saúde na cidade do Rio de Janeiro, Marques et al (2016, p.6) relata que

> (...) a equipe GAR observou durante a realização das oficinas que as situações de violências eram naturalizadas nos discursos de alguns profissionais participantes, que imprimiam juízo de valor e preceitos morais na abordagem e condução dos casos trazidos para discussão. Muitas falas refletiam leituras feitas via senso comum justificando e/ou naturalizando práticas violentas.

Este tipo de violência também ocorre dentro da própria Delegacia da Mulher: em uma entrevista para a Revista Feminina Marie Claire (2016), [uma estudante] relatou o que viveu em uma DEAM ao denunciar o estupro que sofreu:

> Na Delegacia da Mulher, passei por uma situação mais traumatizante que o próprio estupro. Lembro da delegada me dizendo: "Fala a verdade, você gostou. Você está fazendo isso porque sua mãe descobriu que você não é mais virgem. Você sabe que se for pra frente com esse processo vai acabar com a vida dele? Isso já passou. Agora é tarde demais pra fazer alguma coisa. Você tinha que estar sangrando para comprovar que realmente foi estuprada."

Estes relatos mostram o total despreparo de muitos profissionais – mesmo dentro de estruturas voltadas especificamente para o atendimento a vítimas de violência – como outro grande obstáculo no caminho rumo a um acolhimento humanizado nestes espaços.

O sinan e a ficha de notificação compulsória

As ações da Vigilância Epidemiológica quanto à notificação compulsória foram definidas pela Lei n° 6.259 (Brasil, 1975), mas os casos de violência passaram a ser considerados como de notificação compulsória a partir da Lei n° 10.778 (Brasil, 2003).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação foi implantado no Brasil no início da década de 1990, mas somente em 1998 o Centro Nacional de Saúde toma providências para ampliação e implantação do Sistema em todo o país, nas três esferas de governo (Brasil, 2007).

O software do Sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Notificação Compulsória. Esta lista está contida na Portaria n° 1.271, de 6 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, e substitui diversas portarias anteriores. Esta portaria estabelece, também, fluxo, atribuições e responsabilidades para o trabalho de notificação. Nela, como em outras que a precederam, a violência consta como agravo de notificação compulsória.

A ferramenta de coleta de dados para a alimentação do sistema é a Ficha de Notificação Individual – no caso das violências, a Ficha de Violência Interpessoal / Autoprovocada, que já passou por diversas alterações até chegar à versão atual.

Vale ressaltar alguns aspectos importantes da Ficha de Notificação:

É o ponto de partida para todo o trabalho de notificação, coleta e tabulação de dados, geração de estatísticas, criação de políticas públicas e demais práticas. Para que todas as etapas seguintes sejam executadas com

[1] Os Grupos Articuladores Regionais (GAR) são estratégias promovidas pelo Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências, no município do Rio de Janeiro, como ferramenta de implantação das ações do Núcleo.

coerência e exatidão, o preenchimento da Ficha deve ser o mais cuidadoso possível;

Conforme preconizado pela Lei n° 10.778/2003, a notificação de suspeita ou confirmação de violências é compulsória; seu preenchimento, portanto, é obrigatório por parte de profissionais de saúde das redes pública e privada;

A equipe relata que devem ser notificados casos suspeitos ou confirmados de:

> (...) violência doméstica/infrafamiliar, 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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Quando o profissional de saúde não realiza a notificação, a mesma é feita a partir dos dados do Boletim de Atendimento Médico (BAM), por Agentes de Combate a Endemias que realizam rotinas de visita às Unidades de Saúde para recolher as fichas e encaminhá-las à Diretoria de Vigilância Epidemiológica – as Figuras 1 e 2 trazem fluxogramas que mostram o processo de notificação, desde a chegada da vítima à unidade de saúde até o destino dado à ficha de notificação;

Seus dados são utilizados somente dentro da área da saúde, não servindo de fonte para abertura ou instrução de inquéritos policiais ou processos judiciais. A exceção são as violências contra menores de 18 anos ou maiores de 59 anos, quando é obrigatória a notificação aos Conselhos Tutelar (Estatuto da Criança e do Adolescente: BRASIL, 1990) e do Idoso (Estatuto do Idoso: BRASIL, 2003). Nos casos de violência contra a mulher, ao contrário, a vítima é apenas orientada a buscar a DEAM, decidindo ela mesma ir ou não.

A partir da versão 5.0 da ficha, foi incluída a violência homo/lesbo/transfóbica: campos "Nome Social", "orientação sexual", "identidade de gênero", "motivação da violência" e "ciclo de vida do provável autor da agressão" – atendendo à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros (Brasil, 2013);

Tentativas de suicídio e violência sexual são consideradas como de notificação imediata (menos de 24 horas): a primeira, com objetivo de encaminhar a vítima para a atenção psicossocial com o máximo de rapidez, evitando novas tentativas; a segunda, para providências imediatas de contracepção de emergência e profilaxia de DST/AIDS/ hepatites virais.

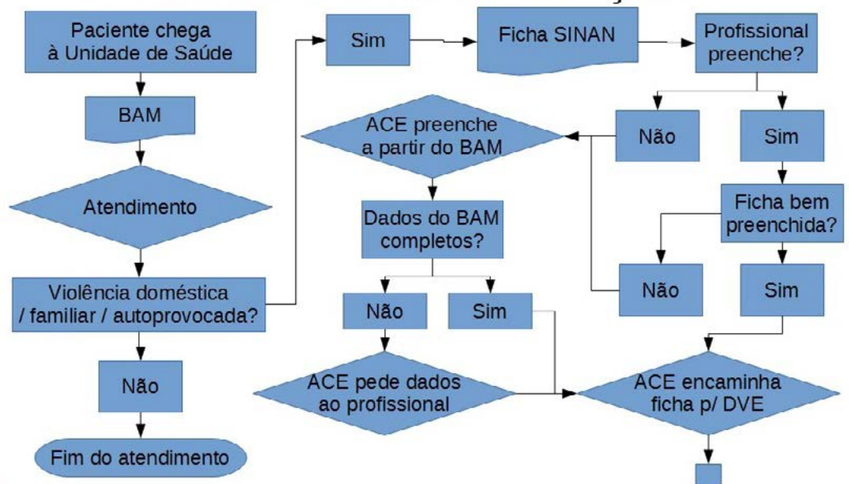
A violência como questão de saúde e a criação do núcleo

A primeira menção feita pela Organização Mundial de Saúde sobre a violência como uma de suas prioridades foi na Conferência de Atenção Primária em Saúde de Santa Fe, EUA, em 1992. Já a Assembleia Mundial de Saúde, em sua resolução WHA49.25 de 1996, declarou a violência como um importante problema de saúde pública, e convocou a Organização Mundial de Saúde a desenvolver uma tipologia da violência que englobasse os diferentes tipos de violência e as ligações entre eles (Dahlberg e Krug, 2007, p.1166). A OMS começa a tratar a violência como problema de saúde pública na Conferência de Jacarta, Indonésia, no ano seguinte (Cabral, 2012, in: Marques et al, 2016, p.2).

A OMS lança em 2002 um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al, 2002,p.243-244), em que se manifesta sobre o tema de maneira mais contundente – inclusive declarando, razões pelas quais o setor de saúde deve se envolver no tema da violência.

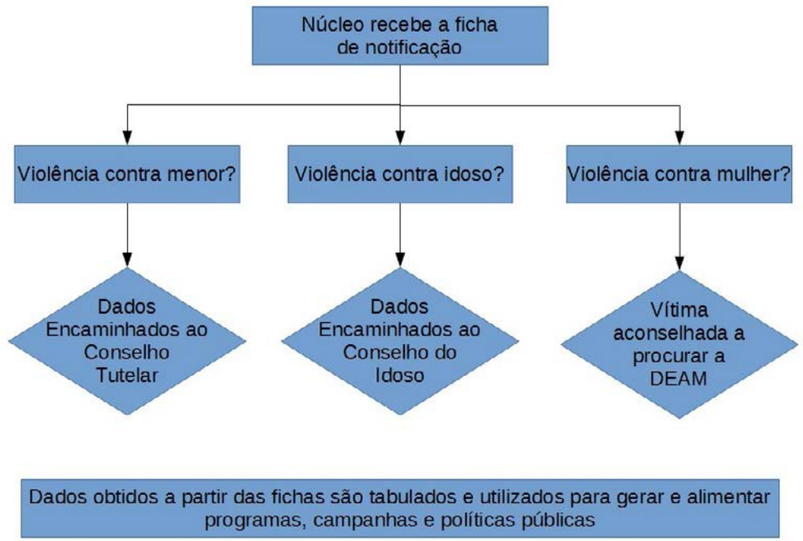
Em 16 de maio de 2001, através da portaria n° 737, o Ministério da Saúde cria a Política

FLUXOGRAMA
FICHAS DE NOTIFICAÇÃO



LEGENDA:
ACE: Agente de Combate a Endemias
BAM: Boletim de Atendimento Médico
DEAM: Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
DVE: Diretoria de Vigilância Epidemiológica

FLUXOGRAMA: AÇÕES DO NÚCLEO



Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, tendo como objetivo "(...) a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas" (GM/MS, 2001). Até então, não havia definição de uma política unificada e específica neste sentido.

Esta política foi instrumentalizada pela Portaria n° 936, de 18 de maio de 2004, quando foi estruturada a Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. Esta portaria estabelece a criação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde em: municípios com mais de 100.000 habitantes; estados que possuam ao menos dois municípios com núcleo implantado; e o Distrito Federal. Esta Rede tem entre seus objetivos articular a gestão de conhecimento e integrar diferentes setores da sociedade (governo, sociedade civil e ONGs) em um esforço conjunto no sentido de prevenir a violência e promover a saúde.

Tendo em vista estas iniciativas, foi criado o Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz em Angra dos Reis – que tem hoje uma população aproximada de 190.000 habitantes. O Núcleo é vinculado à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Superintendência de Vigilância em Saúde, órgão da Secretaria Municipal de Saúde / Fundação de Saúde de Angra dos Reis. Desde 2007 até 2014, foi feita uma análise do número de casos de violência, já com a participação do Núcleo – ainda que não formalmente instituído.

Em 25 de maio de 2015 foi definido o Fluxo de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual em Angra dos Reis, também com a participação do Núcleo de Prevenção à Violência. No entanto, antes da formalização do Núcleo, o trabalho de notificação era descentralizado. Conforme relata a equipe: "Anteriormente o trabalho de notificação de violência era coordenado pelos Programas de Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher e Saúde do Idoso."

Todos estes acontecimentos levam à regulamentação do Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz de Angra dos Reis, através do Decreto Municipal n° 10.019, de 15 de janeiro de 2016. Assim, o trabalho de notificação foi unificado, permitindo maior integração nas ações de prevenção e combate às diversas formas de violência.

A estrutura e atividades do núcleo

Nas palavras da própria equipe, o Núcleo de Prevenção à Violência

> (...) corresponde à equipe de saúde responsável pelo monitoramento às vítimas de violência, pela organização do atendimento e articulação das ações a serem desenvolvidas as pessoas vítimas de violência. O núcleo deve organizar o atendimento junto à rede de atenção à saúde, articulando ações entre os serviços de saúde.

O Núcleo está localizado na sede principal da Secretaria Municipal de Saúde, no bairro Balneário, em Angra dos Reis. Sua equipe é composta de uma coordenadora com formação em Administração e três profissionais com formação em Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Os recursos de que dispõe são oriundos da esfera municipal.

Entre as atribuições do Núcleo, estão:

• Estruturar uma rede de atenção integral às vítimas de violência do Município, articulando com outras secretarias e autarquias as estratégias de acolhimento e atendimento;

• Monitorar as manifestações de violência no Município;

• Analisar, quantitativa e qualitativamente, os dados preenchidos nas Fichas de Notificação de Violência do SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação;

• Propor ações de prevenção à violência e promoção da paz no Município;

• Fortalecer a rede de atenção integral, através de um programa de Educação Permanente para os profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social;

• Criar um fórum intersetorial de promoção da cultura da paz no Município.

Os objetivos principais do Núcleo são:

• Obter melhoria na qualidade dos dados coletados nas fichas de notificação, através da conscientização dos profissionais de saúde quanto ao preenchimento das mesmas;

• Produzir um Boletim Epidemiológico da violência no Município, com base nos dados coletados nas fichas de notificação;

• Visitar as Unidades de Saúde que não apresentarem fichas de notificação, para verificar se realmente não há casos de violência atendidos ali;

• Realizar, em conjunto com outras secretarias e autarquias municipais, atividades de prevenção à violência e promoção da paz;

• Fomentar encontros para discutir os temas de prevenção à violência e promoção da cultura da paz junto à sociedade civil;

• Fomentar a discussão sobre o tema "Violência e Promoção da Paz" entre todas as secretarias e autarquias municipais.

A rede de saúde pública de Angra dos Reis é composta de mais de 60 unidades de saúde distribuídas entre os 5 Distritos Sanitários do Município, sendo um Hospital Geral, seis Serviços de Pronto Atendimento, sete Centros de Especialidades Médicas e 56 Estratégias de Saúde da Família. A equipe do Núcleo mantém uma agenda de visitação regular a todas as Unidades, de acordo com as necessidades de cada uma, relativamente à quantidade e qualidade das fichas de notificação provenientes das mesmas.

Embora este trabalho não inclua uma análise quantitativa da distribuição de notificações realizadas entre os setores de atenção básica, secundária e terciária da rede de saúde pública do município, a equipe do Núcleo ressaltou enfaticamente, na entrevista, que a grande maioria das notificações de violência é coletada nas salas de emergência dos Serviços de Pronto Atendimento e do Hospital Geral. Esta realidade não se limita a Angra dos Reis: um trabalho semelhante foi realizado em 2015, em uma região administrativa do município do Rio de Janeiro, onde se verificou que aproximadamente 90% das notificações provinham da atenção terciária, composta pelas unidades de saúde voltadas ao atendimento de urgências e emergências (Marques et al, 2016, p.5). No mesmo artigo, é enfatizada a importância das unidades de atenção básica de saúde (como as Estratégias de Saúde da Família) para o trabalho de notificação e prevenção de violências: "Vale destacar que a atenção primária à saúde é considerada espaço propício para uma série de atuações, desde a identificação dos casos de violência doméstica, acolhimento, notificação até o acompanhamento dos casos." (p.5)

A partir das fichas de notificação, o Núcleo coleta os dados relativos à violência no município; esses dados alimentam a criação de políticas públicas dentro da própria Secretaria de Saúde ou mesmo em parceria com outras secretarias, como é o caso do atual esforço para a criação de uma casa-abrigo para mulheres vítimas de violência em Angra dos Reis: o Núcleo fornece à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos os dados quantitativos de violência doméstica contra mulheres, que precisam sair de suas casas para evitar contato com o agressor mas não têm para onde ir; esses dados são usados pela SASDH no projeto de criação da casa-abrigo.

O Núcleo também cria campanhas de conscientização e participa de eventos em parceria com outras instituições. Segundo a equipe do Núcleo, a integração com a Secretaria de Educação e a Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos é primordial para a efetividade do trabalho. Dois exemplos a serem citados são: o Seminário de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, promovido pela Prefeitura Municipal de Angra dos Reis no dia 16 de maio de 2016; e o evento em praça pública para marcar o Dia Nacional de Combate e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, no dia 18 seguinte. Ambos os eventos tiveram a participação do Conselho Tutelar, Conselho da Criança e do Adolescente, Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, Secretaria de Educação e diversos representantes do poder público municipal (ANGRANEWS, 2016).

Outro exemplo de movimento de conscientização conjunta foi a parceria com a Coordenadoria de Políticas para a Mulher, vinculada à Prefeitura. Foram distribuídos folders com o tema: "Uma vida sem violência é um direito das mulheres – Em briga de marido e mulher o poder público mete a colher" na entrada de empresas como BRASFELS e Eletronuclear, com maioria de funcionários homens. Este material alerta para a atuação real do poder público no que diz respeito à violência contra a mulher. Nele, são divulgados diversos canais de denúncia, em especial o Ligue 180; também ressalta a possibilidade da denúncia anônima, bem como o amplo apoio multidisciplinar oferecido à vítima.

Realizações e desafios

A equipe do Núcleo relata algumas conquistas já obtidas a partir do trabalho de conscientização dos profissionais de saúde da rede municipal:

• Qualificação do preenchimento da ficha após treinamentos das equipes;

• Aumento do número de notificações;

• Continuidade da assistência das vítimas de violência em acordos entre o núcleo e demais unidades de saúde;

• Definição de fluxo e protocolo voltados aos casos de violência.

Também foi mencionado que a melhoria da quantidade e qualidade dos dados de violência em Angra, bem como a integração entre setores e secretarias promovida pelo Núcleo, colaborou para a recente instalação de uma Delegacia da Mulher no município.

Quanto aos desafios e objetivos ainda a serem alcançados, a equipe menciona:

• Falta e/ou ausência do correto preenchimento dos campos da ficha de notificação do SINAN. A falta de informação das fichas compromete a investigação e análise do caso;

• Falta de informação nos boletins de atendimento médico. As fichas são preenchidas a partir dos boletins;

• A subnotificação é considerada como um grande problema no município. (...) Causas: alguns profissionais não consideram necessário notificar os casos, outros relatam que sentem medo ou insegurança em notificar o caso (profissionais relatam que sofreram ameaças por pacientes ou familiares).

Outros desafios listados: o empenho na criação de uma Casa Abrigo para mulheres vítimas de violência no município; a necessidade de maior envolvimento do setor de atenção básica na notificação da violência, evitando que os casos cheguem às unidades de emergência; a queda no número de notificações em períodos de epidemias (como a dengue) ou outras emergências em saúde – a notificação é considerada como de menor importância face a outras questões na saúde pública. Não há estimativas da quantidade de casos não notificados.

Considerações finais

Muito já se conseguiu desde o início das atividades do Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz em Angra dos Reis. Agora centralizadas, as ações de monitoramento das notificações e dos próprios casos de violência podem gerar dados quantitativa e qualitativamente superiores. As políticas públicas criadas, as campanhas e eventos que o Núcleo promove e dos quais ele participa, além dos diálogos intersetoriais promovidos, têm tido alcance e efetividade crescentes.

Mas ainda existem áreas deficientes na notificação, prevenção e combate às violências. A conscientização e a capacitação são necessidades constantes na realidade dos profissionais e unidades de saúde; é fundamental a melhoria na quantidade e qualidade das fichas de notificação, bem como o trabalho contínuo junto à comunidade e a integração com as diferentes secretarias municipais. Assim, o ganho social poderá ser verificado nas duas frentes – a diminuição dos casos de violência e a correta notificação dos casos ocorridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGRA DOS REIS. Decreto n° 10.019, de 15 de janeiro de 2016. Regulamenta o Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz. Boletim Oficial do Município de Angra dos Reis. Ano XI – n° 605 – 15 de janeiro de 2016. Disponível em <http://angra.rj.gov.br/downloads/bo/bo-605-em-15-01-2016_site.pdf>. Acesso em 03 de junho de 2016.

ANGRANEWS. Angra no combate à exploração sexual de crianças e adolescentes. Disponível em: <http://angranews.com.br/angra-no-combate-exploracao-sexual/>. Acesso em 23 de maio de 2016.

BRASIL. Lei n° 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6259.htm>. Acesso em 25 de julho de 2016.

_____. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 23 de maio de 2016.

_____. Lei n° 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 25 de julho de 2016.

_____. Lei n° 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, em território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em 25 de julho de 2016.

_____. Lei n° 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm Acesso

em 23/05/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros. Brasília: 1. ed, 1. reimp: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Cabral CMT, Maia EMC. O SUS e a rede de garantia de direitos: estado da arte sobre as publicações científicas concernentes à implantação de serviços de acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. Mudanças - Psicologia da Saúde, v. 20, p. 81-88, 2012. In: MARQUES, Camila Coelho. SILVA FILHO, Djalma Pedro da. CARVALHO, Emanuely Santos de et al. A experiência do Grupo Articulador Regional da Área Programática 2.1: sensibilização de profissionais de saúde para atuação nos casos de violência doméstica nos casos de abrangência. Revista Saúde em Foco. V.1, N.1 (2016). Disponível em <http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/187/180>. Acesso em 20 de julho de 2016.

DAHLBERG, Linda L. KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. In: Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2016.

KRUG, Etienne G. et al., eds. World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

LOPES, André Felipe Malvar. Empoderamento de mulheres e violência de gênero: a Lei Maria da Penha como instrumento jurídico para o efetivo exercício da cidadania e proteção do direito das mulheres. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/41955/empoderamento-de-mulheres-e-violencia-de-genero-a-lei-maria-da-penha-como-instrumento-juridico-para-o-efetivo-exercicio-da-cidadania-e-protecao-do-direito-das-mulheres>. Acesso em 24 de julho de 2016.

MARIE CLAIRE. “Na Delegacia da Mulher passei por uma situação mais traumatizante que o próprio estupro”, diz vítima. Disponível em <http://revistamarieclaire.globo.com/Noticias/noticia/2016/06/na-delegacia-da-mulher-passei-por-uma-situacao-mais-traumatizante-que-o-proprio-estupro-diz-vitima.html>. Acesso em 24 de julho de 2016.

MARQUES, Camila Coelho. SILVA FILHO, Djalma Pedro da. CARVALHO, Emanuely Santos de et al. A experiência do Grupo Articulador Regional da Área Programática 2.1: sensibilização de profissionais de saúde para atuação nos casos de violência doméstica nos casos de abrangência. Revista Saúde em Foco. V.1, N.1 (2016). Disponível em <http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/187/180>>. Acesso em 20 de julho de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO. Portaria n° 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em <http://www.editoramagister.com/doc_23254_PORTARIA_N_737_DE_16_DE_MAIO_DE_2001.aspx>. Acesso em 19 de julho de 2016.

_____. Portaria n° 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. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html>. Acesso em 19 de julho de 2016.

____. Portaria n° 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em 25 de julho de 2016.

PASINATO, Wânia. Violência contra a Mulher no Brasil: Acesso à Informação e Políticas Públicas. Disponível em: <http://artigo19.org/wp-content/uploads/2015/03/Relat%C3%B3rio-Viol%C3%Aancia-contra-a-Mulher.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2016.

PORTAL BRASIL. ¬ 43% das mulheres já foram vítimas de violência doméstica, segundo anuário. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2011/07/43-das-mulheres-ja-foram-vitimas-de-violencia-domestica-segundo-anuario>. Acesso em 22 de julho de 2016.

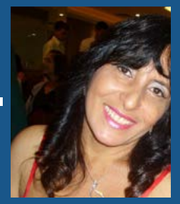
_____. Violência contra mulher é combatida com disque-denúncia. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/06/violencia-contra-a-mulher-e-combatida-com-disque-denuncia-e-campanhas>. Acesso em 25 de julho de 2016.

PORTAL G1. Maridos são principais agressores em casos de violência contra a mulher. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2011/10/maridos-sao-principais-agressores-em-casos-de-violencia-contra-mulher.html>. Acesso em 24 de julho de 2016.

Debora Melo Canedo Santos

Assistente Social, especialista em Serviço Social e Saúde, apoiadora do Grupo Articulador Regional e da Linha de Cuidado da Saúde do Adulto - Coordenadoria de Saúde da Área Programática 3.3, Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Eunice D'Assumpção Lima Rangel



Assistente Social, especialista em saúde mental, Mestre em Marketing Internacional, apoiadora do Grupo Articulador Regional e Assessora de Saúde Mental pela Divisão de Ações e Programas de saúde da Coordenadoria de Saúde da Área Programática 3.3 - Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Laís Martins Costa Araujo

Assistente Social, especialista em Serviço Social e Saúde. Atua diretamente nas áreas de prevenção à violência, saúde e segurança pública. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Articulação, Violência e Saúde.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE REDE: *A EXPERIÊNCIA DA ARTICULAÇÃO NO TERRITÓRIO DA AP 3.3 NOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA*

Debora Melo Canedo Santos, Eunice D'Assumpção Lima Rangel, Laís Martins Costa Araujo

Resumo

O presente artigo aborda o fenômeno da violência, mais especificamente da violência doméstica, do ponto de vista da saúde pública. Desde 2001 a violência foi oficialmente incorporada como agravo para saúde e desde então algumas ações estão sendo desenvolvidas em várias esferas de poder no sentido de acolher de forma integral e intersetorial pessoas em situação de violência. Pretende-se portanto apresentar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares de Rede enquanto uma ferramenta para o acolhimento intersetorial das situações de violência identificadas na esfera local, visando atender às demandas dos profissionais de saúde e das demais instituições que compõem a Rede de Proteção Social local.

Palavras-Chave: Violência, Saúde, Grupo Articulador Regional, Projeto Terapêutico Singular.

Contextualizando o território:

Primeiramente, é importante situar o contexto no qual se encaixa esse relato. Desde a década de 80, o município do Rio de Janeiro foi dividido em áreas programáticas de saúde, cuja coordenadoria era designada como Coordenação de Área de Planejamento e estava voltada para o planejamento em saúde do território seguindo a lógica da descentralização administrativa e era o órgão responsável tanto pelas unidades de atenção primária, quanto secundárias e terciárias municipais, realizando também a articulação com as unidades estaduais e federais de saúde.

Em 2009, a CAP assumiu a nomenclatura de Coordenadoria de Atenção Primária, também chamada de Coordenadoria de Área Programática - termo adotado neste trabalho – dividindo o munícipio de acordo com o mapa que segue, e passando a coordenar somente as unidades de atenção primária.

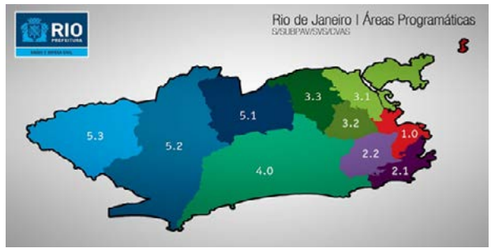


Imagem 1: Divisão por Áreas Programáticas de saúde – Município do Rio de Janeiro.

Trataremos aqui, da Área Programática de Saúde 3.3 (AP 3.3) que apresenta um cenário de grande vulnerabilidade social, com aproximadamente um milhão de habitantes. Na AP 3.3 se concentram alguns dos bairros com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) mais baixos da cidade do Rio de Janeiro, como podemos ver no próximo mapa, abrangendo desde o bairro de Acari até Vista Alegre, na Zona Norte, numa região marcada por constantes confrontos armados.

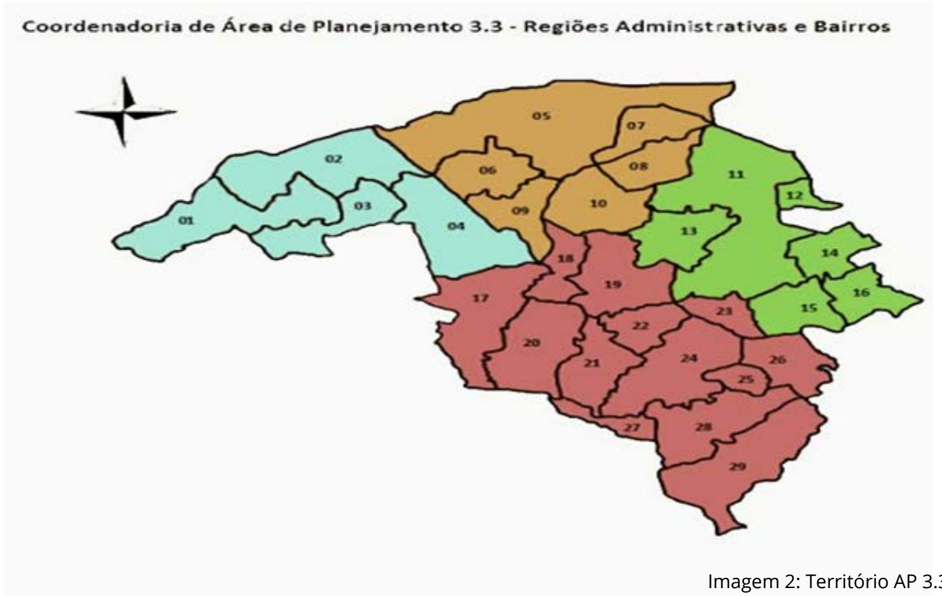


Imagem 2: Território AP 3.3

01- Parque Anchieta / 02- Anchieta / 03- Ricardo de Albuquerque / 04- Guadalupe / 05- Pavuna / 06- Costa Barros / 07- Parque Colúmbia / 08- Acari / 09- Barros Filho / 10-Coelho Neto / 11- Irajá / 12- Vista Alegre / 13- Colégio / 14- Vila da Penha / 15- Vicente de Carvalho / 16- Vila Kosmos / 17- Marechal Hermes / 18- Honório Gurgel / 19- Rocha Miranda / 20- Bento Ribeiro / 21- Oswaldo Cruz / 22-Turiaçu / 23- Vaz Lobo / 24- Madureira / 25- Engenheiro Leal / 26 - Cavalcanti / 27- Campinho / 28- Cascadura / 29- Quintino Bocaiúva

Atualmente, a rede de Atenção Primária à Saúde do município conta com cerca de 62% de cobertura efetuada pelo Programa Saúde da Família (PSF), e a AP 3.3 possui 31 unidades, com o total de 169 equipes, uma equipe de Consultório na Rua, 64 equipes de Saúde Bucal e 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados em 29 unidades.

Além disso, essa área adstrita é coberta por 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): 1 voltado para atendimento infantil, 1 para uso abusivo de álcool e drogas e 2 voltado para atendimento de adultos; 6 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); 3 Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); 2 Conselhos Tutelares; 2 Coordenadorias Regionais de Educação (CRE); 2 Coordenadorias de Desenvolvimento Social (CDS); 1 Centro de Referência da Pessoa com Deficiência; 1 Núcleo do Programa Melhor em Casa / Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso e 1 Casa de Atendimento à Mulheres dentre algumas outras instituições.

Cuidado em saúde às situações de violência:

Como visto, é nesse cenário de extrema vulnerabilidade e poucos equipamentos de proteção social que os profissionais do Programa de Saúde da Família da AP 3.3 são chamados a intervir frente aos casos de violência. Normas e legislações determinam como dever do profissional de saúde notificar compulsoriamente casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica, sexual, entre outras violências.

Em 2014, o Grupo Articulador Regional da AP 3.3 realizou diagnóstico situacional em que foi identificada a subnotificação dos casos de violência em todas as unidades de saúde da AP 3.3. Como se pode ver na tabela abaixo, em 2014, somente 40% das unidades já haviam feito alguma notificação de violência doméstica e/ou violência autoprovocada.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS - Sinan NET													
Frequência por Mes da Notific segundo Unid Saude Not													
Unid Saude Not	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2270390 HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3
2273411 SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	6	5	10	16	8	6	7	10	12	8	5	0	93
5955629 SES RJ UPA 24H IRAJA	18	18	23	13	16	24	10	10	19	16	12	9	188
6037569 SES RJ UPA 24H MARECHAL HERMES	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	3	1	10
5955688 SES RJ UPA 24H RICARDO DE ALBUQUERQUE	1	0	0	0	0	3	1	1	1	5	1	0	13
CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS	0	0	0	0	2	6	1	0	1	3	1	0	14
CF DANTE ROMANO JUNIOR	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7
CF SOUZA MARQUES	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	0	0	6
CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO	0	4	2	6	2	5	8	7	5	2	0	0	41
CMS CARLOS CRUZ LIMA	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
CMS CARMELA DUTRA	0	0	0	2	0	1	0	1	1	5	0	1	11
2269295 SMS CMS CLEMENTINO FRAGA AP 33	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	4	4	13
5315026 SMS CMS FAZENDA BOTAFOGO AP 33	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
2269759 SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA AP 33	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
2708205 SMS CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
5541719 SMS CMS MORRO UNIAO AP 33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2296586 SMS CMS NASCIMENTO GURGEL AP 33	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	5
5315050 SMS CMS PORTUS E QUITANDA AP 33	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2269627 SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER AP 33	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2269945 SMS MATERN ALEXANDER FLEMING	6	10	7	12	6	5	6	7	6	6	5	4	80
2291286 SMS RIO HOSP MUN FRANCISCO DA S TELLES	0	1	2	0	1	5	2	0	1	2	4	1	19
7110340 SMS RIO PADI FRANCISCO DA SILVA TELLES	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
6661904 SMS RIO UPA 24H MADUREIRA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7110162 SMS RIO UPA 24H ROCHA MIRANDA	7	3	4	6	2	3	2	5	3	1	8	2	46
5717256 SMSDC HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
0000408 UPA IRAJA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	8
Total	47	43	49	61	42	61	44	47	50	57	48	34	583

Tabela1: Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências – AP 3.3 - 2014. Fonte: SINAN/NET

Diante dessa questão, foram identificadas três causas possíveis para a subnotificação:

1. Desconhecimento por parte dos profissionais sobre o fluxo da ficha de notificação, o SINAN;

2. Receio e medo da retaliação, sentidos pelos profissionais, em relação ao ato de notificar casos de violência, principalmente quando atuavam em áreas de risco;

3. Dificuldade de entendimento da diferença entre notificação e denúncia;

4. Falta de sensibilização dos profissionais para esse tema.

Frente a tais causas, o GAR em parceria com o Viva Rio, tem desenvolvido algumas atividades de sensibilização e instrumentalização dos profissionais do PSF para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação e acompanhamento dos casos de violência, inclusive produziram a cartilha instrutiva intitulada “Construindo Juntos: Profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuários lidando com a violência doméstica”. (FOTO 1)

Oficinas de educação permanente em todas as unidades de Atenção Primária. Foto: reprodução

Através dessa parceria, em 2015, foram promovidas oficinas de educação permanente (FOTO 2) em todas as unidades de Atenção Primária com a metodologia de discutir os casos reais de violência identificados e atendidos nas próprias unidades de saúde, as quais os profissionais selecionaram previamente. Tais oficinas contaram com a presença da equipe multiprofissional, com os ACS e os profissionais de nível técnico e superior. Ao final do ano, todas as unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 3.3 receberam oficinas e duzentos e noventa e sete profissionais de diversas categorias participaram das atividades.

Diante de uma análise crítica do material colhido nos anos anteriores, dos resultados das Oficinas de Estudo de Caso, ocorridas durante o ano de 2015, e do baixo número de notificações, como podemos observar na tabela abaixo referente às notificações de violência realizadas em 2015, foi possível identificar na prática alguns desafios e dificuldades que os profissionais de saúde podem vivenciar no atendimento às pessoas em situação de violência doméstica, sobretudo no que diz respeito à notificação compulsória desses casos.

Ainda que possamos identificar um aumento no número de notificações realizadas pelas unidades de saúde da AP 3.3, se compararmos os anos 2014 e 2015, observamos que o quantitativo de notificações das unidades básicas de saúde ainda é baixo, havendo maior número de casos notificados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais Gerais.

Em 2016, o GAR da AP 3.3 reforçou, ainda em parceria com o Viva Rio, as atividades de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação e acompanhamento dos casos de violência, dando continuidade ao trabalho de educação permanente, que deve ser contínuo e longitudinal para que se aproxime do objetivo até então não alcançado.

Unidades de Saúde	2015 Jan	2015 Fev	2015 Mar	2015 Abr	2015 Mai	2015 Jun	2015 Jul	2015 Ago	2015 Set	2015 Out	2015 Nov	2015 Dez	Total 2015
HOSPITAL CLEMÊNCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
HOSPITAL NORTE DOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	9	11	11	9	8	23	14	14	19	15	11	13	168
UPA 24H MARECHAL HERMES	6	4	1	0	0	0	1	1	10	1	1	7	35
UPA 24H RICARDO DE ALBUQUERQUE	4	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	16
UPA 24H IRAJÁ AP 33	13	14	9	11	10	13	14	10	17	9	14	9	153
CF ANA MARIA CONCEIÇÃO DOS SANTOS CORREIA AP 33	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	4	17
CF EPITÁCIO SOARES REIS AP 33	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
CF MESTRE CELESTINO AP 33	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO AP 33	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	5
CF MARCOS VALADÃO AP 33	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6
CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA AP 33	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4
CF SOUZA MARQUES AP 33	0	1	1	0	0	0	1	1	4	1	4	0	16
CMS ALICE TOLEDO TIBIRIÇA AP 33	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO AP 33	1	1	6	0	0	1	1	1	1	1	0	0	17
CMS CARMELA DUTRA AP 33	0	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	21
CMS CLEMENTINO FRAGA AP 33	1	1	8	4	1	1	0	0	0	0	0	0	18
CMS ESMA VALADÃO AP 33	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
CMS MORRO UNIÃO AP 33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4
CMS NASCIMENTO GURGEL AP 33	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CMS PORTUS E QUITANDA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER AP 33	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES AP 3 3	0	1	1	3	1	4	7	3	7	5	1	21	64
HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	1	1	3	3	1	3	1	4	3	1	1	3	30
PADI FRANCISCO DA SILVA TELLES AP 33	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UPA 24H MADUREIRA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	5
UPA 24H ROCHA MIRANDA AP 33	1	4	8	1	15	9	15	42	21	11	20	33	230
UPA 24 HORAS RICARDO DE ALBUQUERQUE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UPA IRAJÁ	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3	3	11
RAMOS AVALCANTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF DANTE ROMANO JUNIOR AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ALBERTO BORGERTH AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS CARLOS CRUZ LIMA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS FAZENDA BOTAFOGO AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
												Total 2015:	880

Tabela 2: Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências – AP 3.3 - 2015. Fonte: SINAN/NET

Complexidade dos casos de violência e a necessidade da articulação intersetorial:

Compreendendo que o fenômeno da violência é multicausal e que, portanto, trata-se de um fenômeno complexo, faz-se necessária a articulação intersetorial para o atendimento integral às pessoas em situação de violência.

De acordo com a cartilha "Construindo Juntos: profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuários lidando com a violência doméstica", produzida pelo Viva Rio em parceria com a CAP 3.3, o seguimento dos casos consiste no acompanhamento da pessoa em situação de violência e da sua família até a alta e envolve tanto os serviços da Atenção Primária como os da rede especializada e hospitalar. Isso pressupõe um fluxo interno de atendimento, formas de referência, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares e reuniões de equipe de saúde para discutir a evolução e o prognóstico dos casos e garantir a eficácia das ações de proteção, cuidados e prevenção.

Neste acompanhamento, as reuniões de equipe são fundamentais para avaliar a adesão e aceitação do usuário e de sua família em relação ao tratamento, as necessidades específicas de cada caso de violência, a capacidade de intervenção das equipes, as responsabilidades dos profissionais envolvidos, o compartilhamento das impressões, a articulação com outros setores da rede e o tempo estimado do seguimento.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a identificação das redes de cuidado de saúde, de proteção social e de defesa é um passo extremamente importante para o atendimento e referência das pessoas

expostas à violência doméstica nas suas diferentes manifestações. No entanto, a simples identificação dos serviços não garante uma assistência de qualidade. É necessário articular os serviços que compõem essas redes, definir os fluxos e protocolos de forma intrassetorial (entre os serviços do setor saúde) e intersetorial (entre os serviços dos diversos setores da comunidade, como assistência social, jurídico, educação, entre outros).

Logo, entende-se por articulação intersetorial a agregação de diversos setores e serviços que complementem as ações de cuidado, através de diálogo entre os dispositivos para construção conjunta e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de rede para cada caso específico.

A articulação intersetorial torna-se, logo, imprescindível para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. Dessa forma, caracteriza-se como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor de saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema, com vistas a atingir resultados mais efetivos do que alcançaria a atuação solitária de qualquer um dos setores. Para alcançar resultados em saúde, os diferentes equipamentos devem se comunicar, dentro e fora do seu setor, criando uma rede de proteção aos usuários. A articulação entre os serviços, estruturada por meio de conexão próxima entre seus diversos profissionais, ações e projetos, criaria, logo, uma rede de interdependência e corresponsabilização entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral, materializando, assim, o conceito de trabalho em rede.

(FERRO, LF; ZIMMERMANN, AB; CASTANHARO, RCT; et al.)

Avaliamos que o PTS de Rede é uma ferramenta com potencialidade para intervir nos casos com grandes riscos psicossociais, que apresentam uma complexidade e requerem esforço de todas as áreas de atuação. Assim, a construção do PTS de rede prevê o compartilhamento das ações e monitoramento, evitando a sobrecarga de um só setor frente às múltiplas demandas que esses casos apresentam.

O PTS consiste em identificar as dificuldades persistentes e criar um conjunto de propostas, ações e condutas terapêuticas pactuadas intersetorialmente, através de um debate coletivo continuo e específico, com determinação de prazos, metas e retorno, valorizando, assim, os desdobramentos alcançados. Essa ferramenta se apresenta como um desafio e, ao mesmo tempo, como uma estratégia potencial para o atendimento integral no contexto da Atenção Primária à Saúde.

São muitos os desafios que a Atenção Primária encontra no seu cotidiano para garantir o acesso e acompanhamento dos casos de violência, tais como: número muito grande de atividades e compromissos com diversas linhas de cuidado; rotatividade de profissionais nas unidades, principalmente de nível superior; complexidade dos territórios marcados pela violência urbana; alto índice de vulnerabilidade social e econômica da população; escassez de serviços de média complexidade e de dispositivos da rede de proteção social; dificuldade de compreensão sobre a importância da articulação intersetorial para os casos de violência.

Diante desses desafios o GAR têm realizado ações com vistas a promover e fomentar a articulação efetiva dos equipamentos da rede entendendo que, somente dessa maneira, será possível garantir o cuidado às pessoas e famílias em situação de violência.

Abaixo, serão descritas algumas atividades que proporcionaram a inserção do PTS de rede nas práticas de discussões de caso com as unidades da Atenção Primária:

• Monitoramento contínuo dos casos pela equipe do GAR a partir da informação recebida pelos serviços de várias formas, como: contato telefônico/email, notificação 24 horas, Gerências e Rede Intersetorial;

• Visitas técnicas nas unidades e apoio técnico nas discussões de casos com vulnerabilidades significativas, quando solicitados ou nas situações verificadas como prioritárias, tais como as que envolvem gestantes e puerperais;

• Realização de treinamentos para prevenção de violência, através de oficinas nas reuniões da equipe técnica, envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e NASF de todas as unidades de saúde do território. Esses treinamentos com objetivo de: garantir o acesso e a continuidade do cuidado ampliado das pessoas vítimas de violência; esclarecer os fluxos das linhas de cuidado (saúde da mulher, transmissíveis, saúde da criança, assistência farmacêutica); promover a compreensão da potência do trabalho realizado de forma interdisciplinar; fomentar a construção de PTS (Projeto Terapêutico Singular) e da articulação da rede intersetorial para os casos de violência;

• Visitas institucionais, reuniões pontuais com os conselhos tutelares da área fomentando um trabalho compartilhado e aproximado com a ESF;

• Qualificação das notificações de violência doméstica e tentativa de suicídio visando minimizar as inconsistências nos dados;

• Apresentação do tema da Violência doméstica e da Equipe do GAR no Introdutório das Linhas de Cuidado, direcionado os profissionais recém contratados para a área de expansão da ESF;

• Participação como membros da comissão local de assistência social da 5º e 6º Coordenação de Desenvolvimento Social (CDS); onde são articulados encontros intersetoriais com parceiros do território (ONGS, igrejas, educação, assistência social, associação moradores);

• Participação nas ações desenvolvidas pelo projeto da Plataforma dos Centros Urbanos, nos bairros: Acari, Costa Barros, Barros Filho e Madureira (Serrinha, Cajueiro e São José);

• Apresentação e discussão dos fluxos de atendimento às situações de violência no Fórum de Saúde Mental. Discussão entre os serviços de saúde mental como unidades notificadoras de violência interpessoal e autoprovocada;

• Realização de capacitação em Violência e Saúde Mental para médicos e enfermeiros e profissionais do NASF.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a experiência acumulada pelo GAR ao longo dos anos de forma contínua, apesar de algumas alterações internas, tem possibilitado a longitudinalidade do cuidado articulado intra e intersetorialmente, tendo como base o PTS de rede. Segue abaixo um exemplo de um caso exitoso:

> "Sra. A., de 41 anos, com 10 filhos vivos, sendo que 4 residem com a mesma (2, 4, 6 e 14 anos respectivamente a idade dos filhos que residem com a usuária) e seu companheiro atual, pai dos três filhos mais novos, procura a enfermeira de uma unidade da Atenção Primária da 3.3 constantemente há meses, relatando que sofria violência física do marido. Porém a enfermeira não compartilhou o caso de imediato. Após um tempo, observando a recorrência da queixa, a enfermeira apesar de não identificar lesões significativas, compartilha o caso com a equipe do NASF da unidade. Diante desse acionamento, a equipe do NASF agenda interconsulta, mas a usuária não comparece por mais de uma vez. No único contato com o NASF a assistente social da equipe encaminha a usuária para o CREAS.

Ao chegar no CREAS, Sra. A. recusa qualquer orientação e encaminhamentos propostos pela profissional da instituição. O caso se agrava e a Sra. A. procura mais uma vez a enfermeira, dizendo que está grávida, fruto de violência sexual por parte do companheiro e deseja fazer aborto. Após várias tentativas de interrupção da gestação por conta própria, através da ingestão de chás caseiros, a usuária é encaminhada pela equipe para a Maternidade Fernando Magalhães (unidade de referência para esses casos, que acolhe e acompanha com equipe multiprofissional). Porém, a Sra. A. também não comparece. Então, o GAR é acionado para dar suporte à ESF e sugere a discussão do caso em uma reunião intersetorial, com a proposta da construção do PTS de rede. Participou dessa reunião a CRE, o CREAS, o Conselho Tutelar, ESF (ACS, médico, enfermeira, gerente), NASF, ambulatório de saúde mental, representantes da gerência da linha de cuidado da mulher. A partir daí, o ACS apresentou informações ainda desconhecidas pela equipe, como também a escola e o próprio CREAS, dados esses que facilitaram a construção do PTS de rede".

Cabe acrescentar que, após a construção do PTS de Rede, as intervenções propostas para o caso apresentaram resultados positivos e a usuária e sua família seguem em acompanhamento pelos serviços envolvidos, inclusive realizando pré-natal na unidade de saúde de referência.

Considerações finais

Como se sabe, o processo de saúde e doença, tanto individual como coletivo, é de origem diversificada, dependendo, portanto, de vários fatores reconhecidos como determinantes de saúde e de doença. Dentre eles, existem aqueles que dizem respeito às coletividades, às cidades e às regiões, tais como: nível de desenvolvimento social e econômico, infraestrutura e grau de desigualdade de renda. Nesse sentido, podemos dizer que violência doméstica interfere nesse processo, pois perpassa por todos os ciclos de vida e deveria envolver toda rede intra e intersetorial.

PROBLEMA IDENTIFICADO	AÇÃO	RESPONSÁVEIS	CRONOGRAMA	ACOMPANHAMENTO/ AVALIAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS
1) Recusa de atendimento; 2) Risco materno-infantil; 3) Vulnerabilidade identificada dentre os 4 filhos; 4) Fragilidade de suporte familiar e social.	1) Priorizado atendimento do médico com ACS em visita domiciliar para garantir o pré-natal; 2) Levantamento da situação das outras crianças pela CRE, CREAS, Conselho Tutelar e Saúde (ESF/NASF/GAR); 3) Avaliação em saúde mental para a usuária; 4) Acompanhamento em saúde para o companheiro.	1) Médico e ACS; 2) CRE, CREAS, Conselho Tutelar, ESF, NASF, GAR; 3) NASF e Ambulatório; 4) ESF (médico, enfermeira, equipe de odontologia e ACS)	1 e 2) Durante a gestação e puerpério; 2) Durante 2 meses; 3) Continuo; 4) Continuo.	- Avaliações quinzenais/mensais intersetoriais com CRE, CREAS, Conselho Tutelar, Ambulatório Saúde Mental, ESF, NASF, GAR, gerência da linha de cuidado da mulher; - Criação de ferramenta de comunicação e troca de informações entre os serviços envolvidos; - Visitas domiciliares periódicas à família; - Elaboração de um discurso único entre os parceiros dos dispositivos intersetoriais na abordagem com a usuária e seus familiares.	- Acompanhamento da usuária e sua família no cuidado integral; - Garantir a inserção no planejamento familiar; - Construir e fortalecer suporte social e familiar para usuária e seus filhos; - Reduzir riscos de vulnerabilidade.

Tabela 3: Modelo para Sistematização de PTS de Rede – CAP 3.3
Fonte: Equipe GAR – CAP 3.3

Diante do exposto, podemos perceber que, mesmo incidindo um aumento potencial do número de notificação de violência doméstica pelas unidades de Atenção Primária, ainda há subnotificação expressiva dos casos atendidos. As equipes de saúde, mesmo após os espaços de sensibilização e capacitações, ainda apresentam dificuldades na identificação prévia de situações de violência relacionadas às demais vulnerabilidades que podem contribuir para aumento do risco de óbito. Vale destaque para o ciclo etário da criança e o corte de gênero da mulher. O agravo da violência doméstica pode estar na realidade dos casos de mortalidade desses ciclos de vida.

A liderança do setor saúde na articulação dessa rede intersetorial é particularmente importante, sobretudo nas áreas mais vulneráveis, que carecem de recursos públicos que atendam as patologias e os riscos de origem social.

A experiência acumulada através do trabalho realizado sinaliza para alteração no cenário de atendimento integral às pessoas em situação de violência, mas se faz necessária a atuação constante, continua, ininterrupta e articulada do GAR, para que as equipes de Saúde da Família se mantenham avivadas para importância da identificação, acolhimento, atendimento, notificação e seguimento dos casos de violência, vivenciados cotidianamente pelos usuários dos serviços de saúde.

Portanto, através das atividades do GAR no território, com suporte técnico do Viva Rio, apoiando as unidades diante dos casos complexos, criou-se a possibilidade de incentivar as ESF a incluir em sua prática diária a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de Rede como uma ferramenta potencial de corresponsabilização na garantia da gestão integrada do cuidado integral as pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial e de violência. Como dito, essa experiência ainda é recente e desafiadora, e existe um caminho ainda a percorrer objetivando a ampliação da articulação dos serviços da área a outras instâncias, tais como: direitos humanos, cultura e lazer, trabalho e renda, incluindo nessa direção de trabalho outras ações e recursos diversos da sociedade.

Referências Bibliográficas:

ARAUJO, L. M. C.; MALANQUINI, L; et al. Construindo Juntos: profissionais da estratégia saúde da família e usuários lidando com a violência doméstica. Rio de Janeiro: Viva Rio, 2013, v.1. p.90.

FERRO, LF; ZIMMERMANN, AB; CASTANHARO, RCT; et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. In. Mundo da Saúde, São Paulo - 2014;38(2):129-138.

SCHUTZ, F., MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. In. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010.

Eunice D’Assumpção Lima Rangel

Assistente Social, especialista em saúde mental, Mestre em Marketing Internacional, apoiadora do Grupo Articulador Regional e Assessora de Saúde Mental pela Divisão de Ações e Programas de saúde da Coordenadoria de Saúde da Área Programática 3.3, Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA EM “SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA” COMO CONTRIBUIÇÃO PARA O TRABALHO INTERSETORIAL NO TERRITÓRIO

Eunice D’Assumpção Lima Rangel

Capacitação em Saúde Mental e Violência para equipes de Saúde da Família da AP 3.3 - Foto: DAPS AP 3.3

A Área Programática 3.3 localiza-se na Zona Norte na cidade do Rio de Janeiro, possui cerca de um milhão de habitantes, com bairros com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) mais baixos da cidade do Rio de Janeiro, marcados por fortes conflitos armados e outros tipos de violência. A área da 3.3 em 2016 contava com 29 unidades de Atenção Primária, o que representa quase 70% de cobertura pelo Programa Saúde da Família e 8 equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Sabe-se da importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cuidado dos casos de sofrimento em saúde mental decorrentes da violência armada, que é uma realidade presente sobretudo com maior freqüência em comunidades vulneráveis e, diante das dificuldades do manejo de acolhimento, acompanhamento e articulação para os casos que chegam à ESF, que é a porta de entrada para o território, dando acesso as pessoas em sofrimento psíquico devido às violências enfrentadas, faz-se necessário a iniciativa de uma formação para os profissionais de nível superior.

Com o intuito de aumentar o número de profissionais da ESF formados e melhor instrumentalizados para o cuidado dos casos que envolvem situações de violência e saúde mental, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO) desenvolveu um projeto piloto, construído a partir da realidade dos territórios do município, e seus constantes conflitos armados e adoecimento decorrente deste fato.

Segundo o relatório de “Mortes Matadas por Armas de Fogo”, do mapa da violência de 2016, aponta que a cidade do Rio de Janeiro ocupa lugar preocupante no ranking das capitais brasileiras com grandes número de mortes por arma de fogo, sendo assim há um grave problema social, com relevante impacto na saúde mental da população que de forma direta ou indireta é afetada por está realidade.

Capacitação em Saúde Mental e Violência para equipes de Saúde da Família da AP 3.3 - Foto: DAPS AP 3.3

O projeto do CICV, em parceria com a SMS-RIO, objetiva formar os profissionais da ESF para prestar cuidados às situações de sofrimento em Saúde Mental, desencadeadas pela violência armada cotidiana no território.

A metodologia possui foco na intervenção breve, ferramenta que possibilitou uma reflexão dos profissionais de nível superior sobre a importância do debate na ampliação do tema violência e saúde mental em articulação com as linhas de cuidado e necessidades cotidianas, no sentido de garantir a clínica integral e ampliada aos casos complexos, resistentes as propostas de tratamento e de difíceis vínculos.

Na proposta de formação, a metodologia foi bastante dinâmica, por meio de discussão e elaboração de casos, dramatizações, rodas de conversas, exposições dialogadas, dinâmicas de grupo, vídeos entre outras atividades. Tendo como foco, situações que fossem semelhantes às vividas no cotidiano das equipes de ESF na Área Programática da 3.3.

Durante a capacitação, ao final de cada dia, foi realizada reunião entre os instrutores, para avaliar o processo de trabalho e ajustar as próximas atividades, considerando o que vinha sendo construído no decorrer das atividades.

Constataram-se nas atividades realizadas, com o relato dos profissionais o sofrimento dos trabalhadores dos serviços de saúde, que também são vítimas de diversas violências, desde os Agentes comunitários de Saúde, como os demais profissionais.

A capacitação teve duração de 2 dias, sendo realizada avaliação com os participantes, estes são surpreendidos com o modo em que a Saúde Mental é trabalhada, articulada com todas as linhas de cuidado e temas vivenciados pela Atenção Primária. Os profissionais relataram após a formação, que se sentiam mais preparados a lidar com demandas de vários tipos de violências e Saúde Mental, possibilitando a articulação intra e intersetorial.

Durante a formação foi pactuado encontros mensais de acompanhamento onde todos devem apresentar as ações desenvolvidas em suas unidades, como também as dificuldades enfrentadas. Nos encontros posteriores foram demonstradas ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, como grupos de convivência, onde é proporcionado um espaço de acolhimento as angústias e dificuldades dos usuários que foram afetados por situações de violência no território onde vivem, bem como a inserção de ações referentes a temática do curso que foram inseridos em grupos já existentes nos serviços.

Durante a formação desses profissionais, foram apresentadas outras ferramentas e fomentamos o uso das mesmas para facilitar a pratica de ações visando a articulação com a rede intra e intersetorial. Como por exemplo: a escuta qualificada, o Genograma e o Ecomapa. Isso possibilitou que os profissionais adquirissem experiências e estruturassem relatos de casos acolhidos com temática referente ao sofrimento psíquico, decorrente de situações de violência, deste modo envolvendo mais os profissionais e trabalhando as experiências dos serviços. Os profissionais apresentaram também breve planejamento de como pretendem aplicar o conhecimento construído no curso em sua unidade de saúde. Deste modo, amplia o compromisso e a responsabilidade dos envolvidos na formação em acompanhar e prestar apoio as atividades desenvolvidas no território.

Os grupos de Saúde Mental e Violência implantados são considerados somente quando estiverem ativos, utilizando a metodologia dada na capacitação. Muitas unidades ainda estão em processo de construção e consolidação desses grupos. A metodologia também produz efeitos nos atendimentos individuais.

Para 2017 existe a proposta de continuidade do trabalho fortalecendo as ações voltadas para situações de Saúde Mental e Violência diante de desafios e metas como: capacitar 80% de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) em saúde mental e violência das unidades inseridas em áreas de violência; implantar grupos utilizando a metodologia proposta em 50% de unidades que fizeram a capacitação em saúde mental e violência; dar continuidade nas oficinas para os ACS “O cuidado ajuda a reatar laços”; capacitar 80% de ACS em “O cuidado ajuda a reatar laços”, das unidades inseridas em áreas de violência; incentivar a articulação intersetorial para o cuidado compartilhado dos casos com algum tipo de sofrimento psíquico associado ao tema violência; construir plano visando à prevenção do suicídio e melhor acompanhamento dos casos identificados de tentativas de suicido.

Contudo, pode-se dizer que os impactos dessa formação têm possibilitado a ampliação de discussão sobre a temática e a inclusão de boas práticas no cotidiano da Atenção Primária no que se refere saúde mental, violência e rede de apoio a esses casos. Diante disto, se faz fundamental a construção de instrumentos de avaliação com a finalidade de conhecer os efeitos deste projeto que ainda é recente, porém bastante ambicioso na busca de uma melhoria na qualidade dos acolhimentos dos casos de sofrimento psíquico decorrente da violência e como abertura para dialogar com a rede intersetorial de forma mais compartilhada.

Referências Bibliográficas:

FELISBERTO, AC; CIANCO, RM. O cuidado ajuda a reatar laços – Cartilha sobre Saúde Mental e violência para Agentes Comunitários de Saúde. 1ª edição, Rio de Janeiro, RJ, CICV – 2013. Disponível em: bvssite.bvsvs.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=184

WAISELFISZ, JJ. Mortes Matadas por Armas de Fogo – Mapa da Violência 2015. Disponível em: www.juventude.gov.br/juventudeviva

www.vivario.org.br