

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM SAÚDE
PÚBLICA: INDICADORES DA INTERVENÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DA VIOLÊNCIA ENVOLVENDO
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Pâmela Kurtz Cezar

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM SAÚDE PÚBLICA:
INDICADORES DA INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA VIOLÊNCIA
ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Pâmela Kurtz Cezar

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Sistema Público de Saúde

Orientadora: Prof^ª. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS, Brasil

2011

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão

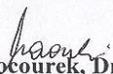
ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM SAÚDE PÚBLICA: INDICADORES DA
INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACERCA DA VIOLÊNCIA ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES

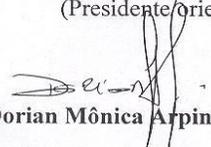
Elaborado por

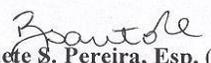
Pâmela Kurtz Cezar

como requisito parcial para obtenção do grau de
ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Comissão Examinadora:


Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)


Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)


Bernadete S. Pereira, Esp. (4ºCRS/RS)

Rosane Janczura, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que estiveram ao meu lado nesses dois anos de Residência Multiprofissional, que compartilharam comigo *sonhos, esperanças, frustrações e realizações*.

Aos colegas Residentes da Atenção Básica/Saúde da Família pelo *apoio, confiança e companheirismo*. E por me fazerem “*ampliar o olhar*” e compreender a *o cuidado em saúde enquanto agir coletivo*.

Em especial aos colegas Gilmara e Jessye que caminharam junto durante o Projeto de Pesquisa e Intervenção. Obrigada pela dedicação e pelo compartilhamento de saberes e utopias.

A professora Sheila Kocourek pela dedicação e disponibilidade na orientação dos Projetos e as acadêmicas Daniela e Emily do Curso de Serviço Social da UFSM pela ajuda e parceria neste processo.

Aos demais profissionais que ajudaram a dar vida aos Projetos.

Em especial aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família que nos incentivaram a desenvolver a Pesquisa e a Intervenção.

E, sobretudo às crianças e aos adolescentes vítimas de violência que nos mostraram o quanto somos responsáveis, enquanto profissionais da saúde, em romper com os ciclos de violência e promover uma melhor qualidade de vida às famílias.

MUITO OBRIGADA!

“Mudar é difícil, mas é possível”.
(Paulo Freire)

“Educar é impregnar de sentido o que fazemos a cada instante”.
(Paulo Freire)

RESUMO

Trabalho Final de Conclusão - modalidade artigo publicável
Programa de Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM SAÚDE PÚBLICA: INDICADORES DA INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA VIOLÊNCIA ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES

AUTOR: PÂMELA KURTZ CEZAR

ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREC

Data da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

A inserção dos profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, na área de concentração em Estratégia de Saúde da Família demonstrou um número expressivo de crianças e adolescentes vítimas de violência e as dificuldades de intervenção dos trabalhadores desse serviço em tais situações. Este artigo traz um relato da vivência de um Projeto de Intervenção do tipo capacitação, desenvolvido junto as Equipes de Saúde da Família acerca da violência envolvendo crianças e adolescentes. Para isso, fez-se uma discussão a partir de um recorte de três variáveis de uma Pesquisa desenvolvida pelos próprios profissionais da Residência Multiprofissional, que são: 1) atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima de violência na ESF; 2) se sente capacitado para atender crianças e adolescentes vítimas de violência; 3) existe um instrumento, protocolo ou registro formal para o atendimento de criança ou adolescente vítima de violência na ESF. Deste modo o objetivo desse estudo é demonstrar que a articulação Ensino-Serviço é uma metodologia capaz de aprimorar e fortalecer as práticas de atenção à saúde. Por conseguinte, entende-se que para que o cuidado em saúde seja resolutivo e integral, o processo de Educação Permanente além de ser um desafio é também uma necessidade no âmbito da Saúde Pública.

Palavras-chave: Ensino-Serviço, Saúde da Família, Violência, crianças e adolescentes

ABSTRACT

**FINAL PAPER – PUBLISHABLE FORM
INTEGRATED MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY PROGRAM
IN THE PUBLIC HEALTHY SYSTEM
FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA MARIA**

JOINT SERVICE-LEARNING IN PUBLIC HEALTH: INDICATORS OF INTERVENTION STRATEGY FOR HEALTH PROFESSIONALS ON THE FAMILY VIOLENCE INVOLVING CHILDREN AND ADOLESCENTS

AUTHOR: PÂMELA KURTZ CEZAR

ADVISOR: SHEILA KOCOUREC

DATE OF DEFENSE: SANTA MARIA, JUNE 18TH, 2011

The inclusion of professionals in the Integrated Multiprofessional Residency in Public Health System from Federal University of Santa Maria, in Strategy Family Health area showed a significant number of children and adolescents victims of violence and the difficulties that employees have in such situations. This article gives an account of the experience of Intervention Project-type training, developed with the Family Health Teams about violence involving children and adolescents. Thereunto, was made a discussion about the three variables developed by the Multidisciplinary Residency professionals, which are: 1) attended or identified any child or adolescent victim of violence in the FHS; 2) feel able to care for children and adolescents victims of violence; 3) there is an instrument, protocol or formal record for the care of child or adolescent victim of violence in the FHS. Thus, the objective of this study is to demonstrate that the joint-service education is a methodology that can improve and strengthen the practices of health care. Therefore, it is understood that for health care be resolute and comprehensive, the process of a continuing education in addition to be a challenge is also a need in the public health.

Keywords: Service-Education, Family Health, Violence, children and adolescents

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.....	11
3 METODOLOGIA	13
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A micropolítica do trabalho em saúde ocorre no agir cotidiano por meio de encontros permanentes entre sujeitos/atores ^[1]. E um dos entrelaçamentos possíveis das relações que permeiam esse trabalho é a articulação Ensino-Serviço. Este processo refere-se ao fazer co-responsável entre Instituições de formação, gestores e trabalhadores de saúde, que objetivam a resolutividade do cuidado, a qualidade da formação profissional junto à valorização dos trabalhadores que atuam nos serviços ^[2].

O artigo 27 da Lei 8.080 de 1990 determina, em seu parágrafo único, que os serviços públicos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) são campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas definidas junto ao contexto Educacional ^[3]. E a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, traz a importância de estabelecer em parceria às Instituições de Ensino, mudanças curriculares nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, para que a formação profissional contemple as demandas do SUS ^[4]. Pois o cuidado só pode ser realizado por meio de práticas condizentes com as necessidades sociais de saúde se o ensino tradicional, restrito a transmissão de conhecimento nuclear, também passar por modificações. O cenário atual exige um perfil de trabalhadores que saibam atuar em equipe e compartilhar responsabilidades ^[2; 5]. E a Política Nacional de Humanização torna-se um guia aos profissionais que entendem o trabalho em saúde enquanto produção coletiva ^[6].

O Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), tem início com a primeira turma no ano de 2009. Organizado em três áreas de concentração: Atenção Básica em Saúde da Família, Atenção Hospitalar e Gestão e Políticas Públicas. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização, propõe o uso de metodologias de cuidado em saúde que contribuam para a reestruturação dos modelos tradicionais de gestão-atenção-educação, com objetivo de aproximar a formação profissional das necessidades em saúde loco - regionais.

Dessa forma, desde o início das atividades dos profissionais da Residência Multiprofissional, as práticas cotidianas junto às Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de discussões de casos, visitas domiciliares, grupos comunitários ou de educação

em saúde e atendimentos individuais, demonstraram um número expressivo de episódios de violência envolvendo crianças e adolescentes, sendo principalmente constatadas às ocorrências dentro da família ou domicílio. Também foi possível visualizar as dificuldades de intervenção desses profissionais quando deparados com tais situações, além das dificuldades de interlocução com a Rede de Proteção.

A partir desta vivência e da compreensão do fenômeno da violência como demanda prioritária de intervenção no campo da Saúde Pública, elaborou-se uma Pesquisa com intuito de analisar como se constitui o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência no contexto da ESF. E a partir dos resultados da Pesquisa, desenvolveu-se uma Intervenção com o objetivo de aprimorar e fortalecer o processo de trabalho desses profissionais acerca da referida temática. Por conseguinte, este artigo apresenta uma discussão de três variáveis da Pesquisa, que são: 1) atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima de violência na ESF; 2) se sente capacitado para atender crianças e adolescentes vítimas de violência; 3) existe um instrumento, protocolo ou registro formal para o atendimento de criança ou adolescente vítima de violência na ESF. E após trás o relato de experiência de um Projeto de Intervenção do tipo capacitação, com a finalidade de demonstrar que a articulação Ensino-Serviço, por meio da Residência Multiprofissional, é uma metodologia capaz de qualificar e fortalecer as práticas de atenção à saúde.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Para compreender como a violência se tornou demanda prioritária em Saúde Pública é interessante retomar a trajetória de construção do Sistema Único de Saúde, desde a Reforma Sanitária, passando pela Legalização do SUS e a implantação da Estratégia de Saúde da Família, para por fim chegar à Política Nacional de Promoção da Saúde, que traz o enfrentamento da violência como prioridade de intervenção.

A década de 70 é caracterizada pela privatização da saúde, com predominância do modelo hospitalocêntrico centrado nas especialidades e no biológico. E com o intuito de reivindicar pelas desigualdades na assistência a saúde da população, ganha força no final da década, o Movimento da Reforma Sanitária ^[7; 8]. Acompanhando este Movimento, outro marco para a construção do SUS ocorre em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que traz como foco a democratização do sistema, e o conceito ampliado de saúde, que para além das questões biológicas, considera como determinantes as influências sociais, culturais, econômicas e singulares ^[9; 7]. Em 1988, com a Constituição Federal do Brasil, as bases legais do SUS são estabelecidas. E os artigos 196 a 200 trazem as direções à sua consolidação. O artigo 196 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às suas ações e serviços ^[10; 7]. Em conformidade com esta Carta Maior, no ano de 1990 são enfim sancionadas as duas Leis que vão dispor sobre os elementos básicos para instituir o Sistema de Saúde brasileiro. A Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142 ^[3; 11; 7].

Posteriormente, a Política Nacional da Atenção Básica é aprovada pela Portaria nº 648/GM de 2006, e traz uma revisão das diretrizes e normas para a organização das ações neste nível do sistema ^[12]. Onde o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, que foi apresentado em 1994, se constitui como uma proposta à reorientação dos serviços e ações em saúde a partir da Atenção Básica. Composta por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, possuem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, atuando de forma integral e continuada, por meio de práticas que garantam a qualidade de vida para o usuário, sua família e comunidade ^[12; 13].

A trajetória traçada acima demonstra que a construção do SUS esta fundamentada num modelo de saúde ampliado que atenda as necessidades da população. E a Portaria GM/MS nº687 de 2006 que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, apresenta como prioridade de intervenção a promoção da qualidade de vida por meio da redução de vulnerabilidades e riscos à saúde. E dentre as ações específicas desta Política está à prevenção da violência e o estímulo à cultura da paz ^[14].

Assim como a saúde, as manifestações da violência também estão correlacionadas com fatores sociais, econômicos, culturais e singulares. Portanto este fenômeno passa a ser visto como uma questão de Saúde Pública, já que impacta significativamente na qualidade de vida da população, tanto pelo número de vítimas fatais que a violência produz, quanto pela intensidade das implicações que dela decorrem ^[15; 16; 17; 18].

A violência contra a criança e o adolescente é uma realidade responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade nessa faixa etária ^[19]. E quando não identificada, nem cuidada deixa marcas que poderão influenciar os comportamentos e as escolhas para o resto da vida, podendo se perpetuar por gerações seguidas ^[19; 20; 21]. Em decorrência disso a proteção prioritária as crianças e aos adolescentes por sua condição típica de desenvolvimento é garantida desde a Constituição Federal do Brasil de 1988 e especificada com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 ^[10; 22]. No entanto, o número de crianças e adolescentes que chegam à Rede Pública de Saúde como vítimas de negligência e abusos físicos, sexuais e psicológicos cresce expressivamente ^[19]. Diante disso, a violência e suas variadas manifestações devem ser identificadas, discutidas, comunicadas e o atendimento deve ser priorizado ^[22]. E, mesmo que a violência não seja questão exclusiva da saúde, este setor, para além de acolher suas vítimas e cuidar de seus agravos físicos e psicológicos, precisa também propor medidas de prevenção e promoção da saúde ^[23].

E compreendendo a violência como um fenômeno complexo e multi causal, e para ir além das intervenções de caráter puramente clínico, somos convocados a integrar diferentes atores e setores, para que seja possível planejar e organizar estratégias de cuidado preventivas e promotoras de saúde ^[23]. E é neste contexto de necessidade de intervenções coletivas, que a articulação Ensino-Serviço torna-se capaz de aperfeiçoar as práticas de cuidado em saúde no que concerne ao enfrentamento da violência.

3 METODOLOGIA

A Pesquisa, intitulada: *“Crianças e adolescentes vítimas de violência: Uma avaliação do trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família de Santa Maria - RS sob esta perspectiva”* que foi realizada pelos profissionais da Residência Multiprofissional* possui caráter Quanti-Qualitativo. A população do estudo foi composta por todos os integrantes das Equipes de Saúde da Família de Santa Maria, RS. O levantamento de dados foi realizado por meio de um trabalho de campo nas ESF urbanas e rurais do município, entre os dias 02 de dezembro de 2010 e 12 de janeiro de 2011. Realizou-se a aplicação individual de um questionário com perguntas abertas e fechadas, adaptado de LESCHER, 2004^[24], na ESF referência de cada profissional. Os dados dos questionários foram tabulados em uma planilha do software Microsoft Excel for Windows e analisados com base na estatística descritiva. As questões abertas foram codificadas para que se analisasse a frequência das respostas.

A Pesquisa foi encaminhada e aprovada pela Prefeitura Municipal de Santa Maria, por meio do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob número 0310.0.243.000-10. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos especificadas na Resolução 196/96^[25].

Dessa forma, este artigo por se tratar de um relato de experiência de Intervenção, apresenta primeiramente um recorte de três variáveis do questionário, que são: 1) atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima de violência na ESF; 2) se sente capacitado para atender crianças e adolescentes vítimas de violência; 3) existe um instrumento, protocolo ou registro formal para o atendimento de criança ou adolescente vítima de violência na ESF. E mediante estes dados, que emergiu a necessidade do desenvolvimento de um projeto de Intervenção, intitulado: *“Qualificação para profissionais da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Santa Maria – RS”*. Por conseguinte o presente trabalho caracteriza-se por um estudo descritivo decorrente do relato de vivências acerca deste processo de Intervenção.

* Enfermeira Gilmara de Campos; Odontólogo Jessye Melgarejo do Amaral Giordani e Psicóloga Pâmela Kurtz Cezar, sob orientação da Profª Dra Sheila Kocourek, com apoio das acadêmicas do Curso de Graduação em Serviço Social da UFSM: Daniela Refatti Simões e Emily Victória Leimann.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família no Município de Santa Maria – RS conta com 16 equipes (Urbanas e Rurais) e representa 20% da população coberta. Na Pesquisa desenvolvida pelos profissionais da Residência Multiprofissional, foram entrevistados 116 integrantes (91,33%), do total de 127 que estavam atuando nas ESF no período da coleta de dados.

Embora os profissionais da Residência Multiprofissional tenham visualizado muitos casos de violência envolvendo crianças e adolescentes, 52,6% do total dos participantes da Pesquisa afirmam que nunca atenderam nem identificaram essas ocorrências no contexto da ESF. Conquanto, o fato de não identificar nem atender essas situações não quer dizer que a violência não esteja lá. Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família possui potencial para constatar tais acontecimentos, pois é um serviço de base territorial, em que os profissionais ficam mais próximos da família e comunidade, e por meio deste vínculo possuem mais facilidade para perceber os sinais, sintomas e fatores de risco que podem indicar episódios de violência ^[21; 26]. No entanto, outro resultado da Pesquisa aponta que 56% dos entrevistados não se sentem capacitados para atender este tipo de situação. E se mais da metade dos profissionais da ESF não estão identificando, nem atendendo crianças e adolescentes vítimas de violência, pode ser justamente pelo fato de não se sentirem capazes para desenvolver tal intervenção. E quando os serviços de escuta não se encontram preparados para acolher nem cuidar das vítimas de violência, este fenômeno pode tornar-se imperceptível ^[26].

Mais um fator que perpassa o atendimento de situações de violência envolvendo crianças e adolescentes refere-se aos sentimentos dos próprios profissionais de saúde. Diversas publicações apontam que os sentimentos mais comuns em profissionais que se deparam com casos de violência são: medo, impotência, revolta, insegurança, e até mesmo, aceitação social para determinados tipos de violência ^[19; 26; 27; 28; 29]. Portanto, entende-se que estes sentimentos, muitas vezes, dificultam o processo de identificação e atendimento às vítimas. E somado a isso, outro problema encontrado pelos profissionais de saúde ao se deparar com essas situações refere-se à falta de uma linguagem comum entre os setores, sobretudo na área social e jurídica ^[27].

Dos profissionais que participaram da Pesquisa, 87,1% relataram que não existem na sua ESF instrumentos, protocolos ou registros formais para atendimento de casos de violência

envolvendo crianças e adolescentes. Desse modo, entende-se que o processo de trabalho nas equipes de ESF não engloba espaços de discussões acerca desta temática, pois pouquíssimos profissionais conhecem instrumentos, protocolos ou registros para este tipo de intervenção. E, se o processo de trabalho em saúde é relacional, o diálogo nesse cenário não pode ser apenas um desafio aos profissionais, mas também uma necessidade, pois é a comunicação implicada com os processos de trabalho que torna o cuidado em saúde resolutivo [1; 30].

E a atuação centrada nos atendimentos clínicos, baseado em intervenções queixa-conduta, faz com que muitos profissionais não percebam outros fenômenos que também influenciam na saúde e na qualidade de vida dos sujeitos, e que na maioria das vezes não chegam até a Unidade como demanda clara para intervenção, como o caso da violência. E este olhar focado na queixa física do usuário pode levar o profissional, pouco capacitado, a sustentar o pacto de silêncio formado nas manifestações da violência, onde a vítima ou familiar procuram os serviços de saúde na tentativa de ser ajudado, sem explicitar sua verdadeira necessidade, e o profissional por sua vez intui que existam demandas ocultas, mas sente-se incapaz de atuar de forma propositiva. Desenvolve-se então uma equação, onde o usuário dissimula ser cuidado, enquanto que o profissional dissimula cuidar. E é apenas com o rompimento destes pactos de silêncio que se torna possível oferecer cuidado e proteção às vítimas [29]. Para isso, é necessário que exista entre o profissional de saúde e a vítima/familiar vínculo e confiança.

E é neste panorama que as Unidades de Saúde da Família recebem um papel crucial, especialmente por ter em sua equipe o Agente Comunitário de Saúde. Por meio deste profissional e da visita domiciliar as manifestações da violência contra crianças e adolescentes ficam mais perceptíveis, pois o Agente Comunitário de Saúde é o elo entre equipe e comunidade, e a visita domiciliar além de possibilitar a compreensão da dinâmica familiar e comunitária, permite também o desenvolvimento de ações preventivas e educativas [21; 26].

Pois para acolher a demanda da violência, os serviços de saúde necessitam de rotinas internas, discussões em equipe, instrumentos e fluxos de atendimentos. E diante da complexidade desse fenômeno, precisam também atuar de forma articulada com os serviços de assistência social, educação, cultura, segurança e defesa [19; 21; 29].

Enfim, os profissionais de saúde precisam compreender que suas possibilidades de atuação foram ressignificadas e expandidas com o passar do tempo, principalmente na área de Saúde Coletiva. Onde as intervenções passaram da assistência curativa com foco na doença para

a compreensão de singularidade e integralidade do cuidado. E as ações de prevenção, promoção e educação em saúde precisam ser incorporadas às práticas cotidianas, por meio de intervenções compartilhadas que considerem as necessidades da população como fatores determinantes à sua qualidade de vida ^[31].

Portanto, para que a integralidade do cuidado seja garantida é preciso que haja mudanças nas práticas tradicionais de fazer saúde e, sobretudo que ocorram também modificações no processo de formação inicial e continuada dos profissionais ^[32]. E por meio de discussões acerca dos conceitos de núcleo e campo de saber é possível problematizar essa questão. O conhecimento específico de cada profissão refere-se ao núcleo profissional. Já o conceito de campo refere-se aos saberes em comum ou construído em conjunto com vários profissionais, de acordo com a demanda de cada serviço e as necessidades dos usuários ^[33]. E os profissionais que almejam atuar em conformidade com as demandas sociais de saúde, precisam entender que o saber exclusivo de seu núcleo profissional não é suficiente para produzir saúde de maneira ampliada, especialmente se essa demanda for à violência.

De fato, são muitos os obstáculos e desafios encontrados pelos trabalhadores de saúde ao se deparar com episódios de violência, e por isso torna-se necessário fortalecer o processo de trabalho das equipes de ESF e estabelecer espaços de sensibilização e qualificação permanentes, para que as manifestações da violência não passem despercebidas ou sejam tratadas de forma fragmentada e pouco resolutiva. Nesse sentido, entende-se que a articulação Ensino-Serviço além de possibilitar a identificação de problemas de saúde prevalentes, proporciona também o planejamento e desenvolvimento de pesquisas sobre essas demandas. No entanto, a pesquisa em si não pode ser a única finalidade do estudo, para modificar a realidade investigada é necessário ir além e propor planos de intervenção, pois só assim será possível integrar teoria e prática e garantir a qualidade e resolutividade das ações ^[34].

E após a realização da Pesquisa e apreciação dos resultados, desenvolveu-se uma Intervenção com intuito de fortalecer o processo de trabalho e qualificar os profissionais das equipes de ESF quanto ao atendimento de situações de violência envolvendo crianças e adolescentes. Esta intervenção foi realizada pelos profissionais da Residência Multiprofissional (Enfermeira, Odontólogo e Psicóloga), com apoio do Curso de Graduação em Serviço Social da UFSM e em parceria com profissionais das Secretarias de Saúde e Assistência Social, Cidadania e Direitos Humanos de Santa Maria - RS.

Pois se entende que investir na qualificação dos profissionais da ESF é um dos passos para enfrentar a violência contra crianças e adolescentes, uma vez que esses trabalhadores possuem espaço privilegiado para a detecção dessas situações. Além disso, os profissionais de saúde são agentes multiplicadores, e quando capacitados, podem contribuir não apenas para o cuidado às vítimas, mas também na prevenção dessas ocorrências e na promoção da qualidade de vida às famílias e comunidade. Esta Intervenção foi desenvolvida em três momentos, durante o mês de Abril de 2011, por meio de exibição em data show, mostra de vídeos, dinâmicas de grupo, oficinas de discussões de casos, entrega de material informativo sobre a Rede de Proteção em Santa Maria e realização de uma Mesa Redonda. Os encontros abordaram primeiramente os resultados da Pesquisa e a conceitualização da violência, mostrando como identificar os fatores de risco, sinais e sintomas comuns em crianças e adolescentes vítimas de violência. Após, houve a exposição da Rede de Proteção às crianças e adolescentes no Município e discussões acerca do processo de Notificação. E por fim, realizou-se uma Mesa redonda com profissionais dos Serviços de Saúde, Assistência Social e Segurança.

Ressaltou-se nesta capacitação que as equipes da ESF não estão sozinhas no enfrentamento da violência, e que não são os únicos responsáveis pelo cuidado às vítimas. Mas sim, que fazem parte de uma Rede de Proteção, e que existem serviços com potencial identificador de situações de violência, serviços para atendimento especializado, serviços para denúncia e notificação dessas situações, além de serviços para apoio às vítimas e familiares, e que cada um dos pontos dessa rede tem seu papel e sua contribuição, no entanto para que a qualidade do cuidado seja garantida é preciso um agir coletivo e integrado entre os diferentes atores envolvidos. Pois para enfrentar a problemática da violência é preciso construir estratégias de intervenção interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais ^[14; 16; 29]. E é por meio da atuação em rede que o processo de trabalho pode garantir práticas integrais. As redes de atenção constituem uma estratégia de organização dos serviços, mas para isso é necessário diálogo, negociação, planejamento e cooperação ^[35]. E a desestruturação da violência é um processo dinâmico que necessita de profissionais capacitados, redes consolidadas e articuladas, cultura autoritária transformada e sistema familiar capaz de prover proteção, educação e socialização ^[36].

Salientou-se ainda neste Projeto de Intervenção que a postura e atuação do profissional frente à criança ou adolescente vítima de violência pode significar uma oportunidade única para sua vida ganhar novos rumos ^[21]. E para alcançar a integralidade do cuidado, além do

compartilhamento de ações é preciso que haja também o compromisso com a escuta, pois por trás de cada sintoma e sinal da violência existe um sujeito em sofrimento singular. Dessa forma, a escuta por meio de uma postura acolhedora é uma atitude essencial que deve fazer parte da intervenção de todos os atores envolvidos. Pois ao acolher e escutar as vítimas, criam-se laços de confiança e a possibilidade de elaboração e ressignificação para esses sujeitos.

No entanto, para proporcionar cuidado e proteção social as crianças e adolescentes vítimas de violência é preciso que os profissionais sintam-se preparados para acolher essa demanda ^[21]. É por isso que se torna imprescindível proporcionar Educação Permanente aos profissionais de saúde. A Educação Permanente parte da compreensão de que as práticas em saúde podem ser transformadas por meio da reflexão crítica acerca das ações cotidianas. Onde a capacitação dos profissionais precisa ser problematizada a partir do processo de trabalho dos serviços e dos atores envolvidos, sempre tendo como referência as necessidades de saúde individuais e coletivas ^[31]. E este processo de Educação Permanente em Saúde compreende o aspecto educativo do próprio trabalho, e por isso pode ajudar na superação das práticas tradicionais de formação, substituindo o modelo de educação bancária, por um modelo que promove a autonomia do profissional ^[37].

E a Política Nacional de Humanização aponta a Educação Permanente como instrumento de valorização do trabalho. Pois quando os profissionais se sentem estimados e se reconhecem como sujeitos ativos nos processos de mudança, sua implicação com o trabalho e com a produção de vida é potencializada ^[6]. Por conseguinte a proposta da Clínica Ampliada constitui-se como ferramenta capaz de articular diversos atores e saberes na produção de práticas integrais, por meio da organização dos processos de trabalho de forma compartilhada ^[38].

E é em harmonia com esses pressupostos, que o Programa de Residência Multiprofissional almeja contribuir na qualificação do processo de trabalho em saúde. Para tanto a articulação Ensino-Serviço precisa estar fundamentada na concepção ampliada de saúde e em consonância com as necessidades de saúde individuais e coletivas. E investir na Educação Permanente dos profissionais de saúde é uma das intervenções que a Residência Multiprofissional pode proporcionar, em conjunto com outros atores e setores. Seja por meio de ações a nível macro, como o desenvolvimento de Pesquisas, Capacitações e fortalecimento das Redes de Proteção, seja por meio de ações específicas, como discussões de Projetos Terapêuticos Singulares junto aos profissionais dos serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é uma demanda que cresce expressivamente no âmbito da saúde, e a Estratégia de Saúde da Família é um serviço com potencial identificador dessas ocorrências, no entanto para além de identificar os profissionais precisam saber como intervir nestas situações. E para que o fenômeno da violência não seja negligenciado pelos próprios trabalhadores de saúde por falta de informação, que o desenvolvimento de uma Pesquisa seguido de uma Intervenção, foi a alternativa encontrada pelos profissionais da Residência Multiprofissional para garantir cuidado e proteção a esses sujeitos vítimas de violência, sobretudo na infância e adolescência, que são períodos cruciais para o desenvolvimento.

Investir na qualificação dos profissionais e no fortalecimento das Redes de Proteção é fundamental para enfrentar a violência, uma vez que profissionais qualificados e seguros ampliam sua capacidade de cuidar e promover saúde. Para tanto, o agir precisa ser co-responsável, por meio do trabalho em equipe, formação de parcerias e construção conjunta dos planos de intervenção. E foi justamente esse o caminho percorrido na elaboração da Pesquisa e da Intervenção. Todo este processo foi construído sob o olhar de diversos sujeitos, na perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Especialmente a Intervenção, que além de possibilitar a aproximação da graduação com a pós-graduação, contou também com a parceria de gestores, profissionais do setor saúde, assistência social e segurança.

Dessa forma, esta ação integrada permite compreender que a Residência Multiprofissional é um Programa capaz de tencionar práticas de articulação e promover mudanças na formação dos profissionais de saúde. E para que o cuidado seja resolutivo e integral é preciso integrar Ensino e Serviço por meio de práticas dialógicas e de co-responsabilização. Entende-se assim, que uma das ações a ser desempenhada pela Residência Multiprofissional seja justamente fortalecer esse processo, uma vez que não é possível descaracterizar as práticas em saúde dos processos de ensino-aprendizagem. E a Educação Permanente se constitui como um desafio e uma necessidade no âmbito da Saúde Pública a ser potencializada pela Residência Multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- FRANCO T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: R. PINHEIRO & R. A. MATTOS (Orgs.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, p. 459-474, 2006.
- 2 - ALBUQUERQUE V.S.; GOMES A.P.; REZENDE C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS O.V.; LUGARINHO, R.M. A Integração Ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol.32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- 3 - BRASIL. **Lei 8.080: Lei Orgânica da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990.
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf Acesso em: 06 de Abril de 2011.
- 5 – HENRIQUES, R.L.M. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: R. PINHEIRO & R. A. MATTOS (Orgs.) **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, 2005.
- 6 – BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 7 - ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e organização do Sistema de saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: M. F. WESTPHAL & E. S. ALMEIDA (Orgs.), **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, p. 13- 49, 2001.
- 8 - COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o Sistema de Saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: G. W. S. CAMPOS & A. V. P. GUERRERO (Orgs.), **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC, p. 96 – 131, 2008.
- 9 - BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- 10 - BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- 11 - BRASIL. **Lei 8.142**. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990.
- 12 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf Acesso em 25 de Março de 2011.
- 13 - COSTA, E. M; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

14 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2006.

15 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde. 2002**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf> Acesso em 25 de Outubro de 2010.

16 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Temático: Prevenção da Violência e Cultura da Paz**. Vol. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

17 - MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: n.10, p. 7-18, 1994.

18 - REICHENHEIM, ME; SOUZA, ER; MORAES, CL; JORGE, MHPM; SILVA, CMFP; MINAYO, MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**. Série Brasil. Publicação Online. 9 de maio de 2011.

19 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

20 - REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 4, n.1, p. 109-121, 1999.

21 - BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

22 - BRASIL. **Lei 8.069: Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.

23 - MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Vol. 4 n.3, p. 513-531, 1998.

24 - LESCHER, A. D. et al. **Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde**. 2004. Disponível em: www.projetoquixote/textos/pdf Acesso em: 10 de Março de 2010.

25 - BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996.

26 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

27 - BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 8: **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

28 – BESERRA, M. A., CORRÊA, M. S. M., GUIMARÃES, K. N. Negligência contra criança: um olhar do profissional de saúde. In: Silva, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: Edupe, 2002.

29 – ARPINI, D. M.; SOARES, A. C. E.; BERTÊ, L. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.

30 - MERHY, E. E. Engravidando as palavras: o caso da integralidade. In: R. PINHEIRO & R. A. MATTOS (Orgs.) **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; p. 195-206, 2005.

31 – CARVALHO, Y. M.; CECCIM R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S., et al (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 149-82, 2006.

32 - CECCIM R. B., FEUERWERKER L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.

33 - CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In E. Merhy & Onocko, R. (Orgs.), **Agir em Saúde**: um desafio para o público. (3ª ed.). São Paulo: HUCITEC, p. 229-266, 2007.

34 - DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Ed. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1996.

35 – SANTOS, L. O que são redes?. In S. F. Silva (org.), **Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA:CONASEMS, p. 29-34, 2008.

36 - ARPINI, D. M.; SILVA, M. L. **A violência com Crianças e Adolescentes na Cidade de Santa Maria – RS**. Psicologia/UFSM, 2006.

37 - PEDUZZI, M.; ANTONIAZI D. G.; PINTO B. C.; SANTOS L. F.; MARCELINO S. J. A. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, vol.13, n. 30, p. 121-134, 2009.

38 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.