

Linha de cuidado para a atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens

Line of care for the attention to morbimortality from external causes in adolescents and young people

Línea de atención para atención a la morbimortalidad por causas externas en adolescentes y jóvenes

Mariana Marques^I

ORCID: 0000-0002-3414-4462

Rosângela Barbiani^I

ORCID: 0000-0002-1841-774X

Carlise Rigon Dalla Nora^{II}

ORCID: 0000-0001-5501-2146

Luiza Cremonese^{III}

ORCID: 0000-0001-7169-1644

Taiana Beltrame de Miguel^I

ORCID: 0000-0002-7381-6313

Rosane Mortari Ciconet^I

ORCID: 0000-0001-9911-5796

Elson Romeu Farias^{IV}

ORCID: 0000-0002-2618-1773

^IUniversidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV}Escola de Saúde Pública Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Marques M, Barbiani R, Dalla Nora CR, Cremonese L, Miguel TB, Ciconet RM, et al. Line of care for the attention to morbimortality from external causes in adolescents and young people. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 2):e20200428. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0428pt>

Autor Correspondente:

Rosângela Barbiani

E-mail: robarbiani@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 14-09-2020

Aprovação: 11-02-2022

RESUMO

Objetivos: descrever o desenvolvimento e modelagem de uma linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, no âmbito da gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** estudo metodológico operacionalizado em três etapas: análise situacional; revisão de literatura; desenvolvimento e modelagem. Análise estatística descritiva e de conteúdo do tipo temática foram utilizadas para produzir evidências e embasar a elaboração da linha de cuidado. **Resultados:** apoiando-se nas evidências do estudo, elaborou-se uma linha de cuidado, cuja proposta teórico-metodológica contemplou: 1) matriz conceitual, 2) matriz educativa, 3) matriz assistencial e 4) matriz operativa. **Considerações Finais:** as linhas de cuidado são instrumentos potentes para a articulação dos níveis de atenção à saúde, sendo uma proposta resolutiva e exequível haja vista seu custo-efetividade para demandas complexas em saúde como a morbimortalidade de adolescentes e jovens por causas externas.

Descritores: Adolescente; Causas Externas; Indicadores de Morbimortalidade; Assistência Integral à Saúde; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to describe the development and modeling of a line of care for the prevention and attention of morbimortality from external causes in adolescents and young people within the scope of the municipal management of the Unified Health System. **Methods:** methodological study operationalized in three stages: situational analysis; literature review; development, and modeling. Descriptive statistical analysis and content analysis of the thematic type were used to produce evidence and support the development of the line of care. **Results:** by upholding the evidence of the study, it was elaborated a line of care, whose theoretical and methodological proposal included: 1) conceptual matrix, 2) educative matrix, 3) assistance matrix, and 4) operative matrix. **Final Considerations:** the lines of care are strong tools for articulating the levels of health care, being a resolute and feasible proposal given its cost-effectiveness for complex health demands such as the morbimortality of adolescents and young people from external causes.

Descriptors: Adolescent; External Causes; Morbimortality Indicators; Comprehensive Health Care; Nursing Research Methodology.

RESUMEN

Objetivos: describir el desarrollo y modelado de una línea de cuidado para la prevención y atención a la morbimortalidad por causas externas en adolescentes y jóvenes, en el ámbito de la gestión municipal del Sistema Único de Salud. **Métodos:** estudio metodológico realizado en tres etapas: análisis situacional; revisión de literatura; desarrollo y modelado. Análisis estadístico descriptivo y de contenido del tipo temático han sido utilizados para producir evidencias y basar la elaboración de la línea de cuidado. **Resultados:** apoyándose en las evidencias del estudio, elaborado una línea de cuidado, cuya propuesta teórico-metodológica incluyó: 1) matriz conceptual, 2) matriz educativa, 3) matriz asistencial y 4) matriz operativa. **Consideraciones Finales:** las líneas de cuidado son instrumentos potentes para la articulación de los niveles de atención de salud, siendo una propuesta resolutive y ejecutable haya vista su costo-efectividad para demandas complejas en salud como la morbimortalidad de adolescentes y jóvenes por causas externas.

Descriptorios: Adolescente; Causas Externas; Indicadores de Morbimortalidad; Atención Integral de Salud; Investigación Metodológica en Enfermería.

INTRODUÇÃO

As causas externas e especialmente a violência vêm sendo monitoradas mundialmente, considerando o impacto relevante que causam na população entre 10 e 24 anos, especificamente do sexo masculino. Os adolescentes e os jovens configuram as principais vítimas, num processo que afeta família, amigos e sociedade. Além disso, as causas externas contribuem muito para o aumento da mortalidade, das lesões e da invalidez nesse grupo⁽¹⁾ e produzem significativo impacto na economia e nas condições de saúde da população. As lesões e violência representam uma proporção substancial da carga global de doenças em adolescentes, particularmente entre os países de baixa e média renda⁽²⁻³⁾.

No Brasil, as causas externas, sobretudo as agressões, sintetizam a principal causa de morte entre adolescentes, em especial aqueles com idade entre 15 e 19 anos em razão da vulnerabilidade desse segmento populacional⁽⁴⁾. Nesse contexto, o setor saúde, com todas as suas limitações, vem se destacando como campo pioneiro e estratégico no cuidado às vítimas.

Apesar da magnitude do fenômeno, políticas públicas direcionadas à tentativa de redução da mortalidade juvenil por causas externas são pouco eficazes diante da problemática enfrentada, e isso alerta para a necessidade da produção de pesquisas que apontem perspectivas resolutivas para a Rede de Atenção à Saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

No âmbito da saúde, ações que incidam de forma eficaz e preventiva sobre esse fenômeno requerem a integração dos níveis e fluxos de atenção e gestão das redes. Tal ordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo implementada desde 2010, consolidada por meio da Portaria nº 3/2017⁽⁷⁾, do Ministério da Saúde, ratificando as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as linhas de cuidado (LC) como uma das estratégias de organização e produção do cuidado⁽⁷⁻⁸⁾. Assim, a enfermagem tem sido pioneira na implementação dessa nova proposta em todos os níveis de atenção do sistema⁽⁹⁾.

As linhas de cuidado configuram eixos centrais de ações integrais de cuidado compostas tanto por guias, fluxos, protocolos clínicos e de atenção quanto por atribuição de responsabilidade sanitária e de gestão que viabilizem a continuidade do processo de atenção à saúde em sua integralidade⁽¹⁰⁾.

Considerando a necessidade de proposições resolutivas para o enfrentamento da mortalidade juvenil, este estudo procurou avançar na operacionalização do modelo de atenção e gestão do cuidado implantado pelo SUS, por meio do desenvolvimento de uma linha de cuidado de prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas e de promoção da saúde e da vida de adolescentes e jovens. Cabe destacar que o investimento na saúde do adolescente — propiciando meios para garantir o direito à saúde, ao bem-estar, à educação e à participação plena e igualitária na sociedade — é fundamental na preparação para que alcancem pleno potencial como adultos⁽¹¹⁾.

Assim sendo, este trabalho insere-se na agenda global de promoção da saúde, em que a enfermagem é fundamental para atingir os objetivos de desenvolvimento sustentável, entre os quais está a cobertura universal de saúde, por meio de boa saúde e bem-estar, com a oferta de cuidado integral e humanizado⁽¹²⁾. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Conselho Internacional de Enfermagem e com a Campanha *Nursing Now*, refere que nenhuma agenda global será concretizada

sem a força de trabalho da enfermagem e seu papel em equipes de saúde multiprofissionais⁽¹³⁾. Iniciada em 2018, a Campanha *Nursing Now* terminou em 2020, quando se comemorou o aniversário de 200 anos da precursora da profissão, Florence Nightingale⁽¹⁴⁾. A campanha possuía metas internacionais e nacionais a fim de ampliar a visibilidade e valorização do enfermeiro, destacando a importância da profissão para a qualificação dos serviços de saúde.

Após o lançamento da campanha no Brasil⁽¹⁵⁾, os ambientes acadêmicos foram considerados estratégicos para executar intervenções educativas que deem visibilidade à profissão. A *Nursing Now* nasceu para colocar a enfermagem em destaque e na liderança, considerando seu papel fundamental na implementação das políticas de saúde⁽¹⁵⁾. Em razão disso, apresenta-se este estudo, que aborda o fenômeno da mortalidade prematura e evitável da população adolescente e jovem, por causas externas, como agenda prioritária para a saúde pública, campo no qual o enfermeiro se sobressai, nos âmbitos da assistência, gestão, pesquisa e educação em saúde.

Nessa perspectiva, o estudo teve como questão norteadora: Quais as diretrizes, percursos e fluxos devem compor uma linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens?

OBJETIVOS

Descrever o desenvolvimento e modelagem de uma linha de cuidado (LC) para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, no âmbito da gestão municipal do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA).

Desenho do estudo

Estudo metodológico que descreve os passos para o desenvolvimento de uma linha de cuidado, por meio das etapas de análise situacional, revisão de literatura e desenvolvimento da modelagem “linha de cuidado”, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para organização e produção das redes integradas de saúde⁽¹²⁻¹⁷⁾.

Local do estudo, etapas e coleta dos dados

O estudo teve, como referência inicial e base de evidências, pesquisa realizada em 2017 sobre prevenção e atenção à morbimortalidade em adolescentes e jovens em uma capital no Sul do Brasil⁽¹⁸⁾. Os resultados apontaram a prevalência das causas externas em 75,49% dos óbitos. Entre estes, 91,27% eram do sexo masculino, 61,05% eram de raça/cor de pele branca; e foram distribuídos entre homicídios (78,45%), acidentes de transporte (10,04%) e suicídios (4,31%). O referenciamento geográfico da procedência das vítimas revelou áreas de vulnerabilidade social, marcadas por conflitos e territórios de disputa do tráfico de drogas⁽¹⁸⁾.

Em 2018, o estudo foi ampliado e atualizado, produzindo novos indicadores para o detalhamento da linha de cuidado, entre os quais destacam-se as percepções e sugestões dos adolescentes e jovens sobre suas necessidades de saúde, na relação com o território e com a rede, assim como as proposições dos profissionais dos serviços da rede de atenção especializada⁽¹⁹⁾.

A etapa inicial foi a de análise situacional, desenvolvida em duas fases: estudo ecológico que descreveu a distribuição dos óbitos por causas externas na série histórica de 2010-2018, bem como a caracterização das vítimas com idades entre 10 e 24 anos, residentes na cidade. A segunda fase da análise situacional foi qualitativa, aprofundando os dados obtidos no estudo inicial, por meio de sete grupos focais, realizados nos territórios, com representantes da rede de saúde, lideranças e serviços comunitários e jovens e adolescentes, no âmbito da atenção básica e especializada. Os participantes dos grupos focais foram indicados pelas Gerências Distritais de Saúde. Os critérios de inclusão foram: no mínimo, dois anos de experiência no trabalho atual; e, no caso dos representantes das comunidades, adolescentes e jovens, dois anos de moradia em seus territórios. Os encontros foram realizados nas unidades de saúde, escolas e centro comunitário, dependendo da disponibilidade de cada região. Todos os encontros foram gravados e posteriormente transcritos.

Na segunda etapa, foi realizada revisão narrativa composta pela sistematização dos marcos programáticos e normativos do SUS, bem como pelas evidências da literatura científica a respeito do fenômeno em estudo.

A terceira etapa operou com os resultados das análises das fases anteriores para gerar e desenvolver a proposta da linha de cuidado, delineada em quatro eixos: conceitual, educativo, assistencial e operativo.

Análise dos dados

Para a análise quantitativa dos dados, empregou-se estatística descritiva com distribuição de frequência. Para análise dos dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática.

RESULTADOS

A síntese produzida nas etapas anteriores reuniu evidências e elementos para a categorização de quatro eixos ordenadores da linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, quais sejam: 1) conceitual, 2) educativo, 3) assistencial e 4) operativo.

Na categoria “matriz conceitual”, foram sintetizados os pilares sobre os quais a formulação e a implantação da linha de cuidado deve se orientar, identificando elementos básicos e estruturais que precisam ser conhecidos e construídos pelas equipes de saúde e gestores. Adota-se a referência da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual se define a LC como uma ferramenta de microgestão do cuidado, isto é, uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância^(12,15,20). A assistência à saúde é multiprofissional e usuário-centrada com modelo matricial de atenção dispondo de

ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência voltadas para as necessidades de um grupo populacional ou individuais⁽¹²⁾.

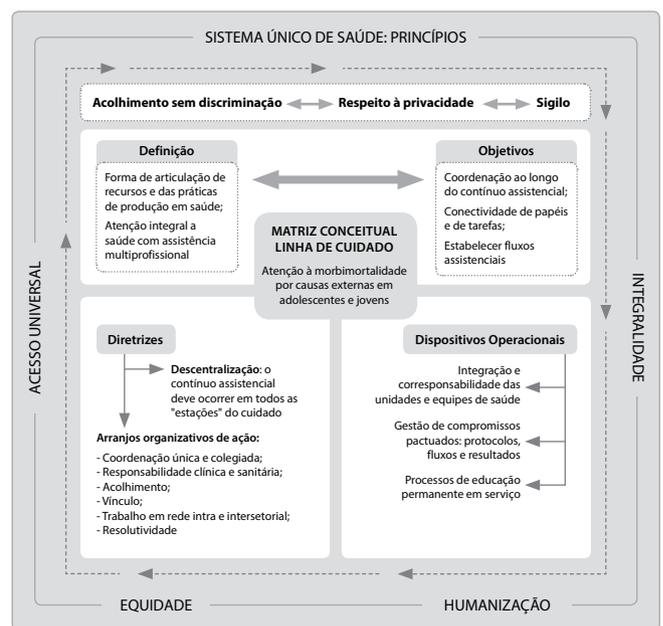
A categoria “matriz educativa” — considerando a população de referência, adolescentes e jovens (10-24 anos) — é fundamental e deve ser incorporada a todas as ações e atendimentos das estações do cuidado, quando o vínculo e aproximação favorecerem o diálogo sobre o autocuidado e valorização da vida. Destaca-se a importância dos processos de educação em saúde, inclusive para profissionais e gestores da rede, sendo, a Atenção Primária, estratégia ordenadora do cuidado e das ações. Isso porque ela está mais próxima dos adolescentes e jovens e de seus territórios, potencializando as ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção dos agravos evitáveis, nos quais se enquadram as causas externas.

Na categoria “matriz assistencial” da linha de cuidado, foram compilados os elementos e fluxos estratégicos para a articulação de recursos e das práticas de produção de saúde da LC. Estas também devem ser orientadas por diretrizes clínicas, articuladas entre os serviços da região de saúde, de modo a responder às necessidades mais relevantes^(12,15,20).

A categoria “matriz operativa” da linha de cuidado partiu das matrizes conceitual, assistencial e educativa e sistematizou as fases necessárias à implantação da linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens.

A seguir, tem-se a concepção do arranjo estrutural da linha de cuidado, da qual derivam ações e atos assistenciais. Cada um deles tem sua especificidade estratégica e, ao mesmo tempo, uma ligação sinérgica para com o processo de construção de um *continuum* no desenho e ativação da linha de cuidado. Essas quatro matrizes serão apresentadas detalhadamente adiante.

A matriz conceitual traz a definição, princípios, diretrizes e dispositivos operacionais que criam a imagem e o desenho da LC, como uma ferramenta de microgestão da produção do cuidado, conforme Figura 1.



Fonte: Adaptado^(12,15,20-21)

Figura 1 - Matriz conceitual da linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020

A matriz educativa, apresentada na Figura 2, fundamenta-se em duas premissas: a primeira diz respeito à corresponsabilização de todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) de contemplar ações de educação em saúde, na esfera individual e coletiva, de acordo com as características do atendimento prestado, do tempo e vínculo que o usuário mantém com o serviço. A segunda premissa elege a rede de Atenção Primária à Saúde como locus privilegiado da promoção de ações de educação em saúde, o que implica o planejamento dessas ações, com recursos alocados de forma a garantir a sustentabilidade das iniciativas como parte integrante dos serviços prestados no âmbito da atenção integral à saúde.



Figura 2 - Matriz educativa da linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020

Considerando a centralidade da Atenção Primária e a corresponsabilidade dos demais níveis de atenção na promoção da saúde, a dimensão educativa da linha de cuidado deve operar com três dispositivos interdependentes. O primeiro trata da sensibilização, conscientização e mobilização dos atores envolvidos (rede interna, rede comunitária e rede intersetorial): o destaque vai para o trabalho coletivo e interdisciplinar das equipes da estratégia de saúde da família (ESF), agentes comunitários de saúde (ACS), equipes dos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasfs-AB), bem como, equipes de Unidades Básicas de Saúde que precisam assumir seu papel de educadores e incorporar em suas ações o público adolescente e jovem.

Da mesma forma, o Programa Saúde na Escola (PSE) e as parcerias com os professores (escolas e universidades) são excelentes estratégias para abordar e implantar ações de educação em saúde e prevenção de acidentes e violências. Nesse sentido, os profissionais precisam estar atentos às situações de risco que envolvem adolescentes e jovens nos territórios, acionando os meios e atores existentes para ações de prevenção e proteção. Destaca-se a utilização da Caderneta do(a) Adolescente⁽²²⁾ como um dispositivo para o diálogo sobre o autocuidado e para o conhecimento sobre as transformações que ocorrem nessa fase de

desenvolvimento, o qual deve ser utilizado rotineiramente nas unidades de saúde no atendimento desse público.

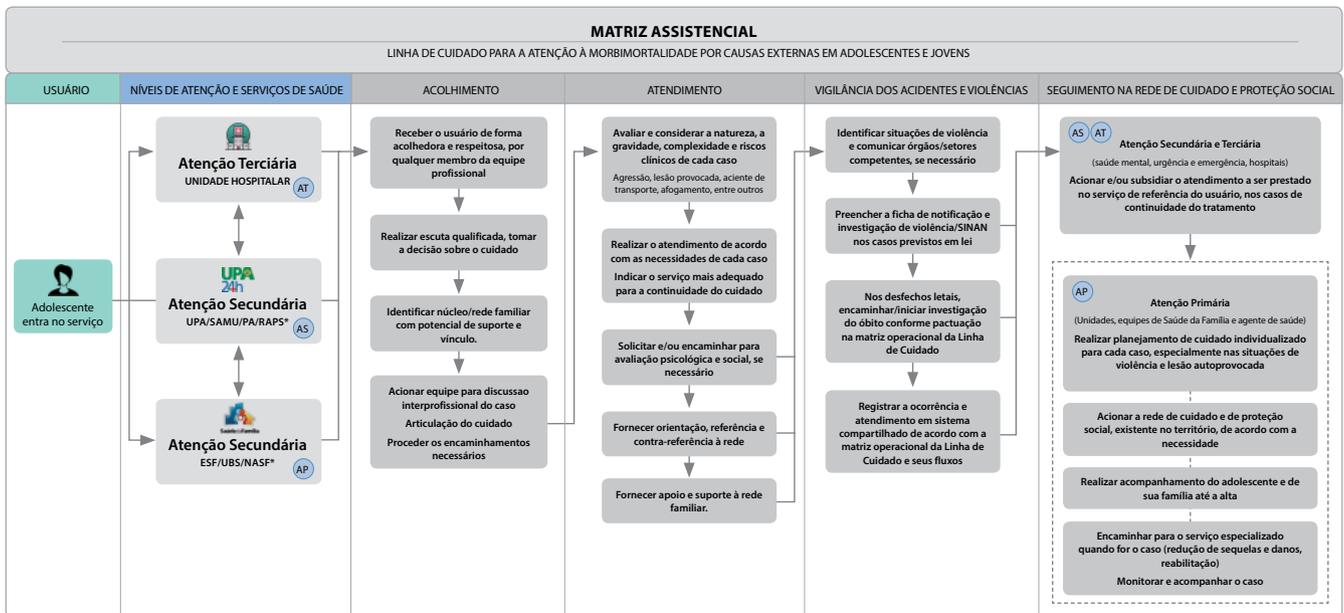
O segundo dispositivo trata da dimensão educativa, na perspectiva da promoção da saúde, que pressupõe a intersetorialidade. A articulação intersetorial deve propor a integração e capilarização para o território de todas as iniciativas que promovam a cultura de paz, a valorização da vida e a vivência da adolescência e juventude com atitudes, escolhas e ambientes saudáveis. Essa articulação intersetorial pode integrar as políticas públicas (educação, cultura, lazer, esporte, assistência social, segurança pública) e seus equipamentos/atores como escolas, centros de referência da assistência social, guarda municipal, programas e atividades culturais, esportivas e de lazer. Tem possibilidade de incluir também as entidades da rede de proteção e do Sistema de Garantia de Direitos, como o Conselho Tutelar, Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude e os serviços de atendimento às situações de violência.

O terceiro dispositivo abarca a participação social que deve ser estimulada em dois níveis de abrangência. O primeiro com as instâncias do controle social, em que se destaca o Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente, o Conselho Municipal de Saúde e a Comissão Local de Saúde, seus equipamentos/instâncias, inclusive com o apoio à captação de recursos para projetos. Um segundo nível conta com a participação dos movimentos sociais, grupos, lideranças juvenis, entidades que tenham como protagonistas adolescentes e jovens no território, que são parceiros indispensáveis para as ações de educação e promoção da saúde. O potencial de organização e mobilização desses atores é estratégico para o êxito das iniciativas, desde seu planejamento até a execução.

A matriz assistencial visa pôr em movimento a matriz conceitual, tendo como fio condutor o princípio da integralidade do cuidado, ou seja, a premissa de que todos os níveis de saúde são corresponsáveis pela atenção oportuna, no tempo oportuno, levando em consideração, ainda, as especificidades da população adolescente e jovem e os riscos envolvidos nos eventos agudos como acidentes e violências. Essa perspectiva também incorpora em todos os níveis as abordagens de promoção, prevenção e assistência, de acordo com as particularidades dos serviços e do(s) agravo(s) a serem atendidos.

Vale ressaltar que a Atenção Primária à Saúde é o centro articulador da linha de cuidado e, para isso, deve poder contar com os recursos do território, desde o matriciamento da comunicação e articulação entre os profissionais das equipes de referência, equipes de Nasfs-AB, equipes de Consultório na Rua e profissionais que atuam em diferentes estratégias e programas desse nível de atenção. Na esfera da rede especializada, podem ser acionados os pontos de atenção psicossocial e os de reabilitação, quando for o caso, por meio dos Centros Especializados de Reabilitação (CER).

Na Figura 3, apresenta-se a modelagem da matriz assistencial para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens. Ela é composta por quatro dimensões do cuidado (acolhimento, atendimento, vigilância dos acidentes e violências e segmento na rede de cuidado e proteção social), que precisam ser observadas em todas as estações da rede, conforme diretrizes nacionais para as situações de violências⁽²³⁾.



*UPA/SAMU/PA/RAPS – Unidade de Pronto Atendimento/Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Pronto Atendimento/Rede de Atenção Psicossocial; ESF/UBS/NASF – Estratégia Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Figura 3 – Matriz assistencial da linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020

A matriz operativa propõe delineamento metodológico para implantação da linha de cuidado, visando à integração de suas “estações”, entre os níveis de atenção. Tal matriz abrange as seguintes etapas: elaboração, implantação e implementação no âmbito da rede de serviços. Essa fase é decisiva para a exequibilidade da LC, uma vez que depende de articulação técnico-política de vários atores da rede. Nesse modelo, a LC foi projetada para o contexto municipal. A Figura 4 apresenta as dez etapas para o desenvolvimento da linha de cuidado.

A primeira etapa é a constituição de um grupo condutor (GC) do processo, composto por representantes da gestão e de todos os níveis de atenção, para operar a governança da linha de cuidado. O grupo condutor da LC do município pode ter a representação das seguintes áreas: atenção primária, urgência e emergência, atenção hospitalar, saúde mental, área técnica do ciclo vital adolescente/jovem, vigilância epidemiológica. Pode ainda contar instâncias intersetoriais como Conselho Tutelar, Atendimento Socioeducativo (adolescentes em conflito com a lei); representantes da política da Assistência Social, Segurança Pública e Guarda Municipal.

A segunda etapa é a formalização do grupo condutor, por meio de definição de competências, metas, cronograma de trabalho com divulgação na rede e demais instâncias envolvidas (gestor estadual, controle social, entre outras); deve ter caráter permanente e interdisciplinar.

A terceira etapa é o alinhamento conceitual sobre a linha de cuidado constituída pelos marcos legais, redes e políticas convergentes, componentes (pontos), protocolos existentes, diretrizes clínicas e sanitárias. As aproximações sobre o campo temático precisam ser inseridas no cronograma de planejamento da LC, sob a modalidade de educação permanente, tematizando a própria experiência como elemento problematizador e gerador de aprendizagem e conhecimento.



*LC – linha de cuidado.

Figura 4 – Dez etapas para o desenvolvimento da linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020

A quarta e quinta etapa referem-se ao estudo diagnóstico, divididas em Fase 1 e Fase 2, respectivamente. Na Fase 1, incluem-se indicadores epidemiológicos georreferenciados: identificação e análise da distribuição proporcional e espacial da morbimortalidade por causas externas e das ocorrências e seus desfechos (letais e não letais). O mapeamento das ocorrências, morbidades, fluxos de atendimento/seguimento na rede e perfis das vítimas

sobreviventes são indicadores recomendáveis. Em relação aos desfechos letais, uma investigação mais aprofundada sobre dia da semana, horário e localização e circunstâncias do evento, assim como dados sociodemográficos das vítimas são relevantes para o planejamento da LC.

Na Fase 2, referente à quinta etapa, estão as prioridades e necessidades de saúde a serem atendidas (causas externas: tipos de violências, lesões e acidentes), sob a forma de linha de cuidado: identificação das regiões, grupos vulneráveis, eventos-sentinelas que devem gerar notificações, busca ativa ou atendimentos, pontos da rede (existentes e necessários e vazios assistenciais) e parceiros estratégicos intrasetoriais e intersetoriais. Fatores de risco e de proteção necessitam ser identificados para cada tipo de agravo/causa externa. Nesse sentido, sugere-se a participação das instâncias executoras da socioeducação do município, para incluir necessidades dos egressos do sistema, em face da vulnerabilidade social e de saúde a que os adolescentes são expostos em seus territórios.

A sexta etapa é o desenho da linha de cuidado com base na matriz educativa e matriz assistencial proposta (acolhimento, atendimento, vigilância dos acidentes e violências e segmento na rede de cuidado e proteção social) e das informações do estudo diagnóstico. Nessa etapa, devem ser feitas as definições dos fluxos de atendimento e de comunicação e das responsabilidades clínicas e sanitárias de cada nível de atenção, demais pontos da rede intersetorial, considerando as especificidades de cada evento/agravo. Os pontos da rede de saúde (gestor/área técnica, Atenção Primária à Saúde, vigilância epidemiológica; emergência e urgência; complexo regulador, saúde mental e hospitais) precisam estabelecer fluxos intraoperantes, tendo a Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do cuidado, que demanda e estabelece os demais fluxos com as redes socioassistenciais e afins (conselhos tutelares, organizações da sociedade civil, escolas, entre outros, com o respaldo técnico-político da gestão). Destaca-se que a participação de adolescentes e jovens é determinante para o conhecimento da realidade e para a efetividade da linha de cuidado.

Ainda na sexta etapa, sugere-se que seja previsto sistema de investigação de todos os tipos de óbitos por causas externas cujas vítimas sejam adolescentes e jovens, assim como a aferição dos sistemas de informação, no sentido de tornarem-se compartilhados em rede. A notificação dos acidentes, agressões e lesões autoprovocadas endereçada ao território do/a adolescente e jovem precisa de um fluxo específico e resolutivo.

A sétima etapa trata da validação, seja ela interna, com a apresentação e discussão da proposta com os serviços envolvidos, seja externa, com parceiros e demais instâncias afins. A validação é um processo essencialmente coletivo e demanda a pactuação formal e simbólica das linhas de cuidados. Por isso, pode empreender ajustes e várias rodadas de negociação, incluindo cronograma para sua implantação e participação do controle social, em especial dos conselhos de saúde e de direitos da criança e adolescente.

A oitava etapa é a implantação, na qual é necessário definir área(s) e/ou região como experiência-piloto, de acordo com o diagnóstico situacional, convergindo todas as ações de promoção e prevenção ao território, com acionamento dos dispositivos de

atenção à saúde da LC. É preciso compor um grupo condutor local (GLC) para exercer a governança da LC no território. Notificações de atendimentos por tentativa de homicídio e suicídio devem gerar um sinal de alerta na rede de saúde e desencadear ações de monitoramento e acionamento de redes de proteção. As ações devem contar com serviços como assistência social e conselho tutelar e com o ministério público.

A nona etapa é a gestão da linha de cuidado, em que cabe ao grupo condutor apoiar, acompanhar e monitorar localmente o funcionamento do primeiro ano de funcionamento da LC, mediante encontros sistemáticos com as referências locais e demais pontos de atenção. Competem à Atenção Primária à Saúde, a gestão dos casos e o acionamento da linha de cuidado.

A décima etapa é o monitoramento e avaliação, um processo que deve ser contínuo. Ao final do período de experiência, deve haver recomendações e proposições para os ajustes necessários e para a implementação da LC nas demais regiões do município, conforme as prioridades identificadas. O grupo condutor e o grupo condutor local são as instâncias responsáveis pela conclusão do processo avaliativo e sua discussão com o gestor municipal. Parcerias com universidades podem ser firmadas, a fim de acompanhar e pesquisar o processo.

DISCUSSÃO

O constructo conceitual e metodológico da linha de cuidado começou a ser desenvolvido no Brasil há duas décadas, por autores que idealizavam a materialização do princípio da integralidade nos serviços de saúde e nos processos de trabalho, sob a orientação do modelo de atenção centrado no usuário^(17,24-26). Há uma década, o Sistema Único de Saúde implementou as linhas de cuidado como ferramentas de microgestão do cuidado alinhadas a esse modelo em todos os níveis de atenção, mas os desafios de sua consolidação são complexos diante da fragmentação existente em todo o sistema^(12,27). Apesar das dificuldades, a linha de cuidado tem sido reconhecida como uma potente junção de tecnologias desenvolvidas para facilitar a execução dos objetivos contratados pela saúde pública brasileira⁽²⁸⁾.

Enfermeiros e demais profissionais que atuam com adolescentes e jovens precisam organizar seu processo de trabalho, fluxos e itinerários na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde⁽²⁹⁾, valorizando os usuários e suas necessidades como elemento central da linha de cuidado para o fortalecimento e consolidação do SUS. Assim, para atender à demanda de coordenação do cuidado para essa população, é indispensável uma rede de atenção que atenda às suas necessidades em saúde por meio de atenção contínua, permeada por responsabilização, acolhimento e comprometimento no planejamento de ações⁽²⁷⁾.

As linhas de cuidado foram criadas a fim de facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde dos quais necessita. Trata-se de um desenho do fluxo a ser feito dentro do sistema de saúde, com a participação de entidades públicas e privadas que não estão necessariamente inseridas no sistema de saúde⁽²⁰⁾. Assim, estas devem ser flexíveis às necessidades dos usuários, com itinerários organizados, pactuação de fluxos e reorganização dos processos de trabalho para diminuir as barreiras enfrentadas pelos adolescentes e jovens. Também são uma ferramenta de extrema importância

para os processos de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde⁽²⁰⁾. As linhas de cuidado organizam os fluxos e os processos de trabalho, definindo a equipe de Atenção Primária e o gestor responsável por determinado cuidado na Rede de Atenção à Saúde, a fim de otimizar os serviços e os recursos⁽²⁰⁾. Nesse sentido, a adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho em saúde pressupõe a vinculação das equipes de saúde com a população da região de saúde onde atuam.

Coerentes com esses princípios basilares da linha do cuidado, os resultados apresentados permitem visualizar a aplicabilidade da proposta visando à qualidade da atenção aos adolescentes e jovens por meio da criação e implantação de fluxos ordenados, com garantia de acesso e atendimento para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A linha de cuidado proposta visou integrar ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência voltadas para os adolescentes e jovens, considerando os agravos e riscos prevalentes a essas fases de desenvolvimento.

Estudo⁽²⁹⁾ que buscou identificar a rede social dos adolescentes com necessidade de atenção especial à saúde apresentou como fonte de apoio social a igreja, escola, familiares, amigos e vizinhos, além da rede institucional tecida pelo hospital, pronto atendimento, serviços ambulatoriais. O desafio consiste em transformar uma rede de atenção à saúde essencialmente fragmentada e episódica em outra capaz de responder às necessidades de saúde de adolescentes e jovens em uma rede integrada e contínua⁽²⁹⁾. Dessa forma, uma linha do cuidado eficiente deveria garantir ao usuário acesso integral às ações e aos serviços de saúde, cuja oferta deve ocorrer de acordo com as demandas geradas pelos usuários, em suas necessidades e vulnerabilidades⁽¹³⁾. Dentre as ações indicadas neste estudo, apontam-se as de educação em saúde, na esfera da promoção da saúde e prevenção dos agravos, na organização de sistemas de informação interoperantes capazes de monitorar eventos, locais e agravos de risco e no fortalecimento da rede de saúde.

Acredita-se que é fundamental a existência de uma integração de serviços por meio das redes assistenciais e de interdependência dos atores e organizações⁽⁴⁾. Dessa forma, não basta existir sistemas de informações, fluxogramas, protocolos e normas se estes não estiverem implementados cotidianamente na interação entre os diversos serviços e com os diferentes sujeitos (gestores, profissionais ou usuários)⁽³⁰⁾. Na esfera da gestão, a iniciativa de implantação da LC necessita estar respaldada pelos sistemas de informação, logística e de educação permanente intrainstitucionais. E no contexto do território e região, é preciso articular estratégias de integração às redes de proteção e às demais políticas intersetoriais.

Outros pontos importantes para o correto funcionamento das LCs são a capacitação e a sensibilização dos profissionais de saúde⁽³¹⁾. É necessário que os profissionais de saúde acolham e criem um vínculo de confiança com adolescentes e jovens, valorizando sua subjetividade. A escuta se mostra de extrema importância para que se possam entender suas necessidades de saúde⁽²⁹⁾.

Apesar dos esforços e das conquistas após a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁽³²⁾ e do Programa Nacional de Redução da Violência

Letal Contra Adolescentes e Jovens⁽³³⁾, ainda há muito a melhorar. Assim, permanece enquanto desafio civilizatório colocar na agenda de indicadores de monitoramento a mortalidade juvenil como prioridade para as suas ações estratégicas, integrando uma política de Estado. Na grandeza de tal determinação política, estão as possibilidades concretas de reversão desse preocupante cenário e, sobretudo, as perspectivas de uma vida plena e digna aos jovens cidadãos.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo referem-se à necessidade de validação e avaliação da linha de cuidado. Por ser uma proposta incipiente, ainda não é possível trazer dados da aplicação da LC no município. A escassez de literatura sobre a temática dificultou a comparação entre modelos e resultados. Futuras pesquisas poderão validar e avaliar a aplicação dessa linha a populações-alvo, tal como adolescentes e jovens, ou mesmo considerar outros grupos etários como crianças, adultos ou idosos.

Contribuições para a área

Entre os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, está a promoção da cultura de paz e a não violência com a redução da mortalidade relacionada, tema, este, que está diretamente relacionado à redução da morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens. Para que esse objetivo seja alcançado, é indispensável a assistência da enfermagem em todas as etapas do cuidado⁽³⁴⁾. Diante do complexo contexto, a enfermagem assume um papel essencial para a efetivação da LC por meio de uma assistência à saúde baseada em evidências e atendimento integral e humanizado ao cliente adolescente e jovem.

As ações embasadas na integralidade do cuidado propiciam a reorientação do planejamento de saúde com o adolescente e jovem, o que poderá ensejar a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com providências específicas para a prevenção de agravos e realização do cuidado clínico. Com a LC, o profissional pode fortalecer o vínculo e contribuir com a exposição das apreensões. Com base nisso, os adolescentes e jovens recebem do profissional de saúde o apoio social que possa amenizar os efeitos negativos do estresse no organismo, estimulando a capacidade para lidar com situações difíceis.

Nessa esteira de pensamento, a LC contribui para que os profissionais da Atenção Primária, principalmente enfermeiros que trabalham com adolescentes e jovens, tenham a concepção de que esses indivíduos se desenvolvem em uma relação de mediação com o meio social, elaboram suas crenças sobre saúde e doença e, nos serviços de saúde, estabelecem relações de vínculo e acolhimento gerados entre eles e os trabalhadores; e esses profissionais devem se responsabilizar pelo atendimento das necessidades desse grupo.

Repensar a atuação da enfermagem a adolescentes e jovens também é fundamental, considerando que esse público necessita de atenção em saúde de modo multidisciplinar e com cuidado integral em saúde. Estamos certos de que esta estrutura da linha de cuidado irá contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras, cujos objetos de estudo sejam as redes de apoio e

cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas de adolescentes e jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou contribuir com a proposição de uma matriz conceitual, educativa, assistencial e operativa visando à implantação de uma linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas e de promoção da saúde e da vida dos adolescentes e jovens como um direito humano básico das atuais e futuras gerações.

Nessa perspectiva, acredita-se que a enfermagem deve estar sensibilizada para essa temática e desenvolver uma abordagem sistêmica no cuidado e atenção às necessidades de saúde de adolescentes e jovens. A prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas dependem da construção de linhas de cuidado intersetoriais que contribuam para a modificação da vulnerabilidade dessa população, influenciando seu desenvolvimento saudável.

As linhas de cuidado são uma estratégia de intervenção que vem se consolidando como importante ferramenta de microgestão

do trabalho em saúde. O estudo descreveu o desenvolvimento e modelagem de uma linha de cuidado para a prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens, no âmbito da gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Propôs um arranjo estrutural de linha de cuidado em quatro matrizes geradoras de ações e atos assistenciais que materializam o princípio da integralidade nos serviços de saúde e nos processos de trabalho centrado no usuário. Portanto, espera-se contribuir para o avanço das ações no campo da saúde, pois os adolescentes e jovens exigem um olhar mais atento, por parte do poder público e da sociedade, uma vez que, na sua maioria, as causas externas de morbimortalidade sintetizam eventos evitáveis por meio de ações de promoção em saúde e proteção da vida.

FOMENTO

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SESRS) n. 03/2017 pelo Programa Pesquisa Para o SUS (PPSUS).

REFERÊNCIAS

1. Carvalho RC, Costa MCO, Almeida MF, Rebouças MC. Evolução da mortalidade por causas violentas em crianças e adolescentes, Feira de Santana, Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2005;29(1):80-90. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2005.v29.n1.a1216>
2. Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Nursing perspectives and the Nursing Now campaign. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2351-52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>
3. Neri M. O Nursing Now desembarca no Brasil para evidenciar a força e a capacidade da enfermagem. *Enferm Foco*. 2019;10(1). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.2322>
4. Gross V, Algayer LP, Souza NS, Jantsch LB. Fatores associados ao atendimento de crianças e adolescentes por causas externas em serviço de emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200337. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0337>
5. World Health Organization. Global health estimates 2016: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2018. [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
6. Corassa RB, Falci DM, Gontijo CF, Machado GVC, Alves PAB. Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(3):302-14. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030258>
7. Gadea CA, Gadea MSC, Dick H, Ferreira JS, Rosa FS. Itinerários juvenis em situação de vulnerabilidade social: sobre a realidade juvenil, a violência intersubjetiva e as políticas para jovens em Porto Alegre – RS. *Rev Juv Pol Públ*. 2017;1(2):47-71. <https://doi.org/10.22477/rjpp.v1i2.33>
8. Campos MR, Doellinger VRV, Mendes LVP, Costa MFS, Pimentel TG, Schramm JMA. Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública*. 31(1):121-36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191113>
9. Han L, You D, Gao X, Duan S, Hu G, et al. Unintentional injuries and violence among adolescents aged 12–15 years in 68 low-income and middle-income countries: a secondary analysis of data from the Global School-Based Student Health Survey. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(9):616-26. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30195-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30195-6)
10. Kopttike A, Bassani F. Mapa da segurança pública e direitos humanos de Porto Alegre. 2014 [Internet]. Porto Alegre: Bestiário [cited 2020 Apr 27]. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/mapa_da_seg_uranca.pdf
11. Azzopard PS. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet*. 2019;393(10176):1101-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32427-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32427-9)
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2020 Apr 27]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
13. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):843-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>

14. Rocha CMF, Cassiani SHB. As redes de enfermagem: estratégias para o fortalecimento da pesquisa e da extensão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):10-11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.5642>
15. Lagrotta MT. Redes de atenção a saúde, territorialização e implementação de linhas de cuidado[Blog]. 2010.
16. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): sobreviver, prosperar, transformar. Secretário-Geral das Nações Unidas. 2016.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2º ed. [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
18. Marques MR. Prevenção e atenção às morbimortalidades por causas externas em adolescentes e jovens na cidade de Porto Alegre/RS: uma proposta de linha de cuidado[Dissertação]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.
19. Pisa A. Relatório Indicadores de Saúde de Adolescentes e Jovens de POA. 2019.
20. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria do Estado de Saúde do RS[Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 24]; Available from: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf
21. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. Brasília: MS; 1990 [cited 2020 Apr 24]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. Caderneta da Saúde do Adolescente[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_masculina.pdf
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: MS; 2010.
24. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saude Debate* 2003;27(65):316-23.
25. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2003.
26. Franco TB, Magalhães-Junior JM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
27. Vaz EMC, Collet N, Cursino EG, Forte FDS, Magalhães RKBP, Reichert APS. Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 6):2768-75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787>
28. Carrizo ER, Andrade THN. Processos de trabalho na política de saúde pública: o caso da implementação das Linhas de Cuidado pela Unidade de Saúde Escola da UFSCar. *Argumentum.* 2012;4(2):161-73. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v4i2.1668>
29. Silveira A, Neves ET. The social network of adolescents who need special health care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):442-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0543>
30. Dubow C. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. *Saúde Debate.* 2014;38(100):94-103. <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140015>
31. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 5):2101-08. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 737 de 16 de maio de 2001. Estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[Internet]. Diário Oficial da União. 18 de maio de 2001[cited 24 Apr 2020]; seção 1e. Available from: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>
33. Observatório de Favelas. Programa de Redução da Violência Letal - PRVL[Internet]. Rio de Janeiro. 2017[cited 29 Apr 2020]. Available from: <http://prvl.org.br/>
34. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos de desenvolvimento sustentável: transformando Nosso Mundo, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nações Unidas; 2015. [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://naacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>