



ciência plural

FLUXOS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Flows of care for women in situations of violence in Primary Health
Care*

*Flujos de atención a mujeres en situación de violencia en Atención
Primaria de la Salud*

Cristianne Teixeira Carneiro • Universidade Federal do Piauí-UFPI • Professora •
E-mail: cristianneteixeira@hotmail.com

Maria Augusta Rocha Bezerra • Universidade Federal do Piauí • Universidade
Federal do Piauí-UFPI • Professora • E-mail: mariaaugusta@ufpi.edu.br

Ruth Cardoso Rocha • UFPI • Universidade Federal do Piauí-UFPI • Professora •
E-mail: ruthbioenf@hotmail.com

Mychelangela de Assis Brito • Universidade Federal do Piauí-UFPI • Professora •
E-mail: mychelangela@ufpi.edu.br

Francis Kanashiro Meneghetti • Universidade Tecnológica Federal do Paraná-
UTFPR • Professor • E-mail: francis@utfpr.edu.br

Autora Correspondente:

Cristianne Teixeira Carneiro • E-mail: cristianneteixeira@hotmail.com

Submetido: 02/02/2022

Aprovado: 25/06/2022

RESUMO

Introdução: Os profissionais da atenção primária à saúde desempenham papel relevante na Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e, conforme a assistência, as mulheres podem seguir fluxos de atendimento diversos. **Objetivo:** Analisar os fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada em município do interior do Piauí, Brasil, com cinco profissionais atuantes na referida rede, especificamente, no contexto da atenção primária à saúde. Realizou-se entrevista semiestruturada entre novembro e dezembro de 2019. Os procedimentos de análise incluíram Análise de Conteúdo Temática e aplicação do Fluxograma Analisador. **Resultados:** Desvelou-se dificuldade em realizar o matriciamento entre as equipes da atenção primária à saúde e que os profissionais estão menos preparados para identificação da violência psicológica e de outros tipos, que não seja a física. Os fluxos de atendimento foram evidenciados quando mencionaram os serviços que faziam parte dos encaminhamentos e como os acessavam. **Conclusões:** Apesar de acessarem os serviços da rede, por meio de ligação telefônica, para compartilhamento dos casos, não há critérios de encaminhamento unificados nas unidades de atenção primária à saúde, com fluxogramas previamente elaborados, condutas ou protocolos preestabelecidos.

Palavras-Chave: Violência Contra a Mulher; Serviços de Atendimento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care professionals play a relevant role in the Assistance Network for Women in Situations of Violence, in which, depending on the assistance provided, women can follow different flows of care. **Objective:** To analyze the flows of care for women in situations of violence in Primary Health Care. **Methods:** A qualitative and exploratory-descriptive research study carried out in a municipality from the inland of Piauí, Brazil, with five professionals working in the aforementioned network, specifically in the Primary Health Care context. Semi-structured interviews were conducted between November and December 2019. The analysis procedures included Thematic Content Analysis and application of the Analysis Flowchart. **Results:** Difficulty performing matrix support was verified among the Primary Health Care teams, as well as that the professionals are less prepared to identify psychological and other types of violence, other than physical violence. The flows of care were evidenced when they mentioned the services that were part of the referrals and how they accessed them. **Conclusions:** Despite accessing the network services through a telephone call to share cases, there are no unified referral criteria in Primary Health Care units with predefined flowcharts, courses of action or protocols.

Keywords: Violence Against Women; Assistance Services; Primary Health Care.

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de Atención Primaria de la Salud desempeñan un papel relevante en la Red de Atención a Mujeres en Situaciones de Violencia y, dependiendo de la asistencia, las mujeres pueden seguir diferentes flujos de atención. **Objetivo:** Analizar los flujos de atención para mujeres en situación de violencia en Atención Primaria de la Salud. **Metodología:** Investigación cualitativa y exploratoria-descriptiva realizada en una ciudad del interior de Piauí, Brasil con cinco profesionales que trabajan en dicha red, específicamente, en el contexto de Atención Primaria de la Salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre noviembre y diciembre de 2019. Los procedimientos de análisis incluyeron Análisis de Contenido Temático y la aplicación del Diagrama de Flujo para Análisis. **Resultados:** Se evidenció cierta dificultad para realizar el apoyo matricial entre los equipos de Atención Primaria de la Salud y que los profesionales están menos preparados para identificar tipos de violencia psicológica y de otro tipo, distintas a la física. Los flujos de atención se hicieron evidentes cuando mencionaron los servicios que formaban parte de las derivaciones y cómo accedían a ellos. **Conclusiones:** A pesar de acceder a los servicios de la red a través de una llamada telefónica para compartir casos, no existen criterios de derivación unificados en las unidades de atención primaria, con diagramas de flujo previamente elaborados, conductas o protocolos preestablecidos.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer; Servicios de Atención; Atención Primaria de la Salud.

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, variado e controverso que atinge mulheres em diferentes contextos de vulnerabilidade em todo o mundo¹. Trata-se de tema que se tornou grande preocupação mundial, não somente por ser grave ameaça à saúde das mulheres no mundo, como também pelo impacto na mortalidade².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, 35% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual cometida por parceiro íntimo ou violência sexual praticada por não parceiro³. O Brasil, no que tange ao impacto da violência doméstica e familiar nas taxas de homicídio contra mulheres, no *ranking* de 84 países, ordenados segundo as taxas de homicídios femininos, é o quinto onde mais se matam mulheres⁴.

Nesse contexto, emerge a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV), a qual compõe a rede de enfrentamento à violência contra

mulheres e faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, identificação e encaminhamentos adequados das mulheres em situação de violência, além da integralidade e humanização da assistência⁵.

O desenvolvimento do trabalho em rede prevê atuação articulada entre os diferentes serviços. Especificamente relativo ao setor Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), além do acolhimento, cuidado e acompanhamento, desempenha função na reorganização do modelo de saúde quanto à oferta de atenção integral, humanizada, territorializada e contextualizada ao local onde mulheres em situação de violência estão inseridas⁶. Nesse âmbito, o papel dos profissionais da APS possui relevância, posto que este setor se apresenta como espaço importante para identificar mulheres em situação de violência⁷.

Conforme a assistência e os encaminhamentos delineados pelos profissionais, as mulheres em situação de violência podem seguir fluxos de atendimento diversos que representam trajetórias complexas, nem sempre adequadas às demandas. Diante do exposto, emergiu a questão norteadora do estudo: quais os fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde? Assim, a relevância desta pesquisa se estabelece pela possibilidade de conhecer os aspectos relacionados à atuação das equipes da APS no contexto da RAMSV, uma vez que a violência contra mulheres constitui fenômeno que atinge número considerável de pessoas e famílias, gerando alta demanda intersetorial, além dos casos que permanecem subnotificados⁸.

Dessa forma, objetivou-se analisar os fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada em município do interior do Piauí, Brasil, com cinco profissionais atuantes na RAMSV, especificamente, no contexto da APS (Estratégia Saúde da Família – ESF e Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF).

Consideraram-se critérios de inclusão no estudo: profissionais atuantes nas equipes da ESF (EqSF) ou NASF há pelo menos um ano, visto que se pretendia a abordagem daqueles que tinham mínimo de experiência no campo prático, com intuito de ampliar a possibilidade de contato com algum contexto envolvendo a temática violência. Os critérios de exclusão foram: licença médica; licença maternidade; férias ou outros motivos de afastamento das funções laborais.

Realizaram-se entrevistas individuais e semiestruturadas entre novembro e dezembro de 2019. A técnica da entrevista semiestruturada envolve questões fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se deter à indagação formulada⁹. Deste modo, nesta pesquisa, a entrevista semiestruturada foi norteadada por um roteiro, com quesitos fechados sobre a caracterização do perfil sociocultural dos profissionais, bem como acerca dos aspectos relacionados à atuação nos serviços. A entrevista foi conduzida pela seguinte questão: como ocorrem os atendimentos às mulheres em situação de violência?

Destaca-se que os encontros foram realizados em sala ou outro ambiente cedido nos próprios locais de atuação profissional dos entrevistados, considerando-se, para tanto, os aspectos relativos à estruturação e organização que permitissem a manutenção da privacidade do profissional e a confidencialidade das informações fornecidas, sendo que a decisão quanto ao ambiente foi do participante. Ainda no que concerne ao sigilo das informações, para que fosse assegurado o anonimato, os participantes foram designados com código composto pela letra P, seguido do número arábico correspondente à ordem de realização das entrevistas (P1, P2, P3... P5).

Realizou-se, também, a audiogravação dos encontros em aparelho smartphone Samsung, com autorização prévia, cujas informações foram validadas, quanto ao conteúdo, pelos participantes que, ao final da entrevista, receberam *feedback* e foram informados quanto à possibilidade de incluir algo mais aos relatos. Por fim, as entrevistas foram armazenadas em arquivos digitais de áudio, em banco de dados.

Os procedimentos de análise consistiram em Análise de Conteúdo Temática de Minayo, desenvolvida em três etapas. Na primeira, realizou-se a leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva, a qual se caracteriza como

leitura de primeiro plano, com a intenção de atingir níveis mais profundos. Na segunda etapa, procedeu-se à exploração do material, que consistiu na análise propriamente dita. Na última etapa, elaboraram-se as sínteses interpretativas, por meio de redações que possibilitaram o diálogo dos temas identificados com os objetivos, as questões e os pressupostos da pesquisa¹⁰.

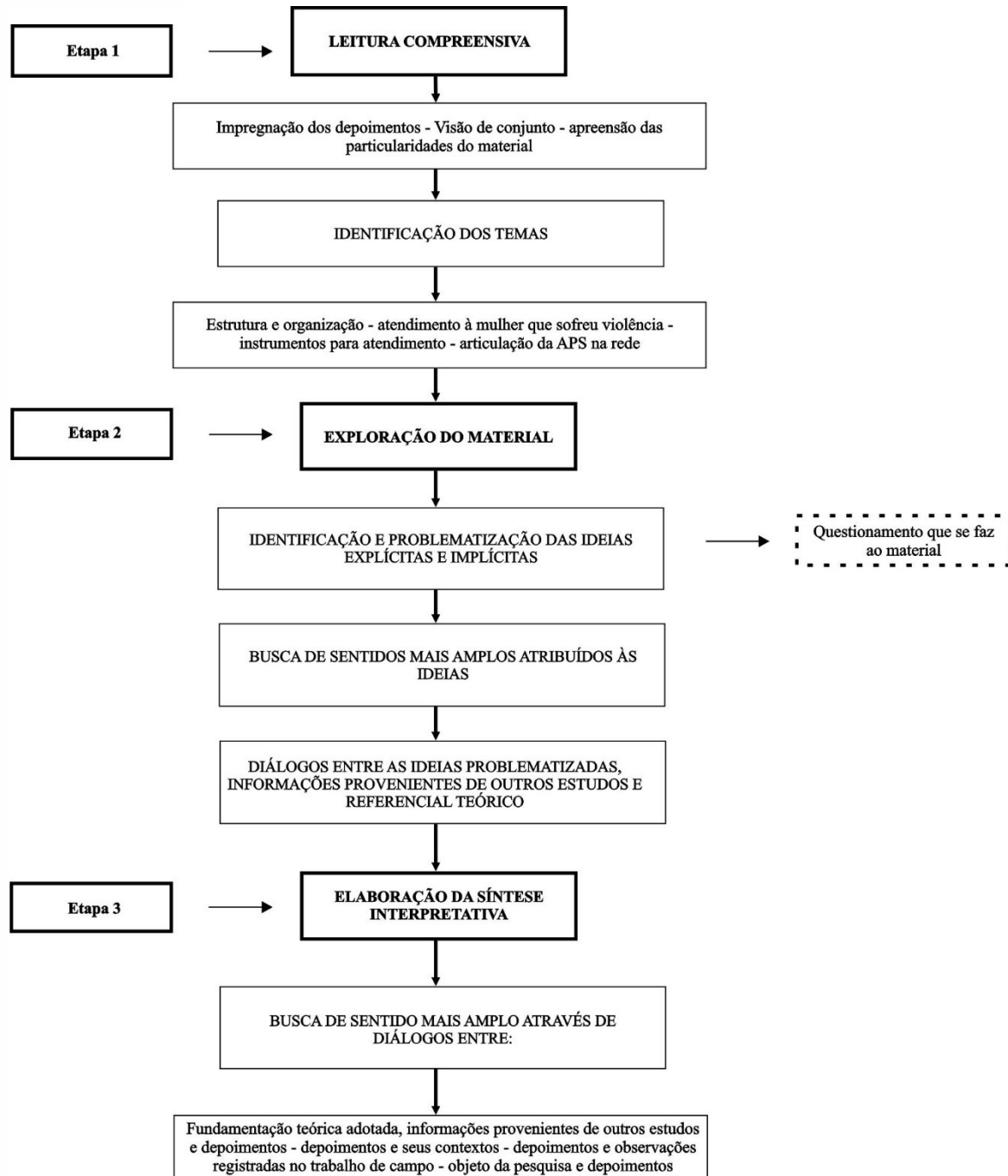
A figura 1 apresenta o plano de organização e análise dos dados adaptado ao modelo proposto, que permitiu o estabelecimento de quatro categorias temáticas, a saber: Estrutura e organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde; Atendimento à mulher em situação de violência na Atenção Primária à Saúde; Instrumentos e estratégias para o atendimento à mulher em situação de violência no contexto da Atenção Primária à Saúde; Articulação da Atenção Primária à Saúde com os demais pontos da rede para assistência integral à mulher em situação de violência.

Para representação gráfica dos fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência dos serviços da APS, empregou-se o fluxograma descritor, instrumento caracterizado pela elaboração cartográfica de processos de trabalho dinâmicos do cotidiano¹¹.

Esse instrumento consiste em representação gráfica do processo de trabalho, que contribui na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde, sob o ponto de vista macro e microestrutural. Assim, o diagrama apresentado é uma forma de perceber o que acontece na operacionalização do trabalho, cotidianamente. É representado por três símbolos, convencionados universalmente: elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; losango, indica os momentos em que deve haver decisão para continuidade do trabalho; e retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo¹².

Quanto aos aspectos éticos e legais da pesquisa, atenderam-se às exigências do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos, nomeadas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16. Assim, a pesquisa foi iniciada após parecer favorável do CEP do Campus Amílcar Ferreira Sobral, da Universidade Federal do Piauí, sob nº 3.542.212.

Figura 1 - Plano de organização e análise dos dados adaptado ao modelo proposto. Piauí, Brasil, 2022.



Adaptado de Minayo (2015)

Resultados e Discussão

A RAMSV faz referência ao conjunto de serviços especializados, aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e possuem expertise no tema da violência contra as mulheres; e não especializados na assistência à mulher, cuja atuação ocorre de forma

articulada, englobando o setor público e privado¹³. Esse recorte apresenta a análise de um dos pontos da referida rede, constituído pelos serviços inseridos na esfera de atendimento da APS: ESF e NASF.

O município pesquisado conta com três equipes de NASF, nas quais atuam profissionais fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, educadores físicos, pediatras, ginecologistas, e quando a mulher necessita de atendimento específico do psiquiatra, estas acionam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Cada equipe do NASF cobre oito das 27 EqSF que atuam nesse município.

Estrutura e organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde

A análise temática demonstrou que o NASF é constituído por equipe volante e multiprofissional, que trabalha com apoio matricial à EqSF, sendo que esse matriciamento ocorre nos encontros e no cotidiano do trabalho dessas equipes, mediante troca de saberes entre os profissionais, de forma que equipes do NASF oferecem suporte aos profissionais da ESF (como médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde) e realizam, em conjunto, o acolhimento dos pacientes.

“Nós temos os assistentes sociais nas equipes de NASF. Então, são 27 Equipes de Saúde da Família; e cada NASF cobre oito Equipes de Saúde da Família. [...] Então, nós temos psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, fonoaudiólogos, pediatra. Nós temos um pediatra e temos um ginecologista. [...] Quando nós precisamos do serviço de um especialista em Psiquiatria, nós acionamos o CAPS. Então, é uma equipe multiprofissional nos NASF, que cobre cada território de abrangência daquela UBS; é uma equipe volante que trabalha com apoio matricial, ou seja, o matriciamento acontece no dia a dia, com as equipes. Através do quê? Dessa troca de saberes entre os profissionais de saúde. O nosso papel é dar suporte à Equipe de Saúde da Família [...]” (P3).

A ESF e os NASF visam aumentar a resolutividade da APS, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, com objetivo de desenvolver atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades¹³.

Complementa-se que a APS no Brasil é pautada nos preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e demarcada pelo trabalho compartilhado entre as EqSF e pelos NASF que, juntos, devem buscar a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações de saúde, por meio da interdisciplinaridade¹⁴.

Quanto aos trabalhadores, as equipes dos NASF, a depender do tipo e da instituição contratante, podem variar em relação às áreas profissionais, como serviço social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, medicina, entre outros. Em relação às EqSF, são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde¹⁴.

No âmbito da compreensão conceitual referida sobre o matriciamento, que tem como base a troca de saberes entre os profissionais, existe convergência com a Portaria Nº 2.488/2011, segundo a qual as equipes dos NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar diretamente no apoio matricial às EqSF, às quais o NASF está vinculado¹⁵.

Estudo realizado com enfermeiros da ESF, visando conhecer as estratégias para identificação e enfrentamento da situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes, corrobora a relevância do NASF no contexto de rastreamento e manejo dos casos de violência contra mulheres, visto que colabora para ampliação da capacidade de análise e intervenção sobre os problemas e as necessidades sociais e de saúde das mulheres em situação de violência¹⁶.

Atendimento à mulher em situação de violência na Atenção Primária à Saúde

No que se refere ao atendimento à mulher em situação de violência na APS, conforme as narrativas, ocorre da seguinte forma: o ACS identifica o caso e compartilha com os demais membros da EqSF, por meio do profissional médico e/ou enfermeiro. A partir desse primeiro contato, a EqSF constrói vínculo com a mulher, sendo que o ACS já o possui, e o enfermeiro, então, realiza o atendimento e compartilha as informações com a equipe do NASF correspondente à área de atuação. O psicólogo do NASF se encarrega de realizar o acolhimento da mulher, esclarecer a

Lei Maria da Penha e, posteriormente, elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto à EqSF, o qual será anexado no prontuário específico da mulher, cujo arquivamento ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Em outras situações, segundo os relatos, como as mulheres da comunidade sabem os dias em que a equipe do NASF se encontra na UBS e que não é necessário agendamento para atendimento, elas acessam diretamente esses profissionais, por livre demanda.

“O agente de saúde identifica os casos de violência contra a mulher [...]. Traz até a equipe de Saúde da Família, ao médico e à enfermeira; [...] ele aciona a equipe de Saúde da Família, a equipe constrói esse vínculo, que o agente de saúde já tem; e essas mulheres chegam até a enfermeira, geralmente; e a enfermeira compartilha com a equipe do NASF; que, no caso, o NASF, nós temos o psicólogo, que acolhe essa mulher, vítima de violência, e nós fazemos um Projeto Terapêutico Singular para ela, junto com a equipe de Saúde da Família. [...] nós levamos as mulheres, no acolhimento, a conhecerem a Lei Maria da Penha [...]” (P3).

“[...] quem encaminha mais pacientes são os agentes de saúde, eles sabem os nossos dias na UBS, e, às vezes, elas vêm por demanda livre, porque sabem que a gente está ali, não é agendado [...]” (P1).

Nesse contexto, esclarece-se que embora os profissionais da APS tenham demonstrado compreensão conceitual sobre a proposta do matriciamento, observa-se que, na prática, ocorre de forma contraditória, visto que os NASF fazem parte da APS, mas não constituem serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não devem ser de livre acesso para atendimento, como no caso referido nas narrativas em que as mulheres acessam diretamente os profissionais dessa equipe. Esses atendimentos, quando necessários, devem ser regulados pela EqSF¹⁵.

Com isso, identifica-se dificuldade em realizar o matriciamento entre as equipes da APS. Esse achado foi constatado também em estudo realizado em município do noroeste do Paraná, Brasil, segundo o qual há evidências de práticas fragmentadas entre os profissionais desse setor, que são ancoradas na concepção do modelo médico hegemônico para gerir o apoio matricial¹⁷.

Nessa direção, revisão integrativa que objetivou analisar e cotejar a literatura referente à atenção às mulheres vítimas de violência doméstica, no contexto da APS, constatou preocupação dos profissionais do NASF em valorizar a discussão dos casos e os respectivos desdobramentos com toda a EqSF, mas essas intervenções conjuntas foram realizadas principalmente pela assistente social e os ACS, sendo escassos os momentos em que se propôs atuação conjunta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esse contexto confirma que a própria organização das ações dos serviços reforça a cisão entre aspectos sociais e biomédicos, dificultando a incorporação desses saberes na prática dos profissionais¹⁸.

Mediante esse cenário, problematiza-se que embora as equipes do NASF e da ESF sejam constituídas por profissionais com saberes e fazeres diversos, permanece tendência nos profissionais da área da saúde em continuar em campo de atuação individual. Esse tipo de posicionamento faz com que se tornem menos aptos para lidar com os casos de violência, uma vez que são situações cuja complexidade gera incertezas, necessitando de trabalho intra e interequipes¹⁹.

Constata-se que as políticas públicas propõem que os profissionais de ambas as equipes realizem trabalho compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e a atenção integral às mulheres em situação de violência, entretanto, na prática, existem limitações para efetividade dessas políticas, sendo um dos motivos o fato de os dois sistemas de funcionamento não estarem devidamente articulados¹⁹.

Outro ponto que se destacou nos discursos foi a elaboração do PTS para mulheres em situação de violência. Trata-se de 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. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas, como no caso da problemática da violência contra mulheres¹⁴.

Instrumentos e estratégias para o atendimento à mulher em situação de violência no contexto da Atenção Primária à Saúde

No curso do atendimento, os entrevistados relataram utilizar como instrumentos de trabalho livros-registros, fichas de atendimento individual e/ou

fichas de atendimento coletivo, bem como ficha de encaminhamento, sendo que o encaminhamento também pode ser feito por meio de relatório social ou, quando é realizado pelos profissionais assistente social e psicólogo, relatório psicossocial.

Nessa vertente, alcançou-se relevo nas narrativas que em relação à ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os profissionais da APS identificaram o emprego apenas para casos de violência física. Relataram, também, que para os profissionais do NASF, como assistentes sociais, esse documento não é de fácil acesso ou se encontra indisponível, não sendo utilizado como estratégia ou instrumento de trabalho. Comentaram, ainda, que a função de notificar os casos de violência, geralmente, fica a cargo do profissional enfermeiro, mas que esse documento pode ser usado por qualquer profissional de saúde.

“Para fazer registro, a gente [profissionais do NASF] tem os livros-registros, que é de uso pessoal; e temos fichas próprias que é disponibilizado. Então, a gente tem a ficha de atendimento individual, uma ficha coletiva, e a gente usa também os prontuários das UBS, para registrar. E, assim, no meu caso [assistente social], a gente faz o encaminhamento através de um relatório. Eu faço o relatório social e, às vezes, faço com a psicóloga o relatório psicossocial” (P1).

“[...] E, também, nós utilizamos, além disso, a ficha do SINAN, nos casos de violência física” (P3).

“[...] a gente não usa essa ficha de notificação [profissionais do NASF]. [...] não temos disponível, ela não é de fácil acesso. [...] a gente já teve caso de violência, mas ficou por conta da enfermeira fazer essa notificação [...]; então, essa notificação não fica com o Serviço Social, no NASF; apesar que é para qualquer profissional poder usar” (P1).

Embora os casos de violência possam ser notificados por qualquer profissional de saúde, o preenchimento, na APS, da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, a partir da suspeita ou da confirmação da situação de violência, deve ser feito pelo profissional enfermeiro ou médico²⁰. Sobre esse documento, pondera-se que os entrevistados, ao identificarem o emprego apenas para violência física, invisibilizam o uso para outros tipos, como psicológica/moral,

negligência/abandono, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, tortura e trabalho infantil²¹.

Com isso, é possível que esse documento esteja sendo pouco discutido e analisado coletivamente pelas equipes ESF e NASF. Além disso, esse dado pode estar relacionado ao fato de que, embora haja obrigatoriedade de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher em todo território nacional²², a legislação brasileira não dispõe de orientação adequada e efetiva, para que os profissionais exerçam com autonomia essa função²¹⁻²².

Ademais, a invisibilização da notificação para alguns tipos de violência pode repercutir no maior número de notificações de casos de violência física em relação à violência psicológica, embora, geralmente, a primeira ocorra associada à segunda, que inclui ofensas morais, ameaças e humilhações²³. À vista disto, evidencia-se que os profissionais de saúde estão menos atentos e preparados para identificação da violência psicológica e de outros tipos, que não seja a física.

Articulação da Atenção Primária à Saúde com os demais pontos da rede para assistência integral à mulher em situação de violência

Os profissionais da APS reconheceram que o trabalho individual desse serviço não era suficiente para atender às necessidades das mulheres em situação de violência. Para eles, as ações são particulares, mas também coletivas e compartilhadas. Neste sentido, após assistência prestada nos serviços de APS, conforme os relatos, as equipes do NASF e da ESF encaminham a mulher para o hospital, para o setor do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS). Nesse serviço, os profissionais da APS relataram que ocorre, além do acolhimento à mulher, a realização de exame de corpo de delito e, posteriormente, o encaminhamento para Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM).

Também, mencionaram-se nas entrevistas parcerias com outros setores da rede, sendo citados: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), CAPS, Defensoria Pública e Conselho Tutelar, quando a problemática da violência abrange crianças.

Em outras situações, após realizar o PTS, os profissionais da APS afirmaram encaminhar a mulher ao CREAS ou à DEAM e, muitas vezes, quando se trata de ocorrências que envolvem dependência química, que pode ser inclusive do autor da violência, ocorre compartilhamento com CAPS AD III e CAPS II, serviços especializados em uso abusivo de álcool e outras drogas, e distúrbios mentais, respectivamente.

Sobre os modos de operacionalizar os fluxos de atendimento, os profissionais da APS salientaram que não trabalhavam com encaminhamento, referência e contrarreferência, optavam por compartilhamento dos casos. Nesta perspectiva, esclareceram que os encaminhamentos deveriam ser protocolados e, assim, procediam. A diferença evidenciada por eles em realizar atendimento compartilhado e intersetorial está no modo de acionar os serviços, que ocorre por meio de ligação telefônica, ao invés de apenas encaminhar a mulher. Explicaram que, com esse tipo de trabalho, a rede de cuidados se torna mais efetiva.

“[...] é feito o encaminhamento para o hospital, para a parte do SAVVIS, que faz toda essa acolhida, de corpo e delito, e, aí, é feito o direcionamento da Delegacia, também. [...] a gente trabalha em rede, aí, depende muito. No meu caso, eu sempre estou em parceria, porque tem casos que a gente não consegue resolver só; o NASF tem casos que é coletiva, individual e as compartilhadas; a gente está sempre em parceria com o CRAS, com o CREAS; o CAPS [...]. Às vezes, a gente precisa acionar a Defensoria Pública. Conselho Tutelar, quando há casos de criança [...]” (P1).

“Nós encaminhamos essa mulher ao CREAS; orientamos, também, a procurar a Delegacia de Proteção à Mulher [...]. Se houver algum caso de, por exemplo, dependência química, seja ela do parceiro, a gente compartilha com o CAPS AD III e com o CAPS II [...]. [...] nós compartilhamos, porque eu não trabalho muito com a questão do encaminhamento, da referência e da contrarreferência. É claro que deve existir, nós protocolamos esse encaminhamento. Mas, quando eu compartilho, quando eu aciono um profissional daquele serviço, através do telefone, ou faço um atendimento compartilhado, intersetorial [...]. Então, essa rede de cuidado se torna melhor” (P3).

As falas dos profissionais acenaram para existência de uma RAMSV no município pesquisado, que segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, refere-se à atuação articulada entre instituições/serviços, que almeja o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção, a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, bem como a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência¹³.

A questão do fluxo de atendimento foi evidenciada quando os profissionais da APS mencionaram os serviços que faziam parte dos encaminhamentos e como os acessavam (por meio de ligação telefônica), na rede de cuidados para o compartilhamento dos casos. Além disso, destacaram a importância da relação de referência e contrarreferência e de protocolar os encaminhamentos. Entretanto, não houve menção sobre critérios de encaminhamento, com fluxogramas previamente elaborados, condutas ou protocolos preestabelecidos. Deste modo, percebeu-se ausência de padronização dos atendimentos, nos serviços de APS do município pesquisado, de forma que a trajetória da mulher que se inicia nesse serviço dependerá da experiência e do empenho de cada equipe no manejo do caso.

Nesse sentido, os profissionais precisam conhecer a rede intrasetorial do município em que atuam, para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades que, no caso estudado, consoante às narrativas, tratam-se principalmente: Serviços da APS (ESF e NASF), CAPS, Hospital, SAVVIS, Defensoria Pública, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar (quando a problemática envolve crianças e adolescentes) e DEAM²⁰.

Nesse âmbito, os serviços de APS se destacam como porta de entrada importante da RAMSV, porque possuem proximidade privilegiada com a área de atuação para investigar os casos de violência contra mulheres. Todavia, estudo aponta que diante da possibilidade de investigação, devido ao medo de represálias ou insegurança nos modos de atuar, muitas vezes, os profissionais desse setor desistem de fazê-la⁷.

Para exemplificar o referido contexto, estudo demonstra que nos casos de assistência a gestantes que sofrem violência por parceiro íntimo, a ação dos serviços

de APS tem sido, predominantemente, o encaminhamento para realização de pré-natal em hospitais de referência, sem, muitas vezes, tomar conhecimento dos desdobramentos dessa ação¹⁶.

Nessas circunstâncias, os despreparos dos serviços e/ou dos profissionais da APS indicam rede de cuidado com pouca comunicação e, por vezes, não resolutiva. Desta forma, é importante refletir que os encaminhamentos, em algumas situações, podem revelar a resistência em atender a situações de violência, transferindo a responsabilidade do cuidado a outros⁷.

Diante dessa problemática, a capacitação de profissionais para atuar nesses serviços é urgente, tanto na promoção como no acolhimento às mulheres em situação de violência²⁴. Ademais, a integralidade das ações na RAMSV somente se tornará efetiva quando os profissionais e serviços tiverem compreendido o caráter parcelar das ações por estes exercidas, para as conexões do trabalho coletivo na produção assistencial²⁵.

Em vista do contexto descrito, ao considerar os aparelhos citados, os profissionais relataram os seguintes fluxos assistenciais, os quais estão representados no fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência do serviço de APS (Figura 1).

Conclusões

Apesar de os profissionais terem demonstrado o cuidado de acessar os serviços da rede, por ligação telefônica, para o compartilhamento dos casos, não há critérios de encaminhamento unificados nas unidades de APS, com fluxogramas previamente elaborados, condutas ou protocolos preestabelecidos. Desta forma, não há padronização dos atendimentos nos serviços de APS no município pesquisado, de forma que o alcance de uma trajetória que atenda às demandas da mulher estará implicado à experiência e ao empenho da equipe da unidade envolvida na operacionalização do caso.

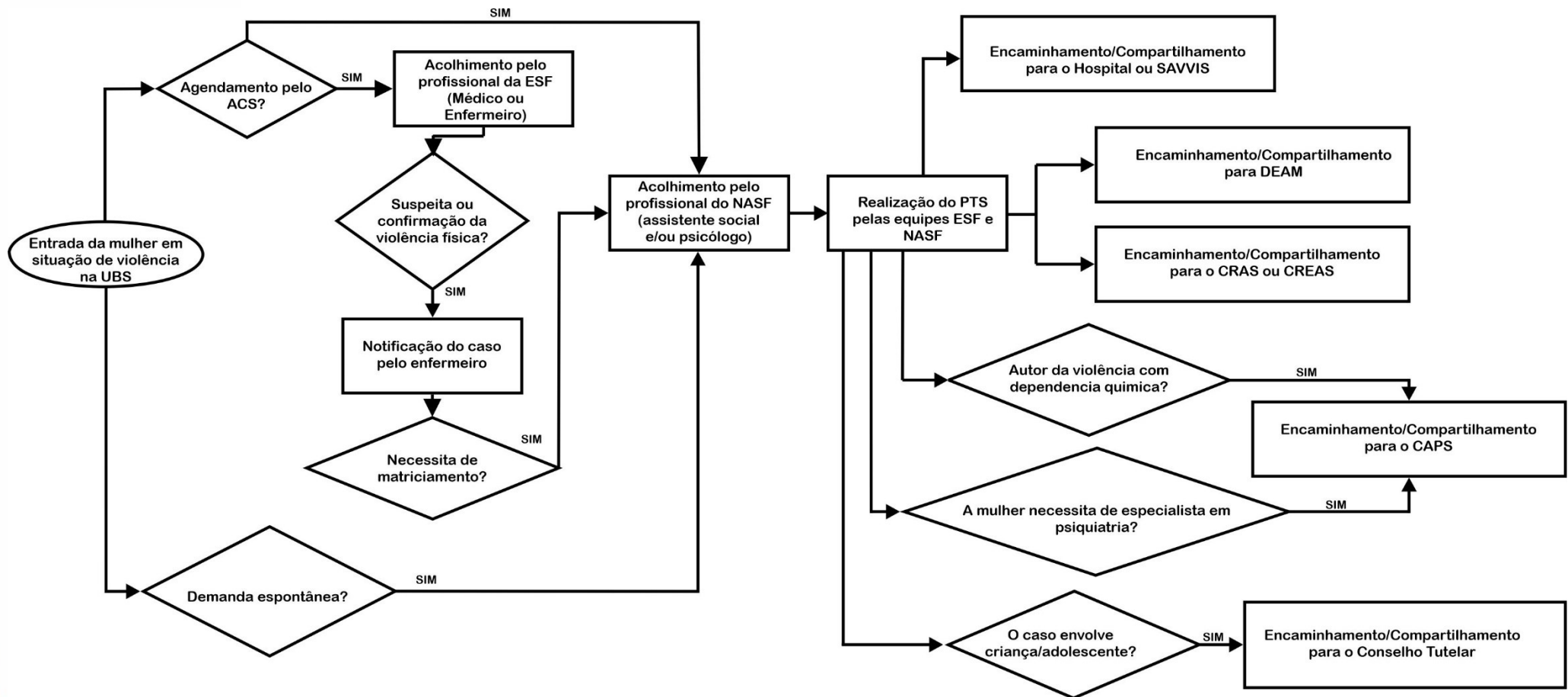
Diante do exposto, demonstra-se a importância de educação permanente para os profissionais atuantes na RAMSV, além da necessidade de consolidação de políticas

públicas para mulheres, com vistas a alcançar níveis satisfatórios de assistência qualificada.

O estudo teve como limitação a não participação de usuárias e gestores, os quais poderiam oferecer contribuições que a experiência dos profissionais da APS se mostra restrita para abranger. Além disso, aponta-se a importância da realização de estudos em municípios de maior porte, com intuito de verificar a existência de diferenças no manejo dos casos, bem como na elaboração dos fluxos de atendimento, de modo a subsidiar melhorias na assistência às mulheres em situação de violência.

Figura 1. Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência do serviço de atenção primária à saúde.

Piauí, Brasil, 2020.



Referências

1. Amaral LBM, Vasconcelos TB, Sá FE, Silva ASR, Macena RHM. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. *Rev Estud Fem.* 2016; 24(2):521-40.
2. Sheikhbardsiri H, Raeisi A, Khademipour G. Domestic violence against women working in four educational hospitals in Iran. *J Interpers Violence.* 2020; 35(21-22):5107-121.
3. World Health Organization. *Respect women: preventing violence against women.* Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. 2015 [citado em 2021 jan 10]. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf.
5. Secretaria de Políticas para as Mulheres (BR). *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.* Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011.
6. Schein S, Ubessi LD, Boeckel M, Prati LE. Atenção à saúde da mulher vítima de violência: um recorte temporal. *Braz J Health Res.* 2019; 21(2):174-85.
7. Silva NNF, Leal SMC, Trentin D, Vargas MAO, Vargas CP, Vieira LB. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. *Enferm Foco.* 2017; 8(3):70-4.
8. Incerpe PRB, Cury VE. Atendimento a mulheres em situação de violência: a experiência de profissionais de um CREAS. *Estud Pesq Psicol.* 2020; 20(3):919-39.
9. Minayo MCS. *Violência e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
10. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 34. ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
11. Rodrigues RP, Carmo WLN, Canto CIB, Santos ESS, Vasconcelos LA. Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate.* 2020; 43(esp. 6):109-16.
12. Franco TB, Merhy EE. *O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP).* San Pablo: Hucitec; 2003.
13. Brasil. Presidência da República. *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres.* Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

14. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2010.
15. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, n. 204, 2011.
16. Marques SS, Riquinho DL, Santos MC, Vieira LB. Strategies for identification and coping with the violence situation by intimate partners of pregnant women. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(3):e67593.
17. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu). 2018; 22:1535-47.
18. Duarte BAR, Barros Junqueira MA, Giuliani CD. Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária. REFACS. 2019; 7(3):401-11.
19. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. Saúde Debate. 2017; 41:694-706.
20. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Estratégicas*, prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. 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, 24 nov. 2003.
23. Pasinato W. Oito Anos de Lei Maria Da Penha. Entre Avanços, Obstáculos e Desafios. Estud Fem. 2015; 23(2):533-45.
24. Batista Neta RAD, Guimarães SOP, Farias MCC, Santos LA. Mulheres vítimas de abuso sexual em um município da Amazônia. Rev Ciênc Plur. 2020; 6(3):123-36.
25. Vieira LJES, Moreira GAR, Cavalcanti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(12):3957-65.