



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

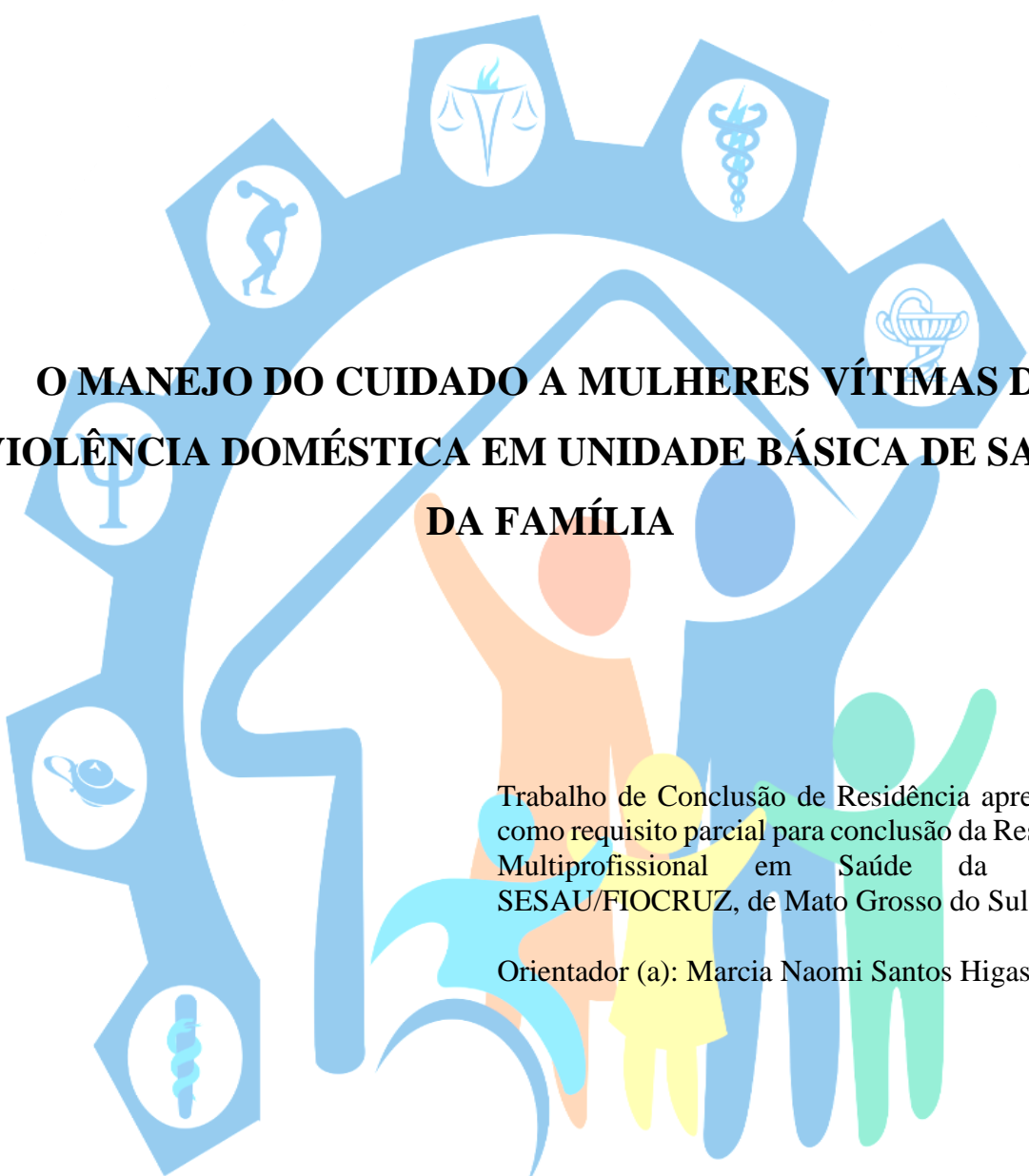
**THAYNARA RAQUEL DA SILVA**

**O MANEJO DO CUIDADO A MULHERES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**

**THAYNARA RAQUEL DA SILVA**



**O MANEJO DO CUIDADO A MULHERES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado  
como requisito parcial para conclusão da Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família  
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Marcia Naomi Santos Higashijima

**Residência Multiprofissional  
em Saúde da Família**

**SESAU/FIOCRUZ**

**CAMPO GRANDE - MS**

Laboratório de Inovação na Atenção Primária em Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**O MANEJO DO CUIDADO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA  
DOMÉSTICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**por**

**THAYNARA RAQUEL DA SILVA**

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 01 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

**BANCA EXAMINADORA**

Marcia Naomi Santos Higashijima

Professora Orientadora

Claudia Araújo de Lima

Dra. Saúde Pública

Moysés Martins Tosta Storti

Me. Saúde da Família

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da  
Coordenação do Programa

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me sustentado até o momento. A minha mãe, por sempre me incentivar a buscar aperfeiçoamento na área profissional e me apoiar em todos os momentos, ao Gabriel e Caroline por me incentivarem a iniciar na residência e por dividir todos os momentos de parceria. E também a todos os meus amigos ao longo da vida que torceram e me apoiaram direta e indiretamente.

Agradecimento especial a minha preceptora Jéssica Moura que me acompanhou diretamente nesse processo, me proporcionando desde o início da residência apoio e suporte em todos os momentos, compartilhando as alegrias, tristezas, os conhecimentos e experiências da vida profissional e pessoal. Construímos uma grande amizade e parceria, muito obrigada!

Agradeço aos profissionais da USF Tiradentes que contribuíram na minha jornada profissional e na realização deste Projeto. Aos preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, por compartilharem suas experiências e saberes. Agradeço também aos colegas e amigos da Residência em Medicina de Família e Comunidade, que fizeram parte dessa jornada, bem como, os preceptores da Residência Médica do ano de 2021.

Agradeço a minha orientadora Marcia Naomi, que me auxiliou em todas as etapas do desenvolvimento do trabalho, compartilhando seus conhecimentos e demonstrando sempre preocupada com meu bem-estar, proporcionando momentos de reflexão e clareza. Muito obrigada!

Aos meus colegas e amigos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que compartilharam esse momento comigo, sendo grande rede de apoio em diversos momentos, em especial as minhas amigas Laís e Cristiane que sempre estiveram comigo, não apenas no âmbito do trabalho, mas sim, na vida.

Agradeço as profissionais do Núcleo de Prevenção de Violência por me recepcionarem muito bem no campo de estágio, em especial a Maria Sueli e Inara Luiza que contribuíram no meu desenvolvimento profissional.

Agradeço aos examinadores, por disponibilizarem tempo para avaliação e contribuição ao meu projeto de intervenção.

Enfim, sou grata a todos que estiveram comigo nessa etapa da minha vida, a vocês, muito obrigada.

## RESUMO

SILVA, THAYNARA RAQUEL. **O manejo do cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica em Unidade Básica de Saúde da Família. 2022.** 40 Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

O Sistema Único de Saúde pautado na proposta de acesso universal e igualitário de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. A atenção básica surge para a garantir efetivo atendimento integral e ações de promoção, proteção e recuperação, essencial no reconhecimento das violências, por estar no território. A intervenção surgiu da experiência vivenciada na Unidade de Saúde da Família no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, sendo possível observar a fragilidade no acompanhamento multiprofissional aos casos de violência doméstica. O objetivo visou construir um fluxograma para manejo dos casos no território. Foram realizadas cinco oficinas, que abordaram as temáticas violência doméstica, acolhimento, escuta qualificada notificação compulsória e rede de cuidados. Observou-se a importância da sensibilização profissional em reconhecer os indícios e violências, atrelando a ficha de notificação no processo de trabalho e encaminhamento intersetorial, resultando a construção do fluxograma. Assim, foi possível qualificar os trabalhadores da saúde para o manejo adequado dos casos, porém, vislumbramos fragilidades no trabalho compartilhado, adesão por categoriais profissionais e ausência de períodos protegidos. Recomenda-se alterações no processo de trabalho, garantindo períodos protegidos sem gerar prejuízos aos profissionais, a continuidade do projeto para demais equipes e futura implementação na USF, com vistas ao aperfeiçoamento e qualificação dos atendimentos.

**Palavras chaves:** Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Violência Doméstica.

## ABSTRACT

SILVA, Thaynara Raquel. **The management of care for women victims of domestic violence in a basic family health unit. 2022.** 40. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

The Unified Health System based on the proposal of universal and equal access to promotion, protection and recovery actions and services. Primary care emerges to ensure effective comprehensive care and promotion, protection and recovery actions, essential in the recognition of violence, as it is in the territory. The intervention arose from the experience lived in the Family Health Unit in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, and it is possible to observe the weakness in the multidisciplinary monitoring of cases of domestic violence. The objective was to build a flowchart for case management in the territory. Five workshops were held, which addressed the themes of domestic violence, reception, qualified listening, compulsory notification and care network. The importance of professional awareness in recognizing signs and violence was observed, linking the notification form in the work process and intersectorial referral, resulting in the construction of the flowchart. Thus, it was possible to qualify health workers for the proper handling of cases, however, we glimpse weaknesses in shared work, adherence by professional categories and absence of protected periods. Changes in the work process are recommended, ensuring protected periods without harming professionals, the continuity of the project for other teams and future implementation at the USF, with a view to improving and qualifying care.

**Keywords:** Unified Health System. Primary Health Care. Domestic Violence.

## LISTA DE ABREVIATURA

AB	Atenção Básica
CEAM	Centro de Atendimento Especializado a Mulher
CMB	Casa da Mulher Brasileira
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Atendimento Especializado a Mulher
EPS	Educação Permanente em Saúde
FUNSAT	Fundação Social do Trabalho
PI	Projeto de Intervenção
PM	Polícia Militar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SINAN	Sistema de Notificação e Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma de atendimento às mulheres vítimas ou em suspeita de violência doméstica da USF Tiradentes .....	23
--	----



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
2.1. Objetivo geral .....	11
2.2. Objetivos específicos .....	11
<b>3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>12</b>
3.1. Local da Intervenção .....	12
3.2. Público-alvo.....	13
3.3. Plano de ação .....	13
<b>4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS .....</b>	<b>14</b>
4.1. Monitoramento e avaliação .....	25
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICE A - DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU .....</b>	<b>39</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O debate para a construção de um sistema de saúde com características próprias que fossem capazes de atender as necessidades de saúde da população brasileira iniciou-se nos anos de 1980, a partir da reforma sanitária, tornando-se a saúde um direito de todo cidadão e dever do Estado na Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado sendo assegurado seus princípios de gratuidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1990).

O SUS organizado de modo regionalizado e hierarquizado por níveis de atenção à saúde, possui como ordenadora da rede a Atenção Básica (AB), sendo compreendida como a principal porta de entrada, onde se espera os maiores índices de resolutividade pela sua capilaridade e capacidade de atendimento (BRASIL, 2017).

A AB teve sua construção a partir da instituição do Programa Agentes de Saúde (PAS), quando em 1994 é ampliado com a criação da Programa de Saúde da Família (PSF), que se transforma em Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1997). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, pág. 2), a AB pode ser definida como:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Nesse sentido, a AB acolhe inúmeras demandas em saúde, como a violência doméstica, possuindo um papel fundamental no seu reconhecimento, com vistas à prevenção de situações de riscos e agravos, justamente por estar alocada no território, assim, facilitando o acesso, acolhimento, desenvolvimento do cuidado e fortalecimento de vínculos dessas mulheres (OLIVEIRA; FERIGATO, 2019).

A violência contra a mulher está presente historicamente em nossa sociedade por fatores relacionados ao gênero e aspecto sociocultural, em que subordina a mulher a um papel de submissão e o homem a um papel autoritário/opressor. No âmbito familiar, os indicadores demonstram que o agressor é comumente o próprio companheiro; contudo, salienta-se que a violência pode ser cometida por qualquer pessoa que possua vínculo afetivo ou familiar com essa mulher (BRASIL, 2020).

A violência doméstica, de acordo com a Lei n. 13.340 (BRASIL, 2006), pode ser definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial. Assim, a violência em suas

mais diversas formas pode causar danos físicos, psíquicos e comportamentais que afetam a integralidade da saúde da mulher (SILVA *et al.*, 2015), interferindo nas relações sociais e familiares.

Segundo Silva (2019) os profissionais muitas vezes não estão preparados para manejar ou identificar as situações de violência doméstica, isso resulta na falha de comunicação da equipe multiprofissional e na subdivisão da oferta de serviços da rede intersetorial; o que pode justificar ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina (BRASIL, 2016), tornando-se um problema em saúde pública, sendo necessária a articulação intersetorial a fim de garantir a proteção e cuidados necessários.

No Estado de Mato Grosso do Sul o Sistema de Notificação e Agravos (SINAN) registrou nos anos de 2015 a 2020, 25.234 (vinte e cinco mil duzentas e trinta e quatro) notificações de violência, sendo que a capital, Campo Grande, concentra 35,36 por cento desse número. O Mapa do Femicídio (MATO GROSSO DO SUL, 2021) retrata 17.286 (dezessete mil duzentos e oitenta e seis) boletins de ocorrência por violência doméstica, 40 (quarenta) feminicídios, 66 (sessenta e seis) tentativas de feminicídio e 1.424 (mil quatrocentos e vinte e quatro) estupros.

Compreendendo que a temática requer a atenção das políticas públicas e a qualificação dos trabalhadores da saúde para o manejo adequado dos casos, propôs-se esta intervenção visando construir um processo de cuidado, a partir de um fluxograma, em uma Unidade Saúde da Família, para o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica ou em suspeita e investigação; colaborando então para que o SUS exerça de forma efetiva seus princípios e diretrizes, evitando a revitimização, promovendo o acolhimento adequado.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Desenvolver fluxograma para o manejo da violência doméstica na Unidade de Saúde da Família “Dr. Antônio Pereira” – USF Tiradentes, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Qualificar a equipe multiprofissional para o manejo do cuidado a mulheres em situação de violência doméstica;
- Identificar a rede de proteção intersetorial a mulheres em situação de violência doméstica no território, a fim de oportunizar o cuidado e a proteção integral.

### 3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

A intervenção teve como pressuposto a Educação Permanente em Saúde (EPS) que pode ser entendida como:

[...] aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009, p. 20).

Assim, para problematizar fez-se a escolha pelo uso do Método do Arco, de Charles Maguerez (BORDENAVE; PEREIRA, 1982), que consiste em “cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática)” (BERBEL, 1998, pág. 141-142).

Podendo ser considerado uma metodologia ativa Melo (2012, pag.329) descreve que “visa aperfeiçoar a autonomia individual e uma educação capaz de desenvolver uma visão do todo, que possibilita a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais”.

Deste modo, acredita-se que a EPS é ferramenta adequada, pois considera as especificidades dos indivíduos, vivências e experiências e através dessa troca de saberes é possível compreender a realidade vivida e fomentar mudanças no processo de trabalho (FEUERWERKER, 2007).

#### 3.1. Local da Intervenção

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde da Família “Dr. Antônio Pereira” – USF Tiradentes, região Bandeira, no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que divide o prédio com o Centro Regional de Saúde. É composta por oito equipes de saúde da família, em um território adscrito com estimativa de quatro mil usuários por equipe, contabilizando trinta e duas mil pessoas. Além disso, conta com profissionais vinculados ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família, sendo: psicóloga, ginecologista, pediatra, profissional de educação física e fisioterapeuta.

### 3.2. Público-alvo

O público alvo consistiu em trabalhadores que compõe a equipe multiprofissional da Unidade Saúde da Família Tiradentes. Para realização da proposta foi escolhida a equipe Ártemis (nome fictício), devido aos atendimentos mais recorrentes de casos de violência doméstica. A mesma é composta por 16 (dezesesseis) trabalhadores, sendo: 02 (duas) enfermeiras residentes e 01 (uma) enfermeira preceptora; 02 (dois) médicos residentes e 01 (um) médico preceptor; 01 (um) cirurgião dentista preceptor e 01 (uma) cirurgiã dentista residente, 01 (uma) assistente social residente e 01 (uma) assistente social preceptora; 01 (um) profissional de educação física residente; 01 (um) fisioterapeuta residente e 04 (quatro) agentes comunitários de saúde.

### 3.3. Plano de ação

A intervenção foi planejada com o intuito de abordar assuntos relativos à violência doméstica, provocando reflexões sobre o manejo desses casos na unidade por todos os trabalhadores envolvidos. Cada encontro teve seus objetivos estabelecidos, sendo:

- Encontro 1: identificar os tipos de violência; compreender o ciclo da violência doméstica; iniciar a construção do fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.
- Encontro 2: apreender sobre o papel do acolhimento, bem como a importância de notificação dos casos de violência doméstica; apreender a realizar o preenchimento correto da ficha de notificação compulsória e compreender seu fluxo dentro do município; discutir a importância de uma escuta qualificada, a fim de evitar a revitimização das mulheres e debater sobre a ética profissional; revisar o fluxo de atendimento para as mulheres em situação de violência doméstica da USF Tiradentes.
- Encontro 3: analisar o fluxo construído na unidade e compará-lo com os fluxos instituídos pelo Ministério da Saúde, do município e dos serviços especializados, a fim de observar lacunas e corrigi-las; reavaliação dos fluxos elaborados pela equipe.
- Encontro 4: identificar se o fluxo proposto pela equipe consegue gerir as demandas de violência doméstica do território.
- Encontro 5: Construir projeto terapêutico singular, com vistas do acompanhamento e longitudinalidade do cuidado de um caso; discutir as contribuições de

acordo com as categorias profissionais da equipe multiprofissional para melhor compreensão de suas competências, com vistas a integralidade do cuidado.

Os encontros foram realizados no mês de outubro do ano de 2021, com duração média de noventa minutos, sendo 01 (um) encontro excepcionalmente de trinta e cinco minutos. A descrição dos encontros compõe este trabalho, apresentado como Apêndice A.

#### **4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS**

A construção do pré-projeto teve início no mês de novembro do ano de dois mil e vinte através das aulas via plataforma on-line Zoom, onde a cada encontro era necessário realizar a entrega de cada etapa do projeto para avaliação, até o momento da entrega final, sendo respectivamente no mês de dezembro em modelo pré-estabelecido pela coordenação, que por fim, seria encaminhado para os respectivos orientadores. A ideia principal era de desenvolver um projeto de pesquisa, voltado para a mesma temática, entretanto, com foco na avaliação do impacto do atendimento multiprofissional nos casos de violência doméstica, com vistas à avaliação dos conhecimentos das equipes sobre as diversas formas de violência, análise da abordagem, intervenções realizadas na atenção básica e os impactos da violência na saúde da mulher, aplicando questionários e entrevistas semiestruturadas.

Após o primeiro contato com a orientadora no mês de março do ano de dois mil e vinte e um, e no decorrer das orientações, alteramos a proposta para Projeto de Intervenção (PI), tendo em vista que o projeto de pesquisa teria necessidade de submissão pela Plataforma Brasil para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conseqüentemente não saberíamos ao certo quanto tempo levaria para obtermos esse retorno e viabilidade. No decorrer dos meses, realizando os ajustes e construções da nova proposta, identificamos também a necessidade de submissão do PI para a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) através de preenchimento de formulário. Assim, foi submetido no dia 10/06/2021 sendo aprovado dia 27/07/2021, documento enviado por e-mail e que consta no Anexo A.

Além de realizar esses procedimentos, também foram necessárias buscas de referenciais teóricos por se tratar de uma metodologia na qual não possuía familiaridade, muito estudo e orientações realizadas, e, para que a estruturação dos encontros fosse de acordo com as fases que compõem o método.

Sendo assim, a apresentação da proposta do PI para a equipe foi realizada no dia 23 de agosto do ano de dois mil e vinte e um. Entretanto existiu algumas dificuldades para este momento, principalmente pelas agendas não serem coincidentes, sendo difícil estabelecer um

dia e horário em comum, onde todos os profissionais estivessem presentes. Assim, escolheu-se o momento da reunião de equipe, por teoricamente se tratar de turno protegido, e a chance de todos os profissionais participarem serem maiores. Contudo, dos dezessete profissionais, estavam presentes apenas dez, sendo: 03 agentes comunitárias de saúde, 02 técnicos de enfermagem, 02 médicas (preceptora e residente), 02 enfermeiras residentes e 01 cirurgiã dentista residente.

Ao final da apresentação os profissionais demonstraram interesse justificando existir dúvidas quanto as maneiras de abordar e manejar situações de violência doméstica. Entretanto, realizaram alguns apontamentos quanto ao cronograma por conta das agendas dos profissionais, fluxo da unidade, ações em saúde, turnos protegidos dos residentes e a divisão dos dias que cada profissional está em consultório. Assim, houve a necessidade de realizar alterações quanto ao desenvolvimento dos encontros.

Realizado o registro de todas as propostas apresentadas sobre o desenvolvimento do projeto, principalmente no que diziam respeito ao tempo de duração, dia e hora, fora pactuado que na próxima reunião seria trago o retorno sobre para as possíveis alterações.

Ao término da reunião e discussão da proposta houve um sentimento de impedimento da realização do projeto, entretanto avaliando minimamente a situação, os profissionais apresentaram alternativas para resolução da problemática, e todas as situações elencadas eram intrínsecas as suas vontades. Por fim, existiu o sentimento de alívio em conversar com a equipe, compreender suas demandas e realidades, e criar um espaço de diálogo.

Posteriormente, novamente durante reunião de equipe, foi realizado conversa com os profissionais referente as alterações realizadas na metodologia do projeto, onde informo que algumas alterações foram possíveis, não todas, pois correria o risco de romper com metodologia proposta desde o início, se assim ocorresse. Uma das propostas era de que a cada encontro um profissional de cada categoria iria os representando, assim em cada encontro, um profissional diferente. Além disso, solicitaram que os materiais de estudo fossem disponibilizados com antecedência para leitura. Ambas as sugestões não foram pactuadas, a primeira por não ter um continuo de discussão e construção, já que a cada encontro teriam novas pessoas participando, e a segunda por compreender que contar que a leitura fosse realizada anteriormente, não protegendo espaço no encontro para tal poderia prejudicar o debate, pois alguns poderiam ter realizado a leitura e outros não.

Dessa forma, como proposta final ficou a eleição de um membro de cada categoria profissional para participar de todos os encontros, assumindo o compromisso e responsabilidade da frequência, também realizado ajuste da carga horária das oficinas com



duração entre sessenta e noventa minutos, e redução da quantidade de encontros, inicialmente seriam seis, entretanto passaram a ser cinco. A equipe logo se movimentou para eleger os profissionais, contudo, nada oficial de quem realmente iria ou não, pois algumas escalas se alteram com maior frequência e alguns profissionais estariam de férias no mês posterior.

Para que os mesmos conseguissem se organizar ao decorrer da semana, pactuamos a data para realização da primeira oficina, ficando para dia 16 de setembro de 2021, período vespertino, com duração de noventa minutos. Ao final houve sentimento de alívio, pois estava mais próxima de iniciar com o desenvolvimento da intervenção.

Um dia antes de se concretizar a realização da primeira oficina foi necessário contato com a equipe para cancelamento, devido a necessidade de participar de uma reunião no Distrito Sanitário referente ao Ambulatório de Saúde Mental; não era uma participação obrigatória, entretanto era uma temática pertinente no cotidiano, sendo necessária a compreensão da sistemática para orientações e encaminhamento dos pacientes. Assim, tanto eu quanto outra profissional de saúde, não estaria presente na USF o que impossibilitaria a realização. Dessa forma, foi solicitado novo agendamento de encontro, ressaltando a importância da participação e a pactuação, não tendo resposta de imediato, apesar de novas tentativas de contato, porém sem sucesso.

Nesse momento, transparece o sentimento de desânimo em desenvolver o trabalho, pois aparentemente senti certa resistência para pactuações das datas e o compromisso “de fato” da equipe. Foi permitido que os integrantes ficassem à vontade para realizar as escolhas mais favoráveis, e não se teve uma devolutiva.

Esse foi um momento de tentativa de proporcionar aos membros uma experiência mais agradável, de incluí-los no percurso do planejamento do trabalho, tendo em vista que ações de formação dificilmente quando elaboradas levam em consideração a participação dos profissionais na sua construção, o que impacta diretamente na adesão (PERES; SILVA; BARBA, 2016). Ou seja, configura-se por “ações verticalizadas que se definiam por serem planejadas por um grupo (gestores ou professores de centros de formação) para serem aplicadas aos trabalhadores” (PERES; SILVA; BARBA, 2016, p. 792).

Depois de todo este processo e diversas tentativas de alinhar o encontro com a equipe, oficialmente iniciamos a primeira oficina no dia 18 de outubro de 2021 com duração de 90 minutos, e a participação de 01 enfermeira residente, 01 médico residente, 02 agentes comunitárias de saúde, 01 assistente social preceptora e 01 auxiliar de saúde bucal, sendo estes profissionais representantes de suas respectivas categorias, sendo realizada na sala do Serviço Social; onde o produto final seriam esboços de um fluxograma de atendimento as mulheres

vítimas de violência. Houve atraso para iniciarmos devido ao tempo chuvoso naquele dia, e como pode ser notado, existiu a ausência de algumas categorias profissionais.

O primeiro encontro gerou muita expectativa sobre como os profissionais se sairiam com essa metodologia, e de como seria o desenrolar da oficina, entretanto foi algo surpreendente, pois além de conseguimos realizar o que estava previsto, os próprios profissionais se aprofundaram no assunto antecipando pautas que seriam abordadas nos demais encontros, detalhe, não havia sido relatado a eles.

Como por exemplo, a notificação, a importância da sensibilidade do profissional em realizar a escuta qualificada e acolhimento, reconhecer sinais de violência, refletindo que esta mulher dificilmente irá relatar de forma direta e imediata, o alerta de sinais de violência que não deixa marcas (psicológica, moral), a prioridade de atendimento e capacitação dos profissionais sobre a temática. Além disso, a necessidade de compartilhar com a rede intersetorial e orientar a mulher sobre os serviços disponíveis.

No processo de construção dos fluxos, foi possível visualizar que os grupos se comportaram de formas distintas, isso levando em consideração a interpretação da confecção dos fluxos. O primeiro grupo fez um esboço seguindo mais ou menos o funcionamento da unidade, ou seja, o paciente é acolhido, encaminhado para sala de escuta qualificada e encaminhado para consulta, e o caso é compartilhado com serviço social. Fazem alguns apontamentos dentro do mesmo, referente aos indícios de violência, encaminhamento para serviços de proteção, realização de notificação e o papel das categorias profissionais.

Já o segundo grupo realizou uma junção do caso apresentado e como funciona na unidade de saúde. Entretanto, no que tange ao acolhimento levaram em consideração o agressor estar presente, e negar se ausentar, levantando questionamento do que poderia ser feito nesse caso. Seguindo a escuta qualificada, medicação da paciente, solicitar apoio psicológico, encaminhar para rede intersetorial Casa da Mulher Brasileira (CMB), identificar a rede de apoio familiar e realizar notificação. Um ponto relevante, é que estes pensaram também na possibilidade de o casal terem filhos e incluíram encaminhamento para Conselho Tutelar.

Nesse momento foi possível constatar que estes possuíam noção de que uma coisa estava atrelada a outra. Além disso, um ponto que chama muito atenção é que a reflexão não era realizada apenas em cima da situação problema, os mesmos traziam experiências que vivenciaram em algum momento durante algum atendimento.

Aqui conseguimos visualizar a EPS acontecendo de forma evidente, pois foi possível observar que um grupo realizou a problematização da realidade do cotidiano, propondo as alternativas a realidade vivenciada. É exatamente o que EPS proporciona, um espaço que

engloba diversos profissionais, áreas distintas que discutem, refletem e sistematizam as estratégias para enfrentamento das adversidades enfrentadas no dia a dia, refletindo também acerca das diferentes formas de modelos de atenção à saúde, tendo a oportunidade de discuti-las, e não apenas reproduzi-las (STROSCHEIN; ZOCICHE, 2011).

Certamente, outro grupo pode ter apresentado dificuldade em trazer a luz da realidade, pois esse processo envolve a inclusão de si mesmo, (re) pensar nas práticas de saúde, o que preciso mudar em “mim” para mudar os processos dentro da unidade? Esse desconforto também é previsto dentro desse processo. Tal como afirma Ceccim (2005, p. 165) “a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações”.

Deste modo, as autoras Stroschein e Zocche (2011, p. 512), também destacam sobre a autoavaliação dentro dessa dinâmica:

A autoanálise e a autogestão são essenciais para que as transformações nas práticas profissionais ocorram. Não existe educação permanente sem autoanálise, de forma contínua. A ‘autoanálise’ não é somente a individual, mas também a do coletivo, pois é necessário o reconhecimento do que mudar, do que continuar, do que recriar.

Como pode-se perceber a EPS é fundamental para o trabalho, pois abre espaço para novas possibilidades, inserindo os pacientes dentro desse processo, além disso qualifica os atendimentos, visando a garantia dos direitos dos usuários (STROSCHEIN; ZOCICHE, 2011) e a ênfase nos atributos da AB, como integralidade e longitudinalidade do cuidado.

O segundo encontro realizado no dia 21 do mesmo mês visava discutir sobre o processo de acolhimento na unidade e o correto preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, tendo a mesma duração do encontro anterior, estando presentes: 01 enfermeira residente, 01 médico residente, 02 agentes comunitárias de saúde, 01 assistente social preceptora e 01 auxiliar de saúde bucal. Ocorreu em um ambiente diferenciado, mais amplo, onde os profissionais ficaram mais à vontade. Iniciamos com uma dinâmica denominada Representações de Figuras, onde a dupla sentava-se de costas uma para o outra, assim, eram entregues duas folhas, uma com desenho e outra em branco. O membro que ficasse com a primeira ficaria responsável de guiar o parceiro que estava com a segunda folha para transcrição do desenho, sem dizer o que era a figura. Dessa forma, e após a transcrição das sensações em tiras de papéis, possível identificar as diferentes sensações dos membros, alguns se apresentaram um pouco nervosos com medo de não conseguir desenvolver, de errar e conseqüentemente guiar seu colega. Destacaram sobre a atividade a importância de se colocar no lugar da outra pessoa e buscar compreender a percepção do outro, a confiança e atenção na fala.

Realizaram a reflexão quanto ao atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, sobre a importância da sensibilidade, saber ouvir sem julgamentos, compreender que muitas vezes não conseguirá falar sobre o fato imediatamente, então é provável que busque atendimento recorrente. São demandas espontâneas, ou seja, a qualquer momento pode surgir o caso e os profissionais precisam estar preparados para lidar com a situação, priorizar o atendimento e não dispensar sem nenhum atendimento e/ou orientação.

No encontro anterior vislumbramos que a maioria dos profissionais possuem conhecimento prévio sobre as fichas de notificação, as incluem de certa forma dentro dos fluxos pré-elaborados, entretanto, ocorre alguns equívocos no preenchimento correto das fichas e compreensão do funcionamento do fluxo na rede. Sendo um sinal de alerta, porque a partir do momento que não existe essa compreensão, impacta no desenvolvimento do ato de notificar.

Segundo Fontanella e Leite (2019), a questão da notificação e conseqüentemente as subnotificações envolvem aspectos culturais e o senso comum, onde o profissional avalia a necessidade de notificar ou não. Em uma pesquisa realizada pelas autoras para levantamento das ideias sobre o que os profissionais pensam sobre a ação de notificar, foi possível identificar que muitos desconhecem a necessidade de realizá-la, apontam que esta deveria ser feita por órgãos de segurança pública, outros atrelam ao desejo da mulher querer ou não, excessos de processos burocráticos, atrelam como forma de denúncia ultrapassando o sigilo ético profissional-paciente.

Importante ressaltar que o Decreto n. 5.099, de 3 de junho de 2004, regulamenta para todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher (BRASIL, 2003).

Com intuito de padronizar o preenchimento das fichas de forma adequada e facilitar a compreensão dos profissionais sobre o instrumental, tendo em vista ser um dispositivo de coleta de dados, e impacta diretamente na criação e implementação de políticas públicas, existe o guia intitulado Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, que aborda sobre a temática da violência em diversos segmentos, não sendo apenas relacionado à violência a mulher. Explicita sobre a estruturação da ficha, realizando as orientações por blocos de itens presentes no instrumento, categorizando os campos de preenchimento obrigatórios, essenciais e complementares (BRASIL, 2016).

Nesse momento, buscamos focar um pouco mais no preenchimento correto e discussão do fluxo dessas fichas, situações que podem gerar demandas judiciais e a relevância do sigilo e da ética profissional, de como essa ficha está associada ao processo de cuidado.

No decorrer da oficina, percebeu-se o maior envolvimento dos profissionais, até mesmo daqueles que não podem realizar o preenchimento das fichas de notificação, entretanto identificam seu papel dentro da sistemática. A maioria dos membros da equipe debateram sobre o caso, inclusive identificando ausência de informações para preenchimento da ficha, mas ao mesmo tempo, abordando sobre as alternativas de como conseguir tais informações, como por exemplo, utilização do prontuário eletrônico. Ainda levantaram hipóteses, soluções, as falhas que podem ocorrer quando não está preenchido de forma correta.

Ao final, foi possível identificar que os profissionais não se atentavam em observar os fluxos que estavam fixados na parede para refletir sobre as possíveis alterações. Possivelmente isso tenha relação com a resistência em mudanças no processo de trabalho, bem como com o exercício, ainda em construção, de refletir sobre o cuidar, sobre o modo de se produzir cuidado por mim mesmo, o que pode gerar desconfortos e desafios para as mudanças do dia a dia (MERHY; FEUERWERKER, 2011)

A terceira oficina foi realizada no dia 25, iniciando mais uma vez com atraso, estando presentes: 01 enfermeira residente, 01 médico residente, 02 agentes comunitárias de saúde, 01 assistente social. Foi um dia bem atípico, pois surgiram alguns imprevistos e demandas, onde a duração do encontro foi de apenas 36 minutos, ainda com ausência de uma profissional que não conseguiu comparecer ao encontro devido ao grande número de atendimento no dia e por não conseguir ninguém para substituí-la nesses atendimentos.

Nesse sentido, Scherer, Pires e Schwartz (2009) descrevem que há modelo de gestão que prioriza o cumprimento de metas e produtividade, em detrimento da criação e manutenção de espaços coletivos de discussão, o que interfere diretamente na reflexão da subjetividade e fragmentação do trabalho. Ainda, refletir sobre o processo de trabalho, além de não garantir lucratividade envolve questões éticas e políticas, sendo difícil favorecer os interesses de todos.

Dessa forma, tudo o que havia sido proposto, sendo respectivamente a construção do fluxo de atendimento interno dentro de um grande grupo para mulheres em situação de violência doméstica do território da USF, além das discussões correlacionadas com os encontros anteriores, não foi possível ser realizado, assim, em respeito a todos os profissionais que estavam presentes, foi disponibilizado os materiais sobre a Rede de Atendimento a mulheres em situação de violência doméstica no município de Campo Grande/MS e apresentação do quadro síntese dos Protocolos da Atenção Básica “Saúde da Mulher” para que estes realizassem a leitura naquele momento e refletissem novamente sobre o fluxograma.

Os profissionais realizaram as leituras individualizadas, porém, na medida que surgiam dúvidas ou apontamentos era provocada a discussão coletiva. Sendo assim, foi um encontro

onde foi oportunizado um momento de apropriação do material, pois os grupos não revisaram os fluxos construídos.

Novamente foi reforçado as pactuações iniciais sobre a relevância do cumprimento das etapas das oficinas, e principalmente do comparecimento. Compreende-se que algumas demandas não são programadas, que intercorrências acontecem, porém, também existe esse compromisso que foi pactuado em equipe. Houve um sentimento de desconforto com a situação, da necessidade de realizar uma “cobrança” e reafirmar uma pactuação pré-existente deixando transparecer possivelmente um desinteresse e ausência de compromisso.

O quarto encontro realizado no dia 26, com o objetivo de identificar se o fluxo proposto pela equipe conseguiria gerir as demandas de violência doméstica do território, teve duração de 90 minutos, sendo os membros participantes: 01 enfermeira residente, 01 médico residente, 02 agentes comunitárias de saúde, 01 assistente social preceptora e 01 auxiliar de saúde bucal. Como o encontro precedente não ocorreu como o esperado houve a necessidade de utilizar determinado tempo para a construção em conjunta do fluxograma. Os profissionais deslocaram-se para outro espaço, tendo em vista que estávamos em uma sala pequena, ficando desconfortável para o desenvolvimento da atividade.

Assim, reuniram-se em torno de uma mesa grande e discutiram as ideias em conjunto, realizando esboço em uma folha sulfite e utilizando os materiais do encontro anterior, ou seja, os dois esboços de fluxograma produzidos. Posteriormente, redefiniram o fluxo, e assim, transcreveram em papel pardo usando todos os materiais disponibilizados.

Na ocasião de colocar o fluxo em prática, foi ofertada duas possibilidades: a primeira de dispor da ambiência da unidade para que de forma mais clara conseguíssemos visualizar este fluxo, ou como segunda opção, estes poderiam fazer uso de placas ilustrativas com os nomes dos ambientes, exemplo: consultório, sala de escuta inicial, sala de coleta, gerencia, etc. Após a proposta, verificamos que os profissionais não se sentiram muito à vontade em realizar a encenação, assim, aderiram a segunda opção, fazendo uso das placas.

Desse modo, elegeram um membro para apresentar o fluxo e outro como apoio e os demais permaneceram sentados segurando as placas. O que ainda foi insuficiente, pois não foi possível visualizar como este fluxo funcionaria na prática. Um dos membros tentou incentivar a realização da encenação, porém, sem êxito. Além disso, durante a apresentação houve uma discussão sobre a existência ou não do acolhimento, de cumprimento de escalas de profissionais que realizam ou não, entretanto logo encerraram sem necessidade de intervenção. Outro ponto a ser abordado, é com relação a interrupção durante a apresentação, assim, um profissional necessitou se ausentar para realizar atendimento ao paciente.

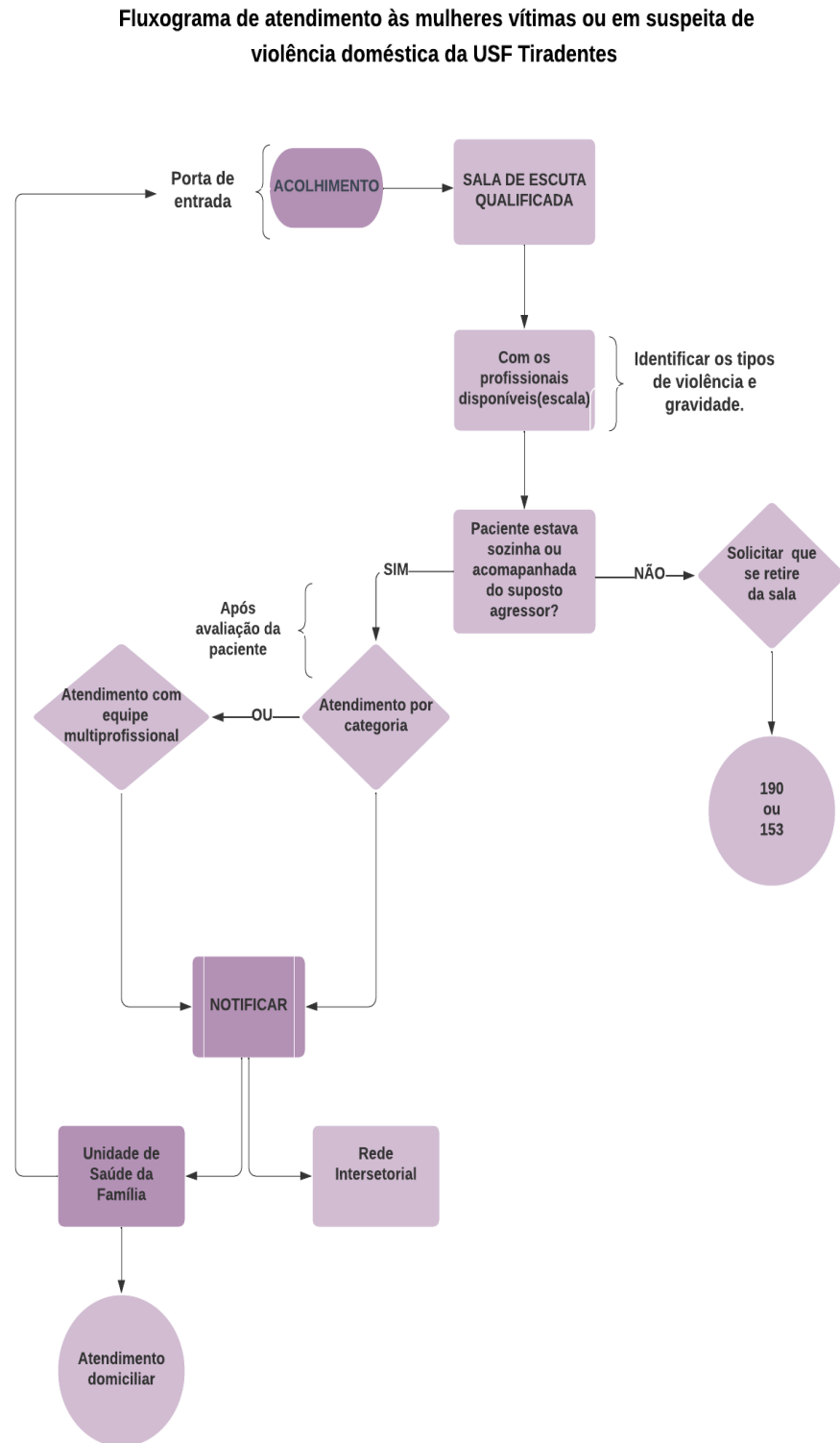
O produto final foi construído pelos membros pensando em 3 formas: o que seria ideal, como ocorre na unidade e fazendo a referência sobre o caso fictício abordado em um dos encontros.

Sendo assim, o fluxograma (Figura 1) fora descrito da seguinte forma: a paciente chega na unidade, passa pelo acolhimento na porta de entrada da unidade que direciona para a sala de escuta qualificada, esta que terá o atendimento inicial conforme a escala. No momento da escuta, o profissional deve identificar os tipos de violência, avaliar a situação, existência de gravidade e/ou risco e garantir o espaço protegido para essa mulher. Nesse momento, caso a mulher esteja acompanhada do possível agressor, solicitar que este se retire da sala, caso apresente resistência, acionar os órgãos de segurança, tais como, Polícia Militar (PM) ou Patrulha Maria da Penha.

Após a escuta qualificada e avaliação do profissional será realizado o encaminhamento para os atendimentos com equipe multiprofissional ou um profissional de determinada categoria ou encaminhamento direto para rede intersetorial. Isso dependerá da avaliação, sensibilidade do profissional que se encontra na sala de escuta qualificada, e também de toda situação relatada pela mulher, da violência sofrida, e da própria vontade da mesma, que muitas vezes não se reconhece dentro do ciclo da violência, ou que até mesmo busca a USF para acolhimento e orientação, não necessariamente para atendimento por queixas de saúde.

Seguidamente, realizada a notificação, ação que não precisa ser verbalizada para a paciente, pois a mulher pode apresentar sentimentos de medo e insegurança. Realizar as orientações, encaminhamentos para rede intersetorial, os cuidados específicos em saúde, acompanhamento, conhecer sua realidade *in loco*, com intuito de identificar as vulnerabilidades e rede de apoio. Assim, podemos visualizar o fluxo construído abaixo:

**Figura 1.** Fluxograma de atendimento às mulheres vítimas ou em suspeita de violência doméstica da USF Tiradentes.





O quinto encontro, sendo este a última oficina, foi realizado no dia 27/10/2021, e tinha por intenção a escolha de um caso de violência doméstica do território adscrito e a construção de um PTS para verificar se o fluxo atendia as necessidades da usuária, fazendo as correções necessárias no serviço; contando com a presença de todos os profissionais.

A escolha pelo PTS deu-se pela capacidade que há em fomentar a longitudinalidade do cuidado, quando se estabelece metas a curto, médio e longo prazo, responsabilizando os profissionais, fazendo com que cada membro desenvolva seu papel no processo do cuidado e, envolve e compromete a própria usuária sobre seu autocuidado e tomada de decisões.

Este respectivamente seria o início da confecção do PTS, mas não foi possível realizá-lo por alguns motivos, tais como: alguns integrantes que estavam participando das oficinas não estariam presentes por motivos de férias, estágios optativos/externos e agendas, ou seja, já ocorreria um esvaziamento dos participantes, além da ausência de categoriais profissionais. A intenção é que o mesmo fosse utilizado como forma de monitoramento e avaliação da proposta, e a partir disso realizar a avaliação e reajustes necessários para atender as necessidades de cuidado e demanda desses casos.

Infelizmente, esse encontro não cumpriu em partes com os objetivos previstos, entretanto foi um momento onde conseguimos dialogar com os profissionais, verificar se estes se reconhecem ou não dentro desse fluxograma, e por unanimidade, todos conseguem vislumbrar sua importância.

No processo também foi possível visualizar a fragilidade do fluxo de atendimento construído, tendo em vista que este se estrutura muito bem no atendimento, entretanto na continuidade do cuidado ainda apresenta algumas lacunas, como a presença da integralidade, ausência da longitudinalidade. Assim, foi levantada a questão de que mesmo havendo os serviços intersetoriais, a equipe de saúde precisa traçar estratégias dentro da unidade de saúde, seja fortalecendo o vínculo com a paciente, seja realizando os atendimentos, principalmente domiciliares.

É importante ressaltar que o objetivo era a construção de um plano de cuidado, que seria desenvolvido através do PTS que é semelhante ao plano de cuidado, que também precisa ser construído junto com a equipe, envolve traçar metas e intervenções a curto, médio e longo prazo, estratégias de monitoramento e avaliação, além disso, diagnóstico físico, psicológico e social, identificar as potencialidades e fragilidades para efetivação dos processos, e o primordial que traz o paciente como ator principal, colocando-o em evidência (MENDES, 2012).

#### 4.1. Monitoramento e avaliação

O monitoramento da intervenção foi realizado através do diário de campo reflexivo, onde foram registradas as minhas impressões, sentimentos, características observadas no processo de trabalho e permitiu refletir sobre as ações realizadas, para posterior sistematização e análise.

Outra ferramenta utilizada foi a avaliação “que bom, que pena, que tal”. Na primeira expressão os participantes relataram os pontos positivos ou o que gostaram das ações desenvolvidas; já na segunda, estes relataram os pontos negativos, ou seja, do que não gostaram. Já na última, os integrantes tiveram a oportunidade de apresentar sugestões para o desenvolvimento das ações.

Após análise do instrumental ao final de cada oficina, no que diz respeito a expressão “que bom”, em linhas gerais foi possível vislumbrar que todos os profissionais avaliaram que os encontros foram espaços de discussão para se pensar em diversas formas para atender a vítima de violência doméstica, onde foi oportunizada a troca de conhecimentos, experiências que agregaram informações, esclarecendo sobre a importância da continuidade do cuidado. Além disso, gostaram da oportunidade de construir o fluxo em conjunto, revisá-lo e fazer alusão a realidade da unidade e contribuir na construção.

No que tange a expressão “que pena” também aplicada ao desfecho da oficina, foi possível identificar que estes acharam que o tempo de duração das oficinas não foi suficiente para suprir todas as necessidades, além disso, pontuam a ausência de outras categorias profissionais que poderiam contribuir para o desenvolvimento do fluxograma e troca de saberes. E apesar do pouco tempo, a leitura do material proporcionou a reflexão sobre os modelos apresentados. Onde, inclusive, houve o questionamento do porquê de não pensar em um fluxo antes? Observando também em como a ambiência também impacta na construção e implantação de um fluxo para melhoria no atendimento e humanização do cuidado, já que foi um exercício proposto nas oficinas.

Por fim, em relação ao “que tal” no desfecho de cada oficina, foi enfatizado a necessidade de participação de outras categorias profissionais e de todas as equipes que compõem a USF, não sendo apenas uma única equipe de referência, além disso sugeriram a confecção de um compilado dos materiais para disponibilização e multiplicação dos encontros para os demais profissionais da unidade que compõem a equipe multiprofissional. E recomendou-se a explicitação de como alguns serviços da rede intersetorial funcionam, tais como: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado

de Assistência Social (CREAS), Centro de Atendimento Especializado a Mulher (CEAM), Fundação Social do Trabalho (FUNSAT), entre outros.

Com relação ao monitoramento e avaliação do fluxo, não foi possível realizá-lo, pois esta etapa seria executada na construção do PTS, onde seria realizada a escolha de um caso através das fichas de notificação que se encontra na unidade de saúde, sendo o critério de inclusão violência doméstica, vulnerabilidades e complexidade do caso. Assim, inicialmente o planejamento para a continuidade do projeto, monitoramento e avaliação do fluxograma se concretizaria com encontros de equipe periódicos, por três meses.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconheço que parte dos objetivos pré-estabelecidos foram alcançados, principalmente ao que tange a qualificação da equipe multiprofissional para o manejo do cuidado a mulheres em situação de violência doméstica, sobre a relevância do cuidado integral e longitudinal, principalmente acolhedor e humanizado.

Contudo, o desenvolvimento deste projeto trouxe inquietações e reflexões quanto as dificuldades encontradas para colocá-lo em prática, sendo possível identificar no decorrer dos encontros algumas fragilidades, tais como a dificuldade com o processo de trabalho compartilhado, adesão por categorias para o desenvolvimento das atividades, pela hipótese de facilidade e praticidade o que impacta diretamente no comprometimento e ausência de espaço protegido para realização das oficinas.

Dessa forma, recomenda-se, a continuidade do projeto de intervenção para construção de um plano de cuidado para mulheres em situação de violência doméstica e aperfeiçoamento do fluxograma, tendo em vista que cada área de abrangência do território possui suas especificidades e singularidades, e que determinados profissionais tenham mais familiaridade com a temática e outros não. Assim se faz necessário compartilhar com as demais equipes que compõem a unidade de saúde, para continuidade na qualificação do processo de trabalho.

Para que isso ocorra, é fundamental a reorganização do processo de trabalho, sugerindo que todos os profissionais de saúde, independentemente de estarem no processo de especialização (residentes), tenham horários protegidos, para que não gere prejuízos em agendas, atendimentos e na própria rotina da unidade de saúde, e também sem causar danos aos próprios profissionais, tendo em vista que estes também precisam cumprir com as suas funções dentro da unidade de saúde.

O processo de educação permanente em saúde, se torna mais efetivo e eficaz quando todos os profissionais conseguem discutir, criar e pensar em novas formas de saúde, rompendo com a lógica de reprodução, buscando a lógica de criação de modelos de cuidado, incluindo o usuário nesse processo.

Assim, a realização deste projeto de intervenção mostrou a necessidade de se criar estratégias para superação dessas fragilidades, tendo em vista que as situações apontadas são intrínsecas aos profissionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERBEL, N. N.: “A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos”? Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem** 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVIII, n. 181, p.18.055-18.059, 19 set. 1990.

BRASIL. **LEI MARIA DA PENHA**. Lei N.º 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, 2020. Disponível em: <[https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/cartilha-auxilia-mulheres-no-enfrentamento-a-violencia/Cartilhaenfrentamento\\_QRCODE1.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/cartilha-auxilia-mulheres-no-enfrentamento-a-violencia/Cartilhaenfrentamento_QRCODE1.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, p. 11, 25 nov. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm). Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm) Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União – DOU. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de notificação – SINAN. **Violência Interpessoal/Autoprovocada** – Notificações Registradas: banco de dados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinanet/cnv/violems.def> acesso em: 28 dez. 2021

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 9, n. 16, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Rev. bras. educ. med.**, v. 31, n. 1, p. 3-4, Abr. 2007.

LEITE, A. de C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 04 jan. 2022.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA; v. 1, p. 5-21, 2011.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Cidadania e Cultura. Subsecretaria de Estado de Políticas Públicas para Mulheres. **Mapa do feminicídio**. Mapeamento das mortes violentas de mulheres, tipificadas como feminicídios, ocorridas em Mato Grosso do Sul, no ano de 2020. Volume II. 2020.

MELO, B. C. A prática da Metodologia Ativa: Compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Comum.ciênc. saúde**. 23(4): 327-339, set-dez. 2012.

OLIVEIRA, M. T.; FERIGATO, S. H. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional** [online]., v. 27, n. 3, 2019.

PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]., v. 14, n. 03, 2016.

SILVA, S.A. *et al.* Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, p. 182–186, 2015.

SILVA, J. G. *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? **Saúde e Sociedade** [online]., v. 28, n. 2, 2019.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]., v. 9, n. 3, 2011.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]., v. 43, n. 4, 2009.

## APÊNDICE A - DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DA INTERVENÇÃO

As etapas do projeto de intervenção são:

**1º encontro:** Apresentação de caso fictício, onde a equipe realizará a discussão e buscará traçar alternativas para resolução do problema, de acordo com seu cotidiano e experiência profissional (observação da realidade), onde serão trabalhadas alternativas para resolutividade do caso. A partir disso, daremos início ao levantamento de hipóteses sobre a criação de um plano de cuidado á mulheres em situação de violência doméstica.

**Duração: 1h30min**

**Data: 18/10/2021**

**Materiais:**

- Papel Flip Chart;
- Canetões coloridos;
- Fita crepe;
- Papéis coloridos.
- Cartolinas brancas.
- Computador.

**Objetivos de aprendizagem:**

- Identificar os tipos de violência;
- Compreender o ciclo da violência doméstica;
- Construção de um fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.

Os profissionais irão se dividir em dois grupos, sendo respectivamente 09 integrantes para cada lado. Assim, será entregue uma situação problema, em que deverão discutir e responder as perguntas, em 40 minutos.

**Situação problema:**

### **MAIS UM DIA NA VIDA DE ALICE**

São 12h 30min de uma quarta-feira quando Alice adentra a Unidade Básica de Saúde um pouco assustada, agitada, relatando não estar muito bem, com algumas dores, e a mão bastante inchada. Logo atrás dela vem está o Marcos, esposo, que parece tentar acalmá-la.



Ao passar pela sala de escuta, a Cristina, enfermeira, ao aferir a pressão percebe uma marca diferente no braço da Alice e, pergunta se está tudo bem. Alice responde apenas balançando a cabeça em sinal positivo, olhando para baixo.

Paula, médica da Unidade, sai na porta e grita: - Alice!

Alice levanta e Marcos também, ambos entram no consultório. Paula pergunta o que houve, e Marcos responde: - *Ela foi lavar uma louça e deu um mau jeito. Tá vendo como a mão dela tá inchada?*

Então, Paula insiste para Alice: - *Alice, você está com dor? Quer me dizer o que aconteceu? A sua temperatura está normal, mas está trêmula e de casaco, está com frio?*

Alice responde com a voz trêmula: - *foi um descuido. Não aconteceu nada demais.*

Paula então pede para examinar Alice, e percebe que a paciente fica mais agitada, falando que nada demais havia acontecido. Paula insiste no exame.

Ao tirar o casaco Paula percebe marcas na pele de Alice, com diferentes tonalidades, umas roxas, outras vermelhas, outras verdes... parece que estão em diferentes tempos de cicatrização de trauma.

Sem saber o que fazer naquele momento, pede para Alice vestir o casaco de volta e fala: - *vocês podem esperar aqui um pouco? Vou pedir para a equipe preparar um soro com dipirona para diminuir sua dor, tá bom? Eu já volto.*

Ao sair da sala, Paula fecha a porta e se pergunta: - *O que eu faço agora? Eu acho que ela tá sendo violentada em casa, não posso deixar ela ir embora assim... O que eu faço?*

Após a leitura do caso, os participantes terão 40 min para responder as seguintes:

- Suspeita-se que Alice vivencie qual (is) tipo (s) de violência? Quais são os tipos de violência notificados hoje? Como eles são caracterizados/identificados?
- No caso de suspeita ou confirmação de violência, qual é o fluxo de atendimento – e de cuidado – desta unidade? Destrinche o fluxo em uma folha flip-chart.

Findado o tempo, será entregue um artigo que discute o ciclo da violência doméstica. Cada grupo deverá lê-lo e retomar suas respostas, modificando-as se for necessário, em outra folha de flip-chart. E respondendo a seguinte pergunta: [50 minutos]

- Com base na leitura, responda: O que pode ser mudado no acolhimento e atendimento da pessoa vítima de violência doméstica na unidade? Registrar em flip-chart. [aqui a intenção é que os profissionais já iniciem a reflexão sobre o que pode ser melhorado no processo de cuidado].

- LUCENA, K. D. T. *et al.* Analysis of the cycle of domestic violence against women. **J Hum Growth Dev.**, v. 26, n. 2, 2016.

Cada grupo terá dez minutos para apresentar suas discussões. A facilitadora observará os fluxos produzidos, fazendo-os pensar sobre as diferenças produzidas de cuidado em cada fluxo, e a necessidade de produzir um cuidado alinhado, a fim de produzir integralidade no cuidado. [nas apresentações provavelmente se verá diferenças nos fluxos, de onde ir, com quem falar... e é justamente por isso que a linha de cuidado será construída de forma coletiva, para que TODXS, coletivamente, conduzem o processo de cuidado e compreendam o que precisa ser feito. Não existe CERTO ou ERRADO nas apresentações, são as percepções que eles trazem e não cabe CORREÇÃO. Não é um espaço para isso.]

Ao final do encontro, será disponibilizado aos membros participantes a cartilha impressa: “Violência doméstica e familiar contra a mulher em tempo de Covid-19 o que fazer?” <https://www5.tjms.jus.br/estaticos/sc/publicacoes/CartilhaVDCovid.pdf> com objetivo de [norteá-los nas orientações em território, consultas e atendimentos domiciliares.](#)

**2º encontro:** será abordado sobre o acolhimento a mulheres em situação de violência doméstica, e a relação com as fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

**Duração: 1h30**

**Data: 21/10/2021**

**Materiais:**

- Folhas sulfite;
- Canetas / canetões coloridos;
- Fichas impressas de notificação;
- Desenhos impressos;
- Computador.

**Objetivos de aprendizagem:**

- Realização da dinâmica “Representações de figuras”, com objetivo de apreender sobre a importância do acolhimento e escuta qualificada, a fim de evitar a revitimização dessas mulheres e ética profissional;
- Conhecer e saber preencher a ficha de notificação compulsória e seu fluxo dentro do município;

Antes de iniciarmos o encontro, os fluxos de atendimento confeccionados na oficina anterior serão presos na parede, para que no decorrer do encontro, o mesmo seja analisado e revisado pelos profissionais.

Para início da oficina os profissionais serão divididos em duplas, irão sentar de costas um para o outro, um dos integrantes irá receber uma folha com figuras e o outro irá receber uma folha em branco. Assim, quem está com a folha em branco irá realizar a transcrição sem visualizar o desenho, apenas sendo orientado pelo colega. Posteriormente, será entregue tiras de papel, onde cada profissional irá pontuar como foi a sensação de orientar e ouvir. Aqui será aberto para discussão, fazendo referência ao acolhimento a mulheres em situação de violência doméstica. Para realização desta atividade será disponibilizado 40 minutos.

Em sequência, será apresentado um vídeo disponível no Youtube, denominado: “Instrução de Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada”, com objetivo de auxiliar a equipe no preenchimento das fichas. Será entregue caso fictício junto com a ficha de notificação para cada profissional, essa atividade ocorrerá de forma individualizada, sendo disponibilizado tempo de 15 minutos para preenchimento da ficha, posteriormente, realizado correção.

- **Vídeo 1:** <https://youtu.be/qt6r5SDq8Rw>
- **Caso fictício:**

Joana Maria, 30 anos se casou com Geraldo de 42 anos. Durante o período de relacionamento, mudaram de cidade vindo morar em Campo Grande. Ao chegar foi recebida com festa pelos familiares do seu esposo, assim, passando a residir aos fundos da casa da sogra. Os primeiros dias foram de felicidade, mas depois de 07 meses de convivência sempre que contrariado atirava objetos em sua direção e a xingava, falava que não servia para nada. Quando saía deixava a vítima trancada no interior da residência. Um dia Joana Maria desesperada conseguiu fugir e foi até unidade de saúde próxima da residência buscar ajuda.

Após a correção do preenchimento das fichas de notificação, a mediadora irá lançar o seguinte questionamento: “Vocês conseguem identificar o processo de acolhimento e notificação dentro dos fluxos confeccionados”? Assim, os membros terão de refletir acerca da construção realizada, fazer apontamentos e observações para continuidade do próximo encontro.

**3º encontro:** Realizar a construção do fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na UBSF Tiradentes.

**Duração: 1h30min**

**Data: 25/10/2021**

**Materiais:**

- Canetões coloridos;
- Papel pardo;
- post its coloridos;
- Impressos dos referenciais teóricos.

**Objetivo de aprendizagem:**

- Construir um fluxo de atendimento interno para mulheres em situação de violência doméstica do território da USF Tiradentes.

Inicialmente, será realizado novamente a indagação apresentada no encontro anterior: “Vocês conseguem identificar o processo de acolhimento e notificação dentro dos fluxos confeccionados”? Onde os profissionais terão espaço para realizar seus apontamentos e observações.

Posteriormente, será apresentado para equipe três referenciais teóricos, que contextualizam sobre o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica no Município, em serviço especializado e de acordo com o Protocolo da Atenção Básica – Saúde da Mulher. Sendo importante destacar que o material não será trabalhado na íntegra, mas sim, em partes que abordam o contexto da temática apresentada:

- Protocolo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Estado: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)
- Rede de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica no município de Campo Grande – MS: <https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Cartilha-2021.pdf>
- Protocolos da Atenção Básica – Saúde da mulher (apresenta quadro síntese): [http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/protocolo_saude_mulher.pdf)

Assim, os fluxos construídos serão devolvidos respectivamente para cada grupo, para que estes observem, após análise dos materiais, se apareceu algo em comum, se faltou alguma etapa/processo, para isso, terão 30 minutos.

Posteriormente, dentro de um grande grupo, irão construir um fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica para a UBSF Tiradentes. Importante destacar que os membros deverão levar em consideração a questão da ambiência da unidade e a realidade apresentada. Para desenvolvimento da construção, a equipe terá 1h30.

**4º encontro:** será utilizado a técnica role-play, com intuito de compreendermos na prática o processo do fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.

**Data:** 26/10/2021

**Duração:** 1h30min

**Materiais:**

- Placas ilustrativas;
- post its coloridos;

**Objetivos de aprendizagem:**

- Identificar na prática, se o fluxo proposto pela equipe consegue gerir as demandas de violência doméstica do território;

Nesse encontro, novamente será realizado a exposição do fluxo de atendimento confeccionado pelos profissionais, entretanto estes terão de dividir para realizar a encenação, de acordo com o que foi o construído. Para isso, a equipe poderá usar da disposição da unidade (ambiência), ou desenvolver dentro de um espaço, porém, usando placas ilustrativas para identificação dos locais. Assim, terão tempo de 1 hora.

Ao término da encenação, será realizado novamente a discussão do fluxo, pois a proposta é de se colocar no lugar da usuária que busca a unidade de saúde. Dessa forma, se necessário, será realizado novas alterações e seguidamente, uma nova encenação.

Na oportunidade, se possível, já iremos realizar o levantamento do caso para desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular – PTS.

**5º encontro:** a equipe escolherá um caso de violência doméstica para monitorar e avaliar a linha de cuidados, utilizando do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para tal. O objetivo é que a partir deste caso a linha de cuidado possa sofrer os ajustes necessários para atender as necessidades de cuidado e demanda por esses casos, e que vá de encontro com a lógica de trabalho dos profissionais.

**Data: 27/10/2021**

**Duração: 1h30min**

**Materiais:**

- Computador;
- Fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada;
- Folhas sulfite;
- Canetas coloridas.

**Objetivos de aprendizagem:**

- Desenvolver o trabalho em equipe, com vistas do acompanhamento e longitudinalidade do cuidado;
- Distinguir as contribuições de acordo com as categorias profissionais da equipe multiprofissional para melhor compreensão de suas competências, com vistas a integralidade do cuidado.

A equipe de referência, terá de escolher um caso de violência doméstica identificado no território, por meio das fichas de notificação, para desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular. Nesse momento, será confeccionado o modelo, diagnóstico, definição de metas, divisão das responsabilidades e reavaliação, definição do profissional responsável para conversar com a família que será acompanhada para definição dos objetivos que a mesma espera.

Após a escolha do caso, será abordado alguns pontos de reflexão com os profissionais para traçarmos a melhor escolha do caso: 1. O que estamos fazendo para a paciente hoje? A mulher compreende que está em situação de violência?

Em seguida, após as reflexões e escolha do caso, também será reforçado quanto ao compromisso ético de cada profissional e o sigilo das informações. Assim, será definido quando daremos início na atuação do caso, sendo importante destacar, que usaremos o fluxo para realização dos atendimentos.

O PTS será utilizado pois é uma ferramenta com o intuito de garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado, que engloba a contribuição de todos os profissionais o que favorece a atuação interdisciplinar (UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA, 2012). Sendo assim, é definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2010, p.39).

vale salientar que o PTS é um processo de construção coletiva, operacionaliza todas as propostas e ações a favor do usuário, assim, não deve ser somente desenvolvido pelos profissionais, mas com os usuários e/ou famílias envolvidos.

O seguimento do PTS será operacionalizado conforme as etapas previstas para desenvolvimento deste, sendo assim, diagnóstico, definição de metas, divisão das responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2010). Após a definição da escolha do caso, iremos conversar com a família que será acompanhada para definição dos objetivos que a mesma espera.

O caso será escolhido através das fichas de notificação que se encontram na unidade de saúde, sendo critério de inclusão o fato violência doméstica, vulnerabilidades e complexidade do caso.

Após a definição do caso e a construção do PTS, o plano de intervenção continuará na modalidade monitoramento e avaliação, através de encontros semanais com a equipe de referência, com duração de 2 horas, por 3 meses.

## ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

052/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a) Thaynara Raquel da Silva, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 082.554.281-21, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 2109.944, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Senador Adão Mendes Barão, N°. 3249, Bairro: Purovixet, nesta Capital, telefone n°. 67996840488, pesquisador(a) do Curso de Terapia Multiprofissional, da Instituição SESAU/FIOCRUZ - CG/MS com o título do projeto de pesquisa: "O Manejo do Cuidado da Equipe Multiprofissional a Mulheres em situação de Violência Doméstica na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Antônio Pereira – Tiradentes", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

**A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 01 de setembro de 2021.

Thaynara Raquel da Silva

Pesquisador (a)

Jonise Catarina de O. Piazzzi  
Gerente de Educação Permanente

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS



052/2021



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

**COMPETÊNCIAS:**

**PESQUISADOR:**

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
  - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
  - Contato (telefone e e-mail);
  - Nome do projeto;
  - Objetivos;
  - Metodologia completa;
  - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.


Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

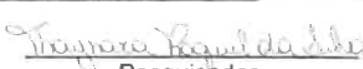
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

**SESAU:**

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 01 de Setembro de 2021.

  
 Janise Catarina de O. Piazzi  
 Secretária Gerente de Educação Permanente  
 SGE/SESAU/CG/MS

  
 Thayara Raul da Silva  
 Pesquisador