

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Laura Ferreira Cortes**

**ARTICULAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REDE PARA MULHERES  
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

**Santa Maria, RS  
2017**



**Laura Ferreira Cortes**

**ARTICULAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REDE PARA MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Relatório de Tese de Doutorado apresentado ao  
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,  
RS), como requisito parcial para obtenção do  
título de doutora.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin**

**Santa Maria, RS  
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Cortes, Laura Ferreira  
ARTICULAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REDE PARA MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA / Laura Ferreira Cortes.- 2017.  
225 p.; 30 cm

Orientador: Stela Maris de Mello Padoin  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Saúde da Mulher 2. Violência contra a Mulher 3.  
Assistência à Saúde 4. Prática profissional 5. Enfermagem  
I. de Mello Padoin, Stela Maris II. Título.

---

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Laura Ferreira Cortes. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: lferreiracortes@gmail.com

**Laura Ferreira Cortes**

**ARTICULAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REDE PARA MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), área de concentração Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, como requisito parcial para obtenção do **título de Doutora em Enfermagem.**

**Aprovada em 12 de junho de 2017:**

---

**Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)**  
**(Presidente/Orientadora)**

---

**Mercedes Trentini, Dra. (UFSC)**

---

**Ívis Emília de Oliveira Souza, Dra. (EEAN/UFRJ)**

---

**Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM)**

---

**Maria Celeste Landerdahl, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2017



## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta tese às mulheres em situação de violência e aos profissionais dos serviços de atendimento, em especial ao Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria e a todas/todos que lutam pelo fim das desigualdades de gênero na construção de um mundo melhor para se viver.



## AGRADECIMENTOS

A **Deus** e **aos anjos** por iluminarem meu caminho e minhas escolhas e me darem coragem para continuar a caminhada. A minha **mãe** por fazer parte do meu mundo da vida, por me amar, apoiar, por me ensinar valores e me incentivar a lutar com humildade e honestidade. Obrigada por tudo na minha vida! Ao **Iuri**, pelo amor, companheirismo, apoio incondicional, compreensão e por estar ao meu lado me motivando e confortando nos momentos difíceis e acreditando na luta por meus ideais.

Aos **meus familiares** e afiliados que compreenderam os meus momentos de ausência nesse período. Agradeço às **amigas e amigos** por fazerem parte das minhas relações, numa relação de afeto mútuo, em especial, a Laís, Denise, Cristiane (Tóia), Ariele, Carolina, Daiane, Daniela, Sharon e Paola.

À **Universidade Federal de Santa Maria** por me receber e participar da minha construção do conhecimento durante a Graduação, a Residência Multiprofissional, Mestrado e Doutorado, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf).

Ao **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade** (PEFAS) pelos momentos de conhecimento e aprendizado sobre ensino, pesquisa e extensão e por compartilharem comigo a amizade e o mundo de relações sociais de vocês. Em especial à equipe de pesquisa Jaqueline, Daniela, Tamires e Fernanda.

Agradeço à **minha orientadora prof<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin**, exemplo de mulher, profissional, pesquisadora e liderança, por ter me acolhido, me proporcionando momentos de aprendizado, de escuta, de trocas. Por compreender as minhas angústias e inquietações, me ouvir com carinho, amizade, acreditar no meu potencial. E ter me fortalecido e acalmado em momentos difíceis do cotidiano de trabalho como enfermeira, docente e da vida de pós-graduanda.

Ao **Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas** (NEMGeP) e **Fórum de Mulheres de Santa Maria**, conviver com guerreiras que lutam por um mundo melhor para as mulheres me fortalece a cada momento e senti muito por estar afastada das lutas em alguns momentos.

Agradeço à **prof<sup>a</sup>. Maria Celeste**, exemplo de mulher e enfermeira, amiga, companheira de luta, a qual eu admiro muito e me ensinou a acreditar que eu posso e que sim, as mulheres podem! Inspirei-me em ti para ser a profissional que sou hoje. Estar ao teu lado na luta pelo empoderamento feminino me faz acreditar que somos sujeitos dos nossos sonhos.

Agradeço também às **demais professoras do PPGEnf** pelos ensinamentos compartilhados, em especial à Cristiane que acompanhou e contribuiu muito com o meu trabalho. As minhas **colegas e colega de Doutorado** que compartilharam momentos de trocas e aprendizado mútuo comigo. As minhas **colegas docentes da FISMA e à instituição** que me apoiaram e me encorajaram sempre, em especial à Sandra, Helena, Denise, Elenir, Daiane, Ariele e Priscila. Aos meus colegas da **Secretaria de Município da Saúde** pelo aprendizado e momentos juntos.

Agradecimento especial às professoras **Mercedes Trentini e Ligya Paim**, pela possibilidade de contato com esse método maravilhoso que é a PCA. Em especial a doce Mercedes pelo aprendizado compartilhado e os momentos de troca.

Agradeço às demais professoras da banca, **Ivis Souza, Marta Cocco, Ethel Bastos, Maria Celeste Landerdahl e Cristiane de Paula** por compartilharem comigo este momento de crescimento e aprendizado na construção do conhecimento, cada uma na sua singularidade e contribuição.

Agradeço ao **Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria** por ter possibilitado o desenvolvimento desta pesquisa, em especial às suas coordenadoras Vergínia Rossato, Ingrid Kipper e Martha Noal. Vocês são exemplos de mulheres fortes, de luta e ótimas profissionais. É muito bom tê-las na luta contra a violência.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)** pela concessão da bolsa de Doutorado.

*O sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem a co-participação de outros sujeitos no ato de pensar sobre o objeto. Não há um “penso”, mas um “pensamos”. É o “pensamos” que estabelece o “penso” e não o contrário.*

*Paulo Freire*



## RESUMO

### **MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE INSTRUMENTOS PARA A ARTICULAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REDE**

AUTORA: Laura Ferreira Cortes  
ORIENTADORA: Stela Maris de Mello Padoin

A violência contra as mulheres possui um caráter multidimensional e a atenção às mulheres em situação de violência deve acontecer por meio de rede articulada e representativa das necessidades das mulheres. Ainda existem muitas dificuldades no que diz respeito à organização dos serviços, sua articulação em rede e necessidades das próprias equipes para trabalharem com o tema de forma integrada. Neste sentido, a presente proposta tem como pressuposto teórico que a continuidade da atenção às mulheres em situação de violência é viabilizada pela articulação comunicativa entre profissionais dos serviços de atendimento. O objeto de estudo foi a continuidade do atendimento às mulheres em situação de violência, no município de Santa Maria-RS. O objetivo geral do estudo foi construir coletivamente instrumentos para viabilizar a articulação comunicativa entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência para a construção do trabalho em rede. Método: pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA) que teve como participantes do estudo 32 profissionais do Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS (GTIEV) que é um grupo intersetorial composto por profissionais de saúde, assistência social e segurança pública. O GTIEV reúne-se na Universidade Federal de Santa Maria, sendo sua coordenação vinculada ao Hospital Universitário de Santa Maria. A produção dos dados ocorreu por meio de 10 encontros convergentes no período de março a julho de 2015, em Santa Maria, RS, Brasil. Os dados foram submetidos à análise temática do conteúdo. Resultados: os temas originados na pesquisa versaram sobre as ações desenvolvidas pelas profissionais nos diferentes serviços envolvidos; sobre as potencialidades e dificuldades encontradas na prática para compor uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, bem como sobre o conteúdo apropriado de um instrumento para estabelecer uma articulação comunicativa das ações de assistência às mulheres em situação de violência nos serviços, com vistas à continuidade do atendimento em rede. Os principais resultados da prática assistencial e educativa foram a reconstrução coletiva do fluxograma de atendimento e construção do roteiro de comunicação para os serviços. Contatou-se que há necessidade de formalização institucional dos dispositivos construídos, assim como a articulação entre os serviços requer o envolvimento e o compromisso dos profissionais com a comunicação e a garantia da continuidade do cuidado. O conteúdo produzido pela PCA subsidiou a mudança nas práticas em saúde e demais setores envolvidos com a problemática, uma vez que contribuiu para o empoderamento das profissionais do GTIEV acerca do tema e da necessidade de organizar espaços de articulação do grupo com demais serviços envolvidos com o cuidado às mulheres.

**Palavras-chave:** Saúde das Mulheres. Violência contra a Mulher. Assistência à Saúde. Prática profissional. Enfermagem.



## ABSTRACT

### **MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE INSTRUMENTOS PARA A ARTICULAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REDE**

AUTHOR: Laura Ferreira Cortes  
ADVISOR: Stela Maris de Mello Padoin

Violence against women has a multidimensional character and the attention to women in situation of violence should happen through articulated network and representative of the women's needs. There are still many difficulties regarding the organization of services, their networking and the needs of the teams themselves to work on the subject in an integrated way. In this sense, this proposal has as theoretical assumption that the continuity of attention for women in situations of violence is enabled by the communicative articulation between professionals of the services. The object of study was the continuity of care for women in situations of violence, in the municipality of Santa Maria-RS. The general aim of the study was to collectively build tools to make feasible the communicative articulation between service professionals of women in situations of violence for the construction of networking. Method: qualitative research of convergent type assistance (PCA), which had as participants 32 professionals from the Integrated Group to Confront Violence in Santa Maria-RS (GTIEV), is intersectoral group composed of health professionals, social workers and public security. The GTIEV meets at the Federal University of Santa Maria, and its coordination is linked to the University Hospital of Santa Maria. Data were produced through 10 convergent meetings from March to July 2015, in Santa Maria, RS, Brazil. The data were submitted to content thematic analysis. Results: the themes originated in the research focused on the actions developed by the professionals in the different services involved; about the potentialities and difficulties found in the practice to create a network of care for women in situations of violence, as well as on the appropriate content of an instrument to establish a communicative articulation of the actions of assistance to women in situation of violence in the services, with view to give network service continuity. The main results of the assistance and educational practice were the collective reconstruction of the care flow chart and construction of the communication roadmap for services. Contacted that there is a need for institutional formalization of the built devices, just as the articulation between the services requires the involvement and the commitment of the professionals with communication and the guarantee of the continuity of the care. The content produced by PCA subsidized the change in practice in health and other sectors involved in the problem, since it contributed to the empowerment of GTIEV professionals' about the topic and the need to organize spaces of articulation of the group with other services involved with the care for women.

**Keywords:** Woman Health. Violence against Woman. Delivery of Health Care. Professional Practice. Nursing.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação da cidade de Königsberg.....	37
Figura 2 – Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres .....	40
Figura 3 – Mapa do município de Santa Maria/RS segundo Regiões Administrativas, 2011 .	79
Figura 4 – Arco de Maguerez.....	87
Figura 5 – Organização dos encontros do estudo pautados na Metodologia Problematizadora .....	96
Figura 6 – Destaque do fluxograma. Exemplo de simbologia para a comunicação por meio de contato telefônico e escrito .....	119
Figura 7 – Fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência .....	133
Figura 8 – Roteiro de Comunicação .....	134
Figura 9 – Síntese das categorias temáticas e núcleos de sentido .....	135



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- APS** Atenção Primária à Saúde
- BO** Boletim de Ocorrência
- CO** Centro Obstétrico
- CRAI** Centro de Referência no Atendimento Infante Juvenil
- CRAS** Centros de Referência em Assistência Social
- CREAS** Centro Regional Especializado de Assistência Social
- 4ª CRS** Quarta Coordenadoria Regional de Saúde
- DEAM** Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
- DML** Departamento Médico Legal
- DPPA** Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento
- ESF** Estratégia Saúde da Família
- IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- GC** Grupo Convergente
- GP/ PEFAS** Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
- GTIEV** Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria
- HUSM** Hospital Universitário de Santa Maria
- LMP** Lei Maria da Penha
- MP** Ministério Público
- NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NEMGeP** Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas
- NEPS** Núcleo de Educação Permanente em Saúde
- NVE** Núcleo de Vigilância Epidemiológica
- NVEH** Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Hospitalar
- OEA** Organização dos Estados Americanos
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- PAM** Pronto Atendimento Municipal
- PET** Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde
- PCA** Pesquisa Convergente Assistencial
- PNAISM** Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher
- PS** Pronto Socorro
- RAS** Rede de Atenção à Saúde
- RS** Rio Grande do Sul

**SMS/ SM** Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria

**SPM** Secretaria de Políticas para as Mulheres

**SUS** Sistema Único de Saúde

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**US** Unidade de Saúde

**USF** Unidade de Saúde da Família

**UPA** Unidade(s) de Pronto Atendimento

**VCM** Violência contra as Mulheres

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	21
1.2	APROXIMAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO: FASE DE CONCEPÇÃO .....	28
<b>1.2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>30</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>30</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>33</b>
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DO TERMO <i>REDE</i> E SUAS INTERFACES COM O OBJETO ESTUDADO.....	33
2.2	REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	39
2.3	ARTIGO 1 - EVIDÊNCIAS ACERCA DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	46
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>63</b>
3.1	ARTIGO 2 - METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO E PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: PROPOSTA DE PRÁXIS EM PESQUISA.....	63
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>75</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	75
<b>4.1.1</b>	<b>Opção Metodológica: Pesquisa Convergente Assistencial.....</b>	<b>75</b>
4.2	O PROCESSO DA PCA: CONDUÇÃO METODOLÓGICA.....	77
<b>4.2.1</b>	<b>Fase de Concepção: a negociação do objeto de estudo.....</b>	<b>77</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Fase de Instrumentação: a escolha do Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS .....</b>	<b>78</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Fase de Perscrutação: Método de produção das informações.....</b>	<b>84</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Fase de Análise e Interpretação dos dados.....</b>	<b>89</b>
4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	91
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>93</b>
5.1	RELATO DA CONVERGÊNCIA DA PRÁTICA COM A PESQUISA .....	93
<b>5.1.1</b>	<b>Primeira etapa: observação da realidade de atendimento às mulheres em situação de violência .....</b>	<b>97</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Segunda etapa: definição de pontos-chave para subsidiar o estudo .....</b>	<b>100</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Terceira etapa: Teorização - A Prática Educativa junto aos profissionais do GTIEV .....</b>	<b>101</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Quarta etapa: das hipóteses de solução à concretização- Prática de (re) construção coletiva do fluxograma e roteiro de comunicação.....</b>	<b>111</b>
<b>5.1.5</b>	<b>Quinta etapa: Aplicação à realidade.....</b>	<b>126</b>
5.2	ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS .....	135
<b>5.2.1</b>	<b>A rede na visão das profissionais: trabalho artesanal que é construído pelas pessoas.....</b>	<b>135</b>
<b>5.2.2</b>	<b>As dificuldades e as potencialidades para a composição da rede nos diferentes pontos de atenção.....</b>	<b>142</b>
<b>5.2.3</b>	<b>ARTIGO 3 - Instrumentos para implementação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva.....</b>	<b>160</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>181</b>
	REFERÊNCIAS .....	185
	ANEXOS .....	197



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Avanços na área da saúde das mulheres, impulsionados pelo movimento feminista e por movimentos de mulheres, trouxeram inúmeras conquistas para as mulheres no Brasil e no mundo, uma delas foi a ampliação do foco das políticas públicas para além da dimensão biológica e reprodutiva que restringia a vida a sua condição de reproduzir. Nesta perspectiva, a violência contra as mulheres (VCM) passa a ser incluída como importante determinante social da saúde e da vida, demandando investimentos governamentais e o debate ampliado incluindo múltiplos setores sociais.

Outro avanço foi o reconhecimento da VCM como uma das principais formas de violação aos direitos humanos, atingindo as mulheres em seus direitos à vida, saúde e à integridade física (BRASIL, 2011a). Apesar de ser um fenômeno complexo e de difícil conceituação (MINAYO, 2004), utiliza-se neste estudo o conceito elaborado pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher a qual define a violência contra as mulheres como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhes cause morte, lesão, sofrimento psíquico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial tanto no âmbito público como no privado (OEA, 1994; BRASIL, 2011a).

Dentre os tipos de VCM descritos no Artigo 7º da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012a) estão: a violência física, qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal das mulheres; psicológica, conduta que lhe prejudique e perturbe, ou cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que vise degradar ou controlar suas ações, crenças e decisões, mediante ameaça, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, exploração, limitação do direito de ir, dentre outros; a sexual que é o constrangimento a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; violência patrimonial: configura-se em retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; violência moral: conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Utiliza-se neste estudo a expressão *mulheres em situação de violência* no lugar de vítima de violência, pois a condição de vítima pode reforçar a representação da mulher como passiva e dependente. Já a expressão *violência contra as mulheres* é utilizada no plural, a fim de contemplar às especificidades étnico-raciais, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional existentes entre as mulheres (BRASIL, 2010a; VIEIRA, 2011).

Em 1990, esse tipo de violência foi reconhecido internacionalmente como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera a VCM um obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico e um abuso aos direitos humanos (KRUG et al, 2003). Para ser considerado como um problema de saúde pública, conforme Costa, Victora (2006) e Fowler, Austoker, Screening (1997), deve-se contemplar duas questões: 1) o impacto social (mortalidade, morbidade e custos do tratamento para a sociedade); 2) o impacto individual (anos potenciais de vida perdidos, extensão de incapacidade, dor e desconforto, custo do tratamento, impacto na família).

No que diz respeito ao impacto social da VCM, estudo realizado em 11 países pela OMS apontou que entre 15% e 71% de mulheres, conforme o país estudado, sofreram violência física ou sexual por parte do marido ou parceiro. Destas de 4% a 54% vivenciaram a VCM no último ano (GARCIA-MORENO, et al., 2006).

Na realidade brasileira a dimensão do problema é mostrada por dados provenientes de diversas fontes em função da ausência de um sistema nacional único de informações, sendo acessados em quatro âmbitos: 1) Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; 2) órgãos de segurança pública; 3) rede de saúde pública; 4) sistema de justiça. A rede de saúde pública oferece dados referentes a casos de VCM atendidos pelo sistema de saúde, especialmente a partir da Lei nº 10.778 de 2003, que instituiu a notificação compulsória das violências em qualquer serviço de saúde, público ou privado. Os órgãos de segurança pública oferecem dados a respeito de denúncias e crimes notificados. No sistema de justiça os dados são referentes às varas especializadas, núcleos de defensoria e sobre as mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2013).

Em 2013 pesquisa do DataSenado registrou que, no Brasil, cerca de 13,5 milhões de mulheres já sofreram algum tipo de agressão (DataSenado, 2013). A pesquisa revela ainda que, embora 99% das brasileiras conheçam a Lei Maria da Penha (2006), e 66% delas se sintam mais protegidas, mais de 700 mil mulheres sofrem agressões ao ano no Brasil (DATASENADO, 2013). Em 2014, no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), foram registrados no Sistema Único de Saúde 223.796 atendimentos de saúde

relativos às violências sendo que 147.691 eram mulheres. Isso quer dizer que a cada dia de 2014, 405 mulheres foram atendidas. O local de residência da mulher foi o cenário das situações, tendo como seus agressores, o cônjuge ou namorado, atuais ou pregressos (WAISELFISZ, 2015).

Em 2015, de janeiro a outubro, do total de atendimentos registrados na Central de Atendimento à Mulher- Ligue 180 (634.862 atendimentos), 63.090 foram relatos de violência. Desses, 85,85% corresponderam a situações de violência doméstica e familiar contra as mulheres. Em relação ao total de casos, 49,82% corresponderam à violência física; 30,40%, violência psicológica; 7,33%, violência moral; 2,19% violência patrimonial; 4,86% de violência sexual; 4,87%, cárcere privado; e 0,53% de tráfico de pessoas, o que significa 332 pessoas nesta última situação. Em 67,36% dos casos, as violências foram cometidas por homens com quem as mulheres têm ou tiveram algum vínculo afetivo: (ex) companheiros, (ex) cônjuges, (ex) namorados ou (ex) amantes. Cerca de 27% dos relatos referiram familiares, amigos, vizinhos, conhecidos como autores/as. Quanto à frequência, em 38,72% dos casos a violência é diária; e em 33,86%, é semanal, ou seja, em 72,58% dos casos a violência ocorre com frequência muito alta (BRASIL, 2015).

Em relação aos feminicídios, mortes violentas de mulheres decorrentes do exercício de poder, relações de gênero (MENEGHEL, et al, 2013), no Brasil entre 1980 e 2010, foram mais de 92 000, 43 700 casos somente na última década (WAISELFISZ, 2012). O Brasil ocupa assim a 5ª colocação, como um dos países com o mais elevado índice desse tipo de crime. O Rio Grande do Sul (RS) ocupa 18ª posição dentre os estados brasileiros (WAISELFISZ, 2015) e a cidade de Santa Maria, ocupa 30ª posição no RS, em relação aos demais 497 municípios (WAISELFISZ, 2012).

O impacto individual da VCM para as mulheres refere-se aos danos à saúde física e mental. No que diz respeito à saúde física destacam-se: hematomas, queimaduras, lesões oculares, fadiga crônica, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, dentre outras. Os impactos na saúde sexual e reprodutiva são visualizados pela redução da autonomia sexual, infertilidade, doenças inflamatórias pélvicas crônicas, aumento do risco de gravidez indesejada, abortos múltiplos e infecções sexualmente transmissíveis. Na gestação aumenta o risco para o nascimento de bebês com baixo peso, pré-termos, ocorrência de morte fetal, neonatal e materna; afeta a amamentação. No que refere à saúde mental, destacam-se transtornos de ansiedade, do sono e depressão que podem levar ao abuso de álcool e outras drogas, bem como aumentos nas taxas de suicídio (HAGUE, MULLENDER, 2006; SARKAR, 2008; VIEIRA, PADOIN, PAULA, 2010; DAHMER et al, 2012). Os custos decorrentes da VCM

são extremamente altos e incluem gastos diretos nos serviços de tratamento, apoio às mulheres violentadas e aos seus filhos, e para levar os culpados à justiça. Os custos indiretos incluem a perda do trabalho e da produtividade, e referentes à dor e ao sofrimento humano. No ano de 2006, foram admitidas nos hospitais públicos mais de dois milhões de mulheres entre 10 e 49 anos de idade, destas, 233 mil como resultado de aborto e 120 mil por causas violentas (BRASIL, 2008).

A VCM não constitui evento isolado na vida das brasileiras porque além de ser frequente, é na maioria dos casos um fenômeno que ocorre diariamente, sendo incontáveis os efeitos para a família, para o mercado de trabalho e desenvolvimento do país. Do total de relatos de violência computados pelo Ligue 180 nos dez primeiros meses de 2015, os atendimentos registrados revelaram que 77,83% das mulheres possuem filhos (as) e que 80,42% desses (as) presenciaram ou sofreram a violência (BRASIL, 2015). Nas famílias, desde cedo há contato com a violência de gênero<sup>1</sup> o que expõe crianças e adolescentes a traumas e sofrimentos, familiarizando-se com a agressividade nas relações interpessoais e a opressão das mulheres. A violência passa a ser uma referência de expressão, ampliando as possibilidades de reprodução desta e ao ser banalizada pelo comportamento brasileiro, é estabelecida como padrão de convivência social (BRASIL, 2013b).

A VCM faz parte da violência de gênero e é um fenômeno social, multifacetado, uma das extremas formas de manifestação das desigualdades de gênero, que resulta da assimetria de poder entre homens e mulheres traduzida em relações de força e dominação (GUEDES, SILVA, FONSECA, 2009). Possui como substrato a construção histórica e social da identidade de homens e mulheres que solidifica as relações de poder entre ambos. Nessas relações, aos homens é delegado o poder, tanto no espaço público quanto no doméstico. Às mulheres cabe a condição de submissão ao homem, de reprodutora, de cuidadora e de principal responsável pela educação dos filhos, sendo esses papéis naturalizados e reproduzidos. Ao se utilizar de atos violentos os homens reafirmam a dominação do corpo feminino e a opressão das mulheres como fenômenos que passaram a ser vistos como atitudes naturais nas relações sociais e pertencentes ao âmbito doméstico (MOREIRA et al., 2008; LAMOGLIA, MINAYO, 2009; VIEIRA et al, 2011).

---

<sup>1</sup> Compreende-se *gênero* como as relações sociais entre mulheres e homens, tendo um caráter histórico e cultural que marca e delimita o corpo de cada sujeito e seu campo de atuação. Assim, as relações de gênero dão suporte à elaboração de normas e suas formas de aplicação. Sua construção, manutenção e reprodução é sustentada por meio de símbolos, normas e instituições, que definem modelos de ser homem e ser mulher, bem como padrões de comportamento para ambos (SCOTT, 1989).

Esses papéis tradicionais, em geral, condicionam as mulheres à violência dificultando a ruptura da situação vivenciada (CORTES, et al, 2013). Nesse sentido, a violência contra as mulheres sob forma de violência interpessoal nas relações conjugais e sociais está implicada na compreensão de ser um instrumento de poder, decorrente das desigualdades de gênero, classe social, raça, etnia e geração (MOREIRA et al., 2008). Comumente é perpetrada pelo próprio parceiro, repercutindo de modo negativo na qualidade de vida e saúde da mulher, uma vez que tem levado à ampliação dos índices de suicídio, ao abuso de substâncias psicoativas, e a problemas tais como, dor de cabeça e sofrimento de cunho psíquico e emocional (SILVA, COELHO, MORETTI-PIRES, 2014). Enquanto os homens tendem a sofrer violência, em geral, praticada no espaço público, as mulheres muitas vezes sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, e na maioria das vezes, praticado por seus companheiros e familiares (HERERA, AGOFF, 2006; SCARANTO, BIAZEVIC, MICHEL-CROSATO, 2007; LEÔNCIO, et al., 2008; BRASIL, 2011a, CORTES et al, 2013).

Devido à dimensão do problema, os avanços na implementação de ações de suporte às mulheres tem resultado em significativas alterações no estatuto legal da mulher na família e sociedade, ampliando seus direitos civis e sociais. Tais avanços foram decisivos para impulsionar ações preventivas e de suporte às mulheres apresentando importante conexão com a saúde (CASIQUE, FUREGATO, 2006). Em consequência, em âmbito mundial passaram a ser exigidas, nas agendas governamentais, ações de prevenção e combate à VCM (JONG, SADALA, TANAKA, 2008). As recomendações da Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (OEA, 1994), a qual o Brasil é signatário, fortaleceram os avanços para o enfrentamento da violência contra as mulheres no país. Esses surgiram especialmente após a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003. As políticas públicas são ampliadas e passam a incluir ações integradas. Além disso, a luta das mulheres por uma legislação que acabasse com a impunidade culminou com a criação da Lei Maria da Penha, nº 11.340/2006, em 2006. A qual coíbe e tipifica todas as formas de violência contra as mulheres brasileiras, prevê a criação de Juizados contra a violência, modifica o Código Penal e estabelece medidas de proteção e assistência (BRASIL, 2013).

A Política Nacional para Combater a Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011a) contempla os âmbitos da luta, prevenção, atenção e garantia dos direitos das mulheres. Em 2013, foi criado o “Programa Mulher: Viver sem violência” que faz parte desta política e prevê investimentos para atenção integral às mulheres em situação de violência e a criação da Casa da Mulher Brasileira em capitais brasileiras visando integrar serviços de segurança,

saúde e assistência social. Aos poucos se avança na luta contra a violência, mas ainda tem-se necessidade de consolidação de uma rede de proteção, de ações preventivas, e consolidação de uma rede de serviços articulada para mulheres, suas famílias e companheiros.

Tendo em vista o histórico milenar do problema, no setor saúde, a inclusão do tema como demanda é recente e data de 1990, configurando-se como importante no campo da investigação. Esta valorização se deve ao impacto que tem na vida das pessoas, das famílias e da sociedade, o que implica uma demanda de atenção e cuidado dos serviços de saúde (MINAYO, 2004). Até mesmo porque devido às repercussões na saúde das mulheres há maior procura dessas pelos serviços de saúde, o que indica que os profissionais nessa área possuem importante papel no acolhimento e escuta das mulheres, sendo estratégicos para o enfrentamento da violência (MINAYO, DESLANDES, 2009; SHRAIBER et al, 2009; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011). No entanto, nem sempre os serviços de saúde demonstram respostas satisfatórias para lidar com a violência contra as mulheres (LETTIERE, NAKANO, RODRIGUES, 2008).

Revisão de literatura, (CORTES et al., 2013), indica que ainda existem inúmeras limitações para atuação dos profissionais de saúde na assistência a essas mulheres as quais referem-se à ênfase clínica (SAGOT, 2005; HERRERA, AGOFF, 2006; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011; VILLELA, et al, 2011) e à compreensão limitada dos profissionais acerca do tema, alicerçada em concepções e crenças de gênero (HERRERA, AGOFF, 2006; SAGOT, 2005), agregando posturas como: julgamento, preconceito, discriminação e culpabilização das mulheres pela violência sofrida (SAGOT, 2005; STENIUS, VEYSEY, 2005; HAGUE, MULLENDER, 2006).

O uso ineficaz dos serviços de saúde decorre da redução do problema às manifestações no corpo entendido na perspectiva biomédica, e da consequente invisibilidade das situações de violência (D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013; HESLER et al, 2013). A ênfase clínica é atribuída ao descaso e à falta de sensibilidade de alguns profissionais (STENIUS, VEYSEY, 2005) para acolher essas mulheres. Essas acessam os serviços pelas causas indiretas, ou seja, as lesões, cefaleia, problemas psíquicos como a depressão, entre outros (HERRERA, AGOFF, 2006; HAGUE, MULLENDER, 2006). Em geral, o profissional não consegue estabelecer um diagnóstico compatível com o problema apresentado pelas mulheres, não identificando as lesões como violência (HERRERA, AGOFF, 2006). Há dificuldades na abordagem e subjetividade que seja convergente com as necessidades das usuárias (HAGUE, MULLENDER, 2006; STENIUS, VEYSEY, 2005). Geralmente, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, com forte tendência

à medicalização (SAGOT, 2005; HAGUE, MULLENDER, 2006; HERRERA, AGOFF, 2006; MOREIRA et al, 2008; D'OLIVEIRA et al, 2009; HESLER et al, 2013). A relativa invisibilidade é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, muitas mulheres não contam e muitos profissionais não perguntam (MOREIRA et al, 2008).

Outros estudos referem que os profissionais de saúde apresentam despreparo teórico e técnico aliado ao sentimento de insegurança para trabalhar com o tema resultando em dificuldades referentes à identificação, atendimento e encaminhamento dessas mulheres, reforçando a ideia de que os profissionais não se sentem capacitados para lidar com este problema (MOREIRA, et al, 2008). Contexto esse que provoca sentimentos de frustração e impotência (VILLELA, et al, 2011). Além disso, apresentam receio de abordar este assunto pelo medo de envolver-se no conflito e/ou entender que as situações de violência são pessoais, pertencentes ao setor privado ou à segurança pública (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011; VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009). Essas limitações contribuem para que não exista pleno reconhecimento da violência como um problema de saúde pública (HERRERA, AGOFF, 2006; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011)

Esta fragilidade também é afirmada pelo fato de as mulheres em situação de violência percorrem muitos caminhos, em função de um processo desarticulado dos serviços (SAGOT, 2005; LEÔNCIO, et al, 2008; SANTI, NAKANO, LETTIERE, 2010; MENEGHEL et al, 2011). Considera-se que isso esteja atrelado ao fato de a violência ainda não estar incluída como causa na demanda dos serviços de saúde, sendo considerada, muitas vezes, como uma questão do âmbito privado e não de saúde pública (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

As limitações na organização dos serviços repercutem negativamente na atenção a saúde das mulheres, uma vez que essas ficam à mercê da disponibilidade pessoal do profissional. A inexistência de fluxos específicos obriga-as a aguardarem o agendamento da consulta, o que pode desestimulá-las. É possível realizar um atendimento desburocratizado sem que seja efetivado por fichas de encaminhamento, referência e contrarreferência, e sim voltado para as necessidades das mulheres. No entanto, é necessário repensar o uso de protocolos generalizantes que fragmentam o atendimento com tendência a patologizar e medicalizar o corpo, o que pode levá-las a percorrerem vários serviços (SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013; D'OLIVEIRA et al, 2009). Apesar das limitações é preciso que a equipe preste um atendimento continuado e tente superar limites como a ineficiência da rede de atendimento (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

Os profissionais da Saúde, em geral, realizam os primeiros atendimentos às mulheres em situação de violência, assim necessitam realizar o acolhimento das suas necessidades e demandas. Diante desta realidade, questiona-se o preparo desses profissionais para atuar nos serviços de atendimento a estas mulheres uma vez que, em geral, o cuidado a elas ocorre de maneira fragmentada e pontual, restrita ao tratamento das lesões físicas, demonstrando um despreparo dos serviços, para desenvolver um atendimento em rede, resolutivo e com vistas à integralidade (VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011). Isto fomenta a necessidade de investigar problemáticas que busquem apreender as ações dos profissionais ao cuidar dessas mulheres, além de englobar os desafios de desenvolver estratégias para o cuidado articulado com os diferentes serviços e setores que alicerçam a rede de atendimento.

## 1.2 APROXIMAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO: FASE DE CONCEPÇÃO

As motivações para realizar essa investigação emergiram de um processo que vem sendo construído desde a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), quando passei a refletir sobre as questões de gênero e a atenção direcionada às mulheres. Tais implicações intensificaram-se a partir da composição do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas (NEMGeP) do Departamento de Enfermagem da UFSM, no ano de 2009, que vem desenvolvendo estudos e ações de prevenção e enfrentamento à violência contra as mulheres, pesquisa, extensão e ativismo social na perspectiva de gênero. Ainda em 2009, a partir de atividade do estágio supervisionado da graduação, participei da construção da primeira estruturação do fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência de Santa Maria e mais recentemente da construção de materiais de educação continuada para profissionais de saúde, na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria-RS (SMS).

Os resultados do Trabalho de Conclusão de Curso da graduação instigaram-me sobre situações de violência vivenciadas por mulheres nas quais elas apresentaram sintomas físicos, bem como violência psicológica e submissão feminina (CORTES, et al., 2010). Como enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM (2010-2012), identifiquei demandas de cuidado que emergiram de situações de violência contra as mulheres, as quais, geralmente, não eram percebidas pelos profissionais de saúde. Além disso, foi possível vivenciar o trabalho em equipe multiprofissional, no qual realizávamos ações de cuidado articulado junto aos serviços de saúde mental do município, o que implicou no

trabalho de conclusão de especialização ser realizado com profissionais de saúde da Atenção Primária sobre a rede de atendimento a usuários de álcool e outras drogas (CORTES et al., 2014).

A partir da inserção no GP-PEFAS, na linha de pesquisa: Políticas e práticas de cuidado na saúde da mulher- vivências em aleitamento materno e violência, foi possível ampliar o conhecimento em pesquisa na temática, e também realizando ações de extensão em parceria com os dois grupos. Neste contexto, durante o mestrado em enfermagem pela UFSM (2012-2014) desenvolvi dissertação sobre a intencionalidade da ação de cuidar de mulheres em situação de violência de enfermeiras de serviços de saúde de Santa Maria-RS (CORTES, 2014), cujos resultados, apontaram que o cuidado é desenvolvido permeado por ações de cuidado físico e biológico (procedimentos e técnicas de enfermagem) e ações como diálogo, escuta, orientações, encaminhamentos, e articulações em equipe. Os encaminhamentos refletem que as profissionais esperam o apoio, o suporte, a continuidade do cuidado, a fim de que as mulheres possam construir uma perspectiva de vida sem violência. Igualmente, reconhecem a necessidade do cuidado multiprofissional e articulado com outros serviços e têm expectativas que exista uma rede. No entanto, referem dificuldade no acompanhamento e implementação da “referência e contra referência” entre os serviços. Nesse sentido, entende-se que há necessidade de maior mobilização para que exista esse encaminhamento, ou transferência de cuidados (CORTES, et al., 2015; CORTES, PADOIN, 2016) .

No âmbito da extensão universitária participei da organização e desenvolvimento de ações educativas de prevenção e enfrentamento à VCM, na comunidade acadêmica e local por meio da publicação de textos, entrevistas e debates na mídia; construção de material educativo, audiências públicas, marchas, dentre outras. Essas atividades estão vinculadas a projetos de extensão de prevenção à VCM, integradas à Campanha “16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra as Mulheres”, promovidas pelo NEMGeP e PEFAS desde 2009 até o corrente ano; bem como em projetos e organização de eventos relativos ao Dia Internacional da Mulher. Desde 2011 integro o projeto: “Espaço NEMGeP no rádio: a saúde das mulheres para além do biológico”. Participei em 2012 do projeto “Compartilhando saberes sobre a violência contra as mulheres: os profissionais que deliberam na delegacia e a academia”.

No âmbito dos movimentos sociais de mulheres atualmente integro o Fórum de Mulheres de Santa Maria. Além disso, a partir de vivências como professora substituta no Curso de Enfermagem da UFSM identifiquei a necessidade premente de realizar discussões, reflexões, produção e consolidação do conhecimento acerca da temática VCM e do trabalho em rede, uma vez que ainda representa uma lacuna a ser superada na formação discente.

Essa trajetória contribuiu significativamente para instigar minhas inquietações acerca dessa temática, bem como o papel da enfermeira frente ao cuidado de mulheres em situação de violência. Assim, justifico a necessidade de buscar aprofundamentos teóricos e conceituais para que se obtenha conhecimentos junto aos demais profissionais da equipe de saúde e para que seja possível implementar mudanças nas práticas assistenciais com essas mulheres.

Considerando este contexto, essa proposta de pesquisa se insere nas produções do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), na linha de pesquisa: Políticas e práticas de cuidado na saúde da mulher-vivências em aleitamento materno e violência e tem como **declaração guia**, ou pressuposto teórico, que subsidia o seu desenvolvimento: a continuidade da atenção às mulheres em situação de violência é viabilizada pela articulação comunicativa entre profissionais dos serviços de atendimento. Neste sentido, formula-se como **objeto de estudo**, a continuidade do atendimento às mulheres em situação de violência, no município de Santa Maria-RS. Para tanto, tem-se como **questão de pesquisa**: Como estabelecer a articulação comunicativa entre profissionais dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência com vistas à formação da rede? Pretende-se responder a motivações e inquietações no que se refere à problemática da violência contra mulheres na perspectiva do olhar da saúde a partir dos seguintes objetivos:

### 1.2.1 Objetivo Geral

Construir coletivamente instrumentos para viabilizar a articulação comunicativa entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência para a construção do trabalho em rede.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer as potencialidades e dificuldades da prática profissional para a composição da rede de atendimento às mulheres em situação de violência;
- b) Desenvolver momentos educativos com profissionais visando à articulação do atendimento em rede de mulheres em situação de violência no município de Santa Maria;
- c) Conduzir a (re)construção de um fluxograma da rede de atendimento às mulheres em situação de violência;

d) Conduzir a construção conjunta de um instrumento para viabilizar a articulação comunicativa entre os serviços com vistas a otimizar a atenção em rede às mulheres em situação de violência.

A importância deste estudo ser realizado por uma enfermeira está no sentido de que essa profissional e equipe de enfermagem, muitas vezes, realizam o primeiro contato com estas mulheres, assim necessitam dispor de conhecimento acerca do trabalho articulado e em rede. A partir da minha experiência em equipe multiprofissional, apreendi que o papel da enfermeira como articuladora e facilitadora das trocas dentro da equipe de saúde possibilitam desenvolver estratégias de ações de cuidado que visem à integralidade. Dessa forma, considero que para realizar um cuidado de enfermagem que vise à integralidade há necessidade de articular ações com os demais profissionais de saúde e criar estratégias para o cuidado em rede, a fim de que essas possam subsidiar o desenvolvimento de habilidades para a atenção interdisciplinar e intersetorial que visem ao enfrentamento da violência e o entendimento dessa como uma demanda das mulheres e uma questão de saúde pública.

Espera-se com esta pesquisa o desenvolvimento de conhecimentos e ações que possam impactar e oferecer subsídios para reflexões e articulações dos profissionais envolvidos nos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, a fim de melhorar e inovar o cotidiano de práticas assistenciais, por meio de estratégias de comunicação, construídas coletivamente, e que possibilitem a articulação dos diferentes serviços.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DO TERMO *REDE* E SUAS INTERFACES COM O OBJETO ESTUDADO

Historicamente, a ciência ocidental desenvolveu-se nos conhecimentos produzidos por meio de métodos de verificação empírica e lógica. Pautou-se na eliminação positivista do sujeito e na ideia de que os objetos, ao existirem independentemente do sujeito, poderiam ser observados e explicados como tais. Assim, a ideia de um universo de fatos objetivos, dissociados de qualquer julgamento de valor, e da influência subjetiva, graças ao método experimental permitiu o desenvolvimento da ciência moderna (MORIN, 2015).

O conhecimento científico buscou conhecer unidades simples para explicar a realidade. Isso trouxe descobertas e invenções admiráveis tais como o átomo, as células, o DNA, dentre outras. No entanto, tudo o que não correspondesse a esse esquema simplificador poderia ser abafado, ou eliminado. O acaso e o singular foram imersos em concepções probabilísticas e estatísticas ou simplesmente rejeitados, considerados como não científicos. Redução esta que foi considerada empobrecedora do conhecimento, uma vez que não explora as diferentes partes da realidade (FORTIN, 2005).

Nesse contexto, o método científico suprime a cultura e a sociedade da constituição das ciências físicas e biológicas. Isto apresenta como consequência a disjunção e o isolamento entre as ciências naturais e as ciências biológicas bem como a ciência e a filosofia. Teve como implicação a especialização do saber, a qual trouxe muitas vantagens, no século XIX, contexto da Revolução Industrial, especialmente à divisão do trabalho. Esse método foi denominado por Morin, como simplificador, iniciou-se com Descartes, a partir do paradigma analítico cartesiano, se desenvolvendo até os dias de hoje. Tem servido de modelo às ciências naturais, e padrão para todas as ciências, mesmo as humanas. Organizar o conhecimento dessa forma tem sido considerado mutilador, incapaz de reconhecer e de apreender a complexidade do real (MORIN, 2015).

Assim, uma parte significativa dos cientistas preocupou-se em dissecar os fenômenos, estudando cada uma de suas partes detalhadamente, na tentativa de compreender o todo. A partir do início do século XX, no entanto, começam a despontar estudos com foco para o fenômeno como constituído das interações entre suas partes (RECUERO, 2009).

Nas décadas de 1940 e 1950, Ludwig Von Bertalanffy (1975) desenvolveu a Teoria Geral dos Sistemas, quando teorizou que um organismo é um todo maior que a soma de suas

partes; ao mesmo tempo, somos organismos complexos, totalidades ou sistemas em todos os campos de conhecimento, o que sugere fundamental reorientação do pensamento científico. Para esse autor, a perspectiva sistêmica é fruto de uma necessidade da ciência de compreender os fenômenos em sua totalidade e não mais como independentes uns dos outros. Logo para compreender um fenômeno faz-se necessário observar não apenas suas partes, mas suas partes em interação (RECUERO, 2009).

Outras abordagens também buscaram superar o paradigma analítico-cartesiano, a exemplo da matemática não-linear, na década de 1960, que originou a teoria do caos e foi uma das abordagens que impactou significativamente no que se acreditava na matemática da época. O surgimento da complexidade como forma de abordar os fenômenos, pode ser atribuída ao sistemismo. Muitas mudanças foram sentidas em outras ciências, a partir da abordagem sistêmica ou relacional, como na biologia, educação, na comunicação, dentre outras (RECUERO, 2009).

No campo da saúde, é possível observar a predominância e influência do paradigma simplificador que reduz os sujeitos à dimensão biológica e física. Esse modelo biomédico/cartesiano apresenta-se fortemente marcado pela hiperespecialização e como consequência produz práticas fragmentadas. Isso, de certa forma, retardou a inclusão do tema da violência contra as mulheres na área da Saúde, que foi foco de atenção somente a partir de 1995 (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, COUTO, 2009); sendo primeiro incorporado nas ciências humanas e sociais e na filosofia. Portanto, reconhecê-la como uma questão também da Saúde, não foi algo fácil. Os desafios ainda se mantêm, em especial o de construção de um conhecimento interdisciplinar que resulte em articulação com as práticas do campo (SCHRAIBER et al, 2009).

Além disso, o fato da violência ter sido objeto de intervenção inicialmente nos setores da segurança pública e do judiciário facultou aos profissionais da saúde a compreensão de que sua atuação poderia restringir-se as consequências físicas ou mentais da VCM. Contudo, reconhece-se a insuficiência de disciplinas isoladas para conhecer, compreender e intervir na violência, bem como incertezas, contradições e pluralidade que a caracterizam como agravo à saúde e também um objeto complexo. A fim de que pertença à saúde mantém-se fundamental a construção da questão da violência como objeto de conhecimento técnico-científico capaz de gerar procedimentos de assistência individual e de saúde pública, com programas de prevenção da sua ocorrência e de promoção da saúde. O que significa demonstrar a violência como questão tão importante a ponto de gerar políticas públicas para a intervenção (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, COUTO, 2009).

Compreendendo que a violência contra as mulheres transcende as situações marcadas pelo paradigma biomédico, típicas do processo saúde e doença, constata-se a sua complexidade e multidimensionalidade por envolver diferentes disciplinas e as dimensões sociais, psíquicas, culturais determinadas pelas desigualdades de gênero. Nesse sentido, destaca-se a interface com o conhecimento produzido na literatura sobre as redes de atenção, ou redes de atendimento, uma vez que consistem em um dos eixos da Política Nacional de Enfrentamento à VCM. Na Política (BRASIL, 2011), é preconizada a atuação em rede intersetorial, na qual as partes possam formar um todo integrado, com vistas a oferecer uma atenção coerente com as necessidades das mulheres.

Sendo assim, é fundamental que se possa compreender a construção do conceito de redes em nossa sociedade. Para tanto, foram necessárias leituras de outras áreas, que não somente a Saúde, tais como da Comunicação e das Ciências Sociais para embasar o uso desse conceito que será apresentado em sequência.

Os estudos de redes, assim como outros estudos mais antigos passaram a receber atenção, emergindo desse contexto de mudança aceito gradativamente na comunidade científica. Foram iniciados, principalmente por matemáticos, e, depois adotados por diversos ramos das Ciências Sociais (RECUERO, 2009). O conceito em si é polissêmico, ou seja, apresenta sentidos diversos. Ele vem sendo tratado como dado, sem minimamente ser conceituado. Assim, pode haver um uso generalizante do conceito, o que só tende a esvaziá-lo, em detrimento de sua riqueza (ENNE, 2004).

Na Antiguidade, o conceito era utilizado geralmente por tecelões e servia de metáfora para explicar a estrutura dos tecidos que possuíam fibras vegetais e animais na sua composição; permaneceu sem grandes alterações até o século XVII. Neste século, descobriu-se que o sistema circulatório dos seres humanos funcionava como uma rede de fluxos sanguíneos bombeados pelo coração, que colocava em movimento o sangue do corpo. Da explicação do corpo humano para o corpo social, foi uma questão de tempo e de associação de ideias. A ideia de rede também inspirou a filosofia e a sociologia (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

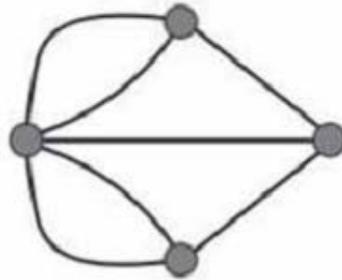
Ao longo do século XVIII, inspirou reflexões acerca das descobertas da anatomia humana, a natureza e sua conformação. Constatou-se que a rede constitui-nos biologicamente, a exemplo da rede de ligações intermoleculares; a representação do DNA que opera segundo uma articulação realizada entre os elementos de redes de moléculas. As forças intermoleculares é que ligam as moléculas entre si, mantendo-as unidas, tais como as linhas

ligam os pontos e criam as estruturas de pontos e linhas, ou seja, possibilitam a formação das redes (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

Como princípio de uma abordagem científica, a metáfora da rede foi utilizada pela primeira vez pelo matemático Leonard Euler, considerado um grande gênio de sua época. Em 1736, publicou um estudo sobre o enigma das Pontes de Königsberg, cidade prussiana, localizada em meio a ilhas no centro do rio Pregolya. Nesta cidade havia sete pontes e era uma diversão para os moradores tentar resolver o problema de atravessar a cidade através das pontes, passando por cada uma apenas uma vez. Com seus estudos, Euler demonstrou que era impossível atravessar as sete pontes sem repetir um caminho. Para isso, ele conectou os quatro acessos terrestres (nós ou pontos) com as sete pontes (arestas ou conexões) e demonstrou a inexistência da rota, criando o primeiro teorema da Teoria dos Grafos (Figura 1) (RECUERO, 2009).

O teorema explicava que para entrar em uma determinada parte da cidade e sair sem passar pela mesma ponte, precisariam existir nessa parte, ao menos, duas pontes. No início e no fim do caminho poderia existir somente uma ponte, uma vez que não seria necessário sair ou entrar nessas duas partes, a não ser que estivessem no mesmo pedaço de terra, para isso seriam necessárias duas pontes. Cada nó no grafo da cidade tem um número ímpar de arestas (conexões), um nó possuía cinco arestas e quatro possuíam três arestas, assim, a travessia, nas condições imaginadas seria impossível. Dessa forma, um grafo é a representação de uma rede, formado por nós e arestas que conectam os nós, o que possibilita um movimento de vai e vem. Essa teoria é parte da matemática que estuda os diferentes tipos de grafos. A representação por meio de grafos pode ser utilizada como metáfora para vários sistemas: por exemplo, rotas de voo e seus aeroportos; um sistema de órgãos e suas interações; assim como, os indivíduos e suas interações. A partir desta constatação, a Teoria dos Grafos e suas implicações receberam força dentro das Ciências Sociais (RECUERO, 2009).

Figura 1 – Representação da cidade de Königsberg



Fonte: Recuero, R. (2009)

O conceito de rede sendo analisado metaforicamente indica dois elementos gráficos primários: o ponto ou o indivíduo, e, a linha ou os caminhos, que são os elementos estruturantes das redes. Com base nos conceitos da geometria, uma rede é formada por pontos e linhas. Uma linha é constituída por uma sequência de pontos, o ponto é representado espacialmente por um par de coordenadas:  $x$ ,  $y$ . O espaço constitui-se de planos que são formados por uma separação de linhas adjacentes e assim por diante. O conceito de rede, constituída de pontos unidos por linhas, apresenta elementos primitivos da ciência que permitiu construir habilidades para perceber o real e lhe atribuir significado (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

O termo rede, assim, carrega significados ambíguos, visto que indica ao mesmo tempo aprisionar libertar, também significa comunicar, transportar algo. Ele permite colocar em contato pessoas que estão em locais distintos, uma vez que a rede possibilita estabelecer relações entre dois pontos, definição associada à estrutura de comunicação e transporte. Por outro lado, o conceito também permite que seja utilizado em contextos nos quais o que está posto é a limitação de movimentos e, portanto, a não comunicação. Na imagem da rede como objeto, destaca-se uma continuidade de linhas que se cruzam e se entrelaçam, passando pelos nós, elas criam ligações entre eles. Essa dependência entre as linhas da rede e os nós constitui a sua própria essência. Não há rede sem linhas fortemente interconectadas. A rede se caracteriza pela absoluta dependência de todos os nós entre si (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

O conceito de rede também foi utilizado para o estudo de sociedades complexas e urbanas, pelo sociólogo e antropólogo britânico James Clyde Mitchell. Esse autor afirma que existem dois tipos de redes: uma que envolve a troca de bens e serviços, e outra que engloba a troca de informações, sendo esta um processo de comunicação (MITCHELL, 1969). A rede é

tratada por sociólogos e antropólogos como um sistema de trocas de informações, capaz de gerar padrões normativos para as condutas dos grupos e, conseqüentemente, padrões de identificação, em seus estudos urbanos (EPSTEIN, 1969).

Assim, uma das aplicações do conceito de redes, nas áreas da Sociologia, Comunicação e Filosofia, é o conceito de *rede social*, a partir do século XX. Na atualidade, os autores mais utilizados para tal fim são o sociólogo Manuel Castells e o filósofo Pierre Lévy. Para Castells (2000), a rede é um conjunto de nós que estão interconectados. Esses configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões.

Na Área da Saúde, a ideia de usar o conceito de rede surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do Relatório Dawson, que alavanca o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, com base na atenção primária, secundária e em hospitais terciários (MELLO et al., 2009). Desse modo, o conceito de redes é difundido e adotado pelos sistemas de saúde de diferentes países. Destaca-se que na saúde o sentido do termo é voltado para a atenção à saúde, ou seja, a organização dos serviços de saúde com a finalidade de prestar atendimentos para as pessoas que deles necessitam.

As propostas de Redes de Atenção à Saúde (RAS) são experiências recentes e têm sua origem nos Estados Unidos, nas experiências de sistemas integrados de saúde que datam da primeira metade da década de 1990. A partir daí, avançaram para os sistemas públicos da Europa Ocidental, para o Canadá, até atingir alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011).

No Brasil, as RAS são entendidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2010). Os estudos sobre as RAS apresentam diferentes abordagens e diversos autores tem se dedicado sobre o tema (MENDES, 2007; TEIXEIRA, 2005; FLEURY e OUVÉNEY, 2007). Entende-se que os diferentes conceitos se integram em elementos comuns das RAS: 1. relações relativamente estáveis; 2. Autonomia; 3. inexistência de hierarquia; 4. compartilhamento de objetivos comuns; 5. Cooperação; 6. Confiança; 7. Interdependência; 8. intercâmbio constante e duradouro de recursos (MENDES, 2011).

Nesta tese optou-se por adotar o sentido mais amplo destes elementos aplicado ao conhecimento produzido sobre a rede de atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011). Não foi adotado o conceito de RAS (MENDES, 2010), uma vez que o objeto em estudo constitui-se de uma rede intersetorial, extrapolando os serviços da saúde.

Para pensar a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, adota-se neste estudo, o significado de rede relacionado à comunicação. Assim como sua metáfora como objeto, formada por linhas fortemente conectadas/entrelaçadas por nós, os serviços de atendimento.

## 2.2 REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No que diz respeito à luta pelo fim da violência contra as mulheres as primeiras conquistas são atribuídas ao movimento feminista e ao movimento social de mulheres que junto ao Estado brasileiro vem buscando a implementação de políticas públicas com recorte de gênero para essas mulheres desde a década de 1980 (BRASIL, 2011a; SCHRAIBER et al, 2012). Somam-se a isso recomendações de conferências e eventos internacionais que fortaleceram os avanços para o enfrentamento da VCM no país (BRASIL, 2011a).

Até o ano de 2003, as iniciativas de enfrentamento à VCM foram essencialmente constituídas por ações isoladas, referindo-se principalmente às estratégias de capacitar profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e, de criar serviços especializados, tais como: Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Os avanços nas políticas públicas surgiram especialmente após a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), marco que fortalece as políticas de enfrentamento à VCM por meio da criação de conceitos, diretrizes, normas, ações estratégicas de gestão e monitoramento.

Assim, as ações de enfrentamento à VCM passam ser integradas, a citar: criação de normas de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, projetos educativos e culturais de prevenção à violência. Também, a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública. Retrata-se a mudança nos diferentes documentos e leis publicados neste período, tais como: a) Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, b) Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres; c) Lei Maria da Penha, d) Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; e) Norma Técnica do Centro de Atendimento à mulher em situação de Violência, entre outros (BRASIL, 2011a).

Atualmente a Política Nacional de Enfrentamento à VCM (BRASIL, 2011a) se organiza em quatro eixos (Figura 2). No âmbito da assistência preconiza ações de criação e fortalecimento da rede de serviços articulada e representativa das necessidades das mulheres.

Em 2013, a SPM apresentou o “Programa Mulher: Viver sem violência” que faz parte desta política e prevê a criação da Casa da Mulher Brasileira que integra serviços como juizados, defensorias, atendimento psicossocial; e outros serviços como orientação para emprego e geração de renda.

Figura 2 – Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres



Fonte: Política Nacional de Enfrentamento à VCM (BRASIL, 2011a, p. 26)

Nesse sentido, nas últimas três décadas, aumentaram significativamente no Brasil os serviços voltados para essas mulheres, construção permeada por intenso movimento pelos direitos humanos das mulheres, produção científica sobre o tema, surgimento de Conselhos e Coordenadorias da Mulher, nos âmbitos estaduais e municipais. Além do compromisso do país por meio da adesão de diretrizes e pactos debatidos nas diversas Conferências Internacionais para combater a violência contra as mulheres. Apesar do avanço representado por tais iniciativas, há muitas dificuldades no que diz respeito à qualidade da assistência e quanto à articulação dos serviços entre si. Estes incluem serviços governamentais e não governamentais em diversos setores: saúde, segurança pública, judiciário e de assistência social (SCHRAIBER et al, 2012).

Em consonância com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) e com as convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, a Política Nacional de Enfrentamento (2003) e a criação da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180/2005), foram marcos importantes para o fortalecimento da rede de atendimento no Brasil (BRASIL, 2013).

A Lei prevê em seu Artigo 9º que

a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da

Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso (BRASIL, 2012a, p.22).

Além disso, estabelece no Artigo 35, a criação de serviços especializados tais como centros de referência de atendimento às mulheres, casas-abrigo, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros especializados de perícia médico-legal; centros de responsabilização e educação dos agressores. No Artigo 29, é prevista a implementação de juzizados de violência doméstica e familiar contra as mulheres. A previsão de criação de serviços especializados, definida na norma jurídica, reforça a responsabilidade de os governos, em especial, estaduais e municipais implantarem políticas públicas de enfrentamento à VCM e formaliza a necessidade de uma rede articulada e intersetorial de atendimento (BRASIL, 2013a).

A Política Nacional adota o conceito de enfrentamento que consiste na implementação de políticas intersetoriais e articuladas, que procurem ser resolutivas frente à complexidade da VCM em todas as suas expressões (BRASIL, 2013a). As mulheres em situação de violência apresentam demandas de atenção psicológica, direito civil, trabalho, moradia, creche para os filhos, escola, saúde, ao abuso de drogas e álcool, sofrimentos e adoecimentos mentais, enfim, várias necessidades derivadas do desrespeito sistemático aos direitos humanos e à cidadania e da consequente alta vulnerabilidade destas mulheres a um conjunto grande de agravos.

Dessa forma, o enfrentamento à VCM requer a ação conjunta de diversos setores envolvidos com a questão: saúde, segurança pública, justiça, educação, trabalho, habitação, assistência social, entre outros, a fim de propor ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero, interferindo nos padrões culturais sexistas; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado. Essa noção também engloba as dimensões da prevenção, assistência e garantia de direitos às mulheres (BRASIL, 2013a).

A fim de contribuir com a superação dessas demandas, entre os distintos setores que prestam assistência a essas mulheres, espera-se que o trabalho dos profissionais envolvidos se dê de modo interligado, para que a um conjunto de serviços se possa atribuir a qualificação de rede (SCHRAIBER et al, 2012).

Destaca-se que no que se refere ao trabalho com pessoas em situação de violência, a rede é o modelo mais aceito pela literatura, e nele, “a entrada pode se dar em qualquer ponto, sendo a circulação dos casos um trançamento entre os diversos pontos desse conjunto (os

distintos serviços), entre os quais não há hierarquia de disposição e sim uma colocação horizontal nas relações entre si” (d’OLIVEIRA et al, 2009, p.1048).

A rede de atendimento à mulher em situação de violência é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores, em especial, assistência social, saúde, justiça e segurança pública, que visam à ampliação e melhoria da qualidade da atenção; identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como e à integralidade e humanização do atendimento. A rede se organiza em quatro principais setores ou áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social, sendo composta por serviços não-especializados, ou serviços gerais e serviços especializados de atendimento (BRASIL, 2011b).

**Serviços não-especializados:** geralmente, constituem a porta de entrada da mulher na rede: hospitais gerais, serviços de atenção primária, ESF, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e defensorias públicas (BRASIL, 2011b).

**Serviços especializados:** atendem exclusivamente mulheres, possuindo expertises no tema da VCM. São eles: Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Postos ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), Ouvidoria da Mulher, Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos (tráfico de pessoas) e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante (BRASIL, 2011b).

No âmbito da assistência, a perspectiva intersetorial representa um desafio na medida em que exige a ruptura com o modelo tradicional de gestão pública, que tende à departamentalização, à desarticulação e setorialização das ações e políticas públicas. Desse modo, é fundamental que os serviços trabalhem a partir da perspectiva da intersetorialidade e que possam definir fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais, contemplando as demandas das mulheres em suas diversidades (BRASIL, 2011b).

Apesar do avanço das iniciativas existentes, muitas dificuldades ainda persistem em relação à qualidade da assistência oferecida em cada serviço e da articulação dos serviços entre si. Estes integram serviços governamentais e não governamentais distribuídos em

diversos setores de assistência, compondo um grande mosaico, mas ainda pouco inter-relacionado.

A atuação em rede requer um determinado modo de funcionamento, que não acontece apenas pela existência de um conjunto de serviços, pois esse pode expressar apenas uma somatória de intervenções e serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial, quando há justaposição considera-se mais uma trama de serviços que uma rede. Nesta configuração, os serviços mesmo voltados para atuarem em casos de violência, trabalham em torno de problemas percebidos como individualizados e distintos entre si. Não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar (SCHRAIBER et al, 2012).

Essa configuração assistencial reforça a rota crítica<sup>2</sup> das mulheres, uma vez que quando as mulheres buscam apoio, pode ser uma decisão tardia ou ambivalente e quando encontram assistências isoladas, com respostas diversas de suas demandas, tendem a interromper suas buscas. Essa forma de atuação dos serviços reitera, de certa forma, a banalização das violências e o resultado da atenção produzida reforça a ausência desses direitos (SCHRAIBER et al, 2012).

Esta fragilidade também foi apontada em estudo de dissertação (CORTES, 2014) no qual profissionais enfermeiras demonstraram reconhecer a necessidade do cuidado multiprofissional e articulado com outros serviços e tem expectativas que exista uma rede, um serviço especializado, de acolhimento às mulheres em situação de violência. No entanto, pouco se mobilizam para que exista esse encaminhamento, ou transferência de cuidados. Quanto aos serviços já existentes referem dificuldade no acompanhamento e implementação da referência e contra referência entre os serviços.

Tal resultado converge com estudos (SAGOT, 2005; MENEGHEL et al, 2011), realizados sobre as rotas críticas das mulheres na busca por ajuda, nestes a rede é vista como fragmentada e distante da realidade vivida pelas mulheres. As mulheres apontaram como limitadores a dificuldade de compreender as orientações e processos, a fragmentação e a ausência de um centro no qual recebessem atenção integral. No entanto, alguns profissionais relatam a vontade de transformar as formas de intervenção, com vistas a criar mecanismos de aproximação de atores e organização de fluxos (MENEGHEL et al, 2011).

---

<sup>2</sup> Conceito elaborado em estudo desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 10 países da América Central e do Sul, denominado de "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar" (SAGOT, 2000).

Para que a trajetória das mulheres em situação de violência nos serviços seja satisfatória requer que esses funcionem como apoio e instrumentos de facilitação no processo de superação da violência vivida pelas mesmas. Sendo assim, os serviços mais eficazes demonstraram-se livres de intervenções rígidas (SAGOT, 2005). Na possibilidade de integrar os serviços de atenção de forma a estruturar de fato uma rede para lidar com essas mulheres, em razão da complexidade e da variação das situações de violência, requer assistências diversas e complementares, demandando atenção em rede para produzir respostas eficientes (SCHRAIBER et al, 2012). Assim, faz-se necessário compreender que os determinantes da ocorrência e permanência na relação de violência estão inseridos numa dinâmica social complexa, que precisa da interação dos serviços.

Destaca-se também o desafio de valorizar as relações das mulheres, suas redes sociais. Neste sentido, é preciso incorporar novos modos de configuração da rede de apoio às mulheres, possibilitando um fluxo entre os serviços, instituições e atores significativos na vida dessas pessoas (DUTRA et al, 2013). Uma importante especificidade da rede é que, embora ofereça distintos serviços ela precisa ser plástica, ou seja, reúne serviços por meio do percurso efetivo dos casos, não é uma estrutura fixa, move-se, recompõe-se em diversos desenhos de serviços utilizados; monta arranjos ou diagramas diversos, a partir das necessidades dos casos. Não é um sistema hierarquizado de assistências, ao contrário, é horizontal e não tem comando único, nem fluxos definitivos (SCHRAIBER et al, 2012).

Na configuração de uma rede espera-se que exista articulação entre as ações particulares de cada serviço, o que somente ocorrerá quando houver uma produção assistencial que é minimamente compartilhada pelos diferentes serviços. Para isso há necessidade de definições institucionais que dialoguem entre si, serviços organizados em dinâmicas de atendimento que também possam convergir para aspectos compartilhados dessa assistência, assim como é preciso comunicação e interação entre os diversos profissionais envolvidos.

Dessa forma, a rede será o modo de funcionamento em que cada serviço irá reforçar e acrescentar ações promotoras de um projeto de intervenção que seja de algum modo, comum aos serviços. Nessa perspectiva, as redes e as relações atreladas a ela são também pensadas a partir dos fluxos de informações, objetos e pessoas que nela transitam (SCHRAIBER et al, 2012).

Considera-se imprescindível às equipes multiprofissionais de saúde, em especial às profissionais enfermeiras, buscarem o conhecimento das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres; bem como, a estruturação dos serviços de forma a compor a

rede de atendimento a essas pessoas no município de Santa Maria-RS. Isto vai ao encontro de estudo realizado com profissionais de enfermagem e de medicina no HUSM sobre a assistência às mulheres em situação de violência (VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009). Neste estudo, profissionais relatam fazerem as primeiras orientações e encaminharem as mulheres para alguns serviços: a DEAM e os serviços de apoio psicossocial. Porém, desconhecem o funcionamento dos referidos serviços e inexistem um diálogo ou fluxo formalizado para o atendimento às mulheres.

Sabe-se que em âmbito municipal, encontra-se em fase incipiente de formação a rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Os serviços que compõem a atenção são:

**Serviços de atendimento não especializados:** âmbito da assistência social: três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e dois Centros Regionais Especializados de Assistência Social (CREAS); âmbito da segurança pública: Delegacia de Pronto Atendimento, Polícia Militar, Departamento Médico Legal; âmbito da justiça: Promotoria e Ministério Público; âmbito da saúde: Pronto Atendimento Municipal e Pronto Socorro regional (PS-HUSM), o qual é referência para os casos de violência física; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); unidades de saúde, a citar: 13 Unidades de Estratégia de Saúde da Família e 18 Unidades Básicas de Saúde, dentre outros serviços da rede de saúde mental.

**Serviços de atendimento especializado:** âmbito da assistência social: uma Casa Abrigo; âmbito da segurança pública: Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres (DEAM) e Patrulha Maria da Penha; âmbito da justiça: Juizado Especial de Violência Doméstica (em fase de implantação); âmbito da saúde: Centro Obstétrico do HUSM é referência na região Centro do Estado para casos de violência sexual e violência durante a gestação. Ainda cabe destacar a existência da Central de Atendimento: Ligue 180.

No entanto, conforme informações de profissionais envolvidos com o tema na SMS e demais serviços, existem dificuldades de implantação desse fluxo no atendimento às mulheres e do desenvolvimento de ações articuladas em rede. Frente ao exposto, entende-se que a complexidade e multifatorialidade da VCM apontam para que se desenvolvam estratégias de trabalho em rede intersetorial.

Neste estudo percebeu-se a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da atenção à saúde dessas mulheres a fim de conhecer as evidências científicas de suas potencialidades e limitações. Dessa forma, a terceira parte da fundamentação teórica foi desenvolvida por meio do artigo que segue.

### 2.3 ARTIGO 1 - EVIDÊNCIAS ACERCA DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA<sup>3</sup>

Com a finalidade de conhecer as possibilidades e limites para o desenvolvimento da atenção à saúde das mulheres, bem como do trabalho articulado em rede, realizou-se revisão integrativa de literatura que buscou as evidências científicas acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Os resultados demonstraram que existem fatores que potencializam e outros que limitam esse trabalho. Serão apresentados em formato de artigo publicado na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), em novembro de 2015.

#### **Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência**

#### **Evidence of health care offered to women in situations of violence**

#### **Evidencias acerca de la atención a la salud de las mujeres en situación de violencia**

**Objetivo:** conhecer as evidências científicas de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência. **Método:** revisão integrativa desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Public Medline. O corpus de pesquisa incluiu trinta estudos. **Resultados:** os fatores potencializadores da atenção remetem à organização dos serviços, concepções e atuação dos profissionais pautadas em estratégias de comunicação e identificação da violência. Os limitadores são concepções dos profissionais alicerçadas em papéis tradicionais de gênero, inexistência de treinamento, de protocolos para o atendimento e registro dos casos, atitudes de cunho pessoal e assistência focada nos sintomas físicos. **Conclusão:** as evidências apontam para a realização de triagem e criação de protocolos de atendimento permeados pela escuta, orientações às mulheres e garantia da continuidade no cuidado em rede. É premente a necessidade de investimento na formação profissional proporcionando visibilidade do tema no âmbito da saúde.

**Descritores:** Saúde da Mulher; Violência Contra a Mulher; Assistência à Saúde.

**Objective:** to analyze the scientific evidence of enhancing and limiting factors of the care rendered to women in situation of violence. **Methods:** integrative review developed in Latin American and Caribbean Health Sciences database and Public Medline database. The corpus of the research included thirty studies. **Results:** the factors that enhance

---

<sup>3</sup> Artigo publicado: CORTES, L.F, ARBOIT, J., PADOIN, S.M.M., PAULA, C.C. Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Revista Rene, vol. 16, n. 6, p. 1006- 1015, 2015.

attention are related to services organization, conceptions and actions of professionals guided by strategies of communication and identification of violence. The limiting factors are conceptions of professionals grounded in traditional roles of genders, lack of training, protocols for the care and registration of cases, attitudes based on personal style and assistance focused in physical symptoms. **Conclusion:** the evidence points to the realization of screening and creation of protocols of assistance permeated by listening and guidelines directed to women ensuring the continuity of care network. There is a pressing need for investment in vocational training to provide of visibility to the theme in the health context.

**Descriptors:** Women Health; Violence Against Women; Delivery of Health Care.

**Objetivo:** analizar las evidencias científicas de potencialidades y límites de la atención a las mujeres en situaciones de violencia. **Métodos:** revisión integradora desarrollada en las bases de datos Literatura Latinoamericana y Ciencias de la Salud del Caribe y Public Medline. Investigación incluyó treinta estudios. **Resultados:** factores que impulsaron la atención se refieren a la organización de los servicios, concepciones y acciones de los profesionales guiadas en la comunicación e identificación de estrategias de violencia. Limitadores fueron concepciones de profesionales basadas en los roles tradicionales de género, falta de capacitación, protocolos para atención y registro de casos, actitudes personales y asistencia basada en síntomas físicos. **Conclusión:** evidencias apuntan para realización de clasificación y creación de protocolos de atención permeadas por escucha a las mujeres y directrices que garanticen continuidad de la red de atención. Hay necesidad urgente de inversión en la formación profesional que proporciona visibilidad del tema en la salud.

**Descriptor:** Salud de la Mujer; Violencia Contra la Mujer; Prestación de Atención de Salud.

## Introdução

A violência contra as mulheres, presente na história desde os primórdios das civilizações é atualmente definida como um problema de saúde pública devido à magnitude epidemiológica global e seu impacto na vida das mulheres e suas famílias. Pesquisas realizadas em âmbito mundial dimensionam o problema: entre 10% e 64% das mulheres afirmaram terem sido objeto de agressão física por parte do parceiro íntimo em algum momento de sua vida<sup>(1)</sup>.

Recentemente passou a ser discutida como problemática que requer enfrentamentos, os quais perpassam a construção de elementos conceituais e metodológicos, bem como a implantação de políticas públicas singulares<sup>(2)</sup>. Esse tipo de violência é definido como qualquer ação ou omissão pautada no gênero que provoque morte, lesão ou sofrimento de natureza psíquica, sexual ou psicológica à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado<sup>(3)</sup>.

Esse tipo de violência é um fenômeno social, multifacetado, uma das extremas formas de manifestação das desigualdades de gênero, que resulta da assimetria de poder entre homens e mulheres traduzida em relações de força e dominação. Por influenciar o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres considera-se o setor saúde como locus privilegiado para identificar, assistir, acolher e referir as mulheres em situação de violência<sup>(4-5)</sup>.

Viver sem violência é um direito universal e para concretizar esse direito, é fundamental ter como ponto de partida a mulher e suas necessidades. Neste sentido, a atenção à saúde dessas mulheres e a interação entre os profissionais de saúde precisa transcender a adscrição de um serviço e visar a resolutividade das necessidades e suas demandas; pautadas em estratégias que possibilitem o empoderamento feminino. Os serviços de saúde integram a rede de atendimento e, portanto os profissionais são corresponsáveis nesse processo<sup>(6)</sup>.

No entanto ainda verificam-se dificuldades importantes no desenvolvimento da assistência. Muitas mulheres ao procurar atendimento nos serviços de saúde, por agravos diretos ou indiretos relacionados à violência, se deparam, muitas vezes, com profissionais despreparados, que apresentam dificuldades em detectar tais situações<sup>(7)</sup>. As incertezas sobre como proceder frente aos casos podem ser atribuídas à formação uma vez que problemas sociais, como a violência, contrariariam o que é tradicionalmente apreendido, a racionalidade biomédica, dos diagnósticos e tratamentos<sup>(4,8)</sup>.

Neste contexto, existe uma aparente invisibilidade da violência em serviços de saúde, porque, de fato, os profissionais detectam casos de violência, dentre eles médicos e enfermeiros, reconhecem o problema, e muitos tem atitudes positivas de cuidado, embora apresentem dificuldades em reconhecer essa como um problema da Saúde<sup>(8)</sup>. Acredita-se assim que construir evidências em relação às potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias para a identificação de situações de violência, promoção, proteção e apoio às mulheres. Assim, questiona-se “Quais as evidências de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência?”. Para responder a essa questão, este estudo objetivou conhecer as

evidências científicas de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência.

## **Método**

Estudo de revisão integrativa da literatura com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca tema ou questão específica de modo sistemático e ordenado. Esse tipo de revisão contempla a análise e síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo<sup>(9)</sup>.

Para a operacionalização desta revisão foram seguidas as seguintes etapas<sup>(9)</sup>: 1) identificação do tema: atenção à saúde das mulheres em situação de violência; 2) seleção da questão de pesquisa: “quais as evidências de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência?”; 3) estabelecimento de critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa na temática disponível *online*, na íntegra e preferencialmente gratuito, em inglês, português ou espanhol; e no recorte temporal de 1994 a 2014, uma vez que o marco inicial está sustentado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994); e exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos; 4) definição das informações a serem extraídas dos estudos: referência, ano, procedência, objetivo, abordagem, sujeitos, principais resultados, e nível de evidência; 5) avaliação das evidências e análise (categorização): a análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva, possibilitando a avaliação das evidências de acordo com os sete níveis<sup>(10)</sup>; 6) discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.

A classificação das evidências considerou os seguintes níveis de evidência: nível I- evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II- evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III- evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV- evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V-, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI- evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII- evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>(10)</sup>.

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de maio de 2015 por duas pesquisadoras de forma independente, nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medline (PubMed)

Na base de dados LILACS foram utilizados os descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “violência doméstica” or “mulheres maltratadas” and “serviços de saúde” or “serviços de saúde para mulheres”, o que resultou em 69 estudos. Após o recorte temporal restaram 66 estudos. Com a exclusão de artigos sem resumo, reflexões e relatos restaram 29 estudos. Após a leitura desses artigos na íntegra e do recorte temático foram selecionados 8 estudos da base de dados LILACS para comporem a amostra desta revisão.

Na base de dados PubMed utilizando os Medical Subject Headings (MeSH Terms), “battered women” and “health services” foram encontrados inicialmente 692 estudos. Após a aplicação do filtro recorte temporal restaram 690 estudos. Mediante recorte idiomático e de artigos sem resumos restaram 571 artigos. Destes foram excluídos artigos indisponíveis on line na íntegra, restando 88 estudos. Com a exclusão de reflexões, revisões, relatos e repetições restaram 72 artigos. Estes foram submetidos à leitura na íntegra, sendo que após o recorte temático foram selecionados 22 estudos da base de dados PubMed para comporem a amostra desta revisão.

Assim, obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi constituída de 30 artigos. Para minimizar possível viés de aferição dos estudos (erro de interpretação dos resultados e do delineamento), duas pesquisadoras realizaram a leitura criteriosa dos artigos e o preenchimento do instrumento de extração de dados, de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Nos casos de divergências em relação à avaliação do estudo, as pesquisadoras discutiam até chegarem em consenso.

## **Resultados**

Quanto à caracterização dos artigos analisados, verificou-se o predomínio de estudos desenvolvidos no Brasil 10 (33,3%), seguido dos EUA 5 (16,7%), Espanha 2 (6,6%), Bélgica, Chile, Etiópia, Líbano, Índia, Israel, África do Sul, Bangladesh, Colômbia, Quênia, Suécia com 1 estudo (3,3%).

A distribuição temporal da produção científica foi agrupada de modo quadrienal e o período de 2006-2009 apresentou o maior índice de produção com 12 (40%), seguido do quadriênio 1998-2001 com 2 (6,7%), 2002-2005 com 5 (16,7%), 2010-2014 com 11 (36,7%).

Na abordagem metodológica predominaram estudos quantitativos com 17 estudos (56,7%), seguido dos estudos qualitativo 9 (30%) e quanti-qualitativos 4 (13,3%). Predominaram estudos de nível de evidência 6, com 28 estudos (93,3%), seguidos dos estudos com nível de evidência 2 e 4, ambos com 1 estudo cada (3,6%).

Os estudos (n=30) foram classificados por referência, objetivo, delineamento e principais resultados. A análise dos dados possibilitou a identificação de fatores potencializadores (Figura 1) e limitadores (Figura 2) para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência nos serviços de saúde.

<b>Fatores Potencializadores</b>	
1. Organização dos serviços	<p>Encaminhamentos a serviços de referência em rede articulada<sup>(11)</sup></p> <p>Continuidade do cuidado<sup>(12- 14)</sup></p> <p>Acolhimento e vínculo com a equipe<sup>(13-14)</sup></p> <p>Definição de altas compartilhada<sup>(13)</sup></p> <p>Mudanças na estruturação e oferta do serviço<sup>(15)</sup></p> <p>Trabalho em equipe multiprofissional<sup>(15)</sup></p> <p>Articulação com a área jurídica<sup>(14)</sup> e de assistência social<sup>(13,16)</sup></p> <p>Programas abrangentes e com encontros grupais<sup>(17-18)</sup></p> <p>Existência de profissionais especializados<sup>(19-20)</sup></p> <p>Assistência pré-natal de qualidade<sup>(20-21)</sup></p>

<p>2. Concepções e atuação dos profissionais</p>	<p>Concepção que a violência é objeto de assistência à saúde<sup>(22,12,15)</sup></p> <p>Desejo dos profissionais de serem úteis e solidários<sup>(22)</sup></p> <p>Estratégias de comunicação com empatia, sensibilidade<sup>(16,14,23)</sup>, acolhimento<sup>(14)</sup>, aconselhamento, escuta, segurança, informações sobre os recursos legais disponíveis<sup>(12,16,19,20)</sup>, compromisso com direitos, escolhas e empoderamento das mulheres<sup>(19)</sup></p> <p>Abordagem confidencial, apoio emocional, boa relação profissional-mulher<sup>(12,24)</sup></p> <p>Explicações compreensíveis<sup>(25)</sup></p> <p>Respeito à história de vida<sup>(13)</sup> e autonomia das mulheres<sup>(12)</sup></p> <p>Intervenção na comunidade e mudança social<sup>(12)</sup></p> <p>Assistência às necessidades sociais e legais<sup>(12,17)</sup></p>
<p>3. Identificação da violência</p>	<p>Revelação pela mulher<sup>(26)</sup></p> <p>Realização de triagem<sup>(12,19,25,27-28)</sup></p> <p>Observação de sintomas imprecisos e questionamentos sobre as relações pessoais e violência<sup>(19)</sup></p> <p>Tempo suficiente para abordar e assunto foi incluído na formação profissional<sup>(25)</sup></p>

**Figura 1** - Principais fatores potencializadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência, de acordo com as evidências científicas.

<b>Fatores Limitadores</b>	
1. Organização dos serviços	Tempo elevado de espera para o atendimento <sup>(24)</sup> Inexistência de treinamento/formação <sup>(13,15)</sup> Falta de protocolos de atendimento e de registros <sup>(15)</sup> Ausência de instalações adequadas para o atendimento <sup>(29)</sup>
2. Concepções e atuação dos profissionais	Culpabilização e julgamento das mulheres <sup>(12,13,19,15,24,30)</sup> Sentimentos negativos e dificuldades na abordagem do tema <sup>(13,16,19,22,23, 29-31)</sup> Desinformação sobre os serviços especializados <sup>(13)</sup> Tempo limitado dos profissionais <sup>(15,19,29)</sup> Falta de registro e invisibilidade da violência <sup>(15,25,31,32-35)</sup> Atitudes pessoais e não técnico-científicas <sup>(15,20,35)</sup> Assistência focada nos sintomas e lesões <sup>(15,36)</sup>
3. Componentes da própria violência	Pouca percepção da mulher sobre a violência sofrida <sup>(32)</sup> Dificuldades de compreensão das mulheres sobre as orientações <sup>(15)</sup> Natureza privada e doméstica da VCM <sup>(15,36-37)</sup>

**Figura 2** - Principais fatores limitadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência, de acordo com as evidências científicas.

### **Discussão**

Dentre os fatores considerados potencializadores para a atenção à saúde das mulheres destacam-se os relacionados com a organização dos serviços, o que é observado nas evidências pelo encaminhamento com maior brevidade aos serviços de referência, conformando um atendimento em rede integrada e bem articulada<sup>(11)</sup>. Assim, considera-se resolutivo quando há continuidade do cuidado<sup>(12-13,31)</sup> e a definição de altas é compartilhada entre a equipe e as usuárias, ou seja, o serviço permanece aberto para a possibilidade de retorno das mulheres<sup>(13)</sup>.

Alguns estudos demonstram que o vínculo com a equipe, permeado pelo acolhimento e acompanhamento após o término do tratamento<sup>(13-14)</sup>, bem como a capacidade dos profissionais se engajarem em mudanças na estruturação e na oferta do serviço são pontos positivos. Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional, que foge ao modelo médico centrado e à consulta individual<sup>(15)</sup>; articulado com profissionais da área jurídica<sup>(13)</sup> e da assistência social<sup>(13,16)</sup>, qualifica o acesso dessas mulheres<sup>(13)</sup>. Há potencialidade quando os órgãos especializados são equipados com conhecimentos e competências adequadas<sup>(20)</sup> e quando existem especialistas em questões de família<sup>(19)</sup>.

Além disso, programas abrangentes que englobem a participação em encontros grupais<sup>(17-18)</sup> são importantes, uma vez que quando as mulheres compartilham entre si suas experiências sobre violência há maior possibilidade de sentirem-se apoiadas o que facilita o desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas<sup>(18)</sup>. Estudo realizado com consultoras de serviços que atendem mulheres em situação de violência<sup>(17)</sup>, sugere melhorias nos programas de assistência no que diz respeito à oferecerem oportunidades de capacitação e desenvolvimento de um ofício, englobando a ajuda em necessidades legais, de assistência social, habitação ou emprego<sup>(12,17)</sup>.

Os potencializadores também estão relacionados às concepções dos profissionais, pautadas no entendimento que a violência deve ser tratada como objeto de assistência à saúde<sup>(12,22)</sup> e a sua atuação, alicerçada no desejo dos profissionais de serem úteis e solidários às mulheres em sofrimento<sup>(22)</sup> e não as julgando<sup>(24)</sup>. Estudos mostram que as estratégias de comunicação dos profissionais podem impactar positivamente quando permeadas pela empatia, sensibilidade<sup>(14,16,23)</sup>, pelo aconselhamento, escuta, garantia de segurança e quando são disponibilizadas informações sobre os recursos legais<sup>(12,16,19-20)</sup>, respeitando-se os direitos e escolhas das mulheres<sup>(19)</sup>. Também quando é permeada por confidencialidade, apoio emocional entre profissional e mulher atendida<sup>(12,24)</sup>; quando as explicações são compreensíveis<sup>(25)</sup> e quando há respeito à história de vida das mulheres, trazida como sofrimento intenso e credibilizando suas falas sobre a violência<sup>(13)</sup>. Preservar a autonomia possibilita que as mulheres realizem mudanças em sua vida<sup>(12)</sup>.

As possibilidades de identificar uma mulher que sofreu violência são maiores quando o profissional de saúde cria oportunidades abertas para discussão facilitando que as mulheres relatem suas vivências e mencionem questões psicossociais, como o estresse, por exemplo<sup>(16)</sup>. Foi considerada positiva a adoção de estratégias de intervenção ao nível da comunidade, proporcionando mudanças sociais, a exemplo de campanhas comunitárias e nos meios de comunicação, em especial nas áreas rurais, onde a privacidade e a confidencialidade são

muito valorizadas na família<sup>(12)</sup>. Além disso, a atenção é potencializada quando a mulher revela a violência ao prestador de cuidados, o que possibilita o acesso a intervenções de serviços especializados. Estudo evidencia que mulheres que receberam intervenções de serviços de saúde específicos para esses casos tiveram quase três vezes mais probabilidade de ter relatado a ruptura do relacionamento em comparação com as mulheres que não receberam esse atendimento. Fato esse que está atrelado com a melhoria da saúde dessas mulheres<sup>(26)</sup>. Igualmente são importantes serviços de apoio que enfatizem o empoderamento<sup>(20)</sup> compromisso dos profissionais para a promoção dos direitos das mulheres e seu bem-estar<sup>(19)</sup>.

Estudo aponta que médicos da atenção primária demonstram maior autoeficácia e sucesso sobre o atendimento às mulheres, o que sugere maior sensibilidade e consciência pessoal desses profissionais, fato que poderia ser atribuído ao maior envolvimento com a situação por conhecerem as mulheres há mais tempo<sup>(23)</sup>. Para trabalhadores de enfermagem, o plantão noturno se mostrou positivo, possibilitando que a enfermeira dedicasse maior tempo ao acolhimento e à consulta<sup>(14)</sup>. A associação com a assistência pré-natal de qualidade também é um fator positivo<sup>(20-21)</sup>.

Outros fatores potencializam a identificação da violência e conseqüentemente a atenção à saúde: a realização de triagem<sup>(12,19,25,27-29)</sup>; triagem universal para violência em ambientes clínicos, em especial sendo realizada por profissionais de enfermagem<sup>(27)</sup>; realização de triagem direcionada<sup>(19, 29)</sup>; realização de triagem e intervenções para mulheres que sofrem violência psicológica, uma vez que essa precede ao abuso físico o que pode contribuir na prevenção primária de agressões físicas<sup>(28)</sup>. Estudo destaca que as conseqüências da violência cometida pelo parceiro sobre a saúde física das mulheres permitem que os profissionais de saúde obtenham melhor visão sobre o problema, facilitando a identificação dos serviços, onde as mulheres poderão ser assistidas para o tratamento. Conforme essa evidência, as mulheres que sofreram três tipos de violência, física, psicológica e sexual, são mais propensas a sofrer de uma doença crônica, isso facilita a identificação dos casos<sup>(38)</sup>.

Na atenção primária, profissionais médicos referem que observam sintomas imprecisos, como dor no corpo, abdominal, cefaleia, tontura, insônia, perda de apetite e até mesmo pequenas mudanças na linguagem corporal de uma usuária que podem indicar algo que ela deseja revelar e exige mais privacidade. Para identificar, utilizam estratégias como questões sobre a vida e as relações pessoais da mulher, a partir disso, avaliam a situação e, em alguns casos, realizam questionamentos diretos sobre a violência<sup>(19)</sup>. Destaca-se em um estudo que o uso do instrumento espanhol (Ferramenta de Triagem de Abuso à Mulher-WAST) se mostrou altamente confiável, uma vez que foi capaz de discriminar mulheres abusadas e não

abusadas<sup>(39)</sup>. Além disso, para identificar os casos o profissional de saúde deve ter tempo suficiente para abordar o assunto e este precisa estar presente na formação profissional<sup>(25,29)</sup>.

Os fatores limitadores para a atenção à saúde das mulheres estão relacionados aos componentes da própria violência vinculados a pouca percepção da mulher sobre a violência sofrida<sup>(32)</sup>; e à natureza doméstica e privada da violência contra as mulheres, que contribui para recusá-la como alvo assistencial<sup>(15,36-37)</sup>. Profissionais referem que há dificuldades de compreensão das orientações fornecidas às mulheres<sup>(15)</sup>.

As concepções e atuação dos profissionais limitam a atenção quando sustentadas em culpabilização e julgamento da mulher pelos profissionais<sup>(12-13,15,19,24,30)</sup>; bem como sentimentos negativos dos profissionais para lidar com o tema<sup>(13,15,19,22-23,30)</sup>; inabilidade para abordar às mulheres, discutir, gerenciar e encaminhar casos de violência doméstica cometidos pelo parceiro<sup>(29)</sup>. Há desinformação da existência de serviços de saúde especializados<sup>(13)</sup>, tempo limitado dos profissionais e consultas pontuais<sup>(15-16, 19, 29)</sup>, restritas à detecção clínica da violência, que depende principalmente da presença de trauma físico e psicológico<sup>(29)</sup>, o que implica em falta de registro dos casos repercutindo na invisibilidade da violência nos serviços<sup>(15,25,31-35)</sup>.

Alguns profissionais, sobretudo da atenção primária, dizem ter conhecimento de situações de violência em suas comunidades. No entanto, segundo eles, há distância entre tomar conhecimento das situações e reconhecê-las como referentes à assistência e intervir. O silêncio é visto como um problema só da mulher e não remetido para a responsabilidade também do profissional. A causa do problema, muitas vezes, permanece negligenciada pelas equipes, o que ocasiona persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada pelos serviços. Em muitos dos casos em que o profissional optou por intervir, vê sua ação como pessoal ou, até mesmo, uma demonstração afetiva, e não profissional. Não reconhecendo nenhuma qualidade técnico-científica nesse agir; consideram tais ações deslocadas e ineficazes<sup>(15)</sup>. Assim, muitas vezes, a busca por vias mais rápidas, como a medicalização e recursos religiosos, faz com que os profissionais evitem o envolvimento com problemas tão dolorosos para as mulheres e tão complexos para a atuação profissional<sup>(40)</sup>, limitando-se à abordagem clínica<sup>(36)</sup>.

Outro fator que limita a atenção é a própria organização dos serviços evidenciada pelo tempo elevado de espera para o atendimento em serviços de saúde<sup>(24)</sup>, pela ausência de instalações de atendimento especializadas<sup>(29)</sup>, inexistência de treinamento específico sobre violência<sup>(13,15)</sup>, o que resulta em dificuldades na abordagem sobre o tema<sup>(15-16,29)</sup>. Profissionais referem perda de motivação e muitos limites para sua atuação, o que associam ao grande

volume de atendimento e ao perfil dos usuários com expectativa de resolução rápida de seus problemas, enquanto a equipe buscaria efetivar uma rotina não só curativa, mas também de prevenção e promoção à saúde. Isso dificultaria a implantação de novos protocolos, inclusive de atendimento a casos de violência<sup>(1)</sup>.

Assim, as dificuldades estruturais e a demanda essencialmente curativa gerariam entraves para que os profissionais promovessem mudanças no modelo de atenção<sup>(15, 36)</sup>; além de ausências de profissionais de saúde nos serviços<sup>(40)</sup>; dificuldades para sensibilizar os demais profissionais (não vinculados a serviços especializados); e realizar o acompanhamento das mulheres, especialmente nos prontos-socorros e unidades básicas de saúde, o que resulta em peregrinações das mulheres por diferentes serviços na busca por atendimento<sup>(13)</sup>. Outros fatores influenciam negativamente: pouca institucionalização das políticas e programas, acessibilidade e disponibilidade dos serviços e falta de conhecimento das mulheres sobre a existência das instituições<sup>(20,35)</sup>.

As contribuições deste estudo apontam para a identificação da violência como ponto de partida para a intervenção, para tanto, na abordagem, podem ser utilizadas questões sobre a vida e as relações pessoais da mulher. Por outro lado, há necessidade de comprometimento dos profissionais da saúde, ao entender a violência como um agravo inerente à saúde e que integra a atuação profissional, exigindo articulação multiprofissional e intersetorial.

## **Conclusão**

Considerando a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública, a avaliação das evidências acerca dos fatores potencializadores e limitadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência apontou a premência da inclusão da temática como prioridade nas agendas governamentais e da gestão em saúde, a fim de que seja criada uma cultura institucional que proporcione subsídios aos serviços e profissionais de saúde a visibilizarem o problema. Para isso, torna-se necessário investir na formação profissional junto à academia proporcionando a visibilidade do tema, bem como a criação de estratégias de aprendizado para o trabalho humanizado, comprometido, multiprofissional e em rede.

O estudo indica que as concepções dos profissionais, alicerçadas em papéis tradicionais de gênero, constituem um entrave para atuar junto às mulheres. Destaca-se a necessidade de investir em instrumentalização dos profissionais, nas quais a temática de gênero seja

transversal, o que ampliaria as possibilidades de identificação dos casos e acolhimento das mulheres.

As estratégias de triagem pelos profissionais de saúde, assim como protocolos de acolhimento e atendimento representam outro aspecto a ser incluído na dinâmica do trabalho em saúde. Além da possibilidade de realizar a transferência dessa mulher para outros serviços que integrem a rede enfrentamento a esse tipo de violência. A invisibilidade da violência contra as mulheres aponta para a urgência de investimentos em notificação dos casos com a finalidade de dimensionar o problema, especialmente em países, como o Brasil, que dispõe de legislação específica para notificação compulsória.

As evidências também indicam que há possibilidades de atuar junto às comunidades no âmbito da prevenção da violência a partir do reconhecimento desta como um abuso aos direitos humanos. Nesse sentido, o agir em saúde torna-se potente uma vez que, os profissionais, muitas vezes, estão inseridos *in loco* no território onde essas mulheres estão alocadas, sendo possível desenvolver estratégias de comunicação e abordagem que contribuam com a promoção de relações equânimes entre mulheres e homens.

Destaca-se que os estudos incluídos nesta revisão representam parte da literatura frente à imensidão de produções referentes ao tema. No entanto, sua contribuição está no aprofundamento na identificação das evidências acerca do objeto estudado.

## **Colaborações**

Cortes LF e Arboit J contribuíram para a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Padoin SMM e Paula CC contribuíram para revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## **Referências**

1. Organização Pan-americana de Saúde (OPS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC(USA): Organización Pan-americana de Saúde; 2002.
2. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Saúde Soc. 2011; 20(1):113-23.

3. Brasil. 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará/Agenda Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. Brasília: AGENDE; 2004.
4. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(3):625-31.
5. Chaves OBBM, França ISX, Souza FS, Oliveira MG, Leite CCS. Sexual violence against women: nurses' practice. *Rev Rene*. 2015; 16(2):210-7.
6. Vieira LB, Padoin SMM, Sousa IEO, de Paula CC, Terra MG. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. *Aquichan*. 2013; 13(2):197-205.
7. Ribeiro CG, Coutinho MLL. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Psicol Saúde*. 2011; 3(1):52-9.
8. Vieira EM, Ford NJ, De Ferran FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):681-90.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.
11. Vertamatti MAF, Abreu LC de, Drezett J, Barbosa CP. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the brazilian health service. *J Hum Growth Dev*. 2013; 23(1):46-51.
12. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. *Ann Fam Med*. 2012; 10(3):213-20.
13. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, et al. The services for women victims of sexual violence: a qualitativ study. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):376-82.
14. Reis MJ dos, Lopes MH, Higa R, Bedone AJ. Nursing care of women who suffered sexual violence. *Rev Latinoam Enferm*. 2010; 18(4):740-7.
15. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1943-52.

16. Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J, et al. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med.* 2007; 147(9):620-7.
17. Aguirre PD, Félix CS, Ma. PDG, Garrido CC, Mundaca LI, et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010; 48(2):114-22.
18. Sikkema KJ, Neufeld SA, Hansen NB, Mohlahlane R, Van Rensburg MJ, et al. Integrating HIV prevention into services for abused women in South Africa. *AIDS Behav.* 2010; 14(2):431-9.
19. Chibber KS, Krishnan S, Minkler M. Physician practices in response to intimate partner violence in southern India: insights from a qualitative study. *Women's Health.* 2011; 51(2):168-85.
20. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members. *Reprod Health.* 2012; 20:9-14.
21. Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr.* 2013; 89(1):83-90.
22. Soares GS. Health professionals and legal abortion in Brazil: challenges, conflicts, and Meanings. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (Supl 2):399-406.
23. Rabin S, Kahan E, Zalewsky S, Rabin B, Herz M, et al. Primary care physicians' attitudes to battered women and feelings of self-competence regarding their care. *Isr Med Assoc J.* 2000; 2(10):753-7.
24. Naved RT, Rimi NA, Jahan S, Lindmark G. Paramedic-conducted mental health counselling for abused women in rural Bangladesh: an evaluation from the perspective of participants. *J Health Popul Nutr.* 2009; 27(4):477-91.
25. Rodriguez M, Shoultz J, Richardson E. Intimate partner violence screening and pregnant Latinas. *Violence Vict.* 2009; 24(4):520-32.
26. McCloskey LA, Lichter E, Williams C, Gerber M, Wittenberg E, et al. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Rep.* 2006; 121(4):435-44.
27. Coker AL, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, et al. Partner violence screening in rural health care clinics. *Am J Public Health.* 2007; 97(7):1319-25.

28. Coker AL, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, et al. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. *Am J Epidemiol.* 2007; 165(7):821-27.
29. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health.* 2006; 6:238.
30. Darcia P-E, Bergbom, I, Lyckhage ED. Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2014; 9:1-7.
31. Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Invest Cienc Salud.* 2009; 27(1):22-27.
32. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, et al. Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(3):359-67.
33. Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the Principality of Asturias, Spain. *Gac Sanit.* 2009; 23(6):558-61.
34. Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect.* 2004; 30(4):165-73.
35. Ynoub RC. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1):71-83.
36. Silva, IV. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(Suppl 2):263-72.
37. Odero M, Hatcher AM, Bryant C, Onono M, Romito P, Bukusi EA et al. Responses to and Resources for Intimate Partner Violence: Qualitative Findings from Women, Men, and Service Providers in Rural Kenya. *J Interpers Violence.* 2014; 29(5):783-805.
38. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health.* 2007; 17(5):437-43.
39. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Med.* 2002; 15(2):101-11.

40. Almeida APF de, Sousa ER de, Fortes S, Minayo MCS. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(1):83-91.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

#### 3.1 ARTIGO 2 - METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO E PESQUISA

##### CONVERGENTE ASSISTENCIAL: PROPOSTA DE PRÁXIS EM PESQUISA

Este capítulo versa sobre a o referencial metodológico utilizado no estudo, a Pesquisa Convergente Assistencial, associada à Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz. Será apresentado em formato de artigo o relato da convergência entre os dois métodos utilizados na pesquisa. O artigo está aceito na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) e será publicado no volume 70 (número 8) de 2017.

#### **Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa**

##### **Resumo**

**Objetivo:** apresentar subsídios teóricos para a prática do cuidar em enfermagem pautada na possibilidade de convergência entre a prática investigativa e a prática educativa. **Método:** A Pesquisa Convergente Assistencial foi desenvolvida no período de fevereiro a agosto de 2015, com um Grupo de Trabalho intersetorial composto por 32 participantes, entre eles profissionais de saúde, assistência social e segurança pública. Foram desenvolvidos dez encontros grupais, pautados na Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz. **Resultados:** o movimento de reflexão-ação resultou na (re)construção compartilhada do fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência, como um dispositivo de comunicação entre os serviços. **Considerações Finais:** prática investigativa pautada na Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz mostrou-se profícua e viável em investigações qualitativas, cujo propósito seja a transformação da realidade em estudo.

**Descritores:** Atenção à Saúde; Enfermagem; Pesquisa; Pesquisa Qualitativa; Metodologia.

**Palabras-clave:** Atención a la Salud; Enfermería; Investigación; Investigación Cualitativa; Métodos.

**Keywords:** Health Care; Nursing; Research; Qualitative Research; Methods.

### INTRODUÇÃO

Dentre as diferentes formas de fazer pesquisa em saúde, a abordagem qualitativa vem se destacando na Enfermagem, uma vez que esta busca compreender fenômenos a partir das experiências das pessoas, sendo essas pertinentes ao campo das situações da saúde e da

doença. Pretende interpretar os significados que os participantes expressam acerca de suas ações e relações humanas. Neste sentido, será fundamental compreender as interações entre as pessoas e o sistema no qual elas estão inseridas<sup>(1)</sup>.

Neste contexto, a proposta deste artigo é apresentar subsídios teóricos para a prática do cuidar em enfermagem pautada na possibilidade de convergência entre a prática investigativa e a prática educativa. No que se refere à primeira, apresentamos a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)<sup>(2-4)</sup>. Quanto à segunda, o método de ensino é a Metodologia da Problematização (MP) com o Arco de Maguerz<sup>(5)</sup>.

A PCA é um referencial metodológico de pesquisa elaborado pelas enfermeiras Dra Mercedes Trentini e Dra. Lygia Paim. Segundo essas autoras a pesquisa-ação de Kurt Lewin e o processo de enfermagem inspiraram a elaboração do método, em 1999. Sendo assim, a PCA foi pensada para a área da Enfermagem, mas também pode ser aplicada em outras áreas que tenham sua prática envolvida diretamente com pessoas<sup>(4)</sup>. Essa modalidade de pesquisa tem se mostrado uma alternativa de investigação socialmente aceita, com ampla aderência nas práticas assistenciais, apresentando indícios de mudanças nas práticas de Enfermagem em Serviços de Saúde<sup>(6)</sup>.

A PCA não se adapta às exigências de paradigmas tradicionais em pesquisa, como exemplo o positivista. É uma experiência inovadora que se orienta para o compromisso humanista do/a pesquisador/a em estudar e atuar na prática em saúde, a partir das perspectivas de usuários e/ou profissionais envolvidos no contexto pesquisado. Há um movimento de proximidade e afastamento entre a pesquisa e a assistência configurando-se uma “dança” ou ponte interativa, na qual as informações de pesquisa influenciam a prática assistencial e as obtidas na prática alimentam os questionamentos da pesquisa. Esses dois processos são autônomos, têm identidades próprias e fronteiras delimitadas quanto ao conhecimento que se vincula em cada um, dos aspectos éticos e rigor científico<sup>(4)</sup>. Está na síntese de um processo de articulação da abordagem de pesquisa e prática de enfermagem desenvolvida em caráter simultâneo<sup>(6)</sup>.

Os pressupostos que embasam esse método são: o contexto da prática assistencial em saúde e enfermagem é um espaço onde se manifestam inúmeros fenômenos a serem desvelados, consistindo em campo fértil de questões abertas a pesquisas; esse consiste em um espaço de assistência e do fazer, mas também de pesquisar e desenvolver teorias, suscitando inovações e o enlace do saber-pensar ao saber-fazer, a fim de inovar e solucionar/minimizar problemas da prática; desse modo, a relação pesquisa e assistência vitaliza o trabalho vivo<sup>(4)</sup>.

Destaca-se o construto que dá nome ao método, *convergência*, esse, a exemplo de uma hélice, tem a propriedade de unir ações de assistência às de pesquisa ao mesmo tempo e espaço físico. É considerado o núcleo organizador da base teórico-filosófica da PCA, se expressando pela justaposição de prática com investigação científica, permeada pela ação dialógica contínua. Desse modo, produz ações de compromisso entre prática do/a pesquisador/a e a prática dos profissionais da assistência<sup>(4)</sup>. Ao utilizar a PCA, é preciso se comprometer com a construção do conhecimento novo, de novos modos de cuidar e novas tecnologias, promovendo a inovação da prática assistencial<sup>(3)</sup>.

Na PCA as técnicas de obtenção das informações precisam ser compatíveis com sua principal característica: a participação dos envolvidos no espaço da pesquisa; bem como na assistência, pesquisa e a articulação, convergência entre teoria e prática. Nesse sentido, a PCA permite a integração de várias opções de técnicas e métodos, sejam qualitativos ou quantitativos. No entanto, a diferença é dada na intencionalidade de produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e contribuir pela e com a prática assistencial<sup>(2,4)</sup>.

No que tange a MP, esta vem sendo utilizada em estudos da área da educação, saúde e da enfermagem e está ancorada no Arco de Charles Maguerez. Criado por este autor na década de 1960 e, implementado no Brasil em 1968, o método era utilizado para ensinar pessoas, em especial trabalhadores analfabetos, a adquirirem conhecimentos a serem empregados na prática nas minas e indústrias<sup>(5)</sup>. Na sua segunda versão, adaptada por Juan Diaz Bordenave, o arco evoluiu para um método de ensino apoiado nos princípios da educação libertadora/problematizadora que se contrapõe à educação bancária; assim propôs a resolução de problemas a partir da reflexão por meio de cinco etapas definidas e que se ordenam a partir de uma linha base posta sobre a realidade como ponto de partida e chegada. Esse autor constatou também que o método problematizador fundamenta-se no pensamento dialético<sup>(5,7)</sup>.

Atualmente, a terceira versão adaptada do arco, proposta por Neusi Berbel, é denominada de MP, e vem sendo utilizada no âmbito do ensino e pesquisa. Está pautada na lógica do aprender a aprender e tem como ponto de partida e chegada de estudo, um recorte da realidade concreta, sendo esta observada sob diversos ângulos, o que permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas ali existentes<sup>(5,7)</sup>.

A primeira etapa da MP é a da *Observação da realidade e definição do problema*. Nessa realidade, busca-se reconhecer as relações entre teoria e prática no contexto em estudo, para aprender com a realidade e intervir, de modo a buscar soluções para os problemas reais. Após ser definido o problema para estudo, inicia-se a reflexão acerca de seus determinantes,

possibilitando maior compreensão do mesmo. Essa reflexão resultará na definição dos *Pontos chave*, afirmações ou tópicos sobre aspectos do problema. A terceira etapa, a *Teorização*, é o momento de construir respostas para o problema. Os dados obtidos são analisados e discutidos, buscando-se um sentido para eles. Na quarta etapa, a da *Hipóteses de Solução*, são pensadas as alternativas de solução. Por fim, a última etapa, a *Aplicação à Realidade* é a que possibilita o intervir e exercitar situações associadas à solução do problema. Dessa forma, a MP propicia a tomada de consciência da complexidade dos fenômenos sociais<sup>(5,7)</sup>. Este método de ensino-aprendizagem está fundamentado epistemologicamente na pedagogia libertadora de Paulo Freire<sup>(8)</sup> e nos conceitos de práxis dos filósofos marxistas Karel Kosik e Adolfo Sánchez Vázquez<sup>(5,7)</sup>.

A pedagogia libertadora de Paulo Freire converge com a PCA uma vez que está pautada no diálogo crítico e libertador, pautado no princípio que a reflexão crítica conduz à ação (prática), denominada práxis<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, a MP busca, alicerçada na dialética e nos preceitos de Paulo Freire, Karel Kosik e Adolfo Sánchez Vázquez, estimular o desenvolvimento do raciocínio, por meio da exploração de dados e informações a fim de possibilitar a relação entre a teoria e a prática. Sendo assim, a MP provoca alterações nos participantes envolvidos, mesmo que durante o processo de aprendizado, além das possibilidades de aplicação das hipóteses de solução elaboradas, quando há intenção de ocasionar alguma transformação da realidade. Quando utilizada em pesquisa, há uma intenção de contribuir para a solução ou superação de um problema extraído de um recorte da realidade. Dessa forma, há vinculação entre o sujeito que pesquisa, com sua visão, valores e conhecimento, o contexto social/realidade e o conteúdo que está sendo estudado<sup>(5,7)</sup>.

É neste ponto que a articulação da PCA ao método da MP é oportuna. Assim, pauta-se no relato da convergência entre os dois métodos utilizados na pesquisa que resultou de tese de doutorado, desenvolvida com profissionais de saúde e assistência social acerca das estratégias para a construção da rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

No estudo em questão, para produzir as informações foi utilizada a técnica do Grupo Convergente (GC), bem como o diário de campo. A escolha dessas modalidades se deve ao fato de serem técnicas que já vem sendo utilizadas para realização de PCA e, portanto, são recomendadas pelas autoras do método. Os encontros convergentes consistem em promover discussões a respeito de determinado tema em consonância com o foco da pesquisa, dentro de um processo de interação e envolvimento entre os participantes e a pesquisadora, permitindo assim a dialogicidade<sup>(4)</sup>. Além disto, possibilitam um processo de interação grupal que acontece a partir de trocas e descobertas oriundas de participações comprometidas. Na

pesquisa em tela, os encontros grupais foram planejados e desenvolvidos tomando-se como referência a MP, subsidiada pelo pensamento freiriano que converge com o referencial da PCA. A MP foi escolhida por superar a abordagem tradicional de ensino<sup>(5)</sup>, com a finalidade da aplicação de um método que proporcionou uma relação de aprendizado horizontal entre as participantes e a pesquisadora.

Este método de ensino-aprendizagem está apoiado também no conceito de práxis que, conforme Karel Kosik<sup>(9)</sup>, é um modo de conhecer o mundo, as coisas, os processos, à medida que os criamos, que os reproduzimos espiritual e intelectualmente, na relação da prática humana com a realidade, em sua dimensão mais essencial, que é a criação da realidade humano social<sup>(5:179)</sup>.

Nesse sentido, a MP aplicada como percurso metodológico, como no caso da pesquisa de referência do estudo em tela, norteia a atuação das pessoas envolvidas implicando em sua consciência. Desse modo, propicia que se distanciem gradativamente da consciência ingênua, avançando rumo à consciência crítica, uma vez que antecipa resultados e busca alcançá-los como produtos reais, estabelecendo assim uma relação entre eles, por meio da investigação<sup>(7)</sup>. Integrando essa ideia ao conceito de práxis de Kosik, busca-se com a MP, migrar da práxis cotidiana, própria da consciência ingênua, à práxis revolucionária, resultado da consciência crítica da realidade<sup>(9)</sup>.

## **MÉTODO**

Trata-se de relato de experiência de cunho epistemológico sobre o uso da Pesquisa Convergente Assistencial e da Metodologia da Problematização com o Arco de Charles Maguerez.

### **A pesquisa de referência**

A PCA foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, onde obteve o parecer favorável número 935.978; CAAE: 40350315.1.0000.5346. Os procedimentos éticos foram respeitados em todos os trâmites e momentos da pesquisa, sendo considerada a Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que subsidia as questões éticas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos.

O período de produção dos dados foi de fevereiro a agosto de 2015, junto a um grupo de trabalho (GT) intersetorial composto por profissionais de saúde, assistência social e

segurança pública. Este Grupo, com a proposta de intervenção na realidade, encontrava-se em movimento de (re) pensar questões sobre o atendimento das pessoas em situação de violência no município, bem como a prevenção de casos de suicídio. Portanto, percebeu-se um momento oportuno, uma vez que havia convergência das necessidades do GT, principalmente no que se refere à organização dos serviços, de modo a formar uma rede de atendimento. A inserção prévia da pesquisadora no grupo determinou a escolha do cenário e dos participantes, caracterizando-se por uma seleção por conveniência.

As participantes do estudo foram 32 pessoas. Dessas, 29 são profissionais, nas categorias: assistente social, psicóloga, enfermeira, técnica de enfermagem, farmacêutica, médica, policial e, três são acadêmicas, dos cursos de serviço social ou psicologia. Essas participaram das reuniões e encontros grupais quinzenalmente.

Foram realizados dez encontros com duração aproximada de duas horas, o que variou a cada encontro, conforme pactuação com os participantes. Esses momentos foram vinculados à mesma data das reuniões rotineiras do GT, sendo que essas aconteciam antes ou após a intervenção, embora em alguns momentos os assuntos fossem o mesmo propósito do estudo.

A participação foi dinâmica, uma vez que a cada encontro havia pessoas novas, exigindo que a pesquisadora retomasse os objetivos do trabalho, convidando a todos para participarem. Esse fato tornou-se um desafio na condução de alguns encontros, uma vez que como o grupo já estava constituído, outros assuntos, por vezes surgiam e o grupo se dispersava do foco do encontro. Ao mesmo tempo, era necessário o respeito a esses momentos, exigindo que a condutora aprendesse a silenciar quando o grupo discutia outros temas da sua prática cotidiana.

A situação era compreensiva uma vez que a temática da violência contra as mulheres perpassa as discussões do GT quanto às situações de violências cometidas contra outras populações, tais como idosos, crianças e as violências autoprovocadas. Sendo assim, algumas vezes, durante os encontros o grupo se mobilizava a pensar também na rede de atendimento a essas populações. Por um lado, isso parece ter sido um movimento produtivo do GT, ao se mobilizar, a partir da reflexão, estimulada pela pesquisadora e participantes, por meio da intervenção que estava sendo realizada. Nesse momento foi possível identificar a convergência entre a pesquisa e a prática assistencial. Essas discussões eram acolhidas e as falas dos/as participantes, respeitadas. A pesquisadora teve o cuidado de perceber essas outras demandas do grupo, fazendo sugestões e proposições de que talvez fosse necessário trabalhar essas necessidades após finalizar o período de produção de dados ou mais especificamente no momento da reunião do GT. Por outro lado, pode-se inferir que a própria temática da

violência contra as mulheres, por vezes possa despertar nos profissionais um certo distanciamento ou hesitação. Esse fato exigiu que a cada encontro se retomasse a temática e o foco do estudo.

### **Articulação entre a PCA e a Metodologia da Problematização**

O planejamento de cada encontro foi realizado tomando-se por base a MP, iniciando-se pela problematização da realidade de práticas dos profissionais. A fim de promover o acolhimento, em cada encontro foi disponibilizado um lanche simples, organizado de forma que as participantes ficassem à vontade para se servir.

Os encontros convergentes foram realizados considerando a realidade, experiências e vivências das profissionais. Um aspecto a considerar no uso da MP é que esta visa à transformação da realidade. Com ela não se pretende resolver totalmente os problemas do mundo ou da realidade, mas sim exercitar intervenções em alguma parte dessa realidade<sup>(5,4)</sup>.

Os encontros foram pautados no Arco de Maguerz, conforme a aplicação de Berbel<sup>(5)</sup>, que se desenvolve em cinco etapas: **primeira etapa**- *Observação da realidade* e definição do problema de estudo; **segunda etapa**- inicia com a reflexão sobre o problema eleito da qual emergem os *pontos-chave* a fim de construir a **terceira etapa** - *a teorização*; e **quarta etapa**- elaboração das *hipóteses de solução*; **quinta etapa**- *a aplicação à realidade*, que se refere à intervenção, à prática, ao exercitar as soluções aprendidas e associadas ao problema. Essa última permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento das pessoas em voltar para a mesma realidade, gerando algum nível de transformação <sup>(5,8)</sup>. No estudo de referência, foram contempladas, nos 10 encontros, as cinco etapas do Arco de Maguerz, propostas na Metodologia da Problematização.

A **primeira etapa**, realizada no primeiro e segundo encontros, constituiu-se na observação da realidade e definição do problema extraído da prática: “a desarticulação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência”. Emergiu a partir da observação dos temas discutidos nas reuniões do GT, anteriormente aos encontros da PCA e durante os encontros do grupo convergente. Nesses últimos foram problematizadas as ações dos profissionais, bem como as possibilidades e dificuldades para a construção da rede de atendimento às mulheres em situação de violência no município cenário da pesquisa.

A **segunda etapa** foi contemplada, no segundo encontro, após muitas reflexões, onde emergiram os pontos-chave a serem estudados pelo grupo de profissionais: Portaria N° 528, de 1° de abril de 2013, que define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de

Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS; Lei Maria da Penha; rede de Atendimento à mulher em situação de violência; e fluxogramas.

A **terceira etapa**, da teorização, ocorreu nos encontros três, quatro, cinco, seis e sete por meio de intervenção educativa junto aos profissionais, na qual se teorizou sobre os temas elencados na etapa anterior. A **quarta etapa** aconteceu em sequência, quando foram definidas as hipóteses de solução do problema: a (re)construção coletiva de fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência do município e a construção de um instrumento de comunicação entre os serviços. A **quinta etapa**, a de aplicação à realidade, aconteceu a partir do sexto até o décimo encontro, em que foi possível construir coletivamente os dois produtos da intervenção a fim de contribuir com a articulação dos serviços que realizam o atendimento às mulheres. Também contemplou três reuniões de interesse (momentos que emergiram a partir das discussões, durante a produção de dados, e que contemplavam necessidades de articulação com outros serviços envolvidos) e o Seminário “Tecendo redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, no qual foi possível socializar os produtos construídos na PCA, a partir da MP. A figura 1 mostra a aplicação do Arco de Maguerez ao estudo e ilustra a sequência de realização dos encontros.

Figura 1- Aplicação da Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez na PCA



## RESULTADOS

Os preceitos da PCA proporcionaram aos participantes a reflexão sobre a prática e o processo de reflexão/ação, possibilitando a (re) construção de ideias e conhecimentos durante o processo reflexivo. Isso foi possível uma vez que a busca de produção de mudanças que agrega valor às novas práticas está presente na PCA. Reafirma-se que, na PCA, a estratégia básica é a participação concomitante do/a pesquisador/a, na investigação e prática assistencial, durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Este fortalecimento recíproco da PCA com a prática, com vistas a gerar transformações e conhecimentos novos, congrega afinidades quanto à intenção comum de inovar e arranjar novos e concretos modos de saber-fazer as ações de saúde<sup>(2)</sup>.

Assim, a MP expressa articulação entre teoria e prática, que é compreendida como uma relação dialética. E nessa relação há permanente tensão entre as duas sintetizando-se na práxis, pela qual as duas se articulam e o conhecimento avança<sup>(6)</sup>, uma vez que uma é retroalimentada pela outra. Na convergência entre os dois métodos, esse exercício foi expresso por meio da dança<sup>(4)</sup> da PCA, por meio da qual a prática alimenta os dados de pesquisa, instigando a pesquisadora a buscar novas informações e a aprofundar o conhecimento atuando *com* os participantes do estudo.

Desse modo, o uso da MP com a PCA proporcionou a reflexão estimulada por cada etapa do método educativo, sendo estimulada por suas características próprias, como<sup>(8)</sup>: partir de um recorte da realidade, no estudo em tela, a articulação do atendimento às mulheres em situação de violência; e de chegada do estudo; reconhecer a constante relação entre teoria e prática ao longo do percurso; apreender a realidade concreta para nela intervir; em busca de soluções para os problemas (a desarticulação dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência); tomando-se consciência da complexidade dos fenômenos sociais, a citar, a violência contra as mulheres, com vistas à intencionalidade de transformá-los. Destaca-se que os produtos do estudo contribuem para o percurso de transformação da realidade estudada por meio da reflexão crítica e transformadora acerca do contexto de desarticulação, bem como a (re) construção do Fluxograma de Atendimento às Mulheres em situação de violência e do instrumento para ser utilizado como dispositivo de comunicação entre os serviços.

Os temas originados na pesquisa foram validados nos grupos e versaram sobre as ações desenvolvidas pelas profissionais nos diferentes serviços envolvidos; sobre as potencialidades e dificuldades encontradas na prática para compor uma rede de atendimento

às mulheres em situação de violência, bem como sobre o conteúdo apropriado de um instrumento para estabelecer uma articulação comunicativa das ações de assistência às mulheres em situação de violência nos serviços, com vistas à construção da rede.

Por fim, destacamos que a contribuição do estudo para a Enfermagem e Saúde encontra-se na oferta de subsídios para a aplicação da PCA com a MP e com o Arco de Magueréz, como uma estratégia para a realização de estudos qualitativos que possam convergir com as necessidades assistenciais com vistas à transformação da realidade social. O estudo apresenta como limitação a delimitação no cenário local e a dificuldade de manter o foco em alguns encontros, uma vez que os participantes era de diferentes setores, sendo os encontros permeados pela interação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No universo da pesquisa qualitativa, a Pesquisa Convergente Assistencial mostrou-se um método promissor para ser utilizado na Enfermagem e na Área da Saúde, uma vez que propõe a aproximação do contexto de prática profissional com a produção de conhecimento em pesquisa. A PCA propicia investigação e ao mesmo tempo, ampliação e inovação do saber. Isso reforça que as práticas utilizadas nesse tipo de pesquisa são instrumentos importantes para as/os enfermeiras/os trabalharem com ou no o contexto de cuidar, em que todos participam, aprendem e ensinam de forma coletiva e simultânea em busca de caminhos de transformação da realidade.

Sua aplicação concomitante mostrou-se profícua e viável uma vez que a intersecção dos métodos se dá por meio da práxis e na transformação da realidade na qual o/a pesquisador/a está inserido/a. Os desafios para a utilização dos dois métodos é que ao mesmo tempo em que se exercita a práxis, é preciso conservar os preceitos científicos e de rigor metodológico. Outro desafio é a exigência que se desenvolva uma atitude de ruptura com o paradigma tradicional de pensamento com base nas ciências naturais e exatas, o que aponta para uma postura de se inserir no contexto social em que as pessoas vivem e se relacionam e buscar a produção de novos conhecimentos para transformar a realidade.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2016 mai 10]; 17(3): 621-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>
2. Bonetti A, Silva DGV, Trentini M. O método da Pesquisa Convergente Assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2016 mai 10]; Jan-Mar; 17(1): 179-183. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/25.pdf>
3. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa Convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 mai 10]; Nov-Dez; 65(6): 1019-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a19v65n6.pdf>
4. Trentini M, Paim L, Silva, DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
5. Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz. Uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012.
6. Paim L, Trentini M, Madureira VSF, Stamm M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. Rev. Cogitare Enferm [Internet]. 2008 [cited 2016 mai 10]; Jul-Set 13(3): 380-6. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12990/8775>
7. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Magueréz: uma perspectiva teórica e epistemológica. Filosofia e Educação (Online). [Internet]. 2012 [cited 2016 mai 10]; Out-Mar; 3(2): 265-87. Available from: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/rfe/article/view/2363/2635>
8. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
9. Kosik, K. A dialética do Concreto. 7.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. [Internet]. 2002 [cited 2016 May 21]. Available from: <http://www.outrafrequencia.org/2015/05/dialetica-do-concreto-karel-kosik.html>.



## **4 MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Esse é um estudo qualitativo do tipo convergente assistencial (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). A abordagem qualitativa foi escolhida uma vez que se caracteriza por buscar compreender as experiências humanas vividas pelos sujeitos, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos mesmos. Nesta abordagem é fundamental aprender a observar as interações entre as pessoas, o sistema no qual elas estão inseridas, pois isto revela o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Não é somente uma decodificação de dados, pois para a compreensão do objeto de pesquisa necessita-se compreender o contexto ao qual está inserido (MINAYO, 2013).

#### **4.1.1 Opção Metodológica: Pesquisa Convergente Assistencial**

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é um método de pesquisa da Área da Enfermagem e Saúde em franca expansão do seu uso em diferentes regiões do Brasil. O propósito da investigação nesse método consiste em encontrar possibilidades de compor e recompor tecnologias assistenciais. Nesse sentido, o seu processo desperta interesse a partir das transformações ocorridas com práticas, permeadas por teorização, em cada local de assistência que a PCA se insere (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

Neste trabalho a PCA foi eleita como referencial metodológico devido à possibilidade de desenvolver ações conjuntas de pesquisa e de assistência de modo a direcionar a pesquisadora para a resolução ou minimização de problemas e ou introdução de inovações nas práticas de saúde. Nesta PCA, as inovações introduzidas foram os dois instrumentos, o fluxograma e o roteiro de comunicação para serem utilizados pelos serviços, bem como o movimento de empoderamento exercitado conjuntamente pelo próprio Grupo Convergente e pesquisadora na articulação intersetorial (Hospital, Secretaria de Saúde e de Desenvolvimento Social, Delegacia da Mulher e CREAS). Esses recursos dispararam a minimização da desarticulação entre os serviços, com vistas a concretizar a continuidade do cuidado em rede de atendimento às mulheres em situação de violência no município em questão. Além de respaldar construções teóricas expressivas ao cotidiano da situação pesquisada, a PCA possibilitou a renovação das práticas assistenciais e conseqüentemente a melhoria direta do

contexto pesquisado, uma vez que foi compreendida e realizada em articulação com ações que envolveram a pesquisadora e as pessoas representativas que trabalham com as situações de violência numa relação de cooperação mútua (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014).

A essência da PCA está ligada à inserção do/a pesquisador/a no campo, participando de alguma forma da prática assistencial e envolvendo-se diretamente com o método de investigação. Dessa forma, implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo ao tempo em que existem ganhos com o acesso franco às informações procedentes desse contexto (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). O fenômeno de entrelaçamento das ações assistenciais de pesquisa é chamado de convergência. Ele é resultado da existência complexa de movimentos de assistência e pesquisa, configurando-se uma “dança”, caracterizada por movimentos de aproximação e de afastamento que culminam em pontos de articulação, chamados de espaços de superposição, que entrecruzam a pesquisa e a assistência. O conjunto desses pontos oportuniza a existência de uma dialogicidade que produz convergência, conceito central da PCA, e consiste no enlace da prática assistencial com a pesquisa o que possibilita a transformação das práticas e a introdução de novas tecnologias (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

Essa modalidade de pesquisa tem se mostrado uma investigação socialmente aceita, com ampla aderência nas práticas assistenciais, apresentando indícios de mudanças nas práticas de Enfermagem em Serviços de Saúde (PAIM, et al. 2008). A PCA não se adapta às exigências de paradigmas tradicionais em pesquisa. Embora se assemelhe aos demais delineamentos, é uma experiência inovadora que se orienta para o compromisso humanista do/a pesquisador/a em estudar e atuar na prática em saúde, a partir das perspectivas de usuários e/ou profissionais envolvidos no contexto pesquisado (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Esse cenário proporciona aos participantes a autonomia para transformação da sua prática, justificando assim a escolha desse método pela doutoranda. O diferencial metodológico da PCA, exercitado neste estudo, consistiu em ter lado a lado na equipe de assistência uma pesquisadora praticando a assistência (atividades gerenciais e educativas), como estratégia de produção de dados. Esse fato contribuiu para fortalecer o Grupo, uma vez que aproximou a pesquisadora e a pesquisa ainda mais da realidade assistencial (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

O perfil de uma PCA é traçado a partir de quatro componentes: 1) *imersão* do pesquisador (a) na prática, onde se pesquisa a prática durante o exercício da própria prática, com a finalidade de conduzir a melhoria da mesma, a partir de mudanças e/ou inovações; 2) *expansibilidade*, caracterizada pela flexibilidade para ampliar o enfoque da PCA durante o

processo de produção de dados; 3) *simultaneidade*, descrita pelos momentos de integração (superposição) da prática com a pesquisa; 4) o *diálogo* que supõe a interação de pesquisador/a com os participantes da pesquisa e demais pessoas envolvidas que irão contribuir com as mudanças elencadas na pesquisa a fim de inovar o contexto da prática (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017). Esses componentes foram identificados no processo desta PCA e serão apresentados detalhadamente no capítulo de Resultados, especialmente no relato da prática assistencial desenvolvida.

## 4.2 O PROCESSO DA PCA: CONDUÇÃO METODOLÓGICA

O processo da PCA é estruturado em cinco fases: 1) Concepção; 2) Instrumentação; 3) Perscrutação; 4) Análise; e 5) Interpretação. Essas serão apresentadas em conformidade com sua aplicação no estudo em tela (CORTES, PADOIN, ARBOIT, 2017).

### 4.2.1 Fase de Concepção: a negociação do objeto de estudo

Esta fase consiste em traçar os primeiros passos com vistas a delinear o problema de pesquisa. Inicialmente, foi necessário identificar a experiência profissional e área de interesse da pesquisadora. Dessa emergiu o tema: a continuidade do atendimento às mulheres em situação de violência, a partir da formação da rede de atendimento. Na PCA, a concepção insurge da integração entre prática e conhecimento teórico, ou seja, revisão de literatura e resultados de pesquisas (TRENTINI, PAIM, 2004). Para melhor convergência com as necessidades da prática assistencial, nessa fase foi possível conversar com as pessoas chave envolvidas a fim de discutir a importância do tema escolhido para a prática profissional.

Assim, o tema na PCA deve emergir do problema da prática e, geralmente, é escolhido a partir de problemas observados por pessoas atuantes na situação a fim de atingir o principal propósito da PCA: solucionar e realizar mudanças que impactem a prática, que só ocorrerá a partir da mudança de mentalidade dos envolvidos. Por isso, se torna imprescindível envolver os participantes em todo processo de pesquisa. O próximo passo é a formulação da questão de pesquisa, nesta PCA: *como estabelecer a articulação comunicativa entre os profissionais dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência com vistas à formação da rede?* A PCA também se propõe a gerar respostas, novos conhecimentos, soluções, mudanças

e inovações. A questão de pesquisa orienta todas as partes da proposta de pesquisa e para ser respondida requer ações (TRENTINI, PAIM, 2004).

No presente estudo esta fase foi subsidiada pela trajetória acadêmico-profissional da doutoranda na área de Saúde da Mulher, bem como sua inserção em movimentos de mulheres e ativismo social feminista. Além disso, os resultados da sua dissertação de mestrado demonstraram a fragilidade das ações em rede no cuidados às mulheres em situação de violência, bem como a necessidade de continuidade do cuidado e articulação dos serviços de forma a compor uma rede de atendimento (CORTES, et al., 2015; CORTES, PADOIN, 2016).

Essa conjuntura possibilitou a participação no Grupo de Trabalho Integrado Enfrentamento (GTIEV) às Violências de Santa Maria-RS, do qual participam profissionais de saúde, assistência social e segurança pública. O ponto que une os profissionais é o atendimento de pessoas em situação de violência.

A partir dessa inserção, foi possível à pesquisadora conversar com as pessoas chave no atendimento e na gestão dos serviços envolvidos. Este Grupo, com a proposta de intervenção na realidade, encontrava-se em movimento de (re) pensar o atendimento às pessoas em situação de violência no município. Logo, percebeu-se um momento oportuno para o desenvolvimento da PCA, uma vez que havia convergência das demandas do GTIEV, principalmente no que se refere à organização dos serviços para realizar o atendimento em rede. Para se chegar ao consenso em relação ao objeto de estudo que seria desenvolvido, ocorreram várias reuniões com o referido GT nas dependências da UFSM.

#### **4.2.2 Fase de Instrumentação: a escolha do Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS**

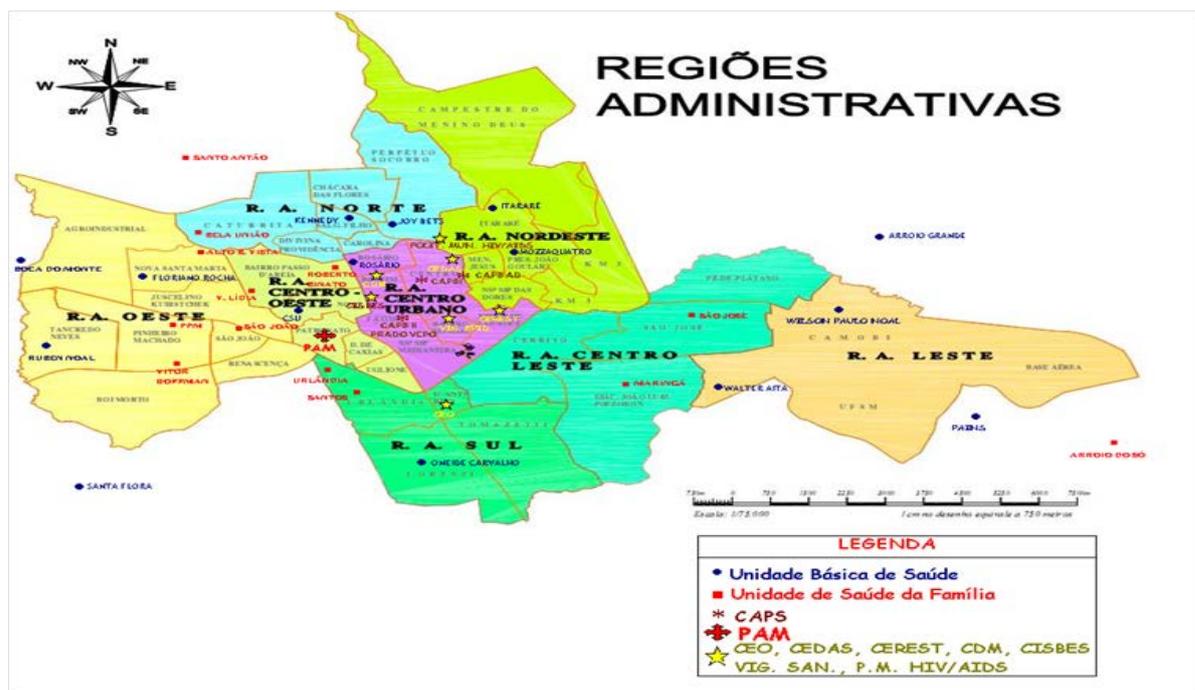
Caracteriza-se pelos procedimentos de escolha do cenário de realização da pesquisa, dos participantes, as técnicas de produção e análise das informações. O espaço físico é o lugar no qual acontecem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, é o lugar ou os lugares onde foram identificados o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem realizadas. A própria PCA constitui um espaço social uma vez que nela há presença de pessoas engajadas em atividades de saúde. A escolha do espaço físico depende do enfoque da pesquisa e pode ser constituído por mais um de local (TRENTINI, PAIM, 2004).

A PCA foi desenvolvida junto ao GTIEV de Santa Maria-RS que é um grupo intersetorial composto por profissionais de saúde, assistência social e segurança pública. A

inserção prévia da pesquisadora no GTIEV e algumas experiências profissionais com integrantes do grupo determinaram a escolha do espaço, caracterizando-se uma seleção por conveniência.

O município de Santa Maria, localizado geograficamente na Região Central do estado do Rio Grande do Sul e situado a 300 km de distância da Capital tem com uma população de 274.838 habitantes (IBGE, 2014). Contempla oito (8) regiões administrativas (Centro Urbano; Norte; Centro Leste; Leste; Nordeste; Sul; Centro Oeste e Oeste); nove (9) distritos (Arroio do Só; Arroio Grande; Boca do Monte; Pains; Palma; Passo do Verde; Santa Flora; Santo Antônio e São Valetim), conforme a Figura 3:

Figura 3 – Mapa do município de Santa Maria/RS segundo Regiões Administrativas, 2011



Fonte: SMS-SM, 2014.

Em relação ao atendimento dos casos de violência contra as mulheres, os serviços no município compreendem serviços especializados e serviços de atendimento geral (BRASIL, 2011a). Os primeiros correspondem a: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Centro Obstétrico (Hospital Universitário de Santa Maria), Casa Abrigo, Núcleo da Mulher na Defensoria Pública, Central de Atendimento Ligue 180 e vinculada à Brigada

Militar, a Patrulha Maria da Penha, implantada no município em julho de 2015; Juizado Especializado em Violência Doméstica, implantado em janeiro de 2016.

Os serviços de atendimento geral correspondem a: Unidades de Saúde, Serviços de Urgência e Emergência, serviços de saúde mental, Departamento Médico Legal, dois Centros Regionais Especializados em Assistência Social (CREAS), quatro Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Brigada Militar, Delegacia de Pronto Atendimento (DPPA), Defensoria e Ministério Públicos.

Na área da saúde, a Atenção Primária conta com 32 Unidades de Saúde, sendo, 19 Unidades Básicas de Saúde e 13 Unidades de Saúde com Equipe Saúde da Família (USF)<sup>4</sup>. Cada região tem uma profissional de saúde como coordenadora setorial. No âmbito da atenção secundária à saúde conta com um serviço referência para os casos de VCM, o Pronto Atendimento Municipal (PAM) que atende emergências, urgências clínicas e traumáticas e uma Unidade de Pronto Atendimento. Na atenção terciária, o hospital referência pelo SUS, na Região Central do estado, é o HUSM que atua como hospital de ensino, cenário para a formação em saúde da Universidade Federal de Santa Maria, sendo campo de atividades práticas para estudantes da Área da Saúde, profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde e Residência Médica. No âmbito desta pesquisa foram incluídos profissionais de três setores, o Centro Obstétrico (CO), Pronto Socorro (PS) e Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Hospitalar (NVEH).

O CO/HUSM recebe urgências e emergências ginecológicas e obstétricas, além de ser referência no atendimento a mulheres em situação de violência sexual. Dispõe de seis leitos de internação para mulheres em trabalho de parto ou pós-parto; quatro leitos para recuperação anestésica; três leitos de observação para o atendimento ginecológico e para mulheres em situação de violência. O PS/HUSM atende as emergências e urgências clínicas, cirúrgicas e traumáticas, sendo referência para os casos graves de violência física. Apresenta dezenove leitos, três isolamentos e as macas extras, cujo número varia de acordo com a demanda de pacientes. O NVEH desenvolve ações que visam à detecção e à investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no HUSM, sendo responsável pela busca ativa, notificação e produção de dados dos casos de violência.

Na área de proteção social, o município conta com: dois CRAS, caracterizados como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou seja, são unidades responsáveis pela proteção social básica, bem como o acesso à rede de proteção

---

<sup>4</sup> Informações disponibilizadas por profissionais da SMS, no ano de 2016.

social; e dois CREAS, serviços que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, a exemplo uma situação de violência, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos; uma Casa Abrigo para mulheres em situação de violência, serviço que garante proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para mulheres famílias e que se encontram em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2014).

No âmbito de segurança pública, a DEAM realiza o atendimento policial de segunda a sexta-feira, no horário das 08h00min às 18:00h. Sendo a DPPA, a Delegacia de plantão para casos que acontecem fora do expediente da DEAM; Brigada Militar e, a Patrulha Maria da Penha, responsável pelo acompanhamento domiciliar dos casos de mulheres em situação de medida protetiva<sup>5</sup>. Além disso, o Departamento Médico Legal é um órgão vinculado ao Instituto Geral de Perícias que realiza os exames de corpo de delito nas pessoas em situação de violência, após o registro do Boletim de Ocorrência.

No cenário municipal, é possível observar uma inclinação dos serviços no município para compor uma rede de atendimento, especialmente a partir da criação do GTIEV, em 2014. Fato que reforça a importância do objeto em estudo.

### **Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS (GTIEV)**

O GTIEV é um espaço aberto para profissionais e acadêmicos/as das diferentes áreas que trabalham com pessoas em situação de violência. Foi criado em 2014, a partir da iniciativa de profissionais do HUSM e da SMS com a finalidade de ser um espaço de discussão e debates sobre as diferentes formas de violências, assim como de integração e articulação dos profissionais dos serviços.

As reuniões acontecem quinzenalmente, nas dependências da UFSM a fim de debater e operacionalizar questões sobre o atendimento das pessoas em situação de violência no município, bem como a prevenção de casos de suicídio. É coordenado pela enfermeira Dr<sup>a</sup>. Vergínia Rossato, servidora do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e dele participam enfermeiras, psicólogas/os, assistentes sociais, policiais, médicas, acadêmicas da área da Saúde e residentes da Residência Multiprofissional Integrada.

---

<sup>5</sup> Medida criada pela Lei Maria da Penha. É expedida pelo judiciário com a finalidade de proteção à mulher; pode ser de afastamento do agressor do convívio com a mulher, suspensão do porte de armas, dentre outras que variam conforme o caso.

No GTIEV há representação dos serviços: **do HUSM**, Pronto Socorro, Pediatria, Ginecologia, Centro Obstétrico, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Ambulatório de Psiquiatria; **da Secretaria de Município da Saúde**: Núcleo de Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as respectivas responsáveis técnicas pelas políticas de saúde (do idoso, da criança, de saúde mental, da mulher, do adolescente e DSTs/HIV/aids), Vigilância em Saúde; Setor de Urgências e Emergências; **da Secretaria de Desenvolvimento Social**: CRAS, CREAS I e II, Delegacia do Idoso; e Quarta Coordenadoria Regional de Saúde (Política de Saúde da Mulher e Vigilância das Violências).

#### *4.2.2.1 Fase de Instrumentação: as participantes do estudo*

A escolha dos/as participantes na PCA não requer o estabelecimento de critérios rígidos de seleção uma vez que valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações e não o princípio de generalização (TRENTINI, PAIM, 2004). Os/as participantes, na PCA, são parte integrante do estudo e sua participação neste estudo foi ativa e aconteceu das seguintes maneiras: apresentaram sugestões, críticas, solicitaram materiais para estudo, se comprometeram com a construção proposta, validaram e divulgaram a pesquisa em andamento em seus serviços.

Considerando a escolha pelo GTIEV como cenário de pesquisa, em momento oportuno a pesquisadora reuniu-se com a coordenadora do Grupo, a fim de apresentar detalhadamente o projeto e solicitar a autorização para a realização da PCA. Esse assunto foi pautado na reunião do dia 17 de dezembro de 2014, realizada na sala nº 1243, do Centro de Ciências da Saúde/UFSM, onde o grupo autorizou a realização da pesquisa, documento que foi assinado pela coordenadora. Logo após, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Foi estabelecido como critério de inclusão: ser profissional ou acadêmico/a e participar do GTIEV. O critério de exclusão foi: estar ausente do trabalho por férias ou em licença de qualquer natureza (gestante, doença, adotante), no período estabelecido para a produção das informações.

As participantes do estudo foram de 32 pessoas. Dessas, 29 eram profissionais das áreas do serviço social, da psicologia, enfermagem, farmácia, medicina, e da segurança pública. Participaram três acadêmicas dos cursos de serviço social e psicologia. Tendo em vista que as participantes desta PCA foram predominantemente do sexo feminino (31), e que a

problemática da violência contra as mulheres está ancorada na construção desigual de gênero, optou-se por fazer referência às participantes no feminino.

Essas participaram das reuniões e encontros quinzenais, durante o período de março a julho de 2015. Cabe destacar que o número de participantes variou durante os encontros. Semanalmente a doutoranda enviava convite digital (ANEXO B), por email convidando e lembrando as pessoas para participarem da PCA. O acesso à lista de emails foi possível, pois a doutoranda já participava do GTIEV e também recebia os emails do grupo.

Serão apresentados dados relativos à caracterização das profissionais participantes do estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Características laborais e de formação profissional relacionadas às profissionais e acadêmicas participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2015

Variáveis	n (32)	%
<b>Função exercida no serviço</b>		
Técnica em Enfermagem	1	3,12
Terapeuta ocupacional	1	3,12
Farmacêutica	1	3,12
Policial Civil	1	3,12
Fonoaudióloga	1	3,12
Médica	2	6,25
Estagiária	3	9,37
Assistente Social	5	15,62
Psicóloga (o)	6	18,75
Enfermeira	11	34,37
<b>Serviço</b>		
Delegacia	1	3,12
4ª CRS	3	9,37
CREAS	4	12,50
SMS	11	34,37
Hospital	13	40,62
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	3	9,37
Curso Técnico	1	3,12
Ensino Superior Completo	5	15,62
Pós-Graduação	23	71,87
<b>Tempo de trabalho no setor</b>		
< 1 ano	13	40,62
> 1 ano	8	25,00
> 5 anos	3	9,37
> 10 anos	4	12,50
> 20 anos	4	12,50
<b>Turno de Trabalho</b>		
Integral (manhã e tarde)	22	68,75
Turno único (manhã ou tarde)	10	31,25

### **4.2.3 Fase de Perscrutação: Método de produção das informações**

Na PCA as técnicas de obtenção das informações precisam ser compatíveis com sua principal característica: a participação dos envolvidos no espaço da pesquisa; bem como na assistência, pesquisa e a articulação, convergência, entre teoria e prática. Nesse sentido, há várias opções de técnicas e métodos, no entanto, a diferença é dada na intencionalidade de produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e contribuir pela e com a prática assistencial (TRENTINI, PAIM, 2004).

Neste estudo, para produzir as informações foi utilizada a técnica do grupo convergente assistencial, bem como diário de campo. A escolha dessas modalidades se deve ao fato de serem técnicas que já vem sendo utilizadas para realização de PCA e, portanto são recomendadas pelas autoras desse método. O período de produção dos dados foi de fevereiro a agosto de 2015.

#### **a) Grupo Convergente**

Para produzir as informações de pesquisa foi utilizada a técnica de grupo de convergência (GC) que vem sendo utilizada na PCA e na Enfermagem com o objetivo de “implementar projetos de prática assistencial participativa e de fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimentos acerca de temas emergentes no grupo” (TRENTINI, GONÇALVES, 2000, p.72). Consiste em promover discussões a respeito de determinado tema em consonância com o foco da pesquisa, dentro de um processo de interação e envolvimento entre os participantes e a pesquisadora, permitindo assim a dialogicidade (BRANCO, LISBOA, 2014). Além disto, possibilita um processo de interação grupal que acontece a partir trocas e descobertas oriundas de participações comprometidas.

Neste estudo, foi composta uma equipe de pesquisa, formada pelas pesquisadoras principais, doutoranda e sua orientadora, e três auxiliares de pesquisa, integrantes do GP-PEFAS que participaram dos encontros grupais. Esses aconteceram quinzenalmente às quartas-feiras pela manhã, em sala previamente agendada pela pesquisadora, em prédio localizado no campus da UFSM, com duração aproximada de duas horas, o que variou a cada encontro, conforme pactuação com as participantes (Quadro 1). Foram vinculados à mesma data das reuniões rotineiras do GTIEV, sendo que essas aconteciam antes ou após à PCA, embora em muitos momentos os assuntos convergissem para o mesmo propósito do estudo.

Quadro 1 – Dados dos encontros do Grupo Convergente

Encontro	Nº. Participantes	Data de realização	Tempo de duração
1º	13	11/03/2015	01h:45 min.
2º	12	25/03/15	02h:17 min.
3º	08	08/04/2015	00h:49 min.
4º	14	22/04/2015	01h:15min.
5º	07	06/05/2015	02h:32 min.
6º	14	20/05/2015	02h:03 min.
7º	12	03/06/2015	02h:19 min.
8º	12	17/06/2015	02h:10 min.
9º	15	01/07/2015	02h:07 min.
10º	14	15/07/2015	02h:30 min.

Anteriormente aos encontros acontecerem um lembrete por email ou pelo aplicativo *Whats app* era realizado, inclusive minutos antes do horário marcado para o início da atividade, reforçando a importância da participação. A fim de promover o acolhimento, em cada encontro, foi disponibilizado um lanche simples, organizado de forma que as participantes ficassem à vontade para interagirem.

Esse fator por um lado facilitou a participação dos profissionais que já integravam o grupo e de também de profissionais novos, que a cada encontro foram previamente avisados que estava acontecendo um momento de pesquisa junto ao GTIEV. A participação foi muito dinâmica, uma vez que a cada grupo havia pessoas novas, exigindo que a pesquisadora retomasse sempre o trabalho em andamento convidando a todos para participarem. Algumas pessoas não integraram a pesquisa como participantes, mas sim participaram dos momentos de intervenção. No entanto, a pesquisadora sempre esclarecia o direito de livre escolha em participar da PCA. Nesse sentido, retoma-se a característica de *expansibilidade* da PCA, com base na qual foi possível a pesquisadora adaptar-se ao contexto mobilizado pela própria prática.

Destaca-se que uma das dificuldades encontradas durante o desenvolvimento deste estudo se refere ao fato de que os encontros do GC ocorreram nas mesmas datas dos encontros de um grupo já constituído, o GTIEV. Assim, em muitos momentos, se tornava difícil distinguir os assuntos a serem discutidos na reunião do GTIEV daqueles que pertinentes ao foco do encontro. Para tanto, foram empregadas estratégias na condução de cada encontro; respeitando e acolhendo as falas dos participantes e distinguindo o momento oportuno para silenciar e para retomar as discussões.

Outra dificuldade que merece destaque foi o foco da discussão ser na temática da violência contra as mulheres, uma vez que o GTIEV também discute as situações de violências cometidas contra outras populações, tais como idosos, crianças e as violências autoprovocadas. Sendo assim algumas vezes, durante os encontros, o GTIEV se mobilizava a pensar na rede de atendimento a essas populações. Por um lado, isso parece ter sido um movimento produtivo do GTIEV, ao se mobilizar, a partir da reflexão, estimulada pela pesquisadora e participantes, por meio da intervenção que estava sendo realizada. Nesse momento foi possível identificar a convergência entre a pesquisa e à prática assistencial. Essas discussões eram acolhidas e as falas dos/as participantes, respeitadas. A pesquisadora teve o cuidado de perceber essas outras demandas do grupo, fazendo sugestões e proposições de que talvez fosse necessário trabalhar essas necessidades após finalizarmos o período de produção de dados ou mais especificamente no momento da reunião do GTIEV. Por outro, pode-se inferir que a própria temática da violência contra as mulheres, por vezes possa despertar nos próprios profissionais um certo distanciamento ou hesitação. Esse fato exigiu que a cada encontro fosse retomada a temática e o foco do estudo.

Os encontros do GC foram planejados e desenvolvidos tomando-se como referência a Metodologia da Problematização (MP) e o Arco de Charles Maguerez, subsidiada pelo pensamento freiriano que converge com o referencial da PCA.

A MP foi escolhida por superar a abordagem tradicional de ensino (BERBEL, 2012), com a finalidade da aplicação de um método que proporcionou uma relação de aprendizado horizontal entre profissionais e a pesquisadora. Nesse sentido, os encontros foram realizados considerando a realidade, experiências e vivências dos profissionais. Um outro aspecto a considerar no uso dessa metodologia é que esta visa a transformação da realidade de alguma forma. Com ela não se pretende resolver totalmente os problemas do mundo ou da realidade, mas sim exercitar intervenções em alguma parte dessa realidade (BERBEL, 2014).

O Arco de Charles Maguerez se desenvolve em cinco etapas: observação da realidade junto à definição do problema de estudo; da qual emergem os pontos-chave a fim de construir a teorização e elaboração da hipótese de solução e a aplicação à realidade, que se refere à intervenção, à prática, exercitar as situações apreendidas e associadas ao problema (BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERBEL, 2012).

Figura 4 – Arco de Maguerez



Fonte: Berbel (2012, p.15), adaptado de Bordenave, Pereira (1982, p.10)

As cinco etapas do Arco (BERBEL, 2012), foram contempladas neste estudo, por meio do planejamento dos 10 encontros, a serem explorados na próxima seção, na sequência do texto.

**Primeira etapa:** observação da realidade e definição do problema de estudo. Constitui-se como o início do processo de apropriação de informações pelos participantes que são estimulados a observar a realidade, identificando suas características, a fim de, mediante os estudos, poderem contribuir para a transformação da realidade observada.

**Segunda etapa:** a partir da definição do problema a estudar, inicia-se a reflexão sobre possíveis fatores determinantes do problema que culmina na definição dos Pontos-chave para o estudo.

**Terceira etapa:** é a Teorização, momento de construir respostas mais elaboradas para o problema. As informações obtidas são registradas, analisadas e discutidas, buscando-se um sentido, tendo em vista o problema elencado.

**Quarta etapa:** construção das hipóteses de Solução a fim de transformar a realidade. Etapa permeada pela criatividade e originalidade para se pensar em alternativas de solução.

**Quinta etapa:** a Aplicação à Realidade. Essa etapa possibilita intervir, exercitar e manejar situações vinculadas à solução do problema. A aplicação permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento das pessoas em voltar para a mesma realidade, gerando algum nível de transformação.

O registro dos encontros foi realizado por meio do recurso de gravação (áudio), por fotografias e anotações no diário de campo. As participantes receberam um crachá de

identificação, que foi utilizado em todos os encontros a fim de garantir fidedignidade aos relatos de cada uma.

### **b) Diário de campo**

Foi utilizado como instrumento o diário de campo que possibilitou o registro de observações, sentimentos e vivências da pesquisadora, subsidiando a análise das informações produzidas (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), neste estudo, por meio do encontros grupais, reuniões de interesse e seminário. No diário de campo também foram planejados cada encontro e registradas as percepções, angústias, questionamentos e informações durante todos os momentos de desenvolvimento da PCA. Recomenda-se o seu uso sistêmico desde o primeiro contato com o campo até o final do estudo, uma vez que quanto mais minuciosas forem as anotações, mais contribuirão para descrição e análise do objeto estudado (MINAYO, 2013).

As anotações no diário foram realizadas pelas auxiliares de pesquisa, sendo complementadas pela doutoranda ainda no mesmo dia de realização de cada encontro, a fim de serem anotadas o maior número de informações possíveis. Enfrentou-se dificuldade no que diz respeito à sistematização dessas informações para os procedimentos de interpretação e análise tendo em vista ter sido volumosa a produção de dados geradas correspondente a 258 páginas escritas, incluindo transcrições dos encontros grupais e informações do diário.

Após inúmeras tentativas de organização e sistematização das informações, compreendeu-se que era necessário articular as informações das transcrições produzidas nos encontros com a interpretação das escritas do diário e análise dos dados produzidos.

### **c) Validação das informações**

Na PCA, a obtenção de resultados de pesquisa insere-se na assistência renovada; e a incorporação desses resultados somente acontecerá, cumprindo seu sentido ético, se forem projetados de modo coletivo junto com a equipe assistencial e, se, por ela democraticamente forem validados. Assim, a validação é um rigor do qual eticamente o/a pesquisador/a precisa desenvolver (TRENTINI, PAIM, 2004). Neste sentido, a validação das informações ocorreu no decorrer do GC, de forma participativa, permeada pelo diálogo, sugestões e críticas. No segundo e décimo encontros, a validação ocorreu de forma sistematizada, na qual foram sintetizadas as falas das participantes e apresentadas para o grupo, sendo validado cada item

discutido. Nos encontros subsequentes ao segundo, ocorreu a partir da retomada dos principais aspectos discutidos. Esses momentos também possibilitaram a integração e apropriação dos novos participantes, que a cada encontro se inseriam na discussão.

Os produtos construídos coletivamente: o fluxograma e instrumento comunicação foram validados coletivamente durante os encontros e reuniões de interesse, assim como no seminário de socialização dos dados da PCA.

#### **4.2.4 Fase de Análise e Interpretação dos dados**

Ao se investigar fenômenos complexos, multifacetados e que emergem do contexto assistencial, como a continuidade do atendimento às mulheres em situação de violência, a partir da formação da rede de atendimento, o grande desafio é conseguir contemplar as dimensões de natureza humana e técnica e ao mesmo tempo congregar um método de investigação da prática assistencial com ênfase na subjetividade e no diálogo. As autoras da PCA, Trentini e Paim (2004), afirmam que as informações que emergem são igualmente complexas e de grande quantidade, tais como a vivência e experiência dos/as participantes. Além do que, a PCA se sustenta no princípio da *imersibilidade* (envolvimento do/a pesquisador/a com o espaço da prática de modo a inserir-se como parte dela para produzir mudanças compartilhadas com os participantes) (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014).

Nesse sentido, frente a suas características, a PCA promoveu muitas páginas de informações. Dessa forma, esta etapa foi organizada conforme os preceitos da PCA, em quatro etapas (TRENTINI, PAIM, 2004): apreensão das informações, síntese, teorização e recontextualização.

O processo de *apreensão* iniciou concomitantemente com a produção de informações. Após a realização dos encontros do Grupo Convergente foi realizada a escuta atenta de cada áudio e em sequência a transcrição das falas, assim como as anotações das impressões da pesquisadora e auxiliares de pesquisa no diário de campo. Em sequência, foram realizadas leituras exaustivas do *corpus* da pesquisa de forma a se atingir familiaridade com o mesmo. Durante esse processo, foi possível que a pesquisadora planejasse as intervenções da prática junto às profissionais, uma vez que as informações produzidas pela pesquisa subsidiavam o planejamento da intervenção.

A *síntese* consistiu na análise subjetiva das informações que foram organizadas em arquivo único a fim de facilitar a compreensão das ideias relevantes e da essência dos relatos. Cada encontro continha a data de realização, o número de participantes, a categoria

profissional, hora de início e término da atividade grupal, objeto e objetivos do estudo. Quando havia mais de uma profissional da mesma categoria, esta recebia a identificação do local de trabalho acompanhada de uma numeração dada pela ordem de fala no encontro.

Após leituras e reflexões sobre o material produzido, foram identificadas a partir das falas, as etapas do Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERBEL, 2012), as quais foram sinalizadas com recursos marcadores do Word no decorrer do material transcrito.

Para a análise dos dados foi desenvolvida a análise de conteúdo temática, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (MINAYO, 2010). Na fase de pré-análise, realizou-se a leitura flutuante do material, para obter um maior contato com o conteúdo. Em sequência, houve a captação dos núcleos de sentido e o agrupamento por afinidade das ideias em comum, com recortes, a fim de identificar o conteúdo para construir os instrumentos propostos. Foi realizada codificação cromática dos achados e categorizados conceitos gerais que orientaram a análise. Na exploração do material foram identificadas as ideias comuns e a relação das categorias entre si. A análise final consistiu no tratamento dos resultados e sua interpretação, articulando o material com a literatura indexada em bases de dados sobre o tema.

Foram identificadas as ideias centrais e aspectos relevantes acerca do conceito de rede de atendimento; das possibilidades e dificuldades para a composição da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, com o intuito de construir as categorias empíricas: *1) A rede na visão dos profissionais: trabalho artesanal que é construído pelas pessoas; 2) As dificuldades e as potencialidades para a composição da rede nos diferentes pontos de atenção e 3) Instrumentos para implementação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva.* Destaca-se que, a formação das três primeiras categorias foi realizada a partir da primeira etapa realizada do Arco de Maguerez, a observação da realidade. A última categoria emergiu durante a quarta etapa, a construção das hipóteses de solução, mediada construção coletiva dos dois instrumentos: o fluxograma e instrumento de comunicação (CORTES, PADOIN, ARBOIT, 2017).

Para análise final, articulou-se o material estruturado, visando à identificação do conteúdo subjacente ao manifestado, na tentativa de responder à questão da pesquisa com base nos objetivos. A teorização metodológica fundamentou-se nos preceitos da MP, que está fundamentada epistemologicamente na pedagogia libertadora de Paulo Freire (FREIRE, 2011) e, nos conceitos de práxis dos filósofos marxistas Karel Kosik e Adolfo Sánchez Vázquez

(BERBER, 2012; BERBEL, GAMBOA, 2012) e para a análise dos dados fundamentou-se na literatura atual acerca da temática.

O processo de *transferência, ou recontextualização*, consistiu na possibilidade de dar novos significados aos dados encontrados e procurar contextualizá-los em situações similares, ou seja, é a socialização de resultados (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Neste estudo, este último processo foi contemplado por meio do seminário “Tecendo redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, três reuniões de interesse e por meio da inclusão do fluxograma de atendimento no protocolo municipal (em construção) e implementação do instrumento de comunicação pelos serviços.

### 4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando se fala em ética, refere-se à ação humana que produz consequências em outras pessoas. Deve ser vista como parte importante da pesquisa e levada em conta desde os primeiros momentos de sua concepção, e não diz respeito somente à questão do sigilo, mas sim a questões referentes a normas de conduta correta (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000). Com esta perspectiva, inicialmente o projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, no Sistema de Informações de Ensino, submetido à apreciação do setor envolvido na pesquisa, a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da mesma, a citar: Grupo de Trabalho Integrado no Enfrentamento às Violências de Santa Maria. Posteriormente foi registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), seguindo para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CEP/UFSM), onde obteve parecer favorável, número 935.978; CAAE: 40350315.1.0000.5346, emitido dia 21 de janeiro de 2015 (ANEXO C).

Os procedimentos éticos foram respeitados em todos os trâmites e momentos da pesquisa, sendo considerada a Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) que subsidia as questões éticas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos.

Após a aprovação do projeto pelo CEP/UFSM a PCA foi apresentada no GTIEV, sendo realizado convite aos profissionais para participarem da pesquisa assim como as pactuações necessárias para o início da mesma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, (ANEXO D), foi apresentado e explicado aos participantes a cada encontro, para que fosse possível a autorização de sua voluntariedade, garantindo o anonimato e o caráter confidencial das informações. Para garantir o anonimato foi utilizada a letra ‘P’

(P1, P2, P3, P4...), por ser a letra inicial de profissional, seguida de um numeral e da sigla do serviço do qual a/o profissional faz parte, por exemplo, P1/SMS, P4/Hospital.

No TCLE foram descritos os objetivos da pesquisa, a justificativa, riscos e benefícios, bem como a liberdade de participação espontânea, o direito da desistência dos participantes em qualquer etapa da pesquisa; o direito à privacidade e anonimato. Outro aspecto que constava no termo é que as informações obtidas seriam utilizadas para uso exclusivamente científico, com a finalidade de produção de conhecimento para a área de Enfermagem e da Saúde.

Durante os encontros grupais, a pesquisadora também explicou sobre a necessidade de gravação de áudio, de modo a garantir a fidedignidade dos dados produzidos pelo grupo; ressaltou o compromisso com o sigilo e com as questões éticas da pesquisa. Após tais esclarecimentos, as participantes realizavam a assinatura do TCLE, ficando uma via com a participante e a outra com a pesquisadora, assinavam a folha de presenças e era entregue um crachá, para que fosse possível a identificação das mesmas, e assim facilitar a transcrição dos áudios, sendo ressaltado que de modo algum seriam identificadas no trabalho ou em publicações.

O Termo de Confidencialidade (ANEXO F) assegurou que as informações ficariam à disposição das participantes sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, em banco de dados confidencial no computador, sendo destruídas após esse período. A confidencialidade e a segurança das informações foram garantidas pelas pesquisadoras responsáveis. Os depoimentos das participantes serão mantidos sob a responsabilidade da orientadora em armário chaveado no Centro de Ciências da Saúde (Prédio 26- UFSM), Departamento de Enfermagem da UFSM, na sala nº. 1336, do GP-PEFAS.

Os benefícios deste estudo foram relacionados à produção de conhecimento acerca do tema, com intuito de fornecer subsídios para a mudança da prática dos profissionais, no que se refere à assistência às mulheres em situação de violência, bem como a possibilidade de reflexão e de terem participado dos momentos educativos. Há ainda a possibilidade de utilização dos produtos construídos na prática profissional.

Além destes aspectos, em todo o processo de pesquisa foram observados os princípios éticos fundamentais do respeito à pessoa, sendo aplicados às participantes desta pesquisa, a citar: o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e o da justiça.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos na produção das informações, os quais foram divididos em: 1) Relato da Prática Assistencial Educativa, ancorada nas cinco etapas da Metodologia da Problematização propostas no Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERBEL, 2012) e 2) Análise dos dados de pesquisa produzidos nos encontros grupais.

Destaca-se que devido ao componente de *simultaneidade* da PCA, o maior desafio na PCA é resguardar a identidade própria das ações de prática e de pesquisa. Para tanto, fez-se necessário separar o que se identificou como prática assistencial e resultados da pesquisa (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

### 5.1 RELATO DA CONVERGÊNCIA DA PRÁTICA COM A PESQUISA

Na PCA, a *convergência* da prática com a pesquisa conduz a quatro conceitos: 1) *diálogo*; 2) *expansibilidade*; 3) *imersibilidade*; 4) *simultaneidade*. Cada um deles teve sua expressão nesta PCA e serão descritos (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

1) *Diálogo*: é a essência da convergência da prática assistencial com a pesquisa e está pautada em processos de comunicação humana, permeados pelo compartilhamento de ideias e construção de conhecimentos novos e interlocução, inclusive de significados (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014).

Nesta pesquisa, a troca de conhecimentos entre a enfermeira doutoranda e as participantes do estudo subsidiou ações concretas de mudanças, como: a construção coletiva de dois instrumentos (fluxograma de atendimento e roteiro de comunicação) inovadores para minimizar o problema da desarticulação entre os serviços e, para colaborar com a apropriação do grupo acerca da necessidade de fomentar e implantar esses no município a partir da responsabilização de cada profissional em seu *locus* de trabalho. Além disso, foram construídos documentos para respaldar a prática profissional; mobilizações e articulações nos serviços, tais como, a formação de comissão para organização do atendimento à violência sexual no âmbito hospitalar; compartilhamento e apropriação de materiais teóricos e legislações, dentre outros.

Nesse momento, destacou-se a convergência da pesquisa com a prática assistencial, uma vez que, ao emergirem as demandas de articulação no serviço hospitalar, se

problematizou a necessidade de realizar esse movimento. Isso contribuiu para que o grupo percebesse que eram necessários momentos fora do espaço do próprio GTIEV e junto a outros profissionais, como médicos ginecologistas, a fim de dar visibilidade e amarrar a construção da rede de atendimento nos diferentes pontos de atenção.

2) *Expansibilidade*: representa a ampliação do propósito inicial do pesquisador/a na investigação, por meio do processo dialógico entre a prática e a pesquisa, exigindo assim do/a pesquisador/a a flexibilidade para lidar com temas e interesses que emergem do contexto da prática assistencial (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Neste estudo, exercitou-se a expansibilidade quando emergiu muito fortemente no grupo a necessidade de apropriação teórica sobre normas e legislações acerca do atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Esse momento fez com que a pesquisadora imersa no contexto da prática, se adaptasse a essa necessidade do grupo, incluindo esses materiais nos momentos de prática educativa. Nesse sentido, a pesquisadora propôs a criação de uma comissão para discutir esse tipo de atendimento, da qual foi convidada a fazer parte, ajudando a construir documentos e participando de espaços de decisões e debates no nível hospitalar e também municipal. A própria (re)construção do fluxograma de atendimento, inicialmente não era um propósito desta PCA. No entanto, essa necessidade da prática emergiu a partir dos momentos iniciais de investigação e definição dos problemas da prática. A pesquisadora então incluiu esse item no desenvolver da PCA, aliando à (re) construção do fluxograma com o instrumento de comunicação (CORTES, PADOIN, ARBOIT, 2017), a fim de contemplar o objetivo de conduzir a construção conjunta de um instrumento para viabilizar a articulação comunicativa entre os serviços e otimizar a atenção em rede às mulheres em situação de violência.

Outro momento no qual ficou explícito esse princípio foi quando as profissionais manifestaram além da necessidade de criação dos instrumentos citados, a necessidade de criação de um protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência no serviço hospitalar; de momentos de capacitações nos serviços e da construção de outros fluxogramas como os de violências contra as crianças e adolescentes e idosos. Ao mesmo tempo, o próprio grupo sugeriu que outras pesquisas como essa (com o propósito de inovar a prática assistencial) fossem ser desenvolvidas até mesmo pelas demais integrantes da equipe de pesquisa (mestranda e acadêmica de enfermagem). Isso demonstrou que a presente PCA não termina com este relatório e que o movimento de *convergência* propiciou muitos desdobramentos a serem desenvolvidos e “amarrados” em sequência.

3) *Imersibilidade*: representa a imersão do/a pesquisador/a na assistência durante o processo investigativo com vistas à construção de mudanças compartilhadas com a

assistência. Esse mergulho do/a pesquisador/a como agente na prática profissional pode acontecer em diferentes dimensões do cuidar, tais como: gerenciar, coordenar, educar em saúde, realizar capacitações e cuidar diretamente do usuário/a (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Nesta PCA, a prática assistencial refletiu o compromisso da pesquisadora em atuar como enfermeira e pesquisadora. Ocorreu pelos momentos educativos, ou de instrumentalização, com os profissionais do GTIEV e também de gerenciamento do cuidado. Nesse foi possível realizar a construção dos instrumentos para inovar a prática e, a participação em momentos de decisão (reuniões) junto a profissionais e gestores/as dos serviços e município. Além de momentos de atuação política inerentes à trajetória de militância e ativismo da doutoranda no Fórum de Mulheres de Santa Maria, tais como: reuniões, momentos de luta e mobilização pela garantia de atendimento judicial adequado às mulheres em situação de violência, participação na organização da Conferência de Políticas Públicas para as Mulheres, entrevistas na mídia, dentro outros momentos que foram compartilhados e relatados no grupo (CORTES, PADOIN, ARBOIT, 2017).

4) *Simultaneidade*: característica fundamental da PCA, significa que, apesar da concomitância, as ações de assistência e de pesquisa preservam suas características singulares, sendo que no entrecruzamento dessas ações, ambas se complementam (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Os encontros foram permeados por simultaneidade, que consistiu em grande desafio para a doutoranda, uma vez que houve momentos nos quais era difícil separar as ações de assistência e as de pesquisa. Uma dos aspectos que facilitou esse processo foi organizar, no cronograma dos encontros (ANEXO A), momentos iniciais e finais (encontro um, dois, nove e dez) para a produção de dados de pesquisa e, em sequência, momentos de prática assistencial, sendo esses permeados pela produção de novos conhecimentos (CORTES, PADOIN, ARBOIT, 2017).

A prática assistencial foi planejada junto com o GTIEV, a partir do Arco de Charles Maguerez. A aplicação de sua **primeira etapa**, realizada no primeiro e segundo encontros, constituiu-se na observação da realidade e definição do problema da prática: a desarticulação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Emergiu a partir da observação dos temas discutidos nas reuniões do GTIEV, anteriormente aos encontros da PCA e durante os encontros, grupos convergentes. Nesses foram problematizadas as ações dos profissionais, bem como as possibilidades e dificuldades para a construção da rede de atendimento às mulheres em situação de violência no município em questão.

A **segunda etapa** foi contemplada, no segundo grupo, após muitas reflexões, onde emergiram os pontos-chave a serem estudados pelo grupo de profissionais: Portaria Nº 528,

de 1º de abril de 2013, que define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS (BRASIL, 2013); Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006); rede de Atendimento à mulher em situação de violência e; fluxogramas.

A **terceira etapa**, a teorização, ocorreu nos encontros três, quatro, cinco, seis e sete por meio de intervenção educativa junto aos profissionais, na qual se teorizou sobre os temas elencados na etapa anterior. A **quarta etapa**, aconteceu em sequência, onde foram definidas as hipóteses de solução do problema: a (re)construção coletiva de fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência do município e a construção de um instrumento de comunicação entre os serviços. A **quinta etapa**, a de aplicação à realidade, aconteceu a partir do sexto até o décimo encontro, onde foi possível construir coletivamente os dois produtos da intervenção a fim de contribuir com a articulação dos serviços que realizam o atendimento às mulheres. Também contemplou três reuniões de interesse e o Seminário “Tecendo redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, no qual foi possível socializar os produtos da PCA. A Figura 5 é uma adaptação do Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE, PEREIRA, 2002; BERBEL, 2012) ao estudo e ilustra a sequência de realização dos encontros.

Figura 5 – Organização dos encontros do estudo pautados na Metodologia Problematizadora



### **5.1.1 Primeira etapa: observação da realidade de atendimento às mulheres em situação de violência**

Esta etapa foi composta pelos dois primeiros encontros da PCA: encontros 1 e 2.

#### **Primeiro encontro**

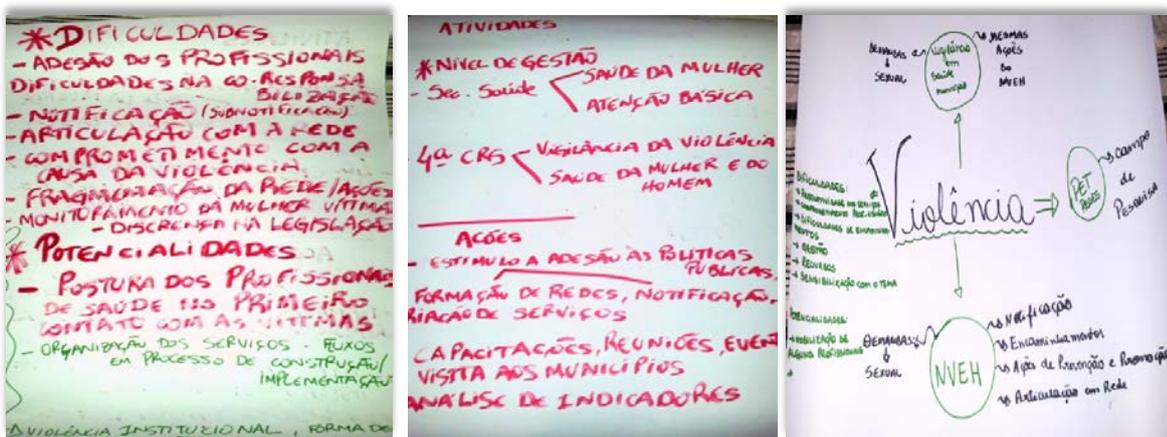
O primeiro encontro do GC foi realizado no dia 11 de março de 2015, com a participação de 13 profissionais e duração de 01h:45m. Foi iniciado com uma breve reapresentação da proposta da PCA ao grupo, uma vez que alguns dos participantes não estavam presentes na reunião anterior, na qual foi realizada a explanação do projeto. Foram realizadas pactuações sobre o cronograma, horário e local dos encontros, bem como sobre o cumprimento dos aspectos éticos da pesquisa. A pesquisadora explicou o objetivo do encontro: “Reconhecer a realidade e construir diagnóstico, identificando o contexto da prática assistencial para a construção de uma proposta coletiva para a melhoria da comunicação em rede de atendimento às mulheres em situação de violência”; e propôs para o grupo uma dinâmica de apresentação.

Embora as participantes em sua maioria já se conhecessem das outras reuniões, a dinâmica de apresentação por duplas, na qual cada colega apresentava uma à outra possibilitou que as mesmas se conhecessem melhor, em aspectos da vida pessoal e profissional. Isso favoreceu a integração do grupo, uma vez que após esse momento, cada dupla se apresentou no grande grupo. Segundo a fala de uma participante esse momento foi positivo: “*é bom ouvir o outro falar da gente*” (P4/Hospital). No processo grupal, essa é a fase de reconhecimento, na qual os/as participantes se interessam em conhecer seus pares e as finalidades dos encontros. A partir desses momentos, mediados pelo diálogo, as relações foram se intensificando a fim de alcançar a coesão do grupo (TRENTINI, PAIM, 1997 *apud* TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014).

Em sequência, a doutoranda propôs que o grande grupo se organizasse em três pequenos grupos, para facilitar as discussões e aprofundar os questionamentos propostos para orientar a problematização: 1) *Na prática, quais as atividades que você desenvolve ou já desenvolveu direta ou indiretamente com/para mulheres em situação de violência?* 2) *Quais as potencialidades e dificuldades encontradas na prática para compor uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência?*

Os questionamentos foram projetados, por meio de datashow e foi estipulado um tempo (aproximadamente 20 minutos) para a discussão e confecção de cartazes com a síntese da discussão realizada. O material produzido (Fotografias 1, 2, 3) por cada subgrupo foi exposto onde um relator apresentou a síntese de cada um. Nesse momento a discussão foi ampliada para as demais participantes do encontro, formando-se um momento de diálogo e contribuições coletivas.

Fotografias 1, 2 e 3 – Cartazes produzidos pelos subgrupos no primeiro encontro.



Ao final dessa discussão foi realizado o encerramento do encontro, sendo pactuado o próximo. É importante destacar que após cada encontro a pesquisadora ouvia o áudio e realizava apontamentos com as impressões, bem como a síntese do mesmo. Dessa forma, as informações produzidas nesse foram organizadas a fim de serem validadas coletivamente no próximo. Esse processo ocorreu em todos os encontros.

## Segundo encontro

O segundo encontro foi realizado no dia 25 de março de 2015 com 12 participantes e duração de 2h:17m. Iniciou com a retomada das atividades desenvolvidas no encontro anterior, após iniciamos um processo de validação das informações produzidas no GC1. A síntese da discussão foi projetada em *datashow* e cada tópico foi retomado e aprofundado pelas participantes. Vale destacar que a todo o momento a construção foi coletiva, sendo possível alterar informações que não expressassem as ideias com clareza.

## Quadro 2 – Quadro Síntese das ações realizadas no setor saúde

### **Ações desenvolvidas pelos profissionais (gestão da atenção à saúde)**

#### **Secretaria de Município da Saúde (Política de Saúde da Mulher e NASF)**

Estímulo à adesão às políticas públicas  
 Estímulo à formação de redes  
 Estímulo à notificação  
 Estímulo Criação de serviços (exemplo: Centro de Referência no Atendimento às pessoas em situação de violência)  
 4ª CRS: Realização de capacitações, reuniões, eventos, visitas aos municípios  
 4ª CRS e SMS (Núcleo de Vigilância Epidemiológica): Análise de Indicadores  
 Notificações e encaminhamentos (NVE-SMS)  
 Ações de prevenção e promoção (NVE-SMS)  
 Articulação em rede (NVE-SMS)

### **Ações desenvolvidas pelos profissionais (nível terciário)**

#### **Pronto Socorro e Centro Obstétrico**

Assistência inicial às mulheres e crianças (violência sexual e psicológica)  
 Acompanhamento da situação até a pessoa ser inserida na rede  
 Assistência psicológica no momento da emergência

#### **NVEH**

Contatos e encaminhamentos pós-notificações para dar início à continuidade da atenção  
 Planejamento, gestão e problematização dos processos  
 Teorização (trabalhos acadêmicos/PET)

## Quadro 3 – Quadro Síntese das Dificuldades Identificadas pelos profissionais

### **Dificuldades da prática assistencial para compor a rede de atendimento**

Violência Institucional (dificuldades em acolher as mulheres e julgamento moral pelo profissional)  
 Dificuldade de adesão dos profissionais às políticas públicas  
 Subnotificação dos casos  
 Não comprometimento dos profissionais com a causa da violência  
*(os profissionais das US não entendem que a violência é uma atribuição deles)*  
 Não responsabilização do profissional *(atende e acha que o papel dele acaba ali)*  
 Dificuldade de articulação em rede, de comunicação com os outros serviços; fragmentação da rede, dificuldades nos encaminhamentos (monitoramento e seguimento) e nas “portas de entrada” (PS e Unidades)  
 Inexistência de um protocolo de acompanhamento nos serviços  
 Falta de resolutividade dos serviços  
 Burocratização nos serviços e falta de prioridade das situações de violência  
 Descrença no cumprimento da legislação (LMP)  
 Dificuldade de proteção à mulher (denúncia como exposição à nova violência)  
 Falta de um Núcleo de Vigilância da violência doméstica e sexual  
 Necessidade de serviço de acompanhamento ao agressor  
 Falta de investimentos da gestão

#### Quadro 4 – Quadro Síntese das Potencialidades Identificadas pelos profissionais

<b>Potencialidades da prática assistencial para compor a rede de atendimento</b>
O próprio GTIEV (integração entre os serviços)
Mobilização e integração de alguns profissionais/pessoas motivadas
Reuniões com gestores no hospital (movimento do GTIEV); trabalho compartilhado com a gestão
Organização dos serviços (fluxos em processo de construção ou implementação)
Acompanhamento dos casos por profissionais do hospital (PS/NVEH) e SMS (NVE)
Postura de acolhimento dos profissionais de saúde no primeiro contato com as mulheres (tecnologia leve)
Respaldo das pesquisas

Após esse primeiro momento, permeado por intensas reflexões, foi possível emergir os pontos-chave para subsidiar a teorização e também o problema da prática assistencial: a desarticulação dos serviços de atendimento, permeada pelas dificuldades de comunicação entre as instituições e pelo fluxograma desarticulado.

As informações produzidas nesses dois primeiros encontros foram transcritas e organizadas em duas categorias que emergiram dos relatos das profissionais. As categorias foram compostas de um conjunto de expressões com características similares cuja essência se complementa e serão apresentadas em sequência.

#### 5.1.2 Segunda etapa: definição de pontos-chave para subsidiar o estudo

Esta etapa, foi contemplada pelo segundo encontro, já descrito anteriormente. Ao definirmos e priorizarmos os problemas da prática assistencial, foi realizado o seguinte questionamento ao grupo: “o que a gente precisa estudar, teorizar, pra pensar a formação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência? E pra pensar em fluxo e em protocolo, o que precisa ser estudado?”

A partir desses questionamentos as profissionais mencionaram o interesse de estudar a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), rede de Atendimento à mulher em situação de violência e fluxogramas. Esse momento fica explícito nas falas que seguem.

*Tem também um texto, de rede [...] (Acadêmica 1)*

*Acho que é necessário também [estudar sobre a composição da rede de atendimento]. (P3/SES)*

*Tem protocolos do Ministério e do Estado em relação à violência sexual, que é a questão mais de fluxos e atendimentos de tratamento, é diferente. (P7/ Hospital)*

Além da LMP, no decorrer dos encontros foi explicitado pelas profissionais a necessidade de estudar a Portaria Nº 528, de 1º de abril de 2013, que define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). A doutoranda acolheu essa necessidade e incluiu o documento no cronograma de estudos.

Vale destacar uma dificuldade que permeou essa etapa e o desenvolvimento da PCA foi o fato de o GTIEV trabalhar com violências nas diferentes populações, quais sejam: idosos, homens, crianças e mulheres. Isso fica explícito na fala das profissionais, sendo necessário que a pesquisadora, em muitos momentos, retomasse o foco para o problema de pesquisa. No entanto, quando isso acontecia, as próprias participantes contribuíam coletivamente para redirecionar a discussão.

*É que pra nós se torna bem complicado, a gente não consegue distinguir só mulheres. [...] Sei que o foco é mulher, mas a gente tem idosos, tem a criança e na verdade a gente fala de violência de modo geral. (P2/SMS)*

*Mas é que tem um foco o trabalho. (P5/Hospital)*

### **5.1.3 Terceira etapa: Teorização - A Prática Educativa junto aos profissionais do GTIEV**

Esta etapa foi desenvolvida do terceiro ao sétimo encontros, nos quais foram debatidos os seguintes temas: Portaria Nº. 528, define questões relativas ao atendimento de casos de violência sexual o SUS; Lei Maria da Penha, rede de atendimento às mulheres em situação de violência e fluxogramas: conceitos e construção.

Para fins de organização didática, o sétimo encontro será apresentado na quarta etapa uma vez que nesse aconteceu, inicialmente um momento de teorização sobre a composição da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e também o início da (re)construção coletiva do novo fluxograma de atendimento às mulheres, uma das hipóteses de solução para enfrentar o problema.

#### **Terceiro encontro**

O terceiro encontro do GC foi realizado no dia oito de abril de 2015, com oito participantes e duração de 49 minutos. Inicialmente foi realizada uma breve retomada da proposta em andamento. Foram realizadas pactuações iniciais quanto ao horário. A

pesquisadora explicou o objetivo do encontro: “Conhecer e discutir a Lei 11.340/06, Lei Maria da Penha, em especial no que diz respeito à assistência e ao atendimento em equipe multiprofissional e atenção em rede.” A partir da retomada inicial, alguns integrantes do grupo sentiram necessidade de conversar sobre entraves no atendimento dos casos de violência sexual no Hospital terciário que no momento havia restringido o atendimento de novos casos, condicionando o acesso ao referenciamento por outro serviço o que dificultou o atendimento de pessoas em situação de violência sexual.

Esse momento foi entendido como uma necessidade importante para o grupo. Assim, a doutorada mostrou-se flexível e acolheu a demanda do momento, participando ativamente da discussão. Embora o grupo tenha focado nessa questão e o objetivo proposto não tenha sido desenvolvido, esta oportunidade foi um momento de convergência da prática com a pesquisa, na qual foi possível a enfermeira pesquisadora contribuir com a discussão e a partir disso ajudar as profissionais a pensarem estratégias de solução para o problema específico do serviço hospitalar.

No decorrer da discussão reforçam a necessidade de incluir legislações sobre o atendimento à violência sexual. Ficando combinado de estudar a portaria no próximo encontro. Esta situação remete ao princípio da *expansibilidade* da PCA, uma vez que o propósito da pesquisa foi sendo ampliado durante o processo de prática e investigação, numa construção dialógica. O que levou à pesquisadora a ampliar o foco para as situações específicas de violência sexual.

Neste contexto de dificuldades no serviço, logo no início dos encontros, uma das coordenadoras do grupo solicitou à enfermeira pesquisadora suporte para a construção de documento/relatório (ANEXO G) que contasse a história de lutas sobre o enfrentamento da violência sexual no hospital referência. Entendendo a importância dessa articulação para a prática assistencial, esse documento foi construído pela pesquisadora juntamente com outras duas enfermeiras do serviço. Nele continha uma solicitação à gestão do hospital para a implantação de uma equipe de referência e um ambulatório para atendimento dos casos de violência sexual. Esse documento foi entregue juntamente com as profissionais em reunião que aconteceu no mês seguinte. Ao mesmo foram retomadas reuniões no serviço em questão, com algumas profissionais envolvidas no atendimento à violência sexual para se iniciar a organização de um fluxograma de atendimento interno para essa instituição. A doutoranda foi convidada a participar desses encontros para contribuir com a discussão. Desse modo, essa inserção configurou-se outro momento de prática assistencial no âmbito do gerenciamento do cuidado.

Ao finalizar este encontro, a doutoranda percebeu a necessidade de resgatar alguns contatos, representantes de outros serviços, como os de assistência social (CRAS, CREAS), a DEAM e representantes da rede de urgência emergência municipal, tendo em vista a exigência de abordagem intersetorial para tratar da violência contra as mulheres. No intervalo semanal entre os encontros, foi possível então entrar em contato com os CRAS, CREAS e DEAM convidando as pessoas para o próximo encontro e reunião do GTIEV.

#### **Quarto Encontro**

O quarto encontro foi realizado no dia 22 de abril de 2015, com 14 participantes e duração de 01h:15min. Nesse dia foi possível visualizar o efeito do reforço da comunicação prévia por email, uma vez que estiveram presentes duas novas profissionais do CREAS. Inicialmente foi realizada uma breve retomada da proposta em andamento ao grupo. Foram realizadas pactuações iniciais quanto ao horário e organização do encontro. Retomamos as principais dificuldades elencadas da prática e as possibilidades priorizadas para o trabalho: a reformulação do fluxograma existente e a construção de um instrumento de comunicação.

Frente à necessidade de formalizar o hospital terciário como uma referência para o atendimento dos casos de violência sexual, demanda citada no último encontro, a doutoranda apropriou-se da informação em relação ao trabalho articulado com gestores e gestoras ser um potencial para a construção de novos processos de trabalho e sugeriu que fosse agendada uma reunião no hospital para dialogar sobre esses problemas da prática. Esse encontro teria o propósito de definir essas questões junto à direção e demais pessoas envolvidas com o atendimento aos casos de VCM. O grupo concordou com a proposta e iniciou a articulação para agendar a reunião.

Nesse momento, fica explícita a convergência da pesquisa com a prática assistencial, uma vez que ao emergir as demandas de articulação no serviço hospitalar, a doutoranda problematizou a necessidade de realizar esse movimento. Isso contribuiu para o grupo perceber que eram necessários momentos fora do espaço do próprio GTIEV e junto a outros profissionais, como médicos ginecologistas, a fim de dar visibilidade e amarrar a construção da rede de atendimento nos pontos de atenção. A partir da reflexão coletiva foi possível a apropriação do grupo sobre essa necessidade, o que pode ser visualizado na fala desta profissional.

*Isso a gente tem que definir. Vai ser? Não vai ser? De que forma isso vai acontecer? E se chegar à conclusão que não vai ser, a gente tem que ver outra*

*alternativa. Mas eu acho que tem que partir disso. A gente tem que fazer uma reunião com a direção pra discutir o fluxo de atendimento. (P5/Hospital)*

*É importante que nessa primeira [reunião] alguns médicos estejam presentes. (P2/SMS)*

Após essa definição, iniciou-se o momento de estudo sobre a Portaria Nº 528/2013 que trata sobre os serviços de atendimento, de forma a compor uma rede intersetorial. Esse documento também define quais são as normas para o funcionamento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, no SUS, organizando os serviços de acordo com o público. Por exemplo, estabelece os serviços específicos para mulheres, para adolescentes, para a criança e para os homens. Como as profissionais desconheciam esse material, a dinâmica educativa ocorreu com uma breve exposição do conteúdo da Portaria e após a doutoranda conduziu a leitura coletiva do texto na íntegra. De forma que fosse possível que cada participante lê-se e comentasse o trecho lido.

Durante a leitura e discussão, percebeu-se que a portaria define os hospitais gerais e maternidades como referência para o atendimento à violência sexual, conjuntamente com outros serviços, tais como: pronto socorros, UPA e conjunto de serviços de urgência; ambulatorios, unidades clínicas e unidades de atenção primária. As profissionais discutiram e comentaram sobre as competências de cada serviço em cada nível de atenção. No entanto, criticaram o fato de a portaria não definir claramente as atribuições de cada serviço, além de não estabelecer o atendimento psicológico para todos os casos.

Salienta-se a importância desse momento educativo para as pessoas envolvidas, pois a partir da teorização conseguiram refletir e aplicar esse conhecimento as suas realidades de trabalho problematizando em grupo qual seriam as atribuições de cada serviço. Discutiram ainda sobre a coleta de provas (vestígios de sêmen, etc.) no momento do atendimento; bem como sobre o uso da contracepção de emergência, dentre outras questões. Nesse momento, apontaram a necessidade de comunicação com o Departamento Médico Legal do município para discutir e definir esses procedimentos, bem como sobre a possibilidade de pautar essa questão na reunião no hospital. Reforçaram ainda a necessidade de se ter um serviço especializado para o atendimento dos casos de violência sexual.

Ao final do encontro, algumas profissionais precisavam sair, então combinamos de terminar o estudo da portaria no próximo encontro, juntamente com o estudo da Lei Maria da Penha. Destaca-se nesse momento a flexibilidade necessária e contemplada nesta PCA para desenvolver os encontros a partir das demandas do Grupo Convergente. Sendo assim, ficou

combinado de a coordenadora agendar reunião com a gestão do hospital e de que no próximo encontro, realizaríamos inicialmente a intervenção educativa e após a reunião do GTIEV.

### Quinto encontro

O quinto encontro do GC aconteceu no dia seis de maio de 2015, com sete participantes e duração de 02h:32m. Inicialmente o grupo retomou a discussão sobre a Portaria 528/2013 e as atribuições de cada serviço no atendimento dos casos de violência sexual, em especial do hospital. As profissionais consideraram importante utilizar essa Portaria como documento para respaldar o posicionamento do grupo na reunião que aconteceria no âmbito hospitalar. Refletiram sobre a necessidade de ampliar-se o propósito da reunião, pois demonstraram a necessidade de esclarecimento sobre a atuação do hospital na rede de atendimento, de esclarecer qual seu papel. Além de formalizar o hospital como referência terciária para os casos graves de violência. Também propuseram agendar outra reunião com a promotora estadual que já estava envolvida em solicitar uma organização do hospital para o atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

*O [nome do hospital] é uma referência, então assim, nós não podemos demorar [...] e tem um monte de coisa, desde estrutura física, até humana, então eu vejo assim, é uma proposta de adequação e melhoramento dessa referência. Ela precisa se estabelecer. Nesse momento nós temos que tentar avançar alguma coisa e garantir que a pessoa chegue e que seja atendida, que ela tenha médico, e uma equipe ali acompanhando. Além da questão legal, de coleta de material, de BO [boletim de ocorrência], fazer tudo no mesmo tempo, no mesmo lugar. [...] Então nós temos que acertar as coisas. Então o [nome do hospital] serve pra isso, é pra todos os profissionais né, aí não tem no registro [BO], então vamos contatar o IML pra garantir que oportunamente ele se comprometa de vir e ajudar na coleta, ou capacitar pra fazer a coleta [...]. (P3/SES)*

*[...] Há dúvidas em relação aos atores da rede, digamos assim, nesses setores e outros que participam, em relação ao atendimento devido a tais circunstâncias, tipo: se é o [nome do hospital] que atende, a gente pode colocar isso [...]. (P6/Hospital)*

*A questão é justamente chegar [para propor à gestão] com alguma coisa pronta: “olha tem um problema aqui e ele é assim... a gente pensa em fazer isso aqui” [...] E pactuar mesmo, com eles, com os médicos [sobre o atendimento à violência sexual] [...]. (P11/Hospital)*

Entende-se que esse movimento de reflexão-ação coletiva foi um resultado importante disparado a partir da proposta da PCA em andamento. Nesse momento, fica explícita a convergência da proposta de pesquisar e assistir, uma vez que as participantes, a partir da problematização, conseguiram juntamente, com a enfermeira pesquisadora, se mobilizar para

a melhoria ou minimização dos problemas elencados da prática. Nas falas ficam explícitos movimentos de articulação para participarem de reunião junto à gestão do hospital que ficou agendada pra o dia 19 de maio de 2015.

Nesse contexto, a pesquisadora propôs para o grupo conhecer um protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência de Curitiba/PR (CURITIBA, 2008), mediante o qual foi possível problematizar as diferentes atribuições dos serviços, comparando esse protocolo com a realidade local. Além disso, teorizou-se sobre o histórico de construção das políticas públicas para o enfrentamento da violência e sobre a criação da Lei Maria da Penha.

O estudo da legislação foi problematizado por meio de recurso didático visual (*datashow*) e em sequência assistiu-se ao vídeo “Silêncio das Inocentes”, que trata da criação e do impacto da Lei Maria da Penha no enfrentamento à violência contra as mulheres brasileiras. Desse modo, foi possível que as participantes refletissem e aprofundassem seus conhecimentos sobre o tema. Debateram-se as principais inovações e aplicação da Lei; as definições dos tipos de violência; a criação de medidas protetivas para as mulheres; criação de juizados especializados, inclusive remetendo à situação do juizado de Santa Maria e as articulações que foram feitas pelo Fórum de Mulheres em busca pela implantação desse juizado; sobre as medidas de punição e tratamento para o agressor. Foi possível discutir sobre a utilização da expressão “*mulher em situação de violência*” ao invés de “*mulher vítima de violência*”, uma vez que esse entendimento pode dificultar o empoderamento das mulheres para romperem com a situação. Além da perspectiva relacional, cultural e de gênero da VCM e a implantação da Patrulha Maria da Penha no município. A reflexão permitiu trabalhar as questões culturais, em especial os casos de violência entre casais, citados como exemplos de pelo grupo.

Esse momento também possibilitou que as profissionais questionassem sobre a existência da Casa de Passagem para as mulheres em situação de violência. A pesquisadora explicou sobre o que é e qual sua função no abrigamento das mulheres. Conseguiram refletir sobre esse serviço e sua inserção como parte da rede de atendimento. Esse momento de estudo também contribuiu para que as profissionais ampliassem o entendimento sobre a composição da rede de atendimento.

Comentaram sobre casos de violência durante a gestação. Discutiram sobre a criação de um Centro de Referência para Adolescentes e Crianças em situação de violência sexual (CRAI). Mas compreenderam que são duas necessidades diferentes: a criação desse serviço e a formação da rede. Retomamos a necessidade de (re)organização do fluxograma de

atendimento e a discussão sobre marcação das reuniões (na promotoria, no Conselho de Saúde e com a gestão do hospital). Movimento possibilitado em função da necessidade de criação do CRAI e também pela reorganização do fluxograma de atendimento e formação da rede, conforme ilustrado na fala.

*Eu acho que poderia fazer um comparativo, do que está acontecendo e como é o fluxo. [...] é, daí assim; o [nome do hospital] faz isso, daí o outro [outros serviços] o que faz? Porque eles tem que dizer o que eles vão fazer se chegar um caso [...]. Eles atendem, fazem as profilaxias né. Tem que colocar isso no papel pra ver se constitui o fluxo que deveria. (P12/Hospital)*

### **Reunião de Interesse do GTIEV no hospital**

A primeira reunião de interesse foi realizada no dia 19/05/2015, pela manhã, no âmbito hospitalar e envolveu diferentes participantes do GTIEV (assistentes sociais, psicólogos e enfermeiras) bem como representantes da gestão do hospital e da Atenção Primária do município. Esse momento foi articulado pelo GTIEV juntamente com a pesquisadora e foram relatadas pelas profissionais as principais dificuldades no atendimento às mulheres em situação de violência, em especial a violência sexual. E foi possível que a pesquisadora contribuísse com a discussão, uma vez que conseguiu utilizar a Portaria estudada anteriormente para fundamentar a argumentação de que o hospital deve ser porta de entrada para casos de violência sexual, considerados emergência.

Discutiu-se sobre a necessidade de construir um fluxograma interno ao hospital, bem como sobre a (re) construção de um fluxograma do município, mas para além disso, uma profissional da atenção primária reforçou a importância do trabalho articulado em rede. Esse momento proporcionou visibilidade e reconhecimento da gestão ao trabalho do GTIEV, uma vez que a gestora presente reforçou a legitimidade e autonomia do grupo. Também foi reafirmada a necessidade de construção do fluxograma e demais articulações entre os serviços e que essa construção tem o apoio da gestão.

### **Reunião de Interesse do GTIEV na Promotoria Pública Estadual**

Nesse mesmo dia, à tarde, a pesquisadora participou junto ao GTIEV de reunião na promotoria estadual de Santa Maria para apoiar a discussão sobre a criação de um CRAI na cidade. Além das representantes do GT, estavam presentes: a Secretária de Saúde, a promotora, a coordenadora da Atenção Básica do município, delegada da Delegacia de

Proteção da Criança e do Adolescente, Coordenadora do Departamento Médico Legal, representante da gestão do hospital terciário, dentre outras pessoas. Ficou acordado nesse encontro que o hospital teria um prazo de dois meses para reorganizar atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, uma vez que tanto o hospital como o município consideraram inviável a criação desse Centro nesse momento. A gestora municipal se responsabiliza pela garantia da continuidade do atendimento pelos serviços de saúde do município.

### **Sexto encontro**

O sexto encontro convergente aconteceu no dia 20 de maio de 2015, com 14 participantes e duração de 02h:03min. O propósito do encontro foi “Conhecer e discutir aspectos da Política Nacional de Enfrentamento à VCM, em especial no que diz respeito à atenção em rede; e discutir a formação dos fluxogramas de atendimento às mulheres em situação de violência”. Inicialmente foi realizada uma breve apresentação das participantes e retomada da proposta em andamento ao grupo, uma vez que algumas pessoas participavam pela primeira vez. Movimento que foi sendo compartilhado pelo próprio GTIEV, pois algumas participantes tiveram a iniciativa de convidar outras profissionais que consideravam importante para participar dos encontros. Foram realizadas pactuações iniciais quanto ao horário e organização do encontro, bem como sobre o cumprimento dos aspectos éticos da pesquisa. A pesquisadora propôs que o encontro iniciasse com uma retomada das demandas que foram discutidas nas reuniões do dia anterior.

O grupo falou sobre aspectos positivos em relação à legitimação do GT para tratar do fluxograma de atendimento às violências. A ata da reunião na promotoria foi debatida. Ao mesmo tempo as profissionais reforçaram a importância de se ter as gestoras envolvidas nos processos porque se não, as questões não ficam bem definidas. Apontaram a necessidade de serem realizadas pactuações e momentos de educação permanente.

*A gente pode debater a problemática, as alternativas que a gente encontra, mas são eles é que podem dizer se é possível. (P1/SMS)*

*Eu fiquei muito feliz com o momento que a gente vivenciou lá no hospital, pela questão assim dessa legitimação, né, acho que isso é muito importante. (P13/Hospital)*

*Eu vejo que os gestores às vezes tem uma visão um pouco romântica das coisas, quando diz assim: "não, então a gente vai se referenciado então tá tudo certo". Não, porque vai acontecer de atendimento negado, né, de situações que não é falta de*

*informação do profissional, que às vezes vem pela falta do comprometimento. [...] Eu acho que o gestor às vezes tem uma visão um pouco romântica, dos fluxos né, o fluxo por si só ele não acontece né, a gente precisa mais, precisa pactuar, a gente precisa capacitar. E eu acho que só isso que a gente vai ter que dar um ponto cerrado assim, porque me pareceu que não, que vai ficar tudo bem. (P13/Hospital)*

As profissionais apontaram a necessidade urgente de capacitação dos profissionais do hospital para o atendimento dos casos de violência que inclui a notificação, o atendimento acolhedor e humanizado. Sugerem a vinda de profissionais do CRAI de Porto Alegre que já realizam esse tipo de atendimento há mais tempo. Nesse sentido, discutiram a possibilidade de se criar uma comissão dentro do HUSM para serem realizados momentos de educação permanente dos profissionais que estão diretamente envolvidos com os casos de violência sexual (um grupo multidisciplinar). Sugeriram a integração com outro Grupo, o de Humanização, que está sendo formado no hospital a fim de que possam compartilhar responsabilidades.

Percebendo a necessidade de aprofundar sobre os aspectos legais do atendimento nos casos de violência sexual, uma das participantes levou uma norma técnica do Ministério da Saúde sobre a Prevenção e o tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2011a). E fez a leitura de alguns trechos do documento.

Frente à discussão sobre a importância de ser dada continuidade ao movimento disparado junto à gestão do hospital, a pesquisadora sugeriu a formação de uma comissão de profissionais do serviço para fomentar o processo de (re) organização do atendimento interno na instituição, bem como sobre a possibilidade de criar um ambulatório para o atendimento dos casos de violência sexual. Sendo assim essa comissão foi formada e passou a se reunir semanalmente. A doutoranda participou de alguns momentos com a finalidade de apoiar as profissionais envolvidas no âmbito hospitalar. Destaca-se que essa oportunidade foi muito proveitosa, uma vez que uniu as necessidades da prática assistencial no hospital e das possibilidades elencadas nos encontros da PCA. Observa-se o movimento de transformação da prática, a partir da intervenção e do processo de reflexão e ação. Foi possível também contribuir na instrumentalização de outros profissionais que não estavam participando dos encontros, pois a doutoranda expandia as atividades propostas para outros cenários além do GTIEV, especialmente nos momentos das reuniões de interesse, reforçando a característica de expansibilidade da PCA.

As profissionais perceberam a necessidade de se apropriar mais sobre como conduzir o atendimento dos casos e ficam responsáveis por buscar materiais, sobre o atendimento para se

ter um respaldo legal, bem como realizar articulações com outras profissionais que poderiam também contribuir nessa construção, em especial o DML e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde do hospital.

A doutoranda projetou o banner com o fluxograma atual e combinou com o grupo a estratégia de (re) construção coletiva para ser utilizada no próximo grupo. Desse modo, definiu-se coletivamente que a comissão menor (HUSM) iria trabalhar com o fluxograma do HU e no GC iriam, a partir da PCA, trabalhar com o fluxograma macro (do município). Frente às demandas de definições sobre o atendimento aos outros tipos de violência: física, psicológica, dentre outras, retomou-se ao final do encontro a necessidade de se trabalhar e definir esses outros atendimentos, tendo em vista que ocorrem em maior número no município em questão. Além disso, ficou acordado que o GTIEV realizasse contato com outros serviços como o CREAS para que retomasse sua participação nos encontros tendo em vista que é um serviço especializado de atendimento às pessoas em situação de violência.

### **Reunião da comissão formada para discutir o atendimento à violência sexual**

No dia primeiro de junho de 2015, frente à necessidade de (re) organização e formalização dos atendimentos de violência sexual no hospital terciário, reuniram-se no hospital, duas enfermeiras integrantes do GTIEV, assistente social e a enfermeira doutoranda para discutir as possibilidades para o atendimento. A partir das discussões que aconteceram no GTIEV sobre a necessidade de ser garantido o atendimento porta-aberta para os casos de violência sexual, foram construídas coletivamente na reunião, as seguintes propostas: o hospital referência atenderá casos de Violência Sexual (Urgências) como um serviço porta aberta, 24 horas, sendo crianças e adolescentes menores de 14 anos 5 meses e 25 dias no plantão pediátrico, adolescentes e adultos homens, acima de 14 anos 5 meses e 25 dias, no Pronto Socorro adulto e mulheres, acima de 14 anos 5 meses e 25 dias, no Centro Obstétrico. Além disso, destacou-se ser imprescindível que as portas de entradas do hospital funcionem com Acolhimento e Classificação de Risco, sendo que a situação de violência sexual se classifica como uma Urgência, com tempo de espera no máximo de 15 minutos.

A partir do momento que estivesse definida a equipe de referência, seria pactuado que os profissionais de saúde e assistência social que estivessem de plantão no momento do atendimento entrariam em contato com a equipe de referência para buscar supervisão para conduta e acompanhamento dos casos. Conforme orientação do CRAI/POA, a equipe mínima para o atendimento da Violência Sexual deve ser constituída dos seguintes profissionais:

pediatra, ginecologista, psicóloga e assistente Social, sendo necessária carga horária, no mínimo, semanal (a ser definida pela instituição); bem como estrutura física (uma sala) adequada para o atendimento e outra sala para reuniões, supervisões e estudo. Combinou-se a necessidade de ser realizado um evento educativo com o CRAI/POA que se dispôs a compartilhar a experiência no atendimento dessas pessoas a fim de instrumentalizar a equipe de referência e profissionais envolvidos.

Em relação à equipe de referência foi proposto, no momento, que à mesma caberia realizar a continuidade do atendimento até poder referenciar para o acompanhamento nos demais serviços da rede; além de fazer avaliação dos casos crônicos encaminhados pelos demais serviços do município, como unidades de saúde, CRAS, CREAS, delegacias, dentre outros. Sendo necessário um funcionário administrativo nos dias úteis, para agendamento do atendimento; além de capacitar os profissionais das portas de entrada para o atendimento às pessoas em situação de violência; estabelecer protocolo e fluxo de atendimento.

Nessa ocasião, foi discutida também a necessidade de o hospital ampliar o horário de atendimento de profissionais como psicólogos e assistentes sociais. Após esse encontro, as possibilidades foram compartilhadas por email e em reunião do GTIEV e em sequência foi iniciado pelas profissionais do serviço um movimento de pactuação junto à gestão do hospital, sendo que a doutoranda atuou no apoio às profissionais envolvidas. As demandas foram sintetizadas em documento e encaminhadas à gestão do hospital. O momento educativo com o CRAI/POA foi realizado no mês seguinte e também foi possível a participação da doutoranda, inclusive relatando a (re) construção do fluxograma.

#### **5.1.4 Quarta etapa: das hipóteses de solução à concretização- Prática de (re) construção coletiva do fluxograma e roteiro de comunicação**

Esta etapa foi contemplada nos encontros sete, oito, nove e dez e consistiu em momentos de intervenção a fim de concretizar a construção dos dois produtos, uma vez que, desde o segundo encontro as profissionais já haviam manifestado as hipóteses de solução, a citar: 1) a (re) construção de um fluxograma de atendimento e; 2) um roteiro de comunicação entre os serviços.

### **Sétimo encontro**

O Grupo convergente sete aconteceu no dia três de junho de 2015, com 12 participantes e duração de 02h:19min. Os propósitos do encontro foram: conhecer os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência dispostos na Política de Enfrentamento e comparar com os serviços municipais e estudar possibilidades de (re)construção do fluxograma.

O encontro iniciou com a retomada da proposta construída coletivamente, por integrantes do GT e a pesquisadora, para o atendimento aos casos de violência sexual no hospital terciário de referência. Foi destacado pela coordenadora do grupo a definição de que os casos agudos de violência sexual serão atendidos pelo Centro Obstétrico do hospital em sistema de pronto socorro, com demanda espontânea. Os casos crônicos deveriam ser referenciados pelos serviços de atenção primária ou secundária, sendo atendidos por equipe de referência que deveria ser designada pela gestão do hospital. O grupo discutiu as dificuldades e facilidades para a implantação dessa proposta, principalmente relacionadas à composição da equipe multiprofissional.

Após esse momento a pesquisadora faz uma retomada inicial sobre o andamento da PCA e convidou as novas participantes a integrarem essa construção coletiva. Ancorada nos pontos-chave elencados para a teorização, a pesquisadora propôs o estudo de algumas definições que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres traz sobre o atendimento em rede, e sobre os serviços, que compõe essa rede. Questionou se as profissionais conheciam a Política e a algumas responderam que positivamente.

Então a doutoranda fez uma breve contextualização da criação dessa política pública pelo Estado brasileiro e apresentou os quatro eixos de intervenção propostos no documento (BRASI, 2011): eixo de prevenção (de combate à cultura machista e sexista), o da assistência, contextualizado nesta PCA, por agregar a formação da rede de atendimento, o de enfrentamento e combate (ações relacionadas à segurança pública e de cumprimento da Lei Maria da Penha), especialmente relacionada à violência doméstica e familiar; e acesso e a garantia dos direitos dessas mulheres (ações de empoderamento e iniciativas quem garantam o direito de não sofrerem violência). Também foi possível resgatar com o grupo a questão da violência doméstica contra as mulheres, sendo o mais prevalente nos serviços e que ainda permanece velado. Nesse momento, as profissionais exemplificaram casos de violência contra as mulheres que tiveram repercussões familiares, e o envolvimento de outras pessoas da

família para romper com o ciclo de violência. Bem como as repercussões negativas de presenciar ou sofrer violência na infância.

Outro ponto, foi o diálogo acerca da rede de atendimento a essas mulheres, destacando-se que a rede não pode ser uma estrutura fixa ou rígida. Desse modo, compreendeu-se que o fluxograma em revisão poderá orientar os atendimentos, contudo, muitas vezes, será necessário adaptá-lo conforme a dinâmica e complexidade das situações de violência contra as mulheres, a exemplo o local de ocorrência que pode ser no espaço público direcionando o acesso à delegacia ou serviço de saúde, ou a própria Brigada Militar.

Nesse sentido, conversam sobre a necessidade de flexibilizar em conformidade com cada situação. Também de realizar comunicação com a delegacia e da necessidade dessa comunicação ser institucionalizada.

*[...] É não é muito fixo mesmo, por isso a gente vê cada discussão que se faz numa situação, a gente começa assim ter, digamos, condutas que são diferentes, por isso que não dá pra trabalhar sozinha a questão da violência. Mesmo tu atendendo e orientando, acho que tu tem que vir pra discussão, em algum momento pra repensar o que tu fez e tentar assim, melhorar o que está sendo oferecido. [...] Faço contato telefônico e mando por e-mail a cópia da notificação. E daí nós tinha que acertar gurias entre nós, as portas de entrada, porque como a gente tem mais gente agora do HUSM, acertar esse fluxo, pra realmente fazer, porque a gente não se dá conta disso. Estabelecer né como um fluxo, porque pelo menos de alguma forma a gente faz o registro e fala com as pessoas que tem que saber o que está ocorrendo. (P5/Hospital)*

*Que forme uma rotina, que todo mundo que passe por lá saiba que tem que fazer. (P14/SMS)*

Em sequência foi realizada uma discussão sobre os pontos ou serviços recomendados na Política para a composição da rede. Nesse momento, se comparou com a realidade da rede de serviços de Santa Maria e sobre as possibilidades de ações a partir dessa realidade. As profissionais demonstraram interesse e solicitaram o compartilhamento do material apresentado. Também foi debatida a implantação da Patrulha Maria da Penha. As profissionais questionaram sobre esse serviço que seria implantado na cidade nos próximos dias. Destaca-se que uma profissional relembra a dificuldade de mudança da cultura machista e patriarcal que talvez essa questão seja um grande entrave para a superação da violência contra as mulheres nas comunidades.

*[...] Me preocupa bastante como a patrulha vai ser recebida nas comunidades. Porque assim, eu acho que [...] nós vamos trabalhar sempre com a dificuldade de mudar a cultura que o homem é o poder. E quanto menos essa mulher é educada ou*

*a escolaridade dela é baixa, ela não tem um trabalho, ela não se mantém, mais ela depende desse homem, mais ele se torna o poder. Então a gente que convive em comunidades assim, em periferias, a gente sabe que ali a coisa é muito difícil, eu acho que pra isso ai a gente tem que pensar que é uma luta que também tem que começar com a educação, a educação tem uma parte ai que é extremamente importante. [...]a escola, assim como a família que também educa, mas essa família é uma família que ela não tem ferramentas pra educar, não tem, como que ela vai passar pra um filho o que não foi passado pra ela, entendeu? Não foi passado pra ela, por exemplo, aquela mulher, ninguém disse pra ela que ela não pode ser vítima de violência, disseram pra ela que ela tem que obedecer aquele homem que sustenta ela, e que sustenta os filhos [...] e eu acho assim que é a escola ela está se omitindo de muita coisa. (P14/SMS)*

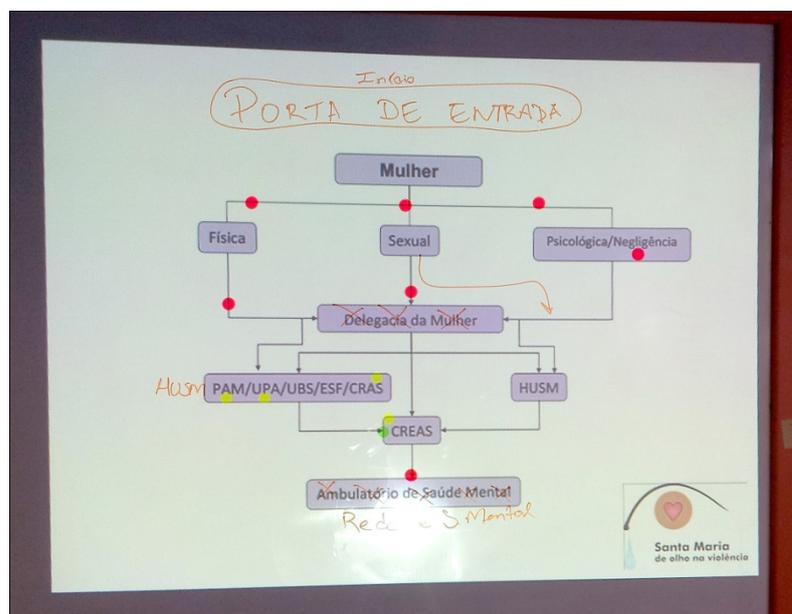
Após esse momento de debate e para retomar a teorização sobre a temática rede de atendimento a pesquisadora propõe assistir ao vídeo *Nós Somos uma Rede de Redes*, da Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza/SUS). Em sequência, no segundo momento do encontro, a doutoranda propôs que em pequenos subgrupos, as profissionais se organizassem para analisar criticamente o fluxograma existente na cidade e também o fluxograma, considerado modelo, proposto no Protocolo de Atendimento de Curitiba. Assim a equipe de pesquisa entregou os dois fluxogramas impressos e solicitou que os grupos sinalizassem questões que poderiam ser melhoradas ou mantidas de acordo com a realidade de organização dos serviços locais.

A pesquisadora circulou nos grupos a fim de acompanhar e mediar à discussão. Nesse momento, foi possível visualizar o processo de reflexão na postura das profissionais em relação à conformação da rede de atendimento. Além disso, a partir da análise do fluxograma do município e da problematização em grupo, ampliaram o olhar para os casos de violência física e psicológica. Assim refletiram coletivamente sobre a complexidade dos casos de violência contra as mulheres, principalmente pela relação de afetividade na qual a mulher está envolvida. Foi possível que a doutoranda fizesse inferências sobre as relações sociais desiguais alicerçadas em papéis tradicionais de gênero, bem como sobre os diferentes tipos de violência.

Após a discussão nos subgrupos foi possível explicar a simbologia e lógica de construção de fluxogramas. E então a pesquisadora projetou por meio do *datashow*, o fluxograma que já existia no município e utilizou uma dinâmica de problematização que chamou de *dinâmica do semáforo*. Consistiu em sinalizar com etiquetas, na cor vermelha, os pontos do fluxograma que foram considerados pelas profissionais como pontos críticos; cor amarela, os pontos que é preciso repensar e, cor verde, os pontos que estavam corretos. Além

das etiquetas a doutoranda fez sinalizações e escritas no quadro branco. Ao finalizar o encontro esse material foi fotografado (Fotografia 4).

Fotografia 4 – (Re)construção do Fluxograma de Atendimento (primeira etapa)



Fonte: Cortes, Padoin, Arboit (2017).

Nesse processo, foi possível ampliar a compreensão das profissionais sobre a porta de entrada das mulheres nos serviços e atendimento, que no fluxograma anterior era a Delegacia da Mulher. A partir da reflexão coletiva o grupo percebeu que a porta de entrada das mulheres poderia ser qualquer serviço, de contato da mulher, por exemplo: serviços de saúde, serviços de assistência social, educação e segurança pública: UBS, ESF, hospitais, UPAs, PAM, consultórios, CRAS, CREAS, escolas, DEAM, delegacias em geral, Brigada Militar.

*[...] Porta de entrada, a gente não pode colocar como a saúde como porta de entrada, pode ser a delegacia sim, ela pode em primeiro lado, a porta de entrada pode ser todos os setores, até a escola, qualquer serviço, a partir da porta de entrada pra onde vai cada tipo de violência. A sexual vai pra onde, a física, então nós temos que ver que violência é, e a porta de entrada pode ser qualquer. [...] tem que pensar em todas as possibilidades, e os tipos de violências. (P14/SMS)*

*[sobre a porta de entrada da mulher na rede] Eu entendo que são os caminhos que essa mulher pode percorrer até ela achar o lugar adequado, eu entendo isso. (P15/Hospital)*

Cabe ressaltar que essa construção coletiva foi um processo bastante difícil de mediar, considerando a diversidade de profissionais e serviços envolvidos. Cada um com um ponto de

vista diferente sobre o funcionamento do fluxograma. Por isso, foi preciso que a doutoranda e a auxiliar de pesquisa intervissem para mediar o debate. No entanto, destaca-se que ao mesmo tempo que foi desafiador, foi um excelente aprendizado para as pesquisadoras e também para o próprio grupo uma vez que várias vezes surgiram dúvidas sobre o local mais adequado para definir como sequência de encaminhamentos e atendimentos a serem realizados. Ao mesmo tempo foram emergindo necessidades de comunicações com outros serviços e até articulações entre Secretaria como a de Saúde e de Assistência Social, Delegacia da Mulher, DML, clínicas escola para combinar aspectos a serem modificados conforme as possibilidades de cada serviço.

*Então eu posso encaminhar para o CREAS ou CRAS? (P2/SMS)*

*Se já foi identificada a violência é o CREAS, né? (P14/SMS)*

*[...] Violência CREAS, CRAS não tem nada a ver com violência. E atende também quando for uma suspeita de violência [...].  
(P16/ Secretaria de Assistência Social)*

*Mas nada impede que esteja os dois serviços. [...] Aí tem que ver se a unidade [UBS] pode fazer direto esse encaminhamento pro CREAS. Para o CREAS norte é possível que a unidade básica de saúde passe pra o CREAS, tem que ver se o CREAS do centro aceita direto. (P1/SMS)*

*Tem que conversar com o outro CREAS [...] conversar com a equipe e ver como eles estão fazendo. [...] pra vocês terem uma ideia, semana passada eu recebi um caso de uma mulher que foi vítima de violência física, da [nome da empresa que a mulher trabalhava], ela tinha assistente social que sabia, e tem o CREAS que sabia que ela era da nossa região e ela entrou em contato. (P16/ Secretaria de Assistência Social)*

*A gente tem que saber qual é área de abrangência dos CREAS, quais regiões que é CREAS 1, o que é CREAS 2, pra gente deixar nas unidades definidos. Olha aconteceu nessa unidade, qual e o CREAS que mando? (P2/SMS)*

*Eu estou lá no serviço social atendendo a mulher, daí ela me mostra que tá com uma lesão que não é muito extensa, que foi vítima de agressão, eu vou poder encaminhar pra unidade básica porque foi só um curativo. Então assim, a porta de entrada é qualquer serviço de assistência, do judiciário. [...] A pessoa [profissional] ela tem que saber avaliar aquela situação e saber pra onde vai. [...] é essa a questão [refere-se aos encaminhamentos]. A questão é a notificação, e a coisa da rede mesmo, de acompanhamento. (P5/Hospital)*

*Eu acho que na física tem que colocar por nível de gravidade, pra pessoa, o profissional lá saber [...]. (P1/SMS)*

Refletem coletivamente e sugerem que se exclua do fluxograma a negligência, uma vez que não contemplaria o propósito desse fluxograma. Sugeriram a inclusão de rede de saúde mental em substituição ao ambulatório de saúde mental, pois compreendem que poderiam ser incluídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nos casos de violência física sugeriram que fosse incluída a Unidade de Pronto Atendimento como um serviço secundário para os casos intermediários entre UBS/ESF e hospital terciário. Ficou definido coletivamente que a doutoranda possa reorganizar o fluxograma e trazer uma nova proposta no próximo encontro do grupo.

As profissionais espontaneamente manifestaram satisfação em relação a esse processo de (re) construção do fluxograma. A exemplo, das falas que seguem.

*Os serviços se organizando. (P2/SMS)*

*[...] A gente tá preparando, pensando, lendo material, botando a cabeça a funcionar [...] Então aquele trabalho de formiguinha, parece que não dá resultado, mas a gente vê que dá. (P5/Hospital)*

*E é um sinal pra nós que estamos evoluindo, se nós conseguir olhar pra aquilo que um tempo atrás e ver que existe falha, é porque hoje a gente pode enxergar melhor. (P14/SMS)*

## **Oitavo encontro**

O oitavo encontro aconteceu no dia dezessete de junho de 2015, com 12 participantes e duração de 02h:13min. O propósito do encontro foi: detalhar os tipos de violência contra as mulheres, dispostos na Lei Maria da Penha e discutir coletivamente a (re)construção do fluxograma de atendimento.

Iniciamos o grupo com a apresentação das participantes, uma vez que haviam duas participantes novas. Inicialmente o grupo discutiu algumas pautas de interesse antes do encontro da PCA como atendimento a casos de violências autoinfringidas como mutilações e tentativas de suicídio. Além disso, a doutoranda relatou sua participação em reunião realizada no Fórum da cidade para tratar das dificuldades do judiciário no atendimento dos casos de violência doméstica contra as mulheres, bem como sobre a implantação de juizado especializado para tratar do problema.

Após esse momento retomou-se o propósito do desenvolvimento da PCA e as pactuações em relação ao cronograma de encontros. No encontro anterior, a pesquisadora percebeu que os grupos precisavam retomar os tipos de violência para ser possível clareza da

constituição do fluxograma, uma vez que havia emergido a proposta de que a (re) construção se estruturasse a partir dos cinco tipos: violência física, psicológica, patrimonial, moral e sexual (BRASIL, 2006).

Após esse momento, foi possível retomar a discussão do fluxograma reorganizado a partir do último encontro. A dinâmica consistiu em projetar o fluxograma anterior e o novo e explicar as alterações, retomando o que ficou posto para cada tipo de violência. Novamente a doutoranda solicitou que o grupo sinalizasse com as cores do semáforo os processos que não estavam claros ou que fossem necessárias alterações.

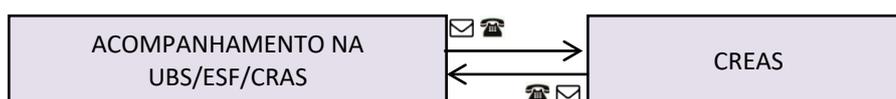
Retomamos o que havia ficado decidido coletivamente como porta de entrada das mulheres em situação de violência, ou seja, o início do processo: serviços de saúde, serviços de assistência social, educação e segurança pública: UBS, ESF, Hospitais, UPAs, PAM, consultórios, CRAS, CREAS, escolas, DEAM e delegacias em geral.

A pesquisadora explicou passo a passo as alterações realizadas, a fim de validar esse processo junto ao grupo. Por exemplo, o fluxograma era centralizado na Delegacia da Mulher e a partir da discussão coletiva o fluxo foi centralizado nos tipos de violência, tendo como início a busca ou acesso da usuária nos serviços definidos como porta de entrada na legenda do fluxo. Nesse sentido, o fluxograma passa a ter o foco nas demandas das mulheres.

Seguindo o processo, a partir da queixa da mulher ao ser atendida no serviço, o profissional identificaria ou não diretamente a situação de violência. Caso ele não identificasse pelo relato, a situação poderia ser identificada pelos aspectos clínicos da violência. Inseridos no fluxograma como “sinais de alerta”, definidos pelo protocolo de atendimento de Curitiba como: Violência física aguda: queimaduras, contusões, hematomas e fraturas (face, boca e dentes) qualquer lesão em cabeça ou pescoço provocadas por armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas; Violência Sexual: lesões das mucosas oral, anal e vaginal, manifestando-se com inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez. Manifestações tardias: dor no baixo ventre ou infecções, hipertensão arterial, transtornos digestivos (falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso), cefaleia e dores musculares generalizadas, lesões em região de boca. Manifestações Psicossociais: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade; choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, autorreprovação, sentimento de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo, abuso de álcool e drogas, depressão, distúrbios alimentares/obesidade, tentativas de suicídio e disfunções sexuais (CURITIBA, 2008).

Nesse sentido, de acordo com o relato ou não da violência, o profissional poderia identificar o tipo de violência em questão e a partir daí cada tipo teria uma continuidade diferente no atendimento, de acordo com o serviço que é referência no atendimento para cada caso. Além disso, a pesquisadora adicionou dois símbolos a cada seta do fluxograma: um envelope e um telefone (Figura 6), a fim de representar graficamente a comunicação entre os dois serviços, ou seja, o telefone representa a comunicação falada e o envelope, a comunicação por escrito. Essa orientação ficou disposta na legenda do fluxograma. Isso converge com as falas sinalizadas pelas profissionais acerca da importância desse contato de um serviço ao outro.

Figura 6 – Destaque do fluxograma. Exemplo de simbologia para a comunicação por meio de contato telefônico e escrito



A discussão coletiva para alteração dos processos foi novamente um processo muito positivo uma vez que nesse encontro haviam duas profissionais de diferentes serviços, a citar Unidade de Saúde e CREAS, o que possibilitou que cada uma expusesse a sua compreensão sobre o funcionamento de cada serviço em relação a cada tipo de violência.

*[O CREAS] recebe direto até porque teve uma situação[...] que apareceu uma mulher, que o marido tinha levado para o hotel, tinha deixado ela ali trancada, tinha feito várias violências, e ela foi direto ao CREAS. Ela não tinha passado pelo [nome do hospital], ela não tinha passado por nada. Ai o que a gente fez, acolhemos e fizemos os encaminhamentos. (P17/ Secretaria Assistência Social)*

Destaca-se também que nesse momento foi possível que os profissionais fizessem um movimento de reflexão a fim de imaginar possíveis situações da prática para aplicação do fluxograma e assim verificar a possibilidade de utilização do mesmo de acordo com as atribuições de cada serviço. Durante o processo as principais alterações apontadas pelos profissionais apareceram na imagem fotografada neste encontro (Fotografia 8). Em relação ao subtipo violência física: foi inserida uma representação gráfica de processo (seta) do serviço hospitalar para a Delegacia da Mulher; inserida uma seta da violência psicológica para a Delegacia da Mulher em função dos casos de ameaças; interrogou-se a necessidade de serviço especializado nos casos de violência psicológica e apontaram-se dois caminhos: se sim, inserir

CREAS e se não, serviço de saúde mental. Para a violência física a principal alteração sugerida é incluir uma seta do hospital direto para a delegacia da Mulher.

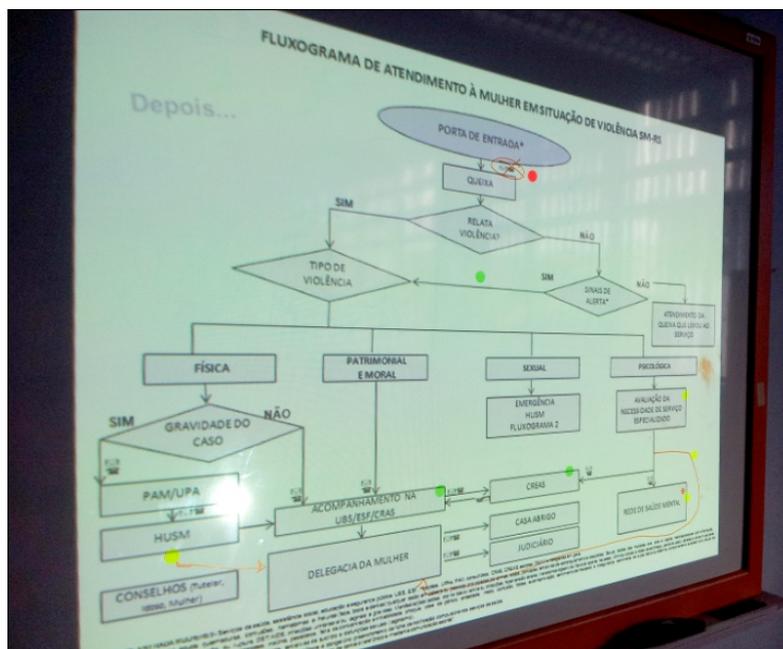
Ao mesmo tempo, foram emergindo necessidades de comunicações com outros serviços e até articulações entre Secretarias como a de Saúde e de Assistência Social, Delegacia da Mulher, DML, clínicas-escola, para combinar aspectos a serem modificados conforme as possibilidades de cada serviço. Entende-se que esse foi um processo interessante da convergência da PCA, uma vez que a cada encontro emergia a necessidade de novos contatos com diferentes serviços, possibilitando assim um movimento de construção coletiva que realmente representasse os serviços e profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o atendimento das mulheres.

Destaca-se a convergência da pesquisa com a prática, a partir da necessidade de mudança e apropriação das profissionais acerca desse processo. Elas refletiram e manifestaram a corresponsabilização do próprio GTIEV. Assim, as profissionais fizeram um movimento de reflexão a fim de imaginar possíveis situações da prática para aplicação do fluxograma e verificar a possibilidade de utilização do mesmo de acordo com as atribuições de cada serviço. Ao final, manifestaram espontaneamente a satisfação em relação ao processo de revisão do fluxograma

*[...] Eu acho agora a gente vai concluir esse fluxo e depois vai ter que começar amarrar essas parcerias. A Laura tá propondo um fluxo e nós como GT, o que a gente vai ter que fazer é amarrar esse fluxo com a gestão e com essas parcerias.  
(P2/SMS)*

Após esse momento, finalizou-se o encontro pactuando o horário do próximo grupo. Ao final do encontro algumas profissionais vieram conversar individualmente com a doutoranda, demonstrando satisfação com o processo de construção coletiva.

Fotografia 8 – (Re)construção do Fluxograma de Atendimento (segunda etapa)



### Grupo Convergente Nove

O Grupo convergente nove aconteceu no dia primeiro de julho de 2015, com 15 participantes e duração de 02h:07min. O propósito do encontro foi: reapresentar as alterações e validar o primeiro produto: o fluxograma de atendimento e, problematizar sobre o que é necessário comunicar de um serviço para o outro, com vistas a construir um instrumento de comunicação entre os serviços.

A pesquisadora inicia retomando a apresentação das participantes, pois haviam três pessoas novas, uma delas foi intencionalmente convidada a participar desse momento uma vez que representava a coordenação da rede de urgência e emergência do município, a pedido do grupo, quando se discutiu sobre os casos de violência física. Esse foi um movimento interessante da PCA uma vez que a cada encontro emergia a necessidade de novos contatos com diferentes serviços, possibilitando assim um movimento de construção coletiva que realmente representasse os serviços e profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o atendimento das mulheres.

Inicialmente o grupo discutiu algumas pautas relacionadas com o objeto em estudo: uma das profissionais relata sobre a participação em uma reunião onde foi discutida a possibilidade de o município, em parceria com uma instituição de ensino superior criar uma

sala lilás, que é um espaço de acolhimento multiprofissional para os casos de violência contra as mulheres, vinculada ao DML ou à Delegacia de Pronto Atendimento do município. Também falou-se sobre a presença do Ônibus Lilás (unidade móvel para o atendimento de mulheres em situação de violência) no município. A profissional relata que nesse momento realizou convite para a delegada da mulher também participar dos encontros para integrar a construção da PCA. A doutoranda lembrou que esse convite foi realizado e retomou a necessidade de ser realizado convite formal e/ou agendada uma reunião na DEAM. Foi relatada também sobre a entrega da viatura da Patrulha Maria da Penha no município.

Além disso, o grupo conversou sobre o evento de capacitação que estava sendo organizado pelo GTIEV para instrumentalizar os profissionais no âmbito do hospital para o atendimento à violência sexual e sobre as dificuldades para a formação da equipe de referência para o atendimento dos casos de violência sexual no hospital. Também sobre retomada a pauta das violências autoprovocadas e as profissionais apontaram a necessidade de construir um fluxograma também para esses casos. Cabe ressaltar que nesses momentos a doutoranda participou ativamente como profissional do processo de discussão de situações da prática, contribuindo com ideias, esclarecimentos e, embora informais, intervenções educativas. Apontando para a convergência entre pesquisa e prática.

Após iniciou-se o encontro de intervenção da PCA, retomou-se o objetivo e se propôs a definição de data para a realização do seminário de socialização da PCA. Esta ficou agendada para o dia 19 de agosto de 2015. Nesse momento, iniciou-se a construção coletiva do seminário com o início da construção de uma lista dos serviços a serem convidados. Foram incluídos setores como o judiciário (representantes do fórum da cidade), as clínicas-escola, a gestão da Secretaria de Assistência Social. Além disso, sugeriam a organização integrada em parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

Apresentou-se o que foi (re)construído e alterado no fluxograma, a partir do último encontro. As novas alterações, sugeridas coletivamente, foram anotadas pela auxiliar de pesquisa. Em relação às condutas nos casos de violência sexual, o grupo define que esta será uma etapa a parte no fluxograma, sendo necessário remeter ao outro fluxograma, em construção (interno ao HUSM). Construção essa que a doutoranda participou ativamente (expansibilidade da PCA).

As legendas descritas no fluxograma foram escritas e aprovadas junto com o grupo, a partir das definições anteriormente realizadas sobre os serviços que integram a rede de saúde mental, tais como, ambulatório de saúde mental, atendimento psicológico nas clínicas-escolas e os CAPS. Em relação à violência física, o grupo destacou a necessidade de inclusão do

Departamento Médico Legal no fluxograma. Nesse momento, não houve consenso sobre como deveria acontecer o encaminhamento pra o DML e se seria a Delegacia da Mulher ou o serviço de saúde que faria essa articulação. Sendo assim, essa questão ficou em aberto para ser definida junto aos dois serviços, DEAM e DML. O GT propõe que a doutoranda fizesse esse contato.

Emergiu a necessidade de as profissionais retomarem a discussão sobre o processo de encaminhamentos na rede de assistência social (fluxo: Unidades de Saúde, CRAS e CREAS). Decidiu-se realizar convite à gestora da Secretaria de Assistência Social para o seminário de socialização, com o propósito que o processo fosse formalizado com este setor.

Discutiu-se sobre a obrigatoriedade de realizar a comunicação de casos de violência física contra a mulher à DEAM. O grupo ficou dividido, pois algumas profissionais reforçam que essa comunicação depende da vontade da mulher. Assim, emerge essa dúvida para ser definida junto à delegada da DEAM em reunião a ser agendada. Ainda sobre a violência física, a partir de questionamentos, sugerem que seja incluída uma seta indicando que os casos não graves de violência física também podem ser encaminhados diretamente pra DEAM.

No terceiro momento do encontro, a atividade proposta foi realizada em pequenos grupos com vistas a refletir sobre a comunicação entre os serviços e pensando na possibilidade de construção do roteiro de comunicação. Os seguintes questionamentos orientaram a reflexão: 1) Que aspectos eu preciso comunicar para o outro serviço? 2) Que aspectos eu preciso saber sobre essa mulher quando ela chega no meu serviço? 3) E que aspectos eu preciso saber após o encaminhamento?

Tendo em vista o adiantado do horário de grupo, mais de duas horas, a pesquisadora sugeriu que as profissionais anotassem as reflexões e entregassem para a pesquisadora realizar a síntese e retomar no próximo encontro. As profissionais concordaram e inclusive uma delas se propôs a levar para o seu serviço e discutir com sua equipe as questões (ANEXO H). Finalizou-se o encontro com essa combinação e definiu-se que o último encontro da PCA teria esse propósito e ficaria para o dia 15 de julho.

### **Contato com o DML e DEAM de Santa Maria**

Após esse encontro a doutoranda realizou contato telefônico com a profissional responsável pelo DML do município a fim de esclarecer a dúvida do GTIEV em relação ao papel do DML no fluxograma de atendimento. A profissional do DML explicou que o mesmo deverá ser acionado após a realização de Boletim de Ocorrência pela mulher. A doutoranda

aproveitou essa oportunidade para relembrar a profissional dos encontros do GTIEV, no entanto, ela disse que não teria disponibilidade de participar nos dias de reunião. Em sequência a doutoranda realizou contato telefônico com a Delegada da DEAM para marcar uma reunião com a finalidade de apresentar o fluxograma construído pelo GTIEV.

Esse momento representou o processo de comunicação iniciando a acontecer. Embora tenha sido a doutoranda a contribuir nesse momento, percebe-se a mobilização do grupo a fim de mobilizar outros serviços e parcerias para melhorar o atendimento e construir a rede.

### **Grupo Convergente Dez**

O Grupo convergente dez aconteceu no dia quinze de julho de 2015, com 14 participantes e duração de 02h:30 min. O propósito do encontro foi: retomar o debate sobre a comunicação entre os serviços e construir um roteiro de comunicação interinstitucional entre os serviços de atendimento às mulheres.

Retomado o objetivo do encontro, retomou-se o cronograma, sendo esse, o último encontro da PCA no GTIEV. Nesse sentido, logo de início uma das coordenadoras do grupo falou sobre a necessidade de dar continuidade na organização da rede de atendimento a partir do que foi construído durante a PCA pelo GTIEV. Esse momento representa mais uma vez o princípio o compromisso estimulado pela PCA, em sua característica de expansibilidade, uma que demonstram o comprometimento com a continuidade do trabalho.

*Depois que a gente concluir esse fluxo a gente teria que pensar em nós, começar a pensar a construção nós enquanto rede, né? [...] tem que sentar com os pares [...] No momento que o [nome do hospital] se organiza como microrrede, nós como macrorrede temos que nos organizar de uma forma que a discussão aconteça [...] definir o que compete a cada serviço, e de que forma as coisas vão ser encaminhadas[...] tem que deixar, assim amarrado [...] tem que estar bem claro, o que compete pra cada um [...] Não assim personalizadas, né? (P2/SMS)*

A doutoranda relatou sobre o contato telefônico com a médica do DML e com a Delegada em relação à conduta em casos de lesão física, uma vez que esses exigem à comunicação de sua ocorrência à DEAM pelo profissional que realizou o atendimento no serviço de saúde. A delegada esclareceu que nos casos de lesão corporal a ação é pública e incondicionada, ou seja, independe da vontade da mulher. Fica agendada reunião com representantes do GTIEV na Delegacia, tendo como pauta a construção do fluxograma.

Foram realizados ajustes no fluxograma e ao mesmo tempo as participantes sugeriram pessoas que poderiam ser convidadas para o seminário. Assim, elencamos os serviços

coletivamente e pensou-se na dinâmica de organização do evento. Reforçaram a importância da gestão ou coordenações dos serviços serem convidadas, especialmente os CREAS e CRAS. Debateu-se a necessidade de cada participante do GC ser promotora também da divulgação do material construído pela PCA, comprometendo-se no serviço. A noção de trabalho em construção é apontada por uma profissional.

*[...] o fluxo ele vai direcionar pra ver a situação pra saber pra quem encaminhar.  
[...] Tem que deixar claro que não tá pronto, a gente tá construindo. (P1/SMS)*

Em sequência a pesquisadora retomou a discussão sobre quais informações seriam necessárias compartilhar ou comunicar entre os serviços envolvidos no atendimento, tendo em vista de construção do roteiro de comunicação. Assim, quando questionadas sobre como fazer para que o roteiro de comunicação fosse instituído pelos serviços, referem à necessidade de serem feitos acordos institucionais e sugerem que isso poderia acontecer durante o seminário. Ao final do grupo, a síntese das respostas das profissionais (Quadro 5) foi projetada, por meio de *datashow*, a fim de validar coletivamente a composição do roteiro.

Quadro 5 – Síntese do material para a composição do instrumento de comunicação

<b>Proposta de Roteiro de Comunicação</b>
<p>1. Que aspectos eu preciso comunicar ao outro serviço (referência/transferência do cuidado) tendo em vista a formação de rede de atendimento às mulheres em situação de violência?</p> <p><b>Síntese das respostas das participantes</b>  <i>Dados de identificação da mulher (nome, idade, endereço, telefone dela e de familiares);  Breve relato do caso e do atendimento: o que foi realizado, o que foi identificado; qual profissional que realizou o atendimento/acolhimento; Serviço que prestou o atendimento.</i></p>
<p>2. Que aspectos eu preciso saber do caso quando recebo no serviço?</p> <p><b>Síntese das respostas das participantes</b>  <i>Breve relato do caso e do atendimento: o que foi realizado, o que foi identificado; qual profissional que realizou o atendimento; Serviço que prestou o atendimento.</i></p>
<p>3. Que aspectos eu preciso saber do caso após o encaminhamento ao outro serviço (contrarreferência)?</p> <p><b>Síntese das respostas das participantes</b>  <i>Procedimentos realizados e encaminhamentos para outros serviços da rede conforme a necessidade (se chegou, se foi atendida, o quê foi feito, se o tratamento foi seguido)</i></p>

### **5.1.5 Quinta etapa: Aplicação à realidade**

A quinta etapa proposta no Arco consiste na aplicação à realidade, e se refere à intervenção, à prática, ou seja, exercitar o que foi apreendido associando ao problema (BERBEL, 2012). Além dos próprios encontros de convergência, foi possível desenvolver essa etapa durante três reuniões de interesse e também durante o Seminário “*Tecendo redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*”, onde foi possível socializar a PCA.

#### **Reunião de Interesse I**

No dia 16 de julho de 2015, a doutoranda, juntamente com três profissionais do GTIEV participou de reunião na DEAM, junto à Delegada local, a fim de apresentar o fluxograma reconstruído e refletir sobre sua aplicabilidade no cotidiano daquele serviço.

A delegada na ocasião sugeriu as seguintes alterações: que fossem incluídas na definição de Porta de Entrada, a Delegacia de Pronto Atendimento e a Brigada Militar. Também sugeriu a inclusão de uma seta de dois sentidos para representar o encaminhamento da DEAM para o CREAS. Nesse momento, foi possível conversar sobre o atendimento psicossocial que acontece no CREAS, uma vez que estava presente uma profissional representante desse serviço e também sobre o atendimento realizado na DEAM por acadêmicas de psicologia e direito de Instituições de Ensino do município. Na oportunidade, a doutoranda convidou a delegada e sua equipe para participar do Seminário de socialização da PCA. A delegada indicou pessoas estratégicas para incluir na lista de convidados (as).

#### **Reunião de Interesse II**

A reunião de interesse II foi realizada no dia três de agosto de 2015, no Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SMS junto à reunião das equipes da Atenção Primária e das coordenadoras das políticas de saúde do município, tendo duração aproximada de uma hora. O propósito do encontro foi apresentar a construção do fluxograma e instrumento de comunicação às profissionais, bem como discutir possíveis alterações/sugestões; validando coletivamente o material com essas profissionais. Além disso, foi possível divulgar o convite para a participação no seminário. A realização desse momento foi sugerida pelas demais profissionais do GTIEV e também durante reunião junto à equipe do NEPS/SMS.

A reunião iniciou com uma breve apresentação da doutoranda e de cada participante. Estavam presentes aproximadamente 20 pessoas, dentre essas três eram participantes do GTIEV. A proposta da PCA em andamento foi apresentada e em sequência foi entregue uma cópia impressa do fluxograma a fim de que fosse possível a apreciação pelos profissionais presentes. Após, o material produzido foi projetado e explicado.

Durante a explanação do fluxograma foi possível debater sobre os diferentes tipos de violência e o papel de cada serviço que compõe o processo no atendimento às mulheres em situação de violência, a exemplo os CREAS, a DEAM, Casa de Passagem, Patrulha Maria da Penha, dentre outros. Essa oportunidade foi considerada um momento educativo importante na PCA em questão, na qual foi possível realizar trocas de conhecimentos entre a pesquisadora e profissionais presentes. Durante o diálogo duas das profissionais gestoras intervieram solicitando que a pesquisadora falasse um pouco para as profissionais presentes sobre a importância notificação dos casos de violência contra as mulheres pelos profissionais de saúde.

Foi possível que alguns profissionais relatassem suas experiências de atendimento às mulheres na atenção primária. Além disso, questionaram sobre a denúncia da violência contra mulheres e crianças. A pesquisadora explicou sobre o funcionamento dos disques denúncia (Ligue 180 e Disque 100), mas ressaltou que uma das grandes possibilidades de trabalho para os profissionais da atenção primária à saúde é promover o empoderamento dessas pessoas para que possam compreender a situação de violência como algo não natural. Foram citados e debatidos exemplos como humilhações e situações de estupro cometidos pelos próprios companheiros que muitas vezes são relatadas em consultas individuais com a (o) enfermeira(o) ou médica (o).

Uma profissional relatou que nunca havia atendido uma mulher em situação de violência na atenção primária, somente no pronto atendimento e que talvez as notificações devessem ocorrer somente nesse local. A pesquisadora lembrou que, geralmente, os casos mais graves de violência física e sexual chegam ao pronto atendimento, os demais estão no território da atenção primária. Também foi possível conversar sobre os diferentes tipos de violência, assim como a invisibilidade dos casos, uma vez que muitas mulheres não relatam a situação, sendo necessária a identificação pelo profissional.

No fluxograma, foi sugerida a inclusão de uma seta ligando o serviço de saúde mental para a continuidade do cuidado na atenção primária. Destacou-se a importância da utilização desses instrumentos na prática profissional. Ao finalizar a participação na reunião, agradeceu-se a oportunidade e foi realizado convite para participarem do seminário.

### **Organização coletiva do Seminário *Tecendo redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres***

O planejamento do seminário iniciou-se a partir do oitavo encontro grupal, sendo firmada parceria com o NEPS/SMS para organizar coletivamente esse evento. Foram realizadas quatro reuniões com a equipe desse serviço (Fotografia 9), a fim de planejar a operacionalização do seminário: lista de convidados (as), definição de local, realização de *coffee break*, confecção de certificados, dentre outras questões. Além do NEPS, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUSM apoiou o evento, contribuindo com a doação do *coffee break*. O planejamento desse evento foi compartilhado com a professora orientadora e com as mestrandas integrantes da equipe de pesquisa.

Durante os encontros no NEPS foi elaborada uma lista de convidados (ANEXO I). Os convites (ANEXO J) foram pensados e elaborados coletivamente pela pesquisadora e pela equipe do NEPS. Junto aos convites foi anexada uma cópia do fluxograma preliminar (ANEXO K), a fim de que fosse possível, os profissionais realizarem contato com o material antes da sua exposição no seminário e para viabilizar o debate prévio junto às equipes. Os convites para os serviços de saúde municipais foram entregues pelo serviço de transporte da SMS, sendo os demais entregues pessoalmente pela pesquisadora nos serviços.

Os convites foram entregues nos seguintes setores: rede de assistência social: Secretaria de Assistência Social, dois CREAS, quatro CRAS, Casa Aconchego (Casa de Passagem); segurança pública: Delegacia da Mulher, Delegacia da Criança e Adolescente, Delegacia de Pronto Atendimento; Brigada Militar e Patrulha Maria da Penha; judiciário: Fórum, promotoria Pública; Fórum de Mulheres de Santa Maria e para uma profissional representante da Secretaria de Educação, Centro Obstétrico, Pronto Socorro e NVEH do Hospital Universitário de Santa Maria. Cabe destacar que o processo de entrega dos convites pela pesquisadora foi uma etapa positiva uma vez que foi possível conhecer diferentes profissionais e todos os serviços. Nessas visitas a pesquisadora foi muito bem acolhida, sendo possível conversar sobre a temática da pesquisa, e proposta da PCA. Esses momentos foram permeados de entusiasmo, porém também foram mobilizados sentimentos de ansiedade e receio na doutoranda, em função da proporção que se tornou o evento.

O seminário foi realizado no dia 19 de agosto de 2015, no auditório da Associação de Professores Universitários de Santa Maria (APUSM), das 14h às 18 horas e contou com a participação de 91 pessoas (Fotografias 9, 10 e 11).

Ao iniciar o seminário a doutoranda e mestranda deram as boas vindas aos participantes, valorizando sua presença e expondo a programação proposta para aquela tarde (ANEXO L). Em sequência a mestranda Jaqueline Arboit apresentou os resultados da sua dissertação intitulada: Rede de atenção às mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde. Após esse momento de reflexão coletiva e continuando a programação, a doutoranda apresentou a PCA em andamento, bem como o fluxograma e roteiro de comunicação em construção.

A apresentação foi dialogada e a cada segmento do processo do fluxograma foi possível que o público manifestasse a sua opinião por meio de intervenções verbais. Assim alguns profissionais presentes solicitaram a palavra, tais como, policial da patrulha Maria da Penha, enfermeiro da Unidade de Pronto Atendimento, delegadas, profissionais da Residência Multiprofissional Integrada, dentre outros. As sugestões de alterações foram anotadas pela equipe de auxiliares de pesquisa. Em relação ao instrumento de comunicação os participantes sugeriram que uma possibilidade seria o compartilhamento do documento por email entre esses serviços e também pelo telefone, assim como a inclusão ou criação de um código que identificasse que aquela comunicação se tratava de um caso de VCM. Após as apresentações o espaço foi aberto para perguntas e colocações, formando-se assim uma grande roda de debates.

Os profissionais presentes questionaram e refletiram sobre as dificuldades dos serviços para a implantação do fluxograma e construção da rede, em especial porque a grande maioria dos casos ocorre nos finais de semana e à noite e a DEAM não atende nesse período. Também foi discutida a fragilidade da instância de controle social do município como o Conselho de Direitos da Mulher, bem como a inexistência, a época, de um juizado especializado no julgamento dos casos de VCM. Além disso, recomendaram a necessidade de se construir um protocolo de atendimento dos casos nos serviços; sugeriram alguns movimentos de articulação tais como: reunião com o Conselho Municipal de Saúde para contribuir na cobrança e fiscalização da implantação do fluxograma, assim como da gestão municipal; articulação com a Ordem dos Advogados do Brasil para fortalecer a necessidade de criação de um Centro de Referência para o atendimento das Mulheres. Foi um consenso a necessidade de cada profissional atuar como responsável pela divulgação do fluxograma nos serviços.

A necessidade de criação de um Centro de Referência Especializado de Atendimento às mulheres em situação de violência foi destacada, por este ser um espaço de acolhimento, acompanhamento psicológico e social que pode fazer orientações e atendimento jurídico às mulheres em situação de violência. Além disso, é o responsável pelos

encaminhamentos dessas mulheres a partir de suas necessidades, como trabalho e geração de renda. Nesse sentido, discutiu-se sobre a necessidade de que a causa da violência contra as mulheres seja um problema priorizado pela gestão municipal em todos os setores, de assistência social, saúde, segurança pública, educação, dentre outros.

Entende-se que esse seminário foi um disparador para a continuidade do processo de articulação entre os serviços, uma vez que oportunizou que muitos profissionais se conhecessem e trocassem contatos. Além de debaterem e refletirem sobre a VCM, que em geral, é uma temática muito pouco abordada na formação profissional e no contexto dos serviços.

Com vistas a atender uma sugestão dos participantes para a divulgação do seminário na mídia local, após finalizar o encontro, a equipe de pesquisa e a orientadora escreveram um texto para o Jornal A Razão, juntamente com as imagens do evento. Esse texto foi publicado no final de semana após o evento, no dia 22 de agosto (ANEXO M). As fotografias a seguir foram publicadas na imprensa local.

Fotografias 9, 10 e 11 – Seminário *Tecendo redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*





### **Reunião de Interesse III**

A reunião de interesse III foi realizada no dia dois de setembro de 2015 na Secretaria de Desenvolvimento social do município. Esse momento foi agendado a partir do seminário *Tecendo redes no enfrentamento à violência contra as mulheres* e teve como finalidade discutir e combinar a operacionalização do fluxograma junto à gestora desse setor. Estiveram presentes a enfermeira doutoranda e mais duas lideranças do GTIEV.

Nesse momento, foi possível debater o fluxograma e sugerir para a gestora a necessidade de formalização de pontos da rede de assistência social, tais como os CRAS e os CREAS, como fundamentais para o atendimento às mulheres em situação de violência. Esse momento foi uma articulação positiva e fruto do encontro anterior e representou uma aproximação do setor saúde com o de assistência social, contudo, foi de difícil negociação. Percebeu-se o quanto é árdua a trajetória de pactuações e articulações entre os diferentes setores, especialmente no contexto do município em questão.

Os principais produtos da prática assistencial o fluxograma e o roteiro de comunicação encontram-se em processo de implementação no município e suas versões finais serão apresentadas em sequência (Figura 7 - Fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência ; Figura 8 - Roteiro de Comunicação).

Figura 7 – Fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência

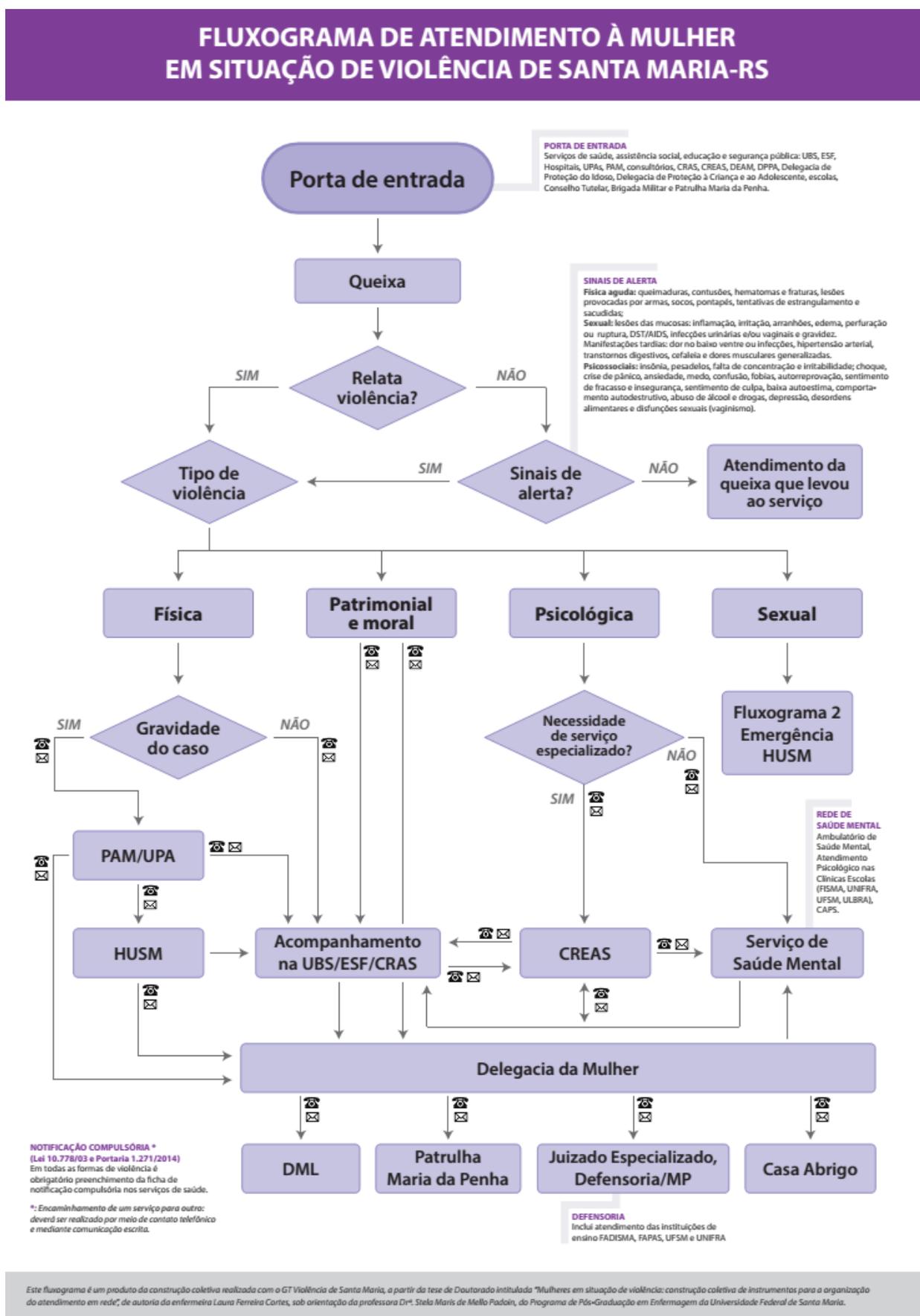


Figura 8 – Roteiro de Comunicação

### ROTEIRO DE COMUNICAÇÃO

#### Dados do Serviço de Origem

Serviço:	
Telefone:	
Email:	
Profissional referência para comunicação:	

#### Dados de identificação da pessoa

Nome:		
Idade:		
Endereço:		
Telefones	da pessoa em situação de violência:	
	de familiares:	

#### Breve relato do caso e do atendimento

*O que foi realizado, o que foi identificado; qual profissional que realizou o atendimento/acolhimento; serviço que prestou o atendimento.*


#### Procedimentos realizados e encaminhamentos para outros serviços da rede, conforme a necessidade.

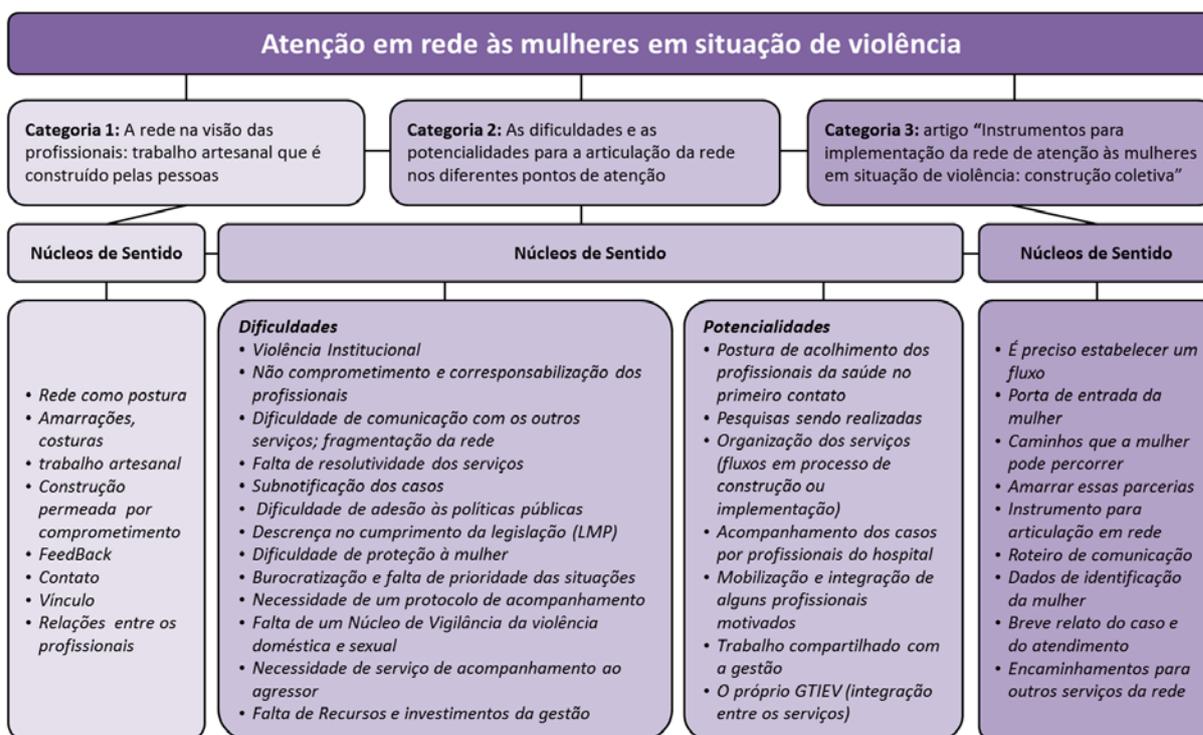
*Se a pessoa chegou ao serviço, se foi atendida, o que foi feito, se o tratamento foi seguido.*


Este roteiro é um produto da construção coletiva realizada com o GT Violência de Santa Maria, a partir da tese de Doutorado intitulada "Mulheres em situação de violência: construção coletiva de instrumentos para a organização do atendimento em rede", de autoria da enfermeira Laura Ferreira Cortes, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

## 5.2 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS

Será apresentada neste item a fase de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). A partir do processo de codificação e categorização dos dados produzidos essencialmente nos encontros um, dois, nove e dez, emergiram três categorias: 1) *A rede na visão das profissionais: trabalho artesanal que é construído pelas pessoas*; 2) *As dificuldades e as potencialidades para a composição da rede nos diferentes pontos de atenção*; 3) *Instrumentos para implementação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva* (Figura 9).

Figura 9 – Síntese das categorias temáticas e núcleos de sentido



### 5.2.1 A rede na visão das profissionais: trabalho artesanal que é construído pelas pessoas

A formação da rede é um trabalho artesanal construído com comprometimento; processo permeado por movimento. A rede se faz a partir das pessoas, em um trabalho contínuo e de relações. Ela é pensada no seu sentido metafórico em alusão à rede de tecido, composta por linhas que necessitam ser costuradas, amarradas. Assim, as profissionais

destacam a necessidade de realizarem as amarrações por meio do contato com as pessoas, profissionais, dos serviços. Consideram que, para que seja possível realizar a articulação, há necessidade de formação de vínculo e parcerias entre os serviços. Se colocam como integrantes dos nós da rede e reforçam a necessidade de amarração dos nós entre si.

*É esse comprometimento. (P3/SES)*

*[...] Eu entendo rede como postura, claro que depois a gente até pode fazer um desenho dessa postura pra ilustrar, mas se partir do desenho e ficar no desenho aí não funciona. Então talvez a diferença, desenho se faz com caneta, postura se faz com amarrações. E aí eu me lembro do Gastão [Médico Sanitarista] quando ele fala de um certo trabalho artesanal né, propôs um movimento de, um novo processo de trabalho. Ele fala da necessidade de um trabalho artesanal, costurar é artesanato. Desenhar hoje em dia tu põe num programa de computador e sai um desenho, costura é mais. Acho que a diferença principal é isso: fluxo, no papel e costura, a linha mesmo, sabe? (P4/Hospital)*

*[...] Então essa trajetória que a gente vai construindo e se dando conta no nosso grupo que a gente não conhece o trabalho das pessoas e que agente precisa fazer essa aproximação e que precisa ver que muda de endereço, de telefone e que a gente, constrói pessoalmente a trajetória [...], porque isso tu vai fazendo com o tempo, essas relações profissionais [...] relações com as pessoas. [...] isso pra mim é rede, mas é uma rede de pessoas de mãos dadas, sabe? De pessoas comprometidas, e daqui a pouco tem alguém que fura, mas tem um monte de gente boa que trabalha muito bem, a gente tá fortalecido aqui dentro. [...] Isso é rede, é linha de cuidado, é trabalho assim que a gente vem se fortalecendo, e tendo essa confiança que pode vencer, avançar, que pode cuidar das pessoas. E mobilizar outras pessoas [...] se cria no contato com as pessoas e não é numa capacitação, é no contato diário, nessa intervenção que a gente faz sempre, e nessa construção que tu tá ajudando a fazer [...] é vínculo, porque tem toda uma complexidade, por exemplo, dentro do [nome do hospital], que eu conheço. E a [nome da profissional da SMS] por mais que ela se informe e se esforce, ela não vai conseguir porque é a minha realidade de trabalho. [...] E tu vai ampliando, ajudando, se a pessoa tá disposta né? (P5/Hospital)*

*A rede, olha se eu tenho um grupo de acolhimento e eu escuto alguma coisa, primeira coisa eu tenho é o sentimento de compaixão pelo ser humano, eu vou me instigar, buscar alguma coisa, aí eu fico pensando, na hora eu posso não ter a resposta completa, ah mas eu tenho um colega que trabalha em tal lugar, em Porto Alegre, tá lá a portaria, o que será que ela falou lá, que eu não captei, e eu vou fazendo uma rede, a rede não está pronta a gente é quem constrói. Nós somos os nós, tudo que eu estudo diz que nós somos os nós da rede. Bom então eu tenho que amarrar o meu nó com alguém [...] porque assim, o que eu, eu ficava pensando, eu vi aquela menina lá falando sobre uma atividade com mulheres, eu vi alguém outra coisa, nós estamos sempre trabalhando com isso, mas parece que sempre falta algo. [...] Acho que [...] desmistificar essa palavra [rede], que todo mundo acha que a rede está fora. E nós somos. (P9/SMS)*

A rede pensada no seu sentido metafórico em alusão ao tecido é composta por linhas que necessitam ser costuradas, amarradas, na fala das profissionais. A grande contribuição teórica para se analisar a formação de redes surge na matemática. Assim constrói-se a metáfora que apresenta o significado de rede como relações formadas a partir da comunicação. Nessa área, destaca-se a teoria dos grafos que é a representação de uma rede, formada por nós e arestas (linhas que interseccionam dois vértices) que conectam os nós. A representação por meio de grafos pode ser utilizada como metáfora para vários sistemas: por exemplo, rotas de voo e seus aeroportos; um sistema de órgãos e suas interações; assim como, os indivíduos e suas interações (RECUERO, 2009).

O conceito de rede indica dois elementos gráficos primários: o ponto, o indivíduo, e, a linha, os caminhos, os quais são os elementos estruturantes das redes. Com base nos conceitos da geometria, uma rede é formada por pontos e linhas. Uma linha é constituída por uma sequência de pontos, o ponto é representado espacialmente por um par de coordenadas:  $x$ ,  $y$ . O espaço constitui-se de planos que são formados por uma separação de linhas adjacentes e assim por diante (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

O conceito de rede, constituída de pontos unidos por linhas, apresenta elementos primitivos da ciência que permitiu construir habilidades para perceber o real e atribuir significado. O termo rede, assim, carrega significados ambíguos, visto que indica ao mesmo tempo: aprisionar libertar. Ele permite colocar em contato pessoas localizadas em locais distintos, uma vez que a rede possibilita estabelecer relações entre dois pontos, definição que está associada a estrutura de comunicação e transporte (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

Na imagem da rede como objeto, destaca-se uma continuidade de linhas que se cruzam e se entrelaçam, passando pelos nós, elas criam ligações entre eles. Essa dependência entre as linhas da rede e os nós constitui a sua própria essência. Não há rede sem linhas fortemente interconectadas. A rede se caracteriza pela absoluta dependência de todos os nós entre si (VERMELHO, BERTONCELLO, 2015).

É nesse sentido que pode se associar esses conceitos às falas produzidas pelas profissionais. Quando a representação de um grafo, por exemplo, envolve a conexão entre no mínimo dois pontos e nesses pontos, um traçado que representa um movimento de vai e vem, pode-se associar ao movimento de “ida e vinda”, anunciada pelas participantes, que se traduz na necessidade de referência e contrarreferência para formação de rede. Essa afirmação alude à conexão entre os pontos (serviços) para que possam se articular e desenvolver um trabalho

contínuo em rede, a exemplo de um fluxograma dos serviços, onde se representa graficamente o traçado entre eles.

Assim, a construção da rede deve ser permeada pelo comprometimento e contato com as pessoas e com as instituições, ou serviços. Isso possibilita conhecer o trabalho desenvolvido em cada serviço, bem como seus processos de trabalho. Essa construção vai além do encaminhamento descompromissado ao outro serviço. Deve ser permeada pela comunicação de ambos os serviços, o que elas se referem à referência e contrarreferência.

*[...] Isso também faz parte de uma rede, conhecer as pessoas, as instituições que elas trabalham, o que elas fazem, o que o meu trabalho tem a ver com o dela e se ela vai estar aberta pra receber aquilo que eu tenho pra mandar porque é ela que resolve [...] por exemplo, [...] tem uma situação assim com uma idosa, eu vou mandar lá pra Delegacia da Mulher, eu vou ter que ter um acerto com a [nome da profissional] de que casos que a saúde encontra vão ser chamados ou vão ser encaminhados pra aquela instituição. [Pois é, essa coisa a gente vai construindo] (P5/Hospital).*

*Então o comprometimento é de que? [...] Sim, vai construindo sim e vai... (P3/SES)*

*Os contatos são muito importantes. [...] porque o contato com as pessoas, essa ligação que a gente tem [...] é ter um canal dentro daquela instituição. (P8/Delegacia)*

*A questão do contato [...] e eu acho que isso é rede, não é tu pega e ficar questionando o serviço que mandou errado, é tu ligar pra aquele serviço e explicar: “tu sabe pra onde é que tu encaminha? O porquê tu encaminhou esse usuário? Saber o contexto do outro serviço também. Eu acho que falta muito esse olhar dos profissionais sabe? E aqui, eu acho que o GT não deixa de ser uma capacitação, a gente fica olhando aqui e observando quem são os profissionais que estão aqui, fazendo parte sabe? São poucos, se tu for ver. E a gente acaba convidando [...] tipo, eu cheguei lá no CAPS e disse: vamos participar? “ah tu não é estagiária? Tu já faz representação do serviço”. Eu não faço representação do serviço. Então acho que falta essa corresponsabilização dos profissionais de se apropriar desses espaços, não adianta ficar só reclamando, achando que faz a rede, chega no serviço e encaminha, por exemplo, depois lá pra psiquiatria, eu não to fazendo a rede, eu não sei se esse usuário chegou lá, eu não sei se esse usuário sabe o que é esse serviço, entendeu? Então eu acho que vai muito do profissional se autodeclarar, “ah eu sou o entendedor da rede eu faço meu serviço”. Acho que não é bem assim”. (Acadêmica I)*

*Tu faz uma referência e tu não tem a contra referência, dependendo assim, terminou, tá e aí? Será que deu certo o encaminhamento que eu fiz? Eu acho que acho que isso também, além de angustiar quem encaminha, quem recebe, eu acho que é importante de como rede a gente ter assim, esse feedback, essa troca contínua, pra saber, se está dando certo. Tem mais pessoas envolvidas? Tem pessoas envolvidas? Vamos correr atrás, o agente de saúde pode nos ajudar lá na unidade, pra ver o contexto familiar, o local que tem muita questão de violência, o que mais a gente como rede pode fazer? Vamos instigar quem mais pra nos ajudar? Talvez não sejamos nós, mas podemos fazer com que mais projetos venham ou mais*

*envolvimento do próprio gestor possa assistir pra diminuir a violência em determinado local, que tem já mapeado algumas redes dentro de Santa Maria. [...] (P7/Hospital)*

*[...] Tem muitas articulações. [...] Então eu acho que o artesanato é exatamente esse, tu esquentar o nó da rede ajudando. E aí eu fico lembrando um outro termo que a PNH [Política Nacional de Humanização] fala muito que é contágio, assim, como aids pega, passando de pessoa em pessoa, esse manualzinho aqui [mostra manual/cartilha sobre os serviços], [...]. Então, ele também está contagiando [...]. Então também é um contágio de rede ter um instrumento formal, de auxílio, de contatos. (P4/Hospital)*

*Então o que a (P4/Hospital) está fazendo, é conversando com as pessoas [...] para estar dando o material que vai auxiliar. [...] Se o grupo tiver assim esse compromisso, é uma forma de trabalhar em rede, ter o material estar capacitando, é uma forma de capacitação. (P5/Hospital)*

*Gente, ele não apareceu e foi encaminhado, ele veio de uma situação de violência, eu vou ligar pra unidade de saúde [...] eu acabo fazendo isso porque isso é tão simples, pegar o telefone e ligar [...] Tá tudo ali, dado. Tá nessa escuta sabe? Porque eu acho que a gente perde um pouco da humanidade e não pode ficar cinco minutos escutando porque eu tenho medo que vá me comprometer. Ah por favor! (P9/SMS)*

A rede é formada pelas relações com as pessoas, na visão das participantes, “*nós somos os nós da rede*”. Nos estudos da sociologia, existem dois tipos de redes: uma que envolve a troca de bens e serviços, e outra que engloba a troca de informações, sendo esta um processo de comunicação entre pessoas (MITCHELL, 1969), sendo este último o significado adotado neste estudo. A rede assim é tratada por sociólogos e antropólogos como um sistema de trocas de informações, capaz de gerar padrões normativos para as condutas dos grupos e, conseqüentemente, padrões de identificação, em seus estudos urbanos (EPSTEIN, 1969). Consiste em um conjunto de nós que estão interconectados. Esses configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões (CASTELLS, 2000).

Aplicada à temática da violência contra as mulheres, a lógica do trabalho em rede tem sido considerada a melhor estratégia para o enfrentamento da problemática, uma vez que as diversas demandas das mulheres extrapolam o poder de resolutividade de um único setor. Isso requer um conjunto articulado de ações intersetoriais (MENEZES et al., 2014; GOMES et al., 2012; d’OLIVEIRA et al., 2009). No entanto, destaca-se que a produção científica voltada à análise da rede de serviços é relativamente escassa, contrastando com a ampliação da rede de atendimento (LETTIERE, NAKANO, 2015; GOMES et al., 2012).

A rede de atendimento às mulheres em situação de violência é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores, em especial, assistência social, saúde, justiça e

segurança pública, que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como e à integralidade e humanização do atendimento. A rede se organiza em quatro principais setores: saúde, justiça, segurança pública e assistência social, sendo composta por serviços não-especializados, ou serviços gerais e serviços especializados de atendimento (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado com profissionais desses setores converge com os resultados apresentados nesta pesquisa e demonstra o reconhecimento sobre a necessidade de realização de um trabalho em rede intersetorial pelos profissionais. A rede pressupõe comunhão de esforços e interação. Para que um trabalho em rede seja desenvolvido destaca elementos como articulação entre os serviços envolvidos com o problema, a criação de elos mais firmes, permeados pela a comunicação. Afirma que para melhorar as ações conjuntas é preciso manter contato entre os serviços (MENEZES et al., 2014). Para tanto, destaca-se a importância das instituições pensarem estratégias de funcionamento que permitam a comunicação intra e intersetorial (GOMES et al., 2012).

Para viabilizar a construção de uma rede e, a articulação intersetorial a fim de se garantir a continuidade dos vínculos é imprescindível que as instituições tenham suporte adequado de recursos humanos e uma dinâmica de trabalho favorável que lhes permitam espaços de comunicação intersetorial para o delineamento e construção da rede (GOMES et al., 2012). Destaca-se a importância da gestão no processo de articulação intersetorial, a fim de viabilizar a interação entre as mais diversas instituições. O que pode se concretizar por meio de espaços de encontros com representantes de diferentes instituições, como os GTs, com a finalidade de debater estratégias para o empoderamento das mulheres e enfrentamento da violência (MENEZES et al., 2014).

Quando questionadas sobre os pontos, os serviços, que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, as profissionais citam os serviços de assistência social: CREAS e os CRAS; a Delegacia, a escola, o hospital, as Unidades de Saúde. Referem-se a uma rede intersetorial que inclui setores como cultura, habitação, trabalho, infraestrutura, justiça, dentre outros. Demonstam entendimento que outros serviços e locais podem ser inseridos na rede, como é o caso de abrigos.

*O CREAS, a educação, muitas vezes, muitas, elas chegam na escola ou também a escola pode contribuir nessa compreensão do caso. E a Delegacia. (P1/SMS)*

*É a rede como um todo, o [nome do hospital] faz parte da rede. (P3/SES)*

*[a rede] vai pra além da saúde vai pra habitação, pro planejamento, pra infraestrutura da cidade, saneamento [...]. (P4/Hospital)*

*É intersetorial [...] a cultura; entra a justiça. (P5/ Hospital)*

*Depende, pode ser que seja o CRAS, a gente teve um caso que passou a ser acompanhado, por dois meses, no ambulatório, e na verdade o acompanhamento aconteceu após um ano da violência ter ocorrido, ela veio encaminhada pra mim pela profissional da nutrição, e ai depois a gente inseriu, fazendo contato com a rede também num local próximo à residência, o CRAS que seguiu o acompanhamento, mas pode ser o CREAS. (P6/Hospital)*

*[...] Essas uniões que a gente pode ter, não só a questão da rede dos gestores, por exemplo, que nós estamos aqui, mas de outras questões, é um abrigo [exemplo de serviço que trabalha no enfrentamento da violência] isso é o bacana. Tem várias situações a mais, que a gente às vezes desconhece [...]. Então eu acho que quando a gente souber, é importante essa inserção no grupo [GT] que a gente faz realmente a rede, não é só a questão de município, estado, não, é todos os outros que formam. (P7/ Hospital)*

O reconhecimento dos serviços que compõem a rede pelas profissionais, acontece em convergência com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Citam serviços como: hospitais gerais, serviços de atenção primária, ESF, delegacias, CRAS, CREAS, casas abrigo, Departamento Médico Legal, o Ligue 180 (BRASIL, 2011b). No entanto, deixam de citar serviços importantes como a Polícia Militar que no âmbito municipal, no período de produção de dados estava estruturando a Patrulha Maria da Penha (serviço responsável pela fiscalização do cumprimento de medidas protetivas pelos companheiros das mulheres em situação de violência). No âmbito da justiça, deixaram de citar o Ministério Público, as defensorias públicas e as ouvidorias da mulher e o Conselho de Direitos das Mulheres. Talvez pelo fato de este último não ser operante no município em questão (LANDERDAHL et al., 2016).

A necessidade de contato entre os serviços foi expressa claramente pelas profissionais. Percebe-se que o conhecimento das profissionais sobre os outros serviços, que não os seus, ainda é parcial. Não há fluxograma estabelecido de fato e nem trabalho coordenado em rede. O que reforçou a necessidade de reconstruir o fluxograma de atendimento, no decorrer deste estudo. O desconhecimento pode gerar o isolamento e facilitar a rota crítica da mulher, uma vez que essa pode ser encaminhada a locais onde não encontrará respostas para sua necessidade. Reforça-se que para que exista integração intersetorial o primeiro passo é a construção de um diálogo inicial entre os serviços (VIEIRA, HASSE, 2017; SCHRAIBER et al., 2012).

Conhecer os outros nós da rede. Se apropriar dos espaços. São afirmações que convergem com a carência apontada em alguns estudos: muitos profissionais ainda desconhecem o funcionamento dos serviços que podem auxiliar as mulheres para enfrentar a violência, bem como a importância da articulação destes em rede. A dinâmica de trabalho em rede pressupõe que os profissionais conheçam os serviços, suas competências e o papel da rede (GOMES et al., 2012; VIEIRA, HASSE, 2017). O conhecimento dos serviços dá suporte para que sejam desenvolvidas ações de prevenção, notificação, registro, encaminhamento e acompanhamento às mulheres, favorecendo, dessa forma, a continuidade da assistência e o aumento da credibilidade nos serviços (MENEZES et al., 2014).

As falas estão permeadas por uma discussão complexa que se traduz no acompanhamento dos casos como fator essencial no atendimento integral às mulheres. Para que a continuidade aconteça é preciso efetividade de todas as etapas que a compõem: reconhecimento da violência por parte dos profissionais, atendimento adequado, encaminhamento, o interesse e a busca pelo retorno das referências (MENEZES et al, 2014). Sendo assim, há necessidade de superar a porosidade entre os serviços (SCOTT, et al., 2016) e avançar para construção da rede, a partir de um trabalho permeado por amarrações.

Constata-se que as participantes estão apropriadas sobre a conceituação do trabalho em rede para o enfrentamento à violência contra as mulheres, no entanto, existem dificuldades para a concretização da articulação desse trabalho. Por outro lado também apontam alguns fatores positivos, as potencialidades para o trabalho em rede.

### **5.2.2 As dificuldades e as potencialidades para a composição da rede nos diferentes pontos de atenção**

O julgamento moral das mulheres pelo profissional de saúde que realiza o atendimento é destacado nas falas como um dos principais entraves para o comprometimento com as situações. É somado ao preconceito, alicerçado em padrões tradicionais de gênero e, tem como consequência a falta de ética no atendimento. Destacaram que muitos profissionais não compreendem as idas e vindas das mulheres na busca por ajuda. Julgando-as pela não ruptura da situação com o companheiro. Reconhecem assim a existência de casos de violência institucional, a exemplo de quando a mulher precisa contar várias vezes a história da violência sofrida.

*[...] Tem toda assim, uma questão cultural, principalmente de mulheres que sofrem violência, procuram os serviços e ela retorna por outra situação de violência. Então*

*ela chega, já é conhecida, não saiu da relação que ela se encontra. Então: “ela gosta de apanhar, ela merece” porque “ela gosta”. E aí então um pouco ela fica apanhando porque ela gosta, como se isso fosse verdade. Então assim, é muito preconceito contra a mulher que sofre violência. (P3/SES)*

*O julgamento moral sob a ótica dos meus valores, e os meus valores não interessam nada nesse momento pras pessoas [...]. Situação que a gente já viu de profissional não fazer o kit de prevenção, seja pra gravidez, seja pra aids, porque a moça não é virgem e foi abusada sexualmente [...] E são ações institucionalizadas e aí as pessoas chegam a te justificar no telefone: “não, eu não fiz por isso”, falando de médico pra médico. Como assim?*

*(P4/Hospital)*

*E todos é uma dificuldade, e o que tinha, que funcionava melhor era o Centro Obstétrico e agora estamos com dificuldade, nas mínimas situações assim as coisas mais básicas, por exemplo, uma prescrição correta da profilaxia, de administrar, de encaminhar. E o que a gente nota é assim esse julgamento moral mesmo. (P5/Hospital)*

*É a violência institucional, que é de quem trabalha, como é que trata, como é que olha as vítimas que vão nos serviços, desde a violência obstétrica. Então tem que ser, é assim, sou eu profissional que deveria olhar e prevenir e eu to cometendo um ato de violência contra aquela pessoa. [...] Sempre em cima dessa moralização (P3/SES).*

*Outra coisa também é vários profissionais interrogarem a mulher. [...]*

*(P12/Hospital)*

Os resultados mostram que o atendimento às mulheres em situação de violência é permeado pelo julgamento moral e preconceito do profissional. Esse apresenta dificuldades em acolher as mulheres, o que acaba se configurando como violência institucional. Esse tipo de violência é definida na Política Nacional de Enfrentamento à VCM como aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos. Nos serviços as mulheres em situação de violência são, muitas vezes, revitimizadas quando são julgadas; forçadas a contar a história de violência inúmeras vezes; não têm sua autonomia respeitada, sendo discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais (BRASIL, 2011).

Muitos estudos apontam que as concepções e atuação dos profissionais limitam a atenção quando sustentadas em culpabilização e julgamento da mulher pelos profissionais (KISS, SCHRAIBER, 2011; CHIBBER, KRISHNAN, MINKLER, 2011; USTA et al., 2012; DARCIA, BERGBOM, LYCKHAGE, 2014); bem como quando há sentimentos negativos dos profissionais para lidar com o tema (KISS, SCHRAIBER, 2011; DARCIA, BERGBOM, LYCKHAGE, 2014); inabilidade para abordar às mulheres, discutir, gerenciar e encaminhar casos de violência doméstica cometidos pelo companheiro (ROELENIS et al., 2006).

O julgamento do profissional frente à permanência das mulheres na relação violenta ou nas situações de violência sexual está alicerçado em valores culturais e estereótipos tradicionais de gênero. Especialmente nos casos de violência sexual, muitas vezes, elas são culpabilizadas pelo ocorrido, em função de seu comportamento social, ou modo de se vestir.

A VCM representa uma forma de controle, exercício do poder ou dominação masculina sobre as mulheres. No âmbito doméstico, devido a sua natureza advir do âmbito da vida privada e das relações familiares, há dificuldade em falar e tratar do assunto. Nesse sentido, é naturalizada e, pode não ser compreendida como um problema de saúde, nem pelas próprias mulheres, nem pelos profissionais. Essa compreensão arraigada permanece nos dias de hoje, fato que dificulta uma atitude de resistência e ruptura com a situação vivenciada (CORTES et al., 2013).

Tais resultados convergem com achados que remetem à necessidade de discussão da própria dinâmica familiar ou conjugal violentas, bem como a reflexão sobre as concepções e valores de gênero dos profissionais. O modelo de atendimento à violência é predominantemente paternalista e reproduz a vitimização da mulher. O que é visto como um problema, uma vez que os profissionais acabam promovendo pouca reflexão ou possibilidades de escolha e de autonomia das mulheres (VIEIRA, HASSE, 2017).

Profissionais da assistência social e da saúde têm concepções semelhantes sobre as mulheres. Estes as veem como vítimas da violência, ou seja, colocam-nas numa postura de vitimização. Já profissionais da justiça e segurança pública tendem a percebê-las com base em outros estereótipos da mulher na sociedade. Alguns profissionais ainda responsabilizam as mulheres pelo mau andamento do serviço. Associam a sobrecarga de trabalho à procura de mulheres que não sabem se querem realmente processar o agressor, uma vez que não conseguiriam cuidar dos casos prioritários. Parece existir falta de reconhecimento em relação às mulheres que buscam pelo serviço, como sendo aquelas que o serviço deveria atender. Essas visões podem estar relacionadas à alienação produzida pelo trabalho, que não permite que cada caso seja visto na sua singularidade, a partir das reais necessidades das mulheres (VIEIRA, HASSE, 2017).

Posturas de culpabilização da mulher também são encontradas em estudos que ouviram conselheiros tutelares. Tal postura aparece quando a mulher não rompe a relação e ela passa a ser culpada pela permanência e continuidade da violência. Nesse sentido, a postura de não apoio pode ocorrer por parte da própria família que por entender que a mulher está casada, precisa suportar sofrimentos em função dos filhos e da manutenção do casamento; acreditando que na briga do casal, ninguém deve se intrometer. Por outro lado, pode ocorrer

indignação por acreditar que a mulher não romperá com a relação violenta. Nesses casos, há revolta em relação à mulher, sendo ela julgada moralmente, e, muitas vezes deixada sem apoio da rede. Com bases nestas concepções observa-se que a compreensão sobre a solução para o rompimento das situações de violência perpassa apenas por uma resolutiva individual das próprias mulheres, omitindo a responsabilidade das instituições públicas no que diz respeito à punição dos autores e desconstrução das relações de gênero (SCOTT et al, 2016).

Percebe-se que essa realidade também é encontrada em outros países. Estudo realizado no Reino Unido mostra que existem dificuldades dos profissionais de saúde para desenvolverem uma abordagem convergente com as necessidades das usuárias. Sendo a polícia um dos recursos mais utilizados pelas mulheres que buscam ajuda (HAGUE, MULLENDER, 2006). Nesse sentido, quem deveria acolher e apoiar as mulheres assume uma conduta de não acolhimento.

As profissionais participantes do estudo evidenciam outras dificuldades para a efetivação do trabalho articulado em rede, tais como: dificuldade de adesão dos profissionais às políticas públicas e o não comprometimento dos profissionais com a causa da violência.

*Dificuldade de adesão dos profissionais, porque a gente não tá lá na ponta fazendo o atendimento ou fazendo a notificação, a gente trabalha fazendo esse estímulo. Então a gente sente às vezes dificuldade de adesão dos profissionais, nem todos, mas, tanto pra notificação quanto pro atendimento e encaminhamentos das situações. Dificuldades nessa responsabilização, que às vezes, o profissional ele atende e ele acha que o papel dele acaba ali ou na notificação que ele preencheu ou naquele encaminhamento que ele deu, ou naquela ferida, naquela lesão que ele tratou, naquela escuta que ele fez. E ele não consegue entender que nessas situações de violência, o caminho é muito maior, é pra além daquele atendimento naquele local, naquele serviço. Às vezes a gente encontra essa dificuldade de articulação, de se responsabilizar, de perguntar: “ah, como é que foi, tu foi no atendimento, ou ligar pra aquele outro serviço que encaminhou. (P1/SMS)*

As profissionais apontaram que há dificuldade de adesão dos profissionais às políticas públicas e não comprometimento desses com a causa da violência. Para que os profissionais se alinhem às políticas públicas e se comprometam com a causa da VCM, há necessidade de atuação também nos determinantes da saúde e da vida dessas mulheres, tais como renda, trabalho, moradia, acesso a creches, controle social, dentre outros elementos da própria individualidade da mulher, como melhorar sua autoestima para que possa superar as situações de violência.

As necessidades das mulheres estão relacionadas à manutenção da vida como moradia, trabalho, alimentação, hábitos de lazer, a sua autonomia. Isso é reconhecido por alguns

profissionais que entendem essas condições como potencializadoras para o fortalecimento e a autonomia das mulheres e imprescindíveis para o enfrentamento da violência, até mesmo para manejar os conflitos familiares. Necessidades essas relacionadas à produção social são condição para autonomia e libertação das mulheres (OLIVEIRA, FONSECA, 2015).

Para isso, o conceito de enfrentamento à VCM adotado pela Política Nacional prevê a implementação de políticas intersetoriais e articuladas, que procurem ser resolutivas frente à complexidade da VCM em todas as suas expressões (BRASIL, 2013a). A fim de contribuir com a superação das demandas, entre os distintos setores que prestam assistência a essas mulheres, espera-se que o trabalho se dê de modo interligado, para que a um conjunto dado de serviços se possa atribuir a qualificação de rede (SCHRAIBER et al, 2012).

Embora existam pontos de avanço no que diz respeito ao atendimento às mulheres em situação de violência nos últimos anos, como maior visibilidade e humanização no atendimento, na prática, as instituições, geralmente, realizam as intervenções delimitadas ao seu campo de sua atuação, pouco desenvolvendo uma atenção integral e transversal. Também há poucos trabalhos preventivos desenvolvidos, o que se evidencia pelo grande número de casos que chegam aos serviços especializados (VIEIRA, HASSE, 2017).

A falta de notificação dos casos de violência contra as mulheres acarreta a subnotificação nos serviços de saúde, que, embora venha aumentando no município em questão, há dificuldade dos profissionais entenderem que a notificação é importante. Associado a isso, na fala das participantes fica explícito que na prática com essas pessoas falta comprometimento com a situação, bem como as dificuldades de articular ações de cuidado que visem à garantia de um acompanhamento dessas mulheres. O que é atribuído pelas profissionais à cultura cartesiana e biomédica que ainda permeia as ações de cuidado na área da saúde.

*[...] A gente percebe a questão da subnotificação, os números mostram, embora tenham aumentado [...] os casos são muito mais às vezes do que aparece nos números [...]. Dificuldades até mesmo dos profissionais entenderem a notificação como algo importante, necessário, essa dificuldade de articulação com a rede, às vezes a gente não sabe pra onde encaminhar, ou encaminha e não sabe exatamente se a pessoa conseguiu chegar ou não. A (P3/SES) colocou a questão do comprometimento com a causa da violência, que às vezes parece que a violência ela não é vista como um fenômeno que é, por exemplo, os profissionais das unidades básicas eles não entendem que a violência é uma atribuição deles. De cuidar da violência, de prevenir a violência, não sei se eles conseguem reconhecer enquanto uma demanda de que “não, eu também sou responsável por isso”. (P1/SMS)*

*[...] A notificação é muito baixa, é subnotificação. (P2/SMS)*

*Mas não é só da unidade básica pela fala aqui, tu viu né? Se tu não prescreves uma medicação, tu não entendes, o que é uma atribuição que tu tens que fazer. (P5/Hospital)*

*Não é só o contexto da atenção básica, mas é uma vivência que tem no hospital também. (P1/SMS) [Sim, é em todos. (P7/Hospital)]*

*Eu acho que tem uma coisa muito maior, que é de uma cultura cartesiana, positivista, biomédica, não to falando de médicos, to falando biomédico, que pode ser da enfermeira, de qualquer profissional da saúde. Mas é essa coisa pontual: “eu fiz o que eu tinha que fazer, prescrevi e tá pronto”. E a gente tem que olhar pra integralidade. Então essa coisa pontual do positivista de fazer o meu. (P4/Hospital)*

A subnotificação dos casos pode ser atribuída à invisibilidade da violência contra as mulheres nos serviços de saúde, o que se confirma por meio de evidências nacionais e internacionais sobre o tema (KISS, SCHRAIBER, 2011; RODRIGUEZ, SHOULTZ, RICHARDSON, 2009; RAMOS, MEDICCI, PUCCIA, 2009; MUSLERA-CANCLINI, et al., 2009). A invisibilidade nos serviços tem diferentes motivos: pode estar relacionada com o despreparo dos profissionais que, muitas vezes, por não saberem como lidar com os casos acabam não investigando (VIEIRA, HASSE, 2017); com a racionalidade biomédica que, ainda hegemônica nas práticas e no trabalho em saúde, é um obstáculo para a abordagem de temas sociais como a violência o que implica em falta de registro dos casos repercutindo na invisibilidade (KISS, SCHRAIBER, 2011; VIEIRA et al., 2013). Também pode ser atribuída à insensibilidade e ao pouco comprometimento de alguns que acabam aparentando não perceber a violência e à dificuldade de revelação pelas mulheres, principalmente em serviços não especializados (VIEIRA, HASSE, 2017). De fato, os profissionais detectam casos de violência, dentre eles médicos (as) e enfermeiros (as), reconhecem o problema, e muitos tem atitudes positivas de cuidado, embora apresentem dificuldades em reconhecer essa como um problema da Saúde (VIEIRA et al., 2013).

Além disso, a natureza doméstica e privada da VCM, que contribui para recusá-la como alvo assistencial (KISS, SCHRAIBER, 2011; ODERO et al., 2014). Assim, mesmo que a violência seja verbalizada pela mulher, ou que o profissional de saúde a identifique pelas suas manifestações físicas, ele, geralmente, não toma a situação como demanda da saúde (OLIVEIRA, FONSECA, 2015).

A dificuldade de articulação em rede fica explícita nas falas das profissionais e está associada às dificuldades de comunicação, como perguntar como foi o atendimento, ligar para o serviço que encaminhou. Além de entraves para realizar os encaminhamentos e

acompanhamento da mulheres, em especial nas “portas de entrada”, consideradas os Pronto Atendimento, UPA e as unidades de saúde, locais que apresentam, muitas vezes, lista de espera pra atendimento e falta de prioridade das situações de violência. O que na visão das profissionais poderia ser resolvido a partir da criação de um protocolo de acompanhamento nos serviços.

*A gente colocou a questão da fragmentação na rede, no sentido, justamente dessas não comunicações que às vezes ocorrem né, às vezes a gente não sabe se ela foi realmente atendida naquele local que a gente sugeriu que ela pudesse ter ido, ou se ela foi na delegacia, se não foi, essa dificuldade de articulação com a rede. [...] A questão do monitoramento da mulher, porque às vezes a gente não tem esse seguimento do que aconteceu com essa situação. [...] O que a gente sente é justamente quando tem que chegar em outros níveis, a fila de espera, a falta de profissionais nos serviços, a demanda ela tem aumentado [A porta aberta né? (P3/SES)], conforme os profissionais mais notificam mais eles necessitam de, não é só preencher a ficha, mandar pro encaminhamento [...]. Então na verdade, pra tu poder ter esse fluxo realmente fortalecido, também tem que ter mais serviços ou mais profissionais nos serviços, porque tu não pode ficar um ano esperando um atendimento numa situação de violência sexual, por exemplo. [...] A gente escuta muito [...] por exemplo, “vários profissionais não conseguem diagnosticar, não conseguem perceber” [casos de violência]. Eles conseguem perceber, eles conseguem visualizar e identificar os sintomas, muitas vezes nem físicos, sintomas emocionais mesmos, e eles muitas vezes fazem o encaminhamento correto, por exemplo, a gente discutiu a questão do conselho tutelar eles ligam e acionam o conselho tutelar e não tem retorno. Uma coisa muito presente em qualquer serviço que a gente vai, é muito comum os profissionais falarem isso: “a gente fez o encaminhamento, mas a gente não teve retorno”. [...] Não resolutivo nesse sentido, de que tu simplesmente vai, resolve uma situação ou entende que resolve, mas a situação acaba retornando às vezes como outra violência. [...]. Às vezes ela foi vítima de violência foram feitos os atendimentos clínicos necessários, e não, tá quando é uma ESF tu consegue acompanhar, mas como a gente já havia colocado, a gente tem 20% de cobertura no município, o resto é UBS, sem esse acompanhamento, sem esse monitoramento maior, então as vezes ela teve aquele atendimento, ela foi atendida naquela situação, mas a gente não sabe se ela voltou a ser vítima de violência ou não, se o agressor saiu ou não, pra nós na saúde às vezes essas informações não chegam. (P1/SMS)*

*Quando tem a violência, ligam à pessoa né? Acontece muito de as pessoas ligam das unidades: “o que eu faço agora? Eu to com essa situação, vou pra onde?” Às vezes eu tenho dúvidas, eu ligo pra (P5/ Hospital), eu ligo pra alguém que me auxilia a fazer os encaminhamentos, porque os encaminhamentos que as Unidades tem que fazer às vezes, justamente porque a nossa rede é fragilizada, não está bem constituída, que ela tem furo, as pessoas não conseguem dar conta [...]. Elas têm essas dificuldades, elas recorrem às pessoas, elas ligam, perguntam “o que eu faço agora?” “Pra onde eu encaminho?” [...]. (P2/SMS)*

*Aí aparece um furo da rede que são os nós [os serviços]. A gente está fazendo costura entre um nó e outro, mas tem muitos nós pra gente atar, se não a rede acaba. (P4/Hospital)*

*A questão do monitoramento é que a realidade nossa é que ela até recebe um atendimento no hospital ou no posto, mas a partir dali não se sabe mais. Se ela não retornar àquele serviço, ficou perdido. Não tem assim nenhum serviço que monitore isso. Quem mantenha, que faça pelo menos um contato telefônico pra saber, sabe? Que seja um contato telefônico depois de 30 dias, depois de todos os encaminhamentos feitos, outro depois de seis meses, outro depois de um ano que seja. Não tem nada. (P10/SMS)*

*[...] Muitas pessoas chegam ao hospital de noite só pra pegar o medicamento [...] eu já cheguei a atender uma pessoa, deu o acaso de eu estar no hospital. Mas daí foi atendido no privado e manda pra cá, então não é nem só a rede do SUS, será que outros também estão vendo isso, tão tendo essa percepção? A questão da importância de ir à Delegacia ou coisas assim, ou será que isso é velado? Uma questão mais em outro contexto social, eu não sei nem dizer em relação a isso, mas já aconteceu, de ter pessoas com nível social maior e simplesmente só vem pegar o medicamento e ponto. Daí isso não tem continuidade, ele não está na nossa rede, entende?[...]. (P7/ Hospital)*

*Essas dificuldades também dos encaminhamentos, às vezes a gente encaminha, daí chega lá não atende, não é bem assim. (P2/SMS)*

*E o que a gente também tem, em questão de encaminhamentos é a questão das portas de entradas também né, a dificuldade das Unidades serem porta de entrada, do Pronto Socorro, porta de entrada do município, até a questão da notificação, eles não conseguem ser, justamente volta a questão do profissional tá sensibilizado, em ter aquele olhar [...]. (P2/SMS)*

*A questão da porta de entrada eu acho que é muito importante no início, às vezes lá na portaria, a pessoa está bem orientada, como encaminhar também, nem todos os locais, não sei como estão as unidades, mas às vezes no [nome do hospital] também a gente sabe que nem todos encaminham de forma correta, deixam as pessoas muitas vezes sentadas esperando horas ali, sem ter indagado o que foi, ou se a pessoa não falou, não tem a percepção, agora tem a triagem, mas se não tem, as vezes é o próprio terceirizado que dá o encaminhamento mal dado. Então assim, eu acho que as portas de entrada tem que ser um ponto bem importante pra nós, porque ali que a pessoa vai continuar ou não, porque é capaz de virar as costas e ir embora, sem nenhum atendimento. (P7/ Hospital)*

*Às vezes até os encaminhamentos que tu faz, tu precisas que a pessoa esteja com vários e vários papéis e documentos, ela chega ao serviço e aí falta alguma coisa e aí tem que voltar lá na unidade porque faltou coisa ou foi preenchido errado, ela não foi atendida porque não tem cartão SUS. (P1/SMS)*

*Burocratização dos serviços, esse engessamento do papel e da lista de espera. A falta de prioridade frente às situações de violência e dificuldades éticas entre os próprios profissionais [...]. (P4/Hospital)*

A dificuldade de articulação em rede fica explícita nas falas das profissionais e está associada às dificuldades de comunicação entre os serviços, o que aponta para a necessidade de um protocolo de acompanhamento nos serviços. A falta de protocolos de atendimento e de

registros é um dos entraves para facilitar o processo de comunicação (KISS, SCHRAIBER, 2011; VIEIRA, HASSE, 2017).

A desarticulação entre os setores é um problema, uma vez que a rede deveria possibilitar uma prática integrada entre os serviços de saúde, segurança pública e judiciário, desenvolvendo ações de prevenção e assistência que garantissem à proteção às mulheres (SCOTT, et al., 2016). Estudos realizados com profissionais de saúde dos níveis terciário, secundário e da atenção primária de Santa Maria, demonstram que os profissionais reconhecem a importância da rede de saúde e de uma rede intersetorial articulada para o enfrentamento da VCM. No entanto, suas concepções e práticas permanecem limitadas pela desarticulação (VIEIRA, LANDERDAHL PADOIN, 2009; CORTES, et al. 2015; ARBOIT et al., 2017).

Para realizar a articulação, há necessidade de conhecimento mútuo dos serviços, quais são eles, quais suas competências, localização, organização interna e externa, ou seja, como funcionam. A interação dos serviços é essencial para o fortalecimento da rede. Para isso, há necessidade de ampliar a visibilidade dos serviços para a comunidade e para os próprios serviços parceiros trocarem informações referentes aos mesmos. Algumas estratégias podem facilitar o acesso a informações e a divulgação das instituições que integram a rede de atendimento à comunidade em geral, como informativos sobre o que é a rede, um site para dar visibilidade às instituições que integram a rede, dentre outras. No entanto, uma das razões apontadas na literatura que limita a articulação entre os serviços é o déficit de recursos humanos, uma vez que a falta de profissionais acaba gerando sobrecarga de trabalho às equipes (MENEZES et al, 2014).

A falta de resolutividade dos serviços apareceu associada à burocratização e falta de prioridade das situações de violência. O acesso aos serviços ainda é uma dificuldade. No hospital, priorizam-se os casos graves de violência física, porém os motivos das lesões, geralmente, não são investigados e/ou registrados. Os serviços de saúde, frequentemente parecem favorecer a reprodução da omissão da violência contra as mulheres (SCOTT, et al., 2016). Em geral, os atendimentos realizados no serviço de saúde, especializado em situações de violência, é para crianças e adolescentes, uma vez que são priorizados casos de maior vulnerabilidade. Nos serviços não especializados apenas os casos mais graves aparecem, as demais situações são sutis, principalmente se não há lesões físicas corporais (VIEIRA, HASSE, 2017; CORTES, et al., 2015).

Além disso, as respostas dos serviços não atendem às demandas das mulheres. Há precariedade dos fluxos, da interconexão entre os diferentes serviços. Não existe o

compartilhamento de um projeto com vistas à singularidade e orientado pelos direitos humanos e sociais das mulheres, entre as instituições (KISS, SCHRAIBER, d'OLIVEIRA, 2007; SCHRAIBER, et al., 2012; SCOTT, et al., 2016).

Outras dificuldades mencionadas foram a descrença no cumprimento da legislação, Lei Maria da Penha e a dificuldade de proteção à mulher; a inexistência de um Núcleo de Vigilância da violência doméstica e sexual e a falta de investimentos da gestão.

*A questão da descrença na legislação, dos próprios profissionais e às vezes da gente enquanto profissional, daquelas situações em que teve uma medida protetiva, daqui a pouco teve todo o movimento da equipe pra buscar alguma forma de enfrentamento e daqui a pouco esse agressor, não é ele que sai de casa e sim a mulher que tem que sair ou enfim esses entraves que a gente vê na própria legislação mesmo. (P1/SMS)*

*[...] A dificuldade de proteção da vítima, né a denúncia como exposição a uma nova violência, ela é uma vítima vulnerável, não é que ela goste de apanhar, mas ela tá numa situação de vulnerabilidade. (P4/Hospital)*

*E daí ninguém garante proteção dela [...]. Ela fez a denúncia e daí? O cara se aproximou, mesmo tendo assim assinado que tinha que ficar 30 metros, e daí? Gente, bem complicado, esses dias uma pessoa chegou pra mim, uma moça que teve um problema com outro [ex-companheiro] e daí que tá lá determinado que ele não pode chegar. Mas ele fica perseguindo ela, ela com dificuldade, não tem carro [...] e o cara que bebe e usa droga, não respeita essa coisa de espaço e daí vai lá e te mata. (P5/Hospital)*

*[...] Uma dificuldade que eu acho de Santa Maria, é a questão que acontece em todos os municípios que a figura do coordenador, ele teria que ser um polvo, cheio de pernas, cheio de braços porque a violência é tudo com ele [...] fica vinculado assim... pra que ela não sofra responsabilização, eu mando... é o caso daquela pessoa atender e chegar no Núcleo de Vigilância só a notificação preenchida pra entrar no SINAN e isso não acontece né, deve ser um sofrimento porque tu se sente assim sem pernas. [...] precisaria a formação de um núcleo da vigilância da violência doméstica e sexual dentro da Secretaria de Saúde, então não seria só uma profissional, ela teria assim alguém mais pra contar pra planejar, pra executar ações, né? Em Porto Alegre também se chama Núcleo de vigilância das DNV DANTS, então é um núcleo, são pessoas que trabalham junto né? (P3/SES)*

*Um núcleo que tivesse se dedicando só a isso, pra fazer não só esse estímulo à notificação, esse auxílio, mas toda essa questão da rede [...] Porque às vezes, o quê que os profissionais colocam: “tá, eu vou notificar, mas eu vou preencher uma ficha e o que acontece depois dessa ficha?”. Então se tu tem um núcleo que é responsável, tu consegue ter essa investigação, essa busca que às vezes não tem como uma pessoa sair buscando todos os casos que foram notificados. (P1/SMS)*

*Se tivesse uma equipe, por exemplo, um núcleo, ia atrás dos casos, fazer busca ativa né? Assim, a gente não tem condições (P2/SMS).*

*Uma coisa que nós temos que começar a pensar em fazer é um centro, alguma coisa [...] um serviço de atendimento ao agressor [...] que exista um lugar que o agressor seja encaminhado pra ter a assistência psicológica, seja ouvido e trabalhada com ele essa questão. (P3/SES)*

A descrença no cumprimento da principal legislação para coibir a violência contra as mulheres, a Lei Maria da Penha (LMP), é apresentada pelas profissionais como uma dificuldade de proteção. A denúncia isolada é compreendida como exposição à nova violência, uma vez que a mulher que vivencia a violência apresenta-se vulnerável ao contexto violento que pode gerar novas agressões a até mesmo colocar em risco sua vida. As medidas protetivas que podem consistir no afastamento do agressor não garantem a proteção, pois em geral consistem em ordem judicial para o afastamento do agressor da mulher. No entanto, destacam que esse tipo de intervenção isolada não é suficiente para resolver o problema.

É inegável que a Lei Maria da Penha (LMP) representa um grande progresso para os direitos das mulheres (VIEIRA, HASSE, 2017). Contudo, a complexidade e os obstáculos no enfrentamento, a partir da rede de instituições conduzem a outras formas ou tentativas de resolução da violência, por parte das mulheres e suas famílias, essas se distanciam das dimensões legais (SCOTT, et al., 2016).

Embora a LMP tenha criado mecanismos importantes para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, quando se trata das extremas manifestações de violência, como os feminicídios, ela não apresentou impacto significativo para a redução de mortalidade de mulheres no Brasil. Estudo analisou os óbitos de mulheres por agressões de 2001 a 2011 e dos 54.107 óbitos (em média, 13,5 óbitos por dia), sendo 955 a mediana de óbitos aos domingos, 791 aos sábados e 697 às segundas-feiras. Assim, a média mensal de óbitos de mulheres por agressões não apresentou diferenças, quando se comparam os períodos antes (2001-2006) e após (2007-2011) a vigência da LMP (GARCIA, FREITAS, HÖFELMANN, 2013). Esses dados reforçam a necessidade de abertura das DEAM aos finais de semana e após as 18 horas. O que não é realidade no município em questão. Pode-se inferir que tratar a violência contra as mulheres apenas pelos mecanismos de punição não é suficiente. O que reforça a urgência da LMP ser implementada na sua íntegra, especialmente no que diz respeito ao trabalho em rede e em equipe multiprofissional.

Retoma-se que no município em questão, está sendo implementada estratégia para fiscalizar o cumprimento das medidas protetivas que é a Patrulha Maria da Penha. Essa iniciativa é muito positiva, uma vez que a Polícia Militar atua nos territórios, fazendo busca ativa das mulheres com medidas protetivas. Contudo, não é resolutiva se desenvolver um trabalho isolado. Reitera-se que é imprescindível articulação em rede entre o setor de segurança pública, DEAM, Brigada Militar e Patrulha Maria da Penha e os demais setores, a exemplo, das Unidades de Estratégia de Saúde da Família que estão alocadas no território e

que, por meio dos agentes comunitários de saúde, poderiam desenvolver um trabalho de apoio e cuidado integrado às mulheres.

A partir do acolhimento em saúde, os vários tipos de demandas, inclusive das mulheres em situação de violência podem, na sua maior parte, ser acolhidos e atendidos na atenção básica. Inclusive com as tecnologias leve-duras, (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nas unidades de saúde (BRASIL, 2013d).

A falta de um Núcleo de Vigilância da violência doméstica e sexual é citada pelas profissionais como um entrave para o trabalho, uma vez que referem que há sobrecarga para as poucas profissionais responsáveis pelas notificações, atividades preventivas e até mesmo a busca ativa dos casos. Elas argumentam que se existisse uma equipe de referência, um núcleo, para lidar com os casos e iniciar o acompanhamento desses pelos serviços, o trabalho em rede poderia ser disparado a partir desse local.

Os serviços propostos nesse sentido são os Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de violência. Foram normatizados no ano de 2006 e visam promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de amplas ações e de atendimento interdisciplinar: psicológico, social, jurídico, de orientação e informação às mulheres. Devem exercer o papel de articuladores dos serviços que integram a rede de atendimento às mulheres em situação da violência. São responsáveis por ações de aconselhamento em momentos de crise, atendimento psicossocial, aconselhamento e acompanhamento jurídico, atividades preventivas; de qualificação dos profissionais, articulação da rede de atendimento local e levantamento de dados sobre a situação da VCM. O Centro de Referência deve articular os equipamentos e os serviços da rede a fim de que as necessidades das mulheres sejam consideradas prioritariamente, e para que o atendimento seja qualificado e humanizado, uma vez que essas mulheres geralmente desconhecem os serviços, equipamentos e procedimentos da rede de atendimento, sendo importante a presença de um(a) profissional que atue como referência para ela (BRASIL, 2006).

A necessidade de criação de um serviço de acompanhamento ao agressor é apontada pelas profissionais. Ação prevista pela Lei Maria da Penha, é considerada um dispositivo fundamental para cessar a violência. Um potencial é trabalhar com a reeducação dos autores de violência, embasada na construção de novas masculinidades por meio do debate das questões de gênero (VIEIRA, HASSE, 2017).

As dificuldades destacadas pelas profissionais retratam a complexidade que é lidar com a violência contra as mulheres no cotidiano dos serviços e que a formação da rede exige

a reorganização do processo de trabalho. O que é marcado pela necessidade de implicação e comprometimento da gestão municipal e dos demais setores envolvidos com a causa da violência. Para tanto, citam a necessidade de investimentos financeiros, a necessidade de reorganização dos fluxogramas e protocolos que possam formalizar o acompanhamento dos casos.

### **Potencialidades da prática assistencial para compor a rede de atendimento**

Quando questionadas acerca das potencialidades para a composição de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, as participantes destacaram que a motivação das pessoas é uma grande potencialidade. Por isso, o próprio espaço do GTIEV foi considerado um lugar potente para disparar essa construção, uma vez que pela diversidade de serviços que estão nele representados, também é um espaço de integração dos profissionais e com os gestores, articulação e mobilização dos serviços.

*As pessoas motivadas e a integração dos profissionais. (P4/Hospital)*

*[...] Hoje esse grupo é a grande potencialidade porque na verdade, assim como [o caso] cai na mão da (P2/SMS), cai na minha mão e na da (P3/SES) [...] dentro de um universo assim de atendimento, e dentro de todas as outras coisas que a gente faz. E então eu acho que a potencialidade grande é esse grupo que já foi falar com a promotora duas vezes, né? E daí a secretária da saúde disse essa semana que esse ano quer trabalhar com dados, então a (P3/SES) disse que tem dados, vamos apresentar os dados. [...] A gente tem uma realidade que não tem como negar, é o que mais se notifica né? [Enfermeira 4ª: tem que ter dados pra acompanhar, pra gestão.]. [...] A gente está procurando sempre trazer os gestores junto pra saber o que a gente está fazendo, porque se não, não anda, é isso que acontece. Eu posso dizer assim que a gente tem amplo espaço de confiança dentro do Hospital, tem bastante coisa que é possível fazer. [...] Então eu acho que essa coisa, é andar juntos os grupos, os movimentos sociais, [...] junto com quem tá fazendo a gestão porque a gente pensar em fazer um trabalho assim separado, pode contar que não vai ter resultado. (P5/Hospital)*

Esse espaço é potencializador para a integração entre os serviços. Destaca-se a importância de encontros, como os grupais, e reuniões sistemáticas que viabilizem a integração superando a deficiência de comunicação intersetorial. Estratégias importantes são a discussão dos casos, troca de contatos e as próprias em grupo de trabalho contribuem para o fortalecimento da rede de atendimento (MENEZES et al, 2014; GOMES et al, 2012).

No entanto, a articulação intersetorial necessita de uma dinâmica de trabalho que possa valorizar e favorecer o processo. O que exige profissionais que não estejam

sobrecarregados e conheçam os diferentes serviços, suas competências e o papel da rede no enfrentamento da violência (GOMES et al, 2012).

A partir da articulação do GT aconteceram reuniões com gestores do hospital e do município como iniciativa à consolidação do fluxograma e da articulação em rede. Nesse sentido, as profissionais apontam que o trabalho compartilhado com a gestão é potencializador para os processos de construção da rede.

Destaca-se que a viabilização da interação entre as mais diversas instituições está condicionada à participação da gestão no processo de articulação intersetorial. O que reforça a necessidade de espaços para o encontro de representantes de diferentes serviços a fim de se discutir estratégias para o enfrentamento da violência, permeando o empoderamento das mulheres em situação de violência (MENEZES et al, 2014).

Outras potencialidades citadas foram o processo de organização dos serviços, os fluxos em processo de construção ou de implementação e a postura dos profissionais de saúde no primeiro contato com as mulheres. O acolhimento como uma tecnologia leve que pode ser desenvolvida no âmbito dos serviços. Assim como as ações desenvolvidas em alguns serviços como a notificação, encaminhamentos, acompanhamento dos casos por profissionais do hospital e o âmbito da vigilância epidemiológica do município. Outra potencialidade importante e destacada por várias participantes do grupo foi a possibilidade de ter informações sobre o atendimentos e dados de violência que podem dar visibilidade para as situações. Também foi falado que as próprias reuniões, esse movimento com a gestão no Hospital foi muito positivo, gerando frutos, então essa é uma das potencialidades.

*[...] Tem muitas coisas que estão em processo ou de construção ou de implementação, dos próprios serviços, os fluxos. E uma das potencialidades que a gente já teria nos serviços, seria para fortalecer [...] a postura dos profissionais. A gente pensou na saúde, nesse primeiro contato com as vítimas porque esse primeiro contato e a postura que tu tens, ela vai definir a forma como essa pessoa vai conduzir [...]. É diferente, tu chega lá pra contar uma situação, às vezes tu chega lá por outro motivo, mas tu também tá sofrendo uma situação de violência, tu quer colocar, tu só vai colocar se tu sentir que aquele profissional de alguma forma tá te acolhendo, tá te recebendo bem. [...] Isso seria uma potencialidade que não exigiria construção de nada ou não dependeria de instrução de nada, não dependeria de muitas outras coisas, seria uma tecnologia leve que é de responsabilidade da gente, sem custo, que tá aí, que os profissionais estão aí. [...]* (P1/SMS)

*As potencialidades também, e o que a gente pensou, as **nossas ações**, a nossa função de Núcleo, faz a notificação, os encaminhamentos, a gente desenvolve as ações de prevenção e promoção, a gente tenta articular sempre essas questões de rede.* (P2/SMS)

*[...] A questão do PET [...] a pesquisa também é uma potencialidade. De mostrar muitos dados. (P2/SMS)*

A organização dos serviços, especialmente a partir dos fluxos em processo de construção ou implementação, foi apontada como um aspecto considerado positivo para a construção do trabalho em rede. Diversos estudos demonstram que fatores potencializadores para a atenção em rede relacionam-se com a organização dos serviços. As evidências demonstram que isso determina o encaminhamento com maior brevidade aos serviços de referência, conformando um atendimento em rede integrada e bem articulada (VERTAMATTI et al., 2013). Um atendimento é resolutivo quando há continuidade do cuidado (USTA et al., 2012; RAMOS, MEDICCI, PUCCIA, 2009), sendo a definição de altas compartilhada entre a equipe e as usuárias. O serviço permanece aberto para a possibilidade de retorno das mulheres (OLIVEIRA et al., 2005).

Nesse sentido, o fluxograma de atendimento é considerado estratégia favorável aos encaminhamentos. Profissionais de saúde da atenção primária apontam que o estabelecimento de um fluxo e seu conhecimento contribui para direcionar os caminhos a serem seguidos e a própria busca por apoio na rede social (GOMES et al., 2013). A organização de fluxos e de mecanismos de aproximação de atores da rede é citada por profissionais que relatam o desejo de transformar as formas de intervenção (MENEGHEL et al., 2011). O uso de protocolos e fluxos de encaminhamentos com classificação de risco e vulnerabilidade sugerem a construção de condutas mais assertivas (LETTIERE, NAKANO, 2015).

A mobilização e integração de alguns profissionais motivados, bem como o acompanhamento dos casos realizado por profissionais dos serviços de vigilância epidemiológica hospitalar e, do município é uma potencialidade disparadora da articulação da rede. Em conformidade com outros autores, fica explícito que mesmo no interior de uma rede de serviços, embasada na desarticulação, observam-se tentativas, por parte de alguns, de fazer com que os casos de violência contra a mulher sejam encaminhados (SCOTT et al, 2016).

Para que o acompanhamento dos casos seja efetivo, os profissionais precisam buscar estratégias como a referência e contrarreferência. Como é descrito em pesquisa realizada com profissionais de diferentes setores da rede, na qual também referem realizarem o acompanhamento do caso, para isso precisam ter um retorno sobre a situação da mulher. Para tanto, é preciso contar com um instrumento eficaz de monitoramento dos encaminhamentos (MENEZES, 2014). Torna-se imprescindível a implementação de um sistema de informação

desenvolvido para todas as instituições que realizam o atendimento às mulheres em situação de violência (LETTIERE, NAKANO, 2015).

O acolhimento dos profissionais de saúde no primeiro contato com as mulheres foi citado como uma possibilidade para o trabalho e responsabilidade do profissional, uma vez que a postura como este recebe a mulher irá contribuir (ou não) com a formação de vínculo. É considerado uma tecnologia leve, permeada pela construção de uma relação de confiança mulher/profissional que deve ser mediada pela escuta para que elas possam falar sobre a violência vivida.

Na área da saúde, o acolhimento é definido como prática presente em encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários/as. Encontra-se centralmente inserido no território das tecnologias leves, incrustadas nas relações estabelecidas entre trabalhadores/as e usuários/as, em modos de escutas e maneiras de lidar com o não previsto. Acolher é construir vínculos, permeados pela sensibilidade que podem facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos/as usuários/as (BRASIL, 2013d).

O vínculo constitui-se como determinante para a escuta, ou seja, o espaço para que o relato/desabafo do caso possa ser realizado pela mulher (SILVA, PADOIN, VIANNA, 2013). É parte da dimensão relacional do trabalho em saúde e possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam a violência (OLIVEIRA, FONSECA, 2015).

Nesse sentido, estudos mostram que as estratégias de comunicação dos profissionais podem impactar positivamente quando permeadas pela empatia, sensibilidade (REIS, 2010; RHODES, 2007), pelo aconselhamento, escuta, garantia de segurança e quando são disponibilizadas informações sobre os recursos legais (USTA et al, 2012; CHIBBER, KRISHNAN, MINKLER, 2011; ABEYA, AFEWORK, YALEW, 2012) respeitando-se os direitos e escolhas das mulheres (CHIBBER, KRISHNAN, MINKLER, 2011; SILVA, PADOIN, VIANNA, 2013). Também quando é permeada por confidencialidade, apoio emocional entre profissional e mulher atendida (USTA et al, 2012; NAVED et al, 2009) quando as explicações são compreensíveis (RODRIGUEZ, SHOULTZ, RICHARDSON, 2009) e quando há respeito à história de vida das mulheres, trazida como sofrimento intenso e credibilizando suas falas sobre a violência (OLIVEIRA et al, 2005). Preservar a autonomia possibilita que as mulheres realizem mudanças em sua vida (USTA et al, 2012; OLIVEIRA, FONSECA, 2015).

As possibilidades de identificar uma mulher que sofreu violência são maiores quando o profissional de saúde cria oportunidades abertas para discussão facilitando que as mulheres relatem suas vivências e mencionem questões psicossociais, como, por exemplo, o estresse

(RHODES, 2007). É considerada positiva a adoção de estratégias de intervenção ao nível da comunidade, proporcionando mudanças sociais, a exemplo de campanhas comunitárias e nos meios de comunicação, em especial nas áreas rurais, onde a privacidade e a confidencialidade são muito valorizadas na família (USTA et al, 2012); assim como por meio de visitas domiciliares realizadas por equipes da atenção primária à saúde (SILVA, PADOIN, VIANNA, 2013). Igualmente são importantes serviços de apoio que enfatizem o empoderamento (ABEYA, AFEWORK, YALEW, 2012) compromisso dos profissionais para a promoção dos direitos das mulheres e seu bem-estar (CHIBBER, KRISHNAN, MINKLER, 2011).

Alguns estudos demonstram que o vínculo com a equipe, permeado pelo acolhimento e acompanhamento após o término do tratamento (REIS et al, 2010), bem como a capacidade dos profissionais se engajarem em mudanças na estruturação e na oferta do serviço são pontos positivos. Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional, que foge ao modelo médico centrado e à consulta individual (KISS, SCHRAIBER, 2011); articulado com profissionais da área jurídica e da assistência social, qualifica o acesso dessas mulheres (OLIVEIRA et al, 2005; RHODES et al, 2007).

As pesquisas acadêmicas são citadas como uma contribuição importante para o trabalho do GTIEV, uma vez que fornecem subsídios para embasar a prática. Assim, a própria PCA foi compreendida como um recurso disparador de mudanças na prática dos serviços envolvidos. Atribui-se o aumento da visibilidade do fenômeno da violência doméstica contra mulheres no meio acadêmico, especialmente após a publicação da Lei Maria da Penha, uma vez que isto pode resultar em igual aumento de interesse e conhecimento sobre as circunstâncias em que ele ocorre (ALVES, OLIVEIRA, MAFFACCIOLLI, 2012).

Embora as dificuldades para o trabalho em rede sejam apontadas em maior número pelas profissionais, as potencialidades elencadas mostram-se muito potentes e convergem com a literatura. No entanto, percebe-se que há necessidade de maiores investimentos nas possibilidades citadas pelas profissionais participantes do GTIEV. Há necessidade de fortalecimento desse espaço coletivo e empoderamento das profissionais, a fim de que possam contribuir mais fortemente nas mudanças estruturais das instituições. Um exemplo não citado é a possibilidade de realização de apoio e educação permanente aos demais serviços que realizam os atendimentos, tanto na área da saúde como nas demais.

Após a observação das dificuldades e potencialidades, foi possível problematizar junto ao grupo o que poderia ser realizado ou construído coletivamente para minimizar esses problemas da prática, em especial, com a finalidade de contribuir para a articulação em rede e

a continuidade do cuidado. Neste momento visualiza-se o que poderia ser elencado como proposta de inovação pra prática. A partir disso, buscou-se o que teorizar/estudar para fundamentar a construção coletiva. Esse percurso será descrito na categoria três, apresentada em formato de artigo em sequência.

*Aí a gente vê a questão dos fluxos, do atendimento pós, o acompanhamento. (P2/SMS)*

*A questão principal é o fluxo. Toda a nossa conversa foi o fluxo, e aí entra a rede, entra todo mundo. A forma como vai ser feito o protocolos em cada local, isso é outro momento, mas o fluxo tem que existir, pra nós poder chegar com a proposta, pra outros que chegarem a nós [...] a gente tem que ter algo definido de como vai ser feito. Internamente o [nome do hospital] vai se virar e ver as questões internas que tem, de ver os protocolos e [...] como tratar. [...] pode aparecer lá no pronto atendimento municipal, “ah, mas o hospital é referência”, mas lá também tem que ter um acolhimento inicial antes de encaminhar pra cá. [...] o mais importante é saber, que tu tendo no fluxo o processo de trabalho, A, B, C e D vão fazer a mesma situação, vão encaminhar pros mesmos [locais]. Essa é o maior norte de ter fluxos e protocolos. Não existe divergência, seja quem for, vai ter pelo menos um norte de como tem que ser feito[...].(P7/ Hospital)*

*Parte do que tem pra repensar [...] o que não tem mesmo [...] é a transferência, isso sim não tem [...] (P5/ Hospital)*

*[sobre o fluxograma e o instrumento]*

*Uma ação com potencialidade para mudar alguma coisa. (P3/SES)*

*[...] Uma coisa está lincada a outra, não tem como dissociar. [...] o protocolo [instrumento de comunicação] está dentro dos fluxos. (P7/ Hospital)*

### **5.2.3 ARTIGO 3 - Instrumentos para implementação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva**

A categoria de número três versa sobre o conteúdo necessário para construir coletivamente o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência de Santa Maria e o instrumento para a articulação entre os serviços. Está apresentada em formato de artigo que se encontra em processo de avaliação. Foi submetido ao número especial da Revista Gaúcha de Enfermagem 40 anos, em janeiro e aceito em abril de 2017.

#### **INSTRUMENTOS PARA ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: CONSTRUÇÃO COLETIVA**

##### **RESUMO**

**Objetivo:** identificar informações necessárias para a construção de instrumentos destinados a viabilizar a articulação entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção. **Método:** Estudo qualitativo, convergente assistencial, cujas informações foram produzidas de fevereiro a agosto de 2015 por meio de 10 encontros grupais, com 32 participantes do Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS, situado na Universidade Federal de Santa Maria. Utilizou-se a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Definiu-se o direcionamento do fluxo; os pontos para compor a rede; o que seria preciso comunicar entre os serviços: dados de identificação da mulher e família, bem como relato acerca da situação e a continuidade do cuidado. **Conclusões:** há necessidade de formalização institucional dos dispositivos construídos. A articulação entre os serviços requer comunicação, envolvimento e compromisso dos profissionais para garantir a continuidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde das Mulheres. Violência contra a Mulher. Assistência à Saúde. Ação Intersetorial. Comunicação Interdisciplinar. Prática Profissional.

## **ABSTRACT**

**Objective:** this paper aims to identify information necessary to build instruments designed to facilitate the professional integration of services to women in situation of violence with a view to the establishment of a network of attention. **Method:** qualitative study, convergent, whose information has been produced from February to August 2015 by 10 group meetings, with the 32 participants from the Integrated Working Group to Counter the Violence of Santa Maria-RS, located at the Federal University of Santa Maria. Using thematic content analysis.

**Results:** defined the direction of flow; the points to compose the network; what would it take to communicate between services: identification of wife and family, as well as report on the situation and the continuity of care. **Conclusions:** there is a need for institutional formalization of constructed devices. The articulation between the services requires the communication, involvement and commitment of professionals to ensure continuity of care.

**Keywords:** Women's Health. Violence against Women. Delivery of Health Care. Intersectoral Action. Interdisciplinary Communication. Professional Practice.

## **INSTRUMENTS FOR COORDINATION OF THE NETWORK OF WOMEN IN SITUATION OF VIOLENCE: COLLECTIVE CONSTRUCTION**

### **RESUMEN**

**Objetivo:** identificar el contenido necesario para construir instrumentos para facilitar la integración de profesionales de servicios a mujeres en situación de violencia con miras a la creación de una red de atención. **Método:** estudio cualitativo, convergente, cuya información ha sido producida de febrero a agosto de 2015, por 10 sesiones de grupo, con 32 participantes del Grupo de Trabajo Integrado para Contrarrestar la Violencia de Maria Santa-RS, que se encuentra en la Universidad Federal de Santa María. Se utilizó el análisis de contenido temático. **Resultados:** Se definió la dirección del flujo; los puntos que componen

*la red; lo que se necesitaria para comunicar entre servicios: identificación de mujer y familia, así como informe sobre la situación y la continuidad de la atención. Conclusiones: existe una necesidad de formalización institucional de dispositivos construidos. La articulación entre los servicios requiere comunicación, participación y compromiso de los profesionales para asegurar la continuidad de la atención.*

**Palabras clave:** *Salud de la Mujer. Violencia contra la Mujer. Prestación de Atención de Salud. Acción Intersectorial. Comunicación Interdisciplinaria. Práctica Profesional.*

## **INSTRUMENTOS PARA LA ARTICULACIÓN DE LA RED DE CUIDADO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA: CONSTRUCCIÓN COLECTIVA**

### **INTRODUÇÃO**

A violência contra as mulheres trata-se de um fenômeno complexo e multidimensional, uma vez que envolve diferentes disciplinas, dimensões sociais, psíquicas, culturais marcadas e determinadas pelas desigualdades de gênero. Sendo assim, transcende situações típicas do processo saúde e doença marcadas pelo paradigma biomédico.

Devido à complexidade do problema, seu enfrentamento requer a ação conjunta de diversos setores envolvidos como: saúde, segurança pública, justiça, educação, trabalho, habitação, assistência social, entre outros. Estes devem propor ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero, interferindo nos padrões culturais sexistas; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado<sup>(1)</sup>.

Ao trabalho que ocorre de modo interligado entre os distintos setores e conjunto de serviços se atribui a qualificação de rede<sup>(2)</sup>. A rede de atendimento, ou de atenção às mulheres em situação de violência, é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e ao

encaminhamento adequado das mulheres, bem como e à integralidade e humanização do atendimento. A rede é composta por serviços não-especializados, ou gerais e, especializados<sup>(3)</sup>.

Os serviços não-especializados geralmente, constituem a porta de entrada da mulher na rede: hospitais gerais, serviços de atenção primária (unidades de saúde), delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e defensorias públicas. Os serviços especializados atendem exclusivamente mulheres, possuindo expertises no tema. São eles: Centros de Referência de Atendimento à Mulher, (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Núcleos nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), Ouvidorias, serviços de saúde para os casos de violência sexual e doméstica, dentre outros<sup>(3)</sup>.

A perspectiva intersetorial representa um desafio na medida em que exige a ruptura com o modelo tradicional de gestão pública, que tende à departamentalização, à desarticulação e setorialização das ações e políticas públicas. Por isso, é fundamental que os serviços trabalhem a partir da perspectiva da intersetorialidade, a fim de que possam definir fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais, contemplando as demandas das mulheres em suas diversidades<sup>(3)</sup>.

Estes serviços compõem um grande mosaico, mas ainda pouco inter-relacionado. A atuação em rede requer um determinado modo de funcionamento, que não acontece apenas pela existência de um conjunto de serviços ou apenas serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial. Nesta configuração, os serviços não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar. Essa configuração reforça a rota crítica das mulheres<sup>(4)</sup>.

Quando as mulheres buscam apoio, muitas vezes é uma decisão tardia ou ambivalente e quando encontram assistências isoladas, com respostas diversas de suas demandas, tendem a interromper suas rotas<sup>(2)</sup>.

Estudos demonstram que a rede é vista como fragmentada, inacessível e distante da realidade vivida pelas mulheres<sup>(4-6)</sup>. No entanto, alguns profissionais relatam a vontade de transformar as formas de intervenção, com vistas a criar mecanismos de aproximação de atores e organização de fluxos<sup>(5)</sup>. Muitas vezes, os serviços não são reconhecidos como ajuda efetiva para suas demandas sociais e de saúde<sup>(6)</sup>. A trajetória de sucesso dessas mulheres nos serviços requer que as instituições funcionem como apoio e instrumentos de facilitação no processo de superação da violência vivida<sup>(4)</sup>.

Esta fragilidade também foi apontada por profissionais enfermeiras que reconheceram a necessidade do cuidado multiprofissional e articulado com outros serviços. No entanto, referem dificuldade no acompanhamento e implementação da comunicação entre os serviços<sup>(7)</sup>. O que repercute negativamente na atenção a saúde das mulheres, uma vez que essas ficam à mercê da disponibilidade pessoal do profissional. A inexistência de fluxos específicos obriga as mulheres a aguardarem o agendamento da consulta, o que pode desestimulá-las. É possível realizar um atendimento desburocratizado e sim voltado para as necessidades das mulheres. No entanto, é necessário repensar o uso de protocolos generalizantes que fragmentam o atendimento com tendência a patologizar e medicalizar o corpo, o que pode levar às mulheres a percorrerem vários serviços<sup>(8,9)</sup>.

Neste sentido, há necessidade de estudos que aprofundem aspectos para contribuir com a transformação dessa realidade e que possam criar ferramentas interdisciplinares de intervenção a fim de contribuir com a articulação dos serviços a fim de compor a rede de atendimento. Com esta perspectiva este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: “Qual o conteúdo necessário para construir instrumentos a fim de viabilizar a articulação entre

profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção?”. Objetiva identificar informações necessárias para a construção de instrumentos destinados a viabilizar a articulação entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção.

## **MÉTODOS**

Estudo qualitativo do tipo convergente assistencial. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi eleita como referencial metodológico devido à possibilidade de desenvolver ações conjuntas de pesquisa e de assistência de modo a direcionar a pesquisadora para a resolução ou minimização de problemas e ou introdução de inovações nas práticas de saúde<sup>(10)</sup>. Esse cenário proporciona aos participantes a autonomia para transformação, justificando assim a escolha desse método.

A PCA foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, CAAE: 40350315.1.0000.5346. Os procedimentos éticos foram respeitados em todos os trâmites e momentos da pesquisa, sendo considerada a Resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

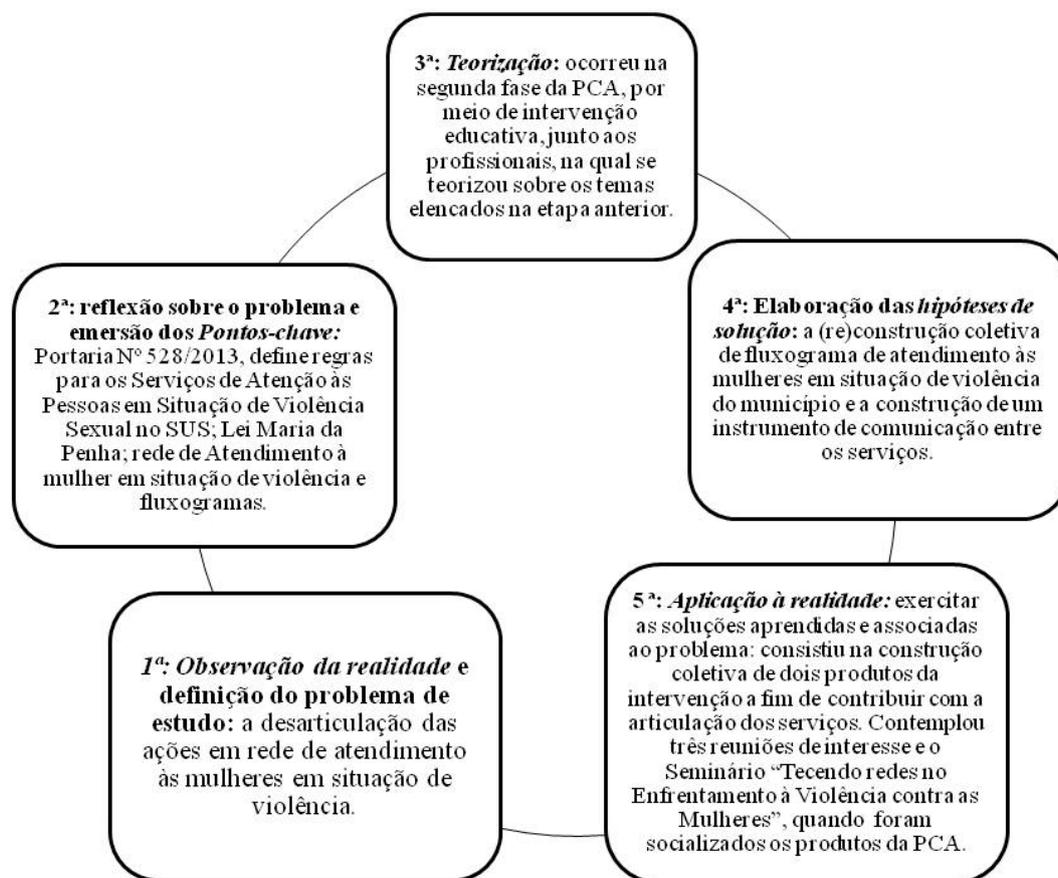
O cenário de desenvolvimento da PCA foi o Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS (GTIEV) que é um grupo intersetorial composto por profissionais de saúde, assistência social e segurança pública. O GTIEV reúne-se na Universidade Federal de Santa Maria, em sala agendada quinzenalmente, sendo sua coordenação vinculada ao Hospital Universitário de Santa Maria. A inserção prévia da pesquisadora no GTIEV e algumas experiências profissionais com integrantes do grupo

determinaram a escolha do espaço, caracterizando-se uma seleção por conveniência. Foi estabelecido como critério de inclusão: ser profissional ou acadêmico/a e participar do GTIEV. O critério de exclusão foi: estar ausente do trabalho no período da produção das informações, que foi de fevereiro a agosto de 2015. Participaram 32 pessoas de modo ativo, dessas três são acadêmicas, dos cursos de serviço social ou psicologia e 29 são profissionais: assistente social, psicóloga/o, enfermeira, técnica de enfermagem, farmacêutica, médica e policial.

Para produzir as informações foi utilizada a técnica do grupo convergente (GC) assistencial, bem como diário de campo. O GC que vem sendo utilizado na PCA com o objetivo de implementar projetos de prática assistencial e fazer abstrações desta prática com a finalidade de construir conhecimentos acerca dos temas emergentes<sup>(10)</sup>, sendo recomendado pelas autoras do método. Foram realizados 10 encontros, quinzenalmente em sala previamente agendada, com duração aproximada de duas horas conforme pactuação com as participantes. A equipe de pesquisa foi composta pelas pesquisadoras principais, doutoranda, orientadora e três auxiliares de pesquisa.

Os encontros grupais foram planejados e desenvolvidos tomando-se como referência a Metodologia da Problematização (MP). Esta vem sendo empregada em estudos das áreas da educação, da saúde e da enfermagem e sua aplicação está embasada no Arco de Charles Maguerez<sup>(11)</sup>. Desenvolvido em cinco etapas (Figura 1):

**Figura 1:** Aplicação da Metodologia da Problematização no estudo.



Para a análise dos dados foi desenvolvida a análise de conteúdo temática, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos<sup>(12)</sup>. Na fase de pré-análise, realizou-se a leitura flutuante do material, para obter um maior contato com o conteúdo. Em sequência, houve a captação dos núcleos de sentido e o agrupamento por afinidade das ideias em comum, com recortes, a fim de identificar o conteúdo para construir os instrumentos propostos. Foi realizada codificação cromática dos achados e categorizados conceitos gerais que orientaram a análise. Na exploração do material foram identificadas as ideias comuns e a relação das categorias entre si. Emergiram as categorias empíricas: 1) Fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência como dispositivo de fortalecimento para a construção da rede de atenção e 2) a articulação comunicativa para a construção da rede. A análise final consistiu no tratamento dos resultados e sua interpretação, articulando o material com a literatura indexada em bases de dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se neste estudo o conteúdo que emergiu do grupo de participantes ao construir o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência do município de Santa Maria-RS e um instrumento para viabilizar a articulação entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção.

### **Fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência como dispositivo de fortalecimento para a constituição da rede de atenção.**

A (re) construção coletiva do fluxograma foi realizada a partir da compreensão sobre a necessidade de se materializar um percurso instituído que representasse o acesso das usuárias aos serviços de atendimento. Foi identificado na fala das profissionais o entendimento que o fluxograma é um dispositivo de fortalecimento para a construção da rede de atenção. No entanto, compreenderam que somente esse desenho não é suficiente para que se construa a rede. Para as participantes a rede tem o foco no cuidado, de forma intersetorial.

*Desenhar o fluxo e: Cumpra-se! Não funciona. (P5/Hospital)*

*É preciso estar estabelecido assim um fluxo nessa rede [...] veio da Unidade Básica, ela precisa do quê depois? Vai pra onde? E chega nesse outro lugar, ela ainda tem um outro lugar que ela tem que ir. [...] Pra estabelecer rede, é pensar no cuidado e passar por todos os setores que tem a ver com aquele problema, porque todos tem o conhecimento que se afina né? Nessa relação pessoal inclusive, porque é uma construção. (P3/SES)*

*Que forme uma rotina, que todo mundo que passe por lá saiba o que tem que fazer. (P14/SMS)*

As participantes demonstraram o entendimento sobre a importância da continuidade do cuidado. Além da compreensão que o fluxograma pode representar o percurso das mulheres e direcionar a organização do atendimento em rede.

O fluxograma descritor é utilizado em saúde para capturar os processos em curso, de modo que possa fornecer dados e informações substantivas o suficiente que validem determinadas análises e contribuam no planejamento. Consiste na representação gráfica do processo de trabalho, busca perceber os caminhos percorridos pelo usuário e sua inserção no serviço, quando procura assistência. Permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. Ao aplicá-lo é como se lançássemos luz em áreas de sombra, ainda não percebidas, que operam no sentido contrário a uma atenção centrada no usuário<sup>(13)</sup>.

O fluxograma de atendimento é considerado estratégia que favorece os encaminhamentos. Profissionais de saúde da atenção primária apontam que o estabelecimento de um fluxo e seu conhecimento contribui para direcionar os caminhos a serem seguidos e a própria busca por apoio na rede social<sup>(14)</sup>. O conhecimento dos serviços é determinado por meio dos fluxos de informação e comunicação existentes<sup>(15)</sup>. Para viabilizar o encaminhamento, atendimento e proteção das mulheres, é necessário assimilar o quanto a rede incorpora de parcerias e interconexões. É preciso buscar estratégias de divulgação dos serviços que integram a rede, levando o conhecimento destes à população, por meio de mídia escrita, falada e/ou televisionada<sup>(16)</sup>.

Ao se problematizar nos encontros quais seriam os aspectos para compor o fluxograma, foi necessário definir quais os serviços que oferecem atendimento às mulheres em situação de violência no município. As profissionais citaram os serviços de assistência social: CREAS e os CRAS; a Delegacia, a escola, o hospital, as Unidades de Saúde. Além disso, referiram que a construção da rede inclui setores como cultura, habitação, trabalho, infraestrutura, justiça, dentre outros. Demonstraram entendimento que outros serviços e locais poderiam ser inseridos no fluxograma, a exemplo de casas abrigo.

*O CREAS, a educação. Muitas vezes elas chegam na escola ou também a escola pode contribuir nessa compreensão do caso. E a Delegacia. (P1/SMS)*

*É a rede como um todo, o hospital faz parte da rede. (P3/SES)*

*[a rede] vai pra além da saúde, vai pra habitação, pro planejamento, pra infraestrutura da cidade, saneamento [...]. (P4/Hospital)*

*É intersetorial [...] a cultura; entra a justiça. [...] não é muito fixo mesmo, [...] não da pra trabalhar sozinha a questão da violência. [...] tem que vir pra discussão, pra repensar o que tu fez e tentar assim, melhorar o que está sendo oferecido. [...] Faço contato telefônico e mando por e-mail a cópia da notificação. [...] (P5/Hospital)*

*[...] um abrigo [serviço que trabalha no enfrentamento da violência] isso é o bacana [...]. Então eu acho que quando a gente souber, é importante essa inserção no grupo [GT] que a gente faz realmente a rede, não é só a questão de município, estado, não, é todos os outros que formam. (P7/Hospital)*

Esse achado vai ao encontro de estudo realizado na Bahia, com profissionais das áreas de segurança, jurídica, psicossocial e da saúde, no qual os participantes destacaram a importância da articulação intersetorial para viabilizar o processo de enfrentamento à violência contra as mulheres. Além disso, destacaram que para compartilhar os problemas e conhecimentos é necessário criar estratégias como encontros e reuniões sistemáticas a fim de superar a deficiência de comunicação intersetorial, sugerindo serem estas que favorecem o fortalecimento da rede. No município do estudo, também existe um Grupo de Trabalho (GT) para o enfrentamento da violência, que é considerado uma alternativa para a consolidação da rede de atenção. Considera-se esses como espaços de diálogo que agem como estruturas para a visibilidade e consequente resolutividade<sup>(16)</sup>.

A construção da rede é uma estratégia de ação nova, portanto, exige investir em capacitação e incentivo dos participantes, para que todos possam se comunicar de forma clara e ágil. Esse é um grande e permanente desafio, que requer a participação de amplos setores sociais como, a mídia, a educação, a saúde e os movimentos comunitários. É necessário prover informação que possibilite transformação, não apenas por meio de conhecimento formal, mas, por meio da promoção da cidadania como forma de enfrentamento à violência<sup>(15)</sup>.

As profissionais refletiram coletivamente sobre a complexidade das situações de violência, principalmente pela relação de afetividade na qual a mulher está envolvida. Esse processo de redefinição coletiva do fluxograma foi um momento produtivo e que exigiu reflexão do grupo sobre sua compreensão acerca da porta de entrada das mulheres nos serviços de atendimento. Assim perceberam a necessidade de redefinir o início do fluxo como a “porta de entrada” da mulher nos serviços, ou seja, qualquer serviço que a mulher tenha acessado. E a partir disso, o fluxo seria direcionado de acordo com cada tipo de violência identificada.

*[...] Porta de entrada, a gente não pode colocar a saúde [...] mas, pode ser a delegacia sim [...] pode ser todos os setores, até a escola, qualquer serviço e a partir da porta de entrada pra onde vai cada tipo de violência. A sexual vai pra onde? A física? Então nós temos que ver que tipo de violência é, e a porta de entrada pode ser qualquer uma. [...] (P14/SMS)*

*Eu entendo que são os caminhos que essa mulher pode percorrer até ela achar o lugar adequado. (P15/Hospital)*

Dessa forma, a porta de entrada, que era centralizada na Delegacia da Mulher, ficou constituída por: serviços de saúde, serviços de assistência social, educação e segurança pública: UBS, ESF, Hospitais, UPAs, PAM, consultórios, CRAS, CREAS, escolas, DEAM e delegacias em geral. Para fortalecer a construção, foram estudados os tipos de violência, uma vez que havia emergido a proposta de que a (re) construção se estruturasse a partir dos cinco tipos: violência física, psicológica, patrimonial, moral e sexual, definidos na Lei Maria da Penha. Com esta perspectiva o fluxograma foi estruturado a partir dos tipos de violência.

Destaca-se que, para lidar com casos de violência, a rede é o modelo mais aceito pela literatura, e nele, “a entrada pode se dar em qualquer ponto, sendo a circulação dos casos um trançamento entre os diversos pontos desse conjunto (os distintos serviços), entre os quais não há hierarquia de disposição e sim uma colocação horizontal nas relações entre si”<sup>(9:1048)</sup>.

A reconstrução coletiva foi permeada por saberes das diferentes áreas envolvidas, representadas pelos diferentes serviços, cada um com seus pontos de vista acerca do funcionamento do fluxograma. Destaca-se que surgiram dúvidas sobre os pontos mais

adequados para definir como sequência de encaminhamentos e atendimentos a serem realizados. Ao mesmo tempo foram emergindo necessidades de comunicações com outros serviços e até articulações institucionais entre Secretarias como a de Saúde e de Assistência Social, Delegacia da Mulher, Departamento Médico Legal, clínicas escola, a fim de se combinar aspectos a serem modificados conforme as possibilidades de cada serviço. Assim, as falas apontaram para a necessidade de os profissionais interagirem e, a partir do contato, da comunicação, conhecerem o trabalho dos diferentes serviços.

*Tem que conversar com o outro CREAS [...] conversar com a equipe e ver como eles estão fazendo [...]. (P16/ Secretaria de Assistência Social)*

*A gente tem que saber qual é área de abrangência dos CREAS, quais regiões [...]. (P2/SMS)*

*Eu estou lá no serviço social atendendo a mulher, daí ela me mostra uma lesão [...] vou poder encaminhar pra unidade básica? [...] A pessoa [profissional] ela tem que saber avaliar aquela situação e saber pra onde vai. [...] A questão é a notificação, a coisa da rede mesmo, de acompanhamento. (P5/Hospital)*

Um dos entraves para o encaminhamento das mulheres é o desconhecimento acerca do funcionamento dos serviços. Isso foi constatado em estudo realizado com profissionais que demonstram pouco conhecimento sobre o trabalho realizado no Centro de Referência e na DEAM, bem como sobre a articulação entre eles<sup>(14)</sup>. O processo de interação entre os vários setores que integram a rede só se consolidará por meio do conhecimento mútuo. Isso envolve informações sobre suas atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento<sup>(16)</sup>. Portanto, para superar essa barreira de comunicação é preciso um movimento de troca entre os serviços. Esse movimento precisa ser garantido e viabilizado pela gestão.

Ao seguir o processo de organização do fluxograma, compreenderam que a partir da necessidade da mulher atendida no serviço, o profissional precisaria identificar direta ou indiretamente a situação de violência. Caso ele não identificasse pelo relato, a situação poderia ser identificada pelos aspectos clínicos da violência, inseridos no fluxograma como sinais de alerta, a citar: queimaduras, hematomas e fraturas, qualquer lesão em cabeça ou

pescoço provocadas por armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas; lesões das mucosas oral, anal e vaginal, infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez. As manifestações tardias como dor no baixo ventre, hipertensão arterial, transtornos digestivos, insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade; choque, crise de pânico, ansiedade, confusão, autorreprovação, insegurança, culpa, abuso de álcool e drogas, depressão, tentativas de suicídio, disfunções sexuais, dentre outros.

Foi possível que as profissionais fizessem um movimento de reflexão a fim de imaginar possíveis situações da prática para aplicação do fluxograma e assim verificaram as possibilidades de utilização do mesmo de acordo com as atribuições de cada serviço. Nesse exercício, sugeriram a inclusão de clínicas escola, locais vinculados ao ensino e que prestam atendimento psicológico, social e jurídico, junto a outros serviços, como os de saúde mental. Observou-se a convergência da pesquisa e intervenção propostas com a necessidade de mudança e apropriação das profissionais acerca do processo de construção coletiva. Manifestaram satisfação em relação ao processo realizado.

*[...] Eu acho agora a gente vai concluir esse fluxo e depois vai ter que começar amarrar essas parcerias. [...] Nós como GT, o que a gente vai ter que fazer é amarrar esse fluxo com a gestão e com essas parcerias. (P2/SMS)*

*[...] A gente tá preparando, pensando, lendo material, botando a cabeça a funcionar [...]. Então aquele trabalho de formiguinha, parece que não dá resultado, mas a gente vê que dá. (P5/Hospital)*

*E é um sinal pra nós que estamos evoluindo, se nós conseguirmos olhar pra aquilo de um tempo atrás e ver que existe falha, é porque hoje a gente pode enxergar melhor. (P14/SMS)*

A construção de uma rede demanda etapas complexas, um novo olhar para o mesmo problema, a utopia para plantar soluções e a superação do modo de trabalho setorizado e verticalizado<sup>(15)</sup>. Nesse sentido, o grupo discutiu a necessidade de garantir alguma forma de comunicação entre os serviços e coletivamente construíram um instrumento na tentativa de formalizar e articular o trabalho entre os serviços.

## **A articulação comunicativa para a construção da rede**

Com vistas a refletirem acerca da comunicação entre os serviços e na possibilidade de construção de um instrumento que facilitasse a articulação, foram realizados alguns questionamentos em relação ao conteúdo necessário para facilitar o diálogo entre os serviços de atenção às mulheres em situação de violência. As participantes concluíram que é preciso comunicar ao outro serviço, ou seja, a referência, transferência do cuidado: os dados de identificação da mulher e família, bem como relato acerca da situação e o atendimento prestado e também no momento em que a mulher chega ao serviço. Em relação aos aspectos que é preciso saber após o encaminhamento ao outro serviço, a contrarreferência, referiram-se aos serviços acessados e sobre a continuidade do cuidado.

*Dados de identificação da mulher (nome, idade, endereço, telefone dela e de familiares). (P5/hospital; P13/hospital; P15/hospital; P4/hospital; P17/ Secretaria de Assistência Social; P3/SES; P1/SMS;P2/SMS; P9/SMS)*

*Breve relato do caso e do atendimento: o que foi realizado, o que foi identificado; qual profissional que realizou o atendimento/acolhimento; Serviço que prestou o atendimento. (P5/hospital; P13/hospital; P15/hospital; P4/hospital; P17/ Secretaria de Assistência Social; P3/SES; P1/SMS;P2/SMS; P9/SMS)*

*Procedimentos realizados e encaminhamentos para outros serviços da rede conforme a necessidade. Se a mulher chegou, se foi atendida, o quê foi feito, se o tratamento foi seguido. (P5/hospital; P13/hospital; P15/hospital; P4/hospital; P17/ Secretaria de Assistência Social; P3/SES; P1/SMS;P2/SMS; P9/SMS).*

A articulação entre os serviços precisa ser permeada pelo diálogo e contato com os profissionais. Quando questionadas sobre como fazer para que esse fosse instituído pelos serviços, apontaram a necessidade de serem feitos acordos institucionais. Nesse sentido, constatou-se a necessidade de dar continuidade na organização da rede de atendimento, a partir do que foi construído durante a PCA pelo GTIEV. Demonstraram o comprometimento com a continuidade do trabalho disparado a partir da PCA.

*[...] é muito de como a gente faz, se a gente simplesmente envia um documento, e não se comunica, não dialoga junto, a gente tá fazendo aquilo que a gente não quer que aconteça*

*com este instrumento. [...] Então eu acho que a gente tem que ir aos serviços e conversar, conhecer as pessoas. [...] não tá pronto, a gente tá construindo. (P1/SMS)*

*O instrumento é a complementação do contato. Ele dá transparência, reafirma o acordo entre as partes [...]. Se não ela fica burocrática. [...] O documento também é uma forma de dizer que já teve uma intervenção, e outras pessoas, logo depois de nós, vão acessar e conhecer o histórico. (P9/SMS)*

*[...] O que eu acho interessante é que o instrumento ele formaliza, é um documento, um registro de que aquilo aconteceu, porque não fica só no contato. [...] Mas o contato é fundamental, eu não vou receber um instrumento sem uma ligação. [...] (P13/Hospital)*  
*Não precisa fazer um relato [extenso], colocando o que foi feito em uma linha, pra identificar, e onde e quem passou.[...] Telefone é o mínimo que tem que ter. [...] (P17/ Secretaria Assistência Social)*

*[...] eu acho que o roteiro de comunicação poderia ser um protocolo [...]. O protocolo tem que fazer, independente se é do CREAS, se sou eu ou ela. [...]. (P13/Hospital)*

*[...] tem que sentar com os pares[...]. No momento que o [nome do hospital] se organiza como microrrede, nós como macrorrede temos que nos organizar de uma forma que a discussão aconteça, que na verdade hoje não ocorre [...] definir o que compete a cada serviço, e de que forma as coisas vão ser encaminhadas[...]. Tem que deixar, assim amarrado, e claro, e descrito, porque as coisas só funcionam no momento em que estão bem claras, definidas, escritas no papel[...].o que compete pra cada um [...]. (P2/SMS)*

A necessidade de construção da rede ficou explícita nas falas, do mesmo modo que as profissionais demonstraram compreender que essa é uma tarefa coletiva, que precisa envolver os serviços, por meio do diálogo e de definições institucionais sobre os papéis que cada um pode exercer na rede. Mesmo que não soubessem exatamente como operacionalizar essa construção, deixaram claro, que se apropriaram dessa compreensão, sendo esse um dos importantes resultados revelados pelo estudo. Nesse sentido, entende-se que para avançarmos na construção de uma rede potente para o atendimento contínuo a essas mulheres, é preciso o envolvimento da gestão e dos diferentes setores envolvidos. Para tanto, é premente a proposição de ações afirmativas, mecanismos de comunicação e articulação intersetoriais coordenados pelos municípios.

A composição de uma rede exige a articulação entre as ações particulares de cada serviço, o que somente ocorrerá quando a produção assistencial for minimamente compartilhada pelos diferentes serviços. Para isso há necessidade de definições institucionais que dialoguem entre si, serviços organizados em dinâmicas de atendimento que também

possam convergir para aspectos compartilhados dessa assistência, assim como é preciso comunicação e interação entre os diversos profissionais envolvidos. Dessa forma, a rede será o modo de funcionamento em que cada serviço irá reforçar e acrescentar ações promotoras de um projeto de intervenção que seja comum aos serviços. Nessa perspectiva, as redes e as relações atreladas a ela são também pensadas a partir dos fluxos de informações, objetos e pessoas que nela transitam<sup>(2)</sup>.

É necessário superar a lógica do encaminhamento sem o compromisso com o acompanhamento dos casos e pautar as ações profissionais e institucionais na intersectorialidade. Para tanto, é preciso aprender como não restringir a organização do trabalho na lógica da racionalidade e funcionalidade. O trabalho em rede para além de adaptar-se, exige apreender, inventar e criar. Quando a instituição não consegue atender às demandas originadas de fenômenos complexos, tais como a violência contra as mulheres tende a fracassar<sup>(17)</sup>.

A concepção de trabalho integrado e intersectorial vincula-se ao entendimento de que essa tarefa é uma constante construção. A constituição de uma rede de prevenção à violência geralmente exige um movimento mais intenso e contínuo, para integrar diferentes atores e equipamentos sociais, seja por meio de uma rede informatizada ou não. Há também a necessidade de compartilharem um mesmo código de comunicação, o que significa ter a mesma compreensão das diferentes formas de violência. É preciso que os integrantes da rede ajam em sincronia frente à urgente demanda de intervenção. A formalização do trabalho em rede não é suficiente para manter as interconexões. É preciso que as próprias comunidades reconheçam o papel das parcerias em conexão. A implantação de uma rede não exige grandes investimentos do setor público ou privado, mas, acima de tudo, uma mudança de olhar e uma visão mais atenta dos profissionais, visando integrar os serviços já existentes e contando com pessoas sensibilizadas e comprometidas<sup>(15)</sup>.

A garantia de ações intersetoriais é determinada pela monitoração de propostas com avaliação e supervisão sistemáticas a fim de qualificar os serviços prestados. Essas informações precisam ser utilizadas para garantir políticas públicas e melhorar as respostas das instituições. Buscar um trabalho em rede que integre os serviços existentes é desenvolver a gestão em redes, a partir de uma coordenação intersetorial que estabeleça as vias para encaminhamentos e a continuidade da atenção<sup>(18)</sup>.

Destaca-se que a criação de protocolos e fluxos de encaminhamentos para a violência contra as mulheres, pautados em critérios de classificação de risco e vulnerabilidades são recomendados pela literatura como estratégias para construção de condutas mais resolutivas. Para contribuir com o cuidado em saúde e enfermagem é importante a apropriação de novos saberes em diversas áreas do conhecimento a fim de que os profissionais que atendem essas mulheres apropriem-se do conhecimento, de discussões interdisciplinares e intersetoriais. A instituição da atenção integral, transversal e em rede está condicionada à transformação na forma de pensar, do saber-fazer e do saber fazer em comum<sup>(17)</sup>. Nesse sentido, reforça-se a importância de espaços coletivos e interdisciplinares como o GT, cenário do estudo, bem como a necessidade de institucionalização de processos coletivos, intersetoriais de discussão e trabalho. É preciso garantir esses momentos desde a formação em saúde e nas demais áreas, com a finalidade de que ensino e serviço possam criar novas estratégias, recursos e ferramentas tecnológicas que inovem e contribuam com a construção da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Contatou-se que há necessidade de formalização institucional dos dispositivos construídos nesta PCA, assim como a articulação entre os serviços requer o envolvimento e o compromisso dos profissionais com a comunicação e a garantia da continuidade do cuidado.

Dialogar acerca da situação de violência, de sua família, dos atendimentos prestados e dos serviços percorridos é imprescindível para o acompanhamento.

O conteúdo produzido pela PCA subsidiou a mudança nas práticas em saúde e demais setores envolvidos com a problemática em questão, uma vez que contribuiu para o empoderamento das profissionais do GT acerca do tema e da necessidade de organizar espaços de articulação do GT com demais serviços envolvido com o cuidado às mulheres. Atualmente, esses instrumentos foram incorporados a um Protocolo de Atendimento de Enfermagem em Saúde da Mulher que está em construção no município em questão.

No âmbito do ensino, destaca-se a contribuição em relação à necessidade de se criarem espaços interdisciplinares na formação em saúde, que possam dialogar sobre temas complexos como a violência. Esses necessitam envolver os saberes das ciências sociais, humanas e até mesmo da área da comunicação, tecnologias da informação e informática, uma vez que para se trabalhar na lógica de construção de redes são necessários esforços integrados de diferentes áreas, que possam viabilizar a comunicação entre os setores envolvidos. O estudo apresenta como limitação a delimitação no cenário local e a dificuldade de manter o foco em alguns encontros, uma vez que os participantes era de diferentes setores, sendo os encontros permeados pela interação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. Brasília (DF); 2013.
2. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital* [internet]. 2012 [citado 2016 out 10];12(3):237-54. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al/1110-pdf-pt>.
3. Presidência da República (BR), Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília (DF); 2011.

4. Sagot M. The Critical Path of Women Affected by Family Violence in Latin America: Case Studies From 10 Countries. *Violence against Women*. 2005; 11(10):1292-1318.
5. Meneghel SN, Barrios F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;7(4):743-52.
6. Vieira LB, Souza IEO, Tocantins FR, Pina-Roche F. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2015;23(5):865-73.
7. Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):77-84.
8. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1230-40.
9. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1037-50.
10. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. *Pesquisa Convergente Assistencial. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
11. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia e Educação [Internet]*. 2012 [citado 2016 out 10];3(2): 265-87. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/rfe/article/view/2363/2635>.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
13. Franco TBF. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG. In: Merhy EE, Franco TB, organizadores. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-198.
14. Gomes NP, Erdmann AL, Mota LL, Carneiro JB, Andrade SR, Koerich C. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. *O Mundo da Saúde*. 2013;37(4):377-384.
15. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;11(Sup): 1313-22.
16. Menezes PRMM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc*. 2014;23(3):778-86.

17. Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [citado 2016 out 10];17(4):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>.
18. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* [internet]. 2014 [cited 2016 sep 28];385(9977):1567–79. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a construção de um olhar acerca da necessidade de articulação dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência no município em questão para viabilizar a continuidade do cuidado. A contribuição transcendeu a produção de dados tradicionais, uma vez que houve uma construção coletiva de instrumentos que podem promover a comunicação e articulação entre os serviços. Atribui-se esse mérito ao método escolhido, a PCA, e, portanto um diferencial deste estudo.

A conceituação de rede de atenção às mulheres em situação de violência expressa pelas profissionais participantes demonstra a apropriação das mesmas sobre a conformação do trabalho em rede. No entanto, muitos são os entraves reais para que isso se concretize na prática e no cotidiano dos serviços, o que ficou explícito nas dificuldades expressadas.

A atenção é marcada pela desarticulação entre os serviços e o GTIEV é percebido como um espaço potente e disparador desse movimento de construção de rede. Assim, embora inseridas num cenário de fragmentação do cuidado, as participantes reconheceram potencialidades para a atuação em rede. No entanto, esbarram na precariedade dos investimentos da gestão e na pouca visibilidade que a violência contra as mulheres tem no âmbito dos serviços e na gestão das políticas públicas no cenário em questão.

A inexistência de um protocolo definido para direcionar a continuidade do cuidado nos diferentes setores de atenção, associada à necessidade de mais espaços de articulação intersetorial e de um sistema institucional de comunicação eficiente entre os diferentes setores envolvidos parecem sustentar a desagregação dos serviços. O que contribui muito para a existência de uma lacuna entre o que se pensa, o que é preconizado pelas políticas públicas em termos de formação de rede e, o que é produzido efetivamente.

Foram valorizadas as dimensões da escuta, acolhimento e vínculo no cuidado às mulheres para desenvolver a articulação em rede, o estabelecimento do fluxograma de atendimento, o contato e, a comunicação falada e formalizada por meio do instrumento de comunicação entre os serviços. Contudo, para além desses elementos, a atuação profissional precisa ir além do encaminhamento, do preenchimento do papel. Há necessidade de desenvolvimento do senso de pertencimento dos serviços para composição da rede.

A metáfora da rede representa uma composição feita a partir de nós. Algumas participantes se colocaram como sendo parte dos nós dessa rede. Mas, ainda é preciso esse reconhecimento aconteça efetivamente *in loco* nos serviços. Para que tanto o fluxograma e o instrumento construído possam efetivamente representar o processo de articulação.

A **tese** deste estudo sustenta-se no sentido de que a continuidade da atenção às mulheres em situação de violência seja viabilizada pela articulação comunicativa entre os serviços. Essa articulação precisa ser institucionalizada intersetorialmente, por meio de dispositivos concretos de comunicação com o intuito de se romper barreiras institucionais. As possibilidades disparadas pela PCA nesse primeiro momento foram apresentadas por meio dos dois produtos construídos coletivamente.

O **conteúdo produzido** pela PCA subsidiou a mudança nas práticas em saúde e demais setores envolvidos com a problemática em questão, uma vez que contribuiu para o empoderamento das profissionais do GTIEV acerca do tema e da necessidade de organizar espaços de articulação do próprio GTIEV com os demais serviços envolvidos com o cuidado às mulheres. A partir da articulação do GTIEV, mediada pela pesquisadora, foi sinalizada a incorporação dos instrumentos a um Protocolo de Atendimento de Enfermagem em Saúde da Mulher que está em construção no município em questão. Desse modo, o GTIEV promoveu a constituição de estratégias para iniciar a construção de uma cultura institucional para trabalhar em rede.

Os produtos da construção coletiva são apenas instrumentos disparadores que poderão contribuir com a articulação entre os serviços. Destaca-se que para que a rede seja formada, pelas vias da intersecção, é preciso suporte, iniciativa e ação dialógica da gestão, o que será viabilizado pela institucionalização do fluxograma e de um sistema formal de comunicação dos serviços municipais.

Reforça-se assim, a urgência de validação e formalização institucional dos dispositivos construídos nesta PCA. Reafirma-se que a articulação entre os serviços requer o envolvimento e o compromisso dos profissionais com a comunicação e a garantia da continuidade do cuidado. Para tanto, a gestão municipal precisa assumir o comprometimento com a implantação do fluxograma e viabilização da comunicação. As amarrações entre as diferentes secretarias, como a de Saúde e Desenvolvimento Social e setores como o de segurança pública, representado pela Delegacia da Mulher, precisam ser determinadas pela gestão, sendo apoiadas por elementos importantes como o GTIEV, pelo controle social e movimentos de mulheres do município.

As **contribuições** do estudo no âmbito do ensino destacam-se em relação à necessidade de se criarem espaços interdisciplinares na formação em saúde, que possam dialogar sobre temas complexos como a violência. Esses necessitam envolver os saberes das ciências sociais, humanas e até mesmo da área da comunicação, tecnologias da informação e informática, uma vez que para se trabalhar na lógica de construção de redes são necessários

esforços integrados de diferentes áreas, que possam viabilizar a comunicação entre os setores envolvidos.

No universo da pesquisa qualitativa, a Pesquisa Convergente Assistencial mostrou-se um método promissor para ser utilizado na Enfermagem e na Área da Saúde, uma vez que propõe a aproximação do contexto de prática profissional com a produção de conhecimento em pesquisa. A PCA propicia investigação e ao mesmo tempo, ampliação e inovação do saber. Isso reforça que as práticas utilizadas nesse tipo de pesquisa são instrumentos importantes para as/os enfermeiras/os trabalharem no o contexto de cuidar, em que todos participam, aprendem e ensinam de forma coletiva e simultânea em busca de caminhos de transformação da realidade.

Sua aplicação, concomitante com a Metodologia da Problematização e o Arco de Charles Maguerez, mostrou-se profícua e viável uma vez que a intersecção dos métodos se dá por meio da práxis e na transformação da realidade na qual o/a pesquisador/a está inserido/a. Os desafios para a utilização dos dois métodos consistem no fato de que ao mesmo tempo em que se exercita a práxis, é preciso conservar os preceitos científicos e de rigor metodológico. Outro desafio foi a exigência que se desenvolva uma atitude de ruptura com o paradigma tradicional de pensamento com base nas ciências naturais e exatas, o que aponta para uma postura de se inserir no contexto social em que as pessoas vivem e se relacionam e buscar a produção de novos conhecimentos para transformar a realidade. Compreendeu-se que o desenvolvimento da PCA foi um grande desafio, mas um processo muito gratificante e ao mesmo tempo inovador que possibilitou mudanças, crescimento pessoal e profissional permeado por muito aprendizado. Esse último oportunizado durante o desenvolvimento dos encontros e dos demais momentos possibilitados pela construção coletiva. A convergência do assistir e pesquisar constituiu o grande diferencial do método utilizado.

As **contribuições** para a construção do conhecimento podem ser atribuídas à dimensão da articulação da rede de atendimento à VCM e dizem respeito ao contexto do município de desenvolvimento do estudo. Ao mesmo tempo conhecer as dificuldades para a articulação dessa rede converge com resultados nacionais e internacionais sobre o tema. O diferencial conhecimento produzido se apresenta por meio das potencialidades elencadas pelo grupo para o enfrentamento à VCM e dos produtos construídos a partir da prática educativa. Destaca-se que ficou claro o conceito de expansibilidade, característica da PCA, de que a inovação e o processo de mudança não se esgotaram com a produção da tese, mas continuam e dependem do movimento a ser continuado pelo próprio GTIEV e demais pessoas/serviços envolvidas/os.

O estudo apresentou concepções e elementos para articulação da rede de atendimento a partir da visão e da experiência de profissionais dos serviços que compõem o GTIEV.

Embora a PCA tenha possibilitado momentos de escuta e articulação com profissionais das unidades de saúde e demais serviços da ponta, uma limitação do estudo foi seu desenvolvimento com uma representação de profissionais e da gestão que participam do GTIEV. Além disso, o estudo se limitou por não apresentar a trajetória das mulheres nas suas rotas críticas na busca por ajuda, uma vez que foi delimitado partindo da atuação dos profissionais dos serviços e da gestão. Aponta-se para uma lacuna a ser desenvolvida em novas pesquisas sobre o tema no município em questão a fim de dar continuidade aos estudos sobre a rede de atendimento, e também para que sinalizem as dificuldades para a implementação do fluxograma e sua reorganização a partir de demandas mais específicas e construídas a partir da dinâmica de vida das mulheres.

Considerando que esta produção foi construída e pensada a partir do olhar de uma profissional da saúde, enfermeira, cabe refletir acerca do desafio de se trabalhar um objeto de estudo multifacetado, amplo e complexo que exige uma construção intersetorial. Ressalva-se que a contribuição é um recorte, um olhar da saúde. Destaca-se que os problemas de comunicação para articulação em rede exigem o aprofundamento de áreas dos sistemas de informática e da comunicação que, somente um recorte do olhar da saúde não é suficiente para desvelar a problemática e viabilizar soluções.

Em contraponto, o próprio SUS a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que preconizam a atenção em rede integrada quase não propõem mecanismos concretos que indiquem como viabilizar essa atuação com vistas à integração dos serviços. E na própria formação em saúde, em geral, limitada em si mesma, pouco se desenvolvem espaços reais de aprendizagem e vivências de articulação com os demais setores.

Por fim, destaca-se que o seguinte questionamento acompanhou e acompanha as reflexões da pesquisadora: *como trabalhar em rede?* É preciso que essa reflexão seja permanente e incorporada ao cotidiano da formação de profissionais (transcendendo a saúde) e dos serviços, uma vez que não há uma receita ou forma pronta para a construção desse trabalho. Existem propostas em construção e constante desconstrução. Portanto, este estudo, embora limitado no tempo, no contexto de estudo e no olhar da saúde, ajudou a compreender as limitações das políticas atuais para viabilizar atenção integral às mulheres em situação de violência e, a criar possíveis mecanismos para a continuidade do cuidado em rede, vindo a contribuir possivelmente com a dimensão assistencial de rede proposta nas políticas públicas que respaldam o tema.

## REFERÊNCIAS

- ABEYA, S.G.; AFEWORK, M.F., YALEW, A.W. Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members. **Reprod Health**, v. 20, p. 9-14, 2012.
- AGUIRRE, P.D. et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Rev. chil. neuro-psiquiatr**, v. 48, n.2, p. 114-22, 2010.
- ALMEIDA, A.P.F; SOUSA, E.R.; FORTES, S.; MINAYO, M.C.S. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 8, n.1, p. 83-91, 2008.
- ALVES, E.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C.; MAFFACCIOLLI, R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.3, p.141-147, 2012.
- ARBOIT, J. et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.51, n.e, p. 03-207, 2017.
- BERBEL, N.A.N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.
- BERBEL, N.A.N. Metodologia da problematização: respostas de lições extraídas da prática. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 35, n. 2, p. 61-76, 2014.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 24 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface-Comunicac. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165-74, jan/mar. 2009.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**. Brasília: SPM, 2006.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher**. Brasília –DF, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS; 2012b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013 a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Senado Federal/ DataSenado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, março de 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. 1. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 528, de 1º de abril de 2013**. Brasília; 2013e.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Balanço Ligue 180. Uma década de conquistas. Janeiro a Outubro/2015**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.

BRANCO, J.M.A.; LISBOA, M.T.L. Pesquisa Convergente Assistencial: estratégia metodológica para investigação e cuidado familiar em situações de diálise peritonial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. (Org.). **Pesquisa Convergente Assistencial. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

CASIQUE, L.C.; FUREGATO, A.R.F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 6, p. 950-956, 2006.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

CHIBBER, K.S.; KRISHNAN S.; MINKLER, M. Physician practices in response to intimate partner violence in southern India: insights from a qualitative study. **Women's Health**, v.51, n. 2, p. 168-85. 2011.

COKER, A.L., FLERX, V.C., SMITH, P.H., et al. Partner violence screening in rural health care clinics. **Am J Public Health**, v.97, n.7, p. 1319-25, 2007.

COKER, A.L.; FLERX, V.C.; SMITH, P.H.; WHITAKER, D.J.; FADDEN, M.K.; et al. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. **Am J Epidemiol**, v. 165, n.7, p. 821-27, 2007.

CORTES, L. F. **Gênero e suas manifestações no cotidiano dos serviços: compreensão de profissionais de uma equipe de enfermagem de um hospital escola**. 2010. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

CORTES, L.F. et al. Limitations and possibilities on health assessment to women in violence situation. **Health**, v. 5, n. 7A4, p.45-51, jul. 2013.

CORTES, L.F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.16, n. 1, p.84-92. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>.

CORTES, L.F. **Intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2014.

CORTES, L.F; ARBOIT, J.; PADOIN, SMM.; PAULA, C.C. Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. **Rev Rene**, v. 16, n. 6, p.1006-15, 2015.

CORTES, L.F. et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 77-84, 2015.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4. out./dez., 2016.

CORTES, L.F; PADOIN, S.M.M.; ARBOIT, J. Rede de atendimento às mulheres em situação de violência: convergência da prática com a pesquisa. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. (Org.). **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017. cap. 8, p. 201-227.

CORTES, L. F.; PADOIN, S.M.M; BERBEL, N.N. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n.8, 2017. No prelo.

COSTA, J.S.D.; VICTORA, C.G. O que é “um problema de saúde pública”? **Rev Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 144-51, mar., 2006.

CURITIBA. Atenção à mulher em situação de violência. Protocolo. Curitiba: Ajir, 2008.

DAHMER, T. S. et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Cienc. Cuidado Saúde**, v.11, n.3, p. 497-505, jul/set. 2012.

DARCIA, P.E.; BERGBOM, I.; LYCKHAGE, E.D. Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 9, p. 1-7, 2014.

d'OLIVEIRA, A.F.P.L.; et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1037-1050, jul./ago. 2009.

d'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev Med**, São Paulo, v 92, n.2, p.134-40, abr./jun. 2013.

DUTRA, M.L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1293-1304, 2013.

ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, v.7, n.º. 2: 264-273.jul./dez. 2004.

EPSTEIN, A.L. **The network and urban social organization**. In: MITCHELL, J.C. (org.). *Social Networks in Urban Situations*. Manchester, Manchester University Press, 1969.

FOGARTY, C.T.; BROWN, J.B. Screening for abuse in Spanish-speaking women. **J Am Board Fam Pract**; v.15, n.2, p.101-11, 2002.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.389-94, fev, 2011.

FORTIN, R. Compreender a complexidade. Introdução a *O Método* de Edgar Morin. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

FOWLER, G.; AUSTOKER, J. SCREENING. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS. *Oxford Textbook of Public Health*. New York: **Oxford University Press**; p.1583-1599, 1997.

GARCIA-MORENO C., et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet** [on line] 2006 [citado 2014 agosto 15]; v. 368, p. 1260-9. Disponível em: <http://bit.ly/XDn6jB>.

GOMES, N.P. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 173-178, abr./jun., 2012.

GUEDES, R.N., SILVA, A.T.M.C., FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n.3, p. 625-31. 2009.

HAGUE, G., MULLENDER, A. Who Listens? The Voices of Domestic Violence Survivors in Service Provision in the United Kingdom. **Violence Against Women**, Estados Unidos, v.12, n. 6 June p. 568-587. 2006.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2349-2357, nov. 2006.

HESLER, L.Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.34, n. 1, p.180-6. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Informações Completas. 2014. Disponível em: <  
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 28 Set. 2014.

JESUS, M.C.P.; et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Escola Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.3, p.736-41, 2013.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D. A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Escola Enferm. USP**, São Paulo, v.2, n.4, p.744-51, dez. 2008.

KISS, L.B; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 16, n.3, p. 1943-52, 2011.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por Companheiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701. 2005.

KRUG, E. et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003.

LAMOGLIA C.V.A.; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 595-604. 2009.

LANDERDAHL, M.C. et al. Fórum de Mulheres de Santa Maria (RS): espaço de luta e resistência de mulheres. **Universidade e Sociedade**, Brasília, v. 58, p. 48-57, jun., 2016.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.; GASPAR, M.F.M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface- Comunicação Saúde, Educação**. Botucatu, v.15, n.37, p.409-424. 2011.

LEÔNICIO, K.L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 307-12, 2008.

LETIERRE, A. **A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, 2015.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. Goiânia, v.17, n. 4, out./dez., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MCCLOSKEY, L.A. et al. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. **Public Health Rep**, v.121, n.4, p.435-44, 2006.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.** Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.

MENEGHEL, S.N, et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p.743-52, 2011.

MENEGHEL, S.N. et al. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.523-33, jul./set, 2013.

MENEZES, P.R.M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014.

MINAYO, M.C.S. The difficult and slow inclusion of violence on the health sector agenda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.646-7, mai-jun. 2004.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da

- Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649. 2009.
- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13<sup>a</sup> ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- MITCHELL, J.C. *Social Network in Urban Situations*. Manchester University Press, 1969. Acesso: 10 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2q8n3h9>.
- MOREIRA, S.N.T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1053-9. 2008.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Tradução de Eliane Lisboa. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- MUSLERA-CANCLINI, E. et al. Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the Principality of Asturias, Spain. **Gac Sanit.**, v.23, n.6, p.558-61, 2009.
- NAVED, R.T. et al. Paramedic-conducted mental health counselling for abused women in rural Bangladesh: an evaluation from the perspective of participants. **J Health Popul Nutr**, v.27, n.4, p.477-91, 2009.
- ODERO, M. et al. Responses to and Resources for Intimate Partner Violence: Qualitative Findings from Women, Men, and Service Providers in Rural Kenya. **J Interpers Violence**, v. 29, n.5, p.783-805, 2014.
- OLIVEIRA, E.M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p.376-382, 2005.
- OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M.G.S. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.2, p. 299-306, mar./abr., 2015.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** [Internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo; 1994. Acesso: 12 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OEA>.
- PAIM, L. et al. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n.3, p.380-6, jul-set. 2008.
- PALLITTO, C.C.; O'CAMPO, P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. **Int Fam Plan Perspect**, v.30, n.4, p.165-73, 2004.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed – Porto Alegre: Artmed, 2004.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S.; HÖFELMANN, D.A. Impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.3, p.383-394, jul./set., 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA/SMS-SM. Postos de Saúde. 2014. Disponível em: < <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>. Acesso em: 28 Set. 2014.

RABIN, S. et al. Primary care physicians' attitudes to battered women and feelings of self-competence regarding their care. **Isr Med Assoc J**, v.2, n.10, p.753-57, 2000.

RAMOS, C.R.A.; MEDICCI, V.P.G.; PUCCIA, M.I.R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v.27, n.1, p.22-27, 2009.

RECUERO, R. Redes sociais na internet. Porto Alegre: Sulina, 2009.

REIS, M.J. et al. Nursing care of women who suffered sexual violence. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.4, p.740-47, 2010.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, v.3, n.1, p. 52-59, 2011.

RHODES, K.V. et al. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. **Ann Intern Med**, v.147, n.9, p.620-27, 2007.

RODRIGUEZ, M.; SHOULTZ, J.; RICHARDSON E. Intimate partner violence screening and pregnant Latinas. **Violence Vict**, v.24, n.4, p.520-32, 2009.

ROELENS, K. et al. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. **BMC Public Health**, v.6, n.238, p.1-10, 2006.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; DEL RÍO-LOZANO, M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. **Eur J Public Health**, v.17, n.5, p. 437-43, 2007.

SAGOT M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países**. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Acesso: 16 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Violencia-Domestica-Ruta-Critica-2011.pdf>

SAGOT M. The Critical Path of Women Affected by Family Violence in Latin America: Case Studies From 10 Countries. **Violence against women**, v. 11, n. 10, p.1292-1318, out. 2005.

SANTI, L.N; NAKANO, A.M.S; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 417-24, jul-set. 2010.

SARKAR, N. N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.28, n.3, p. 266 – 271, abril. 2008.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M.G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicologia ciência e profissão**, v.27, n.4, p. 694-705. 2007.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Públ**, v.41, n.3, p.359-67, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; d' OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup 2, p.205-216. 2009.

SCHRAIBER, L.B.; et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1019-1027, jul/ago. 2009.

SCHRAIBER, LB. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p. 237-54. 2012. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/> Blima

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução: Cristine Rufino Dabatt, Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, [1989].

SCOTT, P. et al. Redes de enfrentamento da violência contra mulheres no sertão de Pernambuco. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 24, n.3, p. 851-870, set./dez., 2016.

SIGNORELLI, M. C., AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p. 1230-1240, jun., 2013.

SIKKEMA, K.J. et al. Integrating HIV prevention into services for abused women in South Africa. **AIDS Behav**, v.14, n.2, p.431-39, 2010.

SILVA, A.C.L.G., COELHO, E.B.S., MORETTI-PIRES, R.O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n.4, p. 278-83, 2014.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.6, p.608-613, 2013.

SILVA, IV. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. **Cad Saúde Pública**, v.19, (Supl 2), p.263-72, 2003.

SILVA, J.M.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.2, p. 254-7, mar-abr. 2008.

SOARES, G.S. Health professionals and legal abortion in Brazil: challenges, conflicts, and Meanings. **Cad Saúde Pública**, v.19, (Suppl 2), p.399-406, 2003.

STENIUS, V.M.; VEYSEY, B.M. "It's the Little Things". Women, Trauma, and Strategies for Healing. **Journal of interpersonal violence**, Nova Iorque, v. 20, n. 10, p. 1155-1174, out. 2005.

TAQUETTE, S. R (org) et. al. **Mulher adolescente/jovem em Situação de Violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TEIXEIRA, R. R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. In: III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2005, Florianópolis. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro (RJ), 2005. v. 10.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 672-8, out-dez. 2006.

TRENTINI, M., GONÇALVES, L.T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, jan-abr. 2000.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ªed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3ªed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. (Org.). **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 685 p

USTA, J. et al. Involving the health care system in domestic violence: what women want. **Ann Fam Med**, v.10, n.3, p.213-220, 2012.

VERMELHO, S. C.; VELHO, A. P. M; BERTONCELLO, V. Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. **Educ. Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 863-881, out./dez. 2015.

VERTAMATTI, M.A.F. et al. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the brazilian health service. **J. Hum. Growth Dev**, v.23, n.1, p. 46-51, 2013.

VÍCTORA, G.C; KNAUTH, R.D; HASSEN, M. de N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VIEIRA, E.M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface- Comunicação Saúde, Educação**. Botucatu, v. 21, n. 60, p. 51-62, 2017.

VIEIRA, E.M. et al. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. **Ciênc. saúde colet** 2013; 18(3): 681-90.

VIEIRA, L.B; PADOIN, S.M.M; LANDERDAHL, M.C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 609-16, dez, 2009.

VIEIRA, L.B; PADOIN, S.M.M, PAULA, C.C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.2, p. 383-389, abr/jun. 2010.

VIEIRA, L.B. **Perspectivas de mulheres que denunciam o vivido da violência: cuidado de enfermagem à luz de Schutz**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

VIEIRA, L.B., et al. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.678-685. 2011.

VIELLAS, E.F. et al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **J Pediatr**, v.89, n.1, p.83-90, 2013.

VILLELA, W.V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p. 113-123. 2011.

WAGNER, H.R. **Textos escolhidos de Alfred Schutz**: fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores; 1979.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídios de Mulheres. CEBELA. FLASCO/Brasil, ago. 2012.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015**: Homicídios de Mulheres no Brasil. ONU Mulheres. Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. FLASCO/Brasil, 2015.

YNOUB, RC. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.1, p. 71-83, 1998.



**ANEXOS**



## ANEXO A - CRONOGRAMA DE ENCONTROS DA PCA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO

I semestre 2015

**Projeto de Tese: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: PROPOSTA DE COMUNICAÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO EM REDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS**

**Doutoranda:** Enf<sup>a</sup>. Ms. Laura Ferreira Cortes

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

**Cronograma de Encontros da Pesquisa Convergente Assistencial**

<b>Data</b>	<b>Encontros</b>	<b>Atividades</b>
<b>17/12/2014</b>	Apresentação da proposta	Apresentação e aprovação do projeto junto ao GTIEV
<b>25/02/2015</b>	Encontro Inicial	Realização de convite para participação no estudo/Apresentação do cronograma e pactuações para dar início aos encontros
<b>11/03/2015</b>	Primeiro	Reconhecer a realidade e construir diagnóstico, identificando o contexto da prática assistencial para a construção de uma proposta coletiva para a melhoria da comunicação em rede para atenção às mulheres em situação de violência.
<b>25/03/2015</b>	Segundo	Reconhecendo a realidade: Apresentação e validação das ações e potencialidades e dificuldades para o trabalho em rede elencadas pelo grupo. Definição da proposta de construção coletiva e dos pontos-chave para estudo.
<b>08/04/2015</b>	Terceiro	Atividade proposta: Intervenção/Teorização: Estudo da Lei Maria da Penha. Atividade desenvolvida: discussão sobre atendimento à violência sexual.
<b>22/04/2015</b>	Quarto	Intervenção/Teorização: Estudo da Portaria Nº. 528 Serviços Violência Sexual/SUS
<b>06/05/2015</b>	Quinto	Intervenção/Teorização: Estudo da Lei Maria da Penha
<b>20/05/2015</b>	Sexto	Discussão sobre as reuniões e demandas sobre o atendimento de violência sexual
<b>03/06/2015</b>	Sétimo	Intervenção/Teorização: Rede de atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011) e Construção coletiva de novo fluxograma de atendimento.
<b>17/06/2015</b>	Oitavo	Apresentação da proposta de novo fluxograma e discussão sobre o instrumento de comunicação entre os serviços.
<b>01/07/2015</b>	Nono	Discussão e construção do instrumento de comunicação entre os serviços.
<b>15/07/2015</b>	Décimo	Apresentação da proposta de instrumento e validação coletiva do produto.
<b>19/08/2015</b>	Seminário Final	Socialização dos resultados e organização de iniciativas para desenvolver a implementação da proposta. Socialização da proposta com gestores (as) e demais serviços envolvidos com a temática.

**ANEXO B - CONVITE DIGITAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO



**CONVITE**

Você, participante do Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria, está sendo convidada (o) para participar, como voluntária (o), da pesquisa  
**“MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: AÇÕES EDUCATIVAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO EM REDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS”**

**Primeiro Encontro**

Data: 11 de Março de 2015

Local: Sala 1219, Prédio 67 (Trabalhando pela Vida)

Campus UFSM

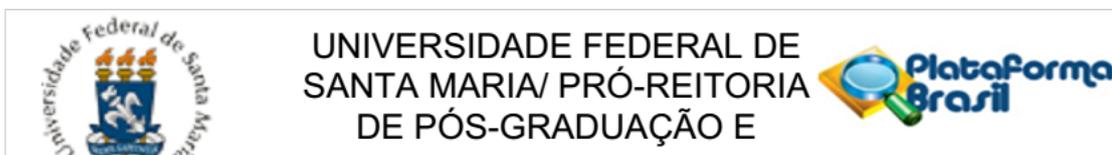
Hora: 9:00h

**Doutoranda:** Enf<sup>a</sup>. Ms. Laura Ferreira Cortes

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin



## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: AÇÕES EDUCATIVAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO EM REDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS

**Pesquisador:** Stela Maris de Mello Padoin

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40350315.1.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 935.978

**Data da Relatoria:** 10/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres aponta que devido seu caráter multidimensional, a assistência às mulheres deve acontecer por meio de rede articulada e representativa de suas necessidades. Devido às inúmeras repercussões na saúde, os profissionais dessa área são importantes atores na identificação e cuidado a essas mulheres, integrando esta rede. No entanto, nesta área ainda existem muitas dificuldades no que diz respeito à organização dos serviços, sua articulação em rede e necessidades das próprias equipes para trabalharem com o tema de forma articulada. Neste sentido, a presente proposta tem como pressuposto teórico que encontros educativos com profissionais são essenciais para o desenvolvimento de articulação de ações em rede às mulheres em situação de violência. Objeto de estudo: ações de cuidado em rede de profissionais de saúde às mulheres em situação de violência, no município de Santa Maria-RS. Objetivo Geral: desenvolver ações educativas para o atendimento em rede de mulheres em situação de violência com profissionais de serviços de saúde e assistência social do município de Santa Maria. Método: pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA) que terá como cenário o Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria -RS (GT) e como participantes profissionais de saúde, dentre outros que participam deste GT. Os critérios de inclusão serão: ser profissional e estar participando do GT assiduamente há no mínimo um

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

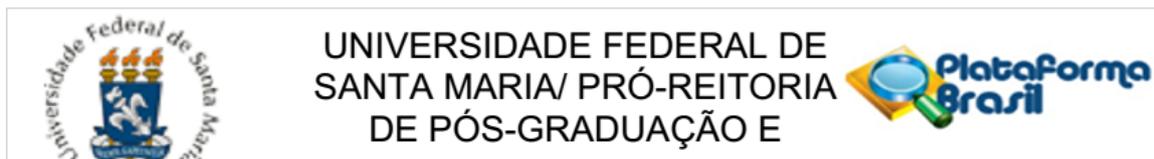
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 935.978

encontro; e de exclusão: estar ausente do trabalho por férias ou em licença de qualquer natureza (gestante, doença, adotante), no período de produção dos dados. O número de participantes será de aproximadamente 30 profissionais. Produção dos dados: será realizada no período de fevereiro a agosto de 2015, em duas etapas: 1) entrevistas individuais com os profissionais do GT; 2) grupo convergente assistencial. Análise dos dados: será conforme os preceitos da PCA e a interpretação dos resultados será pautada em referencial teórico a ser definido. Os preceitos éticos serão respeitados conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no país. Divulgação dos resultados: após o término deste estudo, os resultados serão divulgados por meio de seminário de socialização dos mesmos junto a profissionais e gestores dos serviços; bem como por meio de artigos científicos e publicações em eventos da área.

**Objetivo da Pesquisa:**

GERAL: desenvolver ações educativas para o atendimento em rede de mulheres em situação de violência com profissionais de serviços de saúde e assistência social do município de Santa Maria.

**ESPECÍFICOS:**

- Discutir com profissionais a implementação do fluxograma da rede de atendimento às mulheres em situação de violência com profissionais de serviços que atendem mulheres em situação de violência no município de Santa Maria.
- Conduzir a construção conjunta de uma linha de cuidado às mulheres em situação de violência no município de Santa Maria.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Indicados e analisados adequadamente no projeto, na Plataforma e no TCLE.

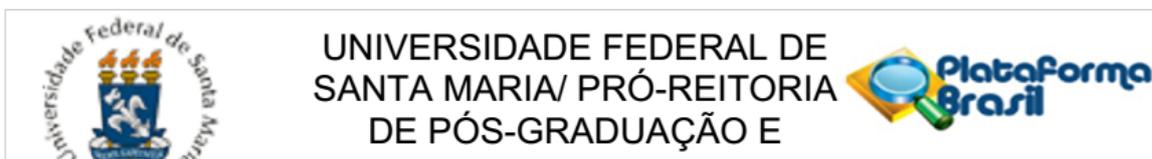
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos foram apresentados ou reapresentados adequadamente.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 935.978

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as inadequações foram sanadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 21 de Janeiro de 2015

---

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisa:** Mulheres em situação de violência: ações educativas para a melhoria da atenção em rede no município de Santa Maria-RS<sup>6</sup>

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

**Pesquisadora responsável:** Enf<sup>ª</sup>. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

**Telefone para contato** (inclusive a cobrar): (55) 3220-8938

**Pesquisadora doutoranda:** Enf<sup>ª</sup>. Ms<sup>a</sup>. Laura Ferreira Cortes

**Telefones para contato:** (55) 99593650

Você está sendo convidada (o) para participar, como voluntário, desta pesquisa intitulada: Estratégias para ações em rede no atendimento de mulheres em situação de violência no município de Santa Maria-RS. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Após ser esclarecida (o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma.

Esta pesquisa é de autoria de **Laura Ferreira Cortes**, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin.

**Objetivos:** desenvolver ações educativas para o atendimento em rede de mulheres em situação de violência com profissionais de serviços de saúde e assistência social do município de Santa Maria; discutir com profissionais a implementação do fluxograma da rede de atendimento às mulheres em situação de violência com profissionais de serviços que atendem mulheres em situação de violência no município de Santa Maria e conduzir a construção conjunta de uma linha de cuidado às mulheres em situação de violência no município de Santa Maria.

**Procedimentos**

Sua participação consistirá em participar de diferentes etapas deste projeto que prevê os seguintes procedimentos: entrevistas, conversas em grupo com outros profissionais (denominado grupo convergente assistencial) em que as pesquisadoras farão algumas perguntas sobre o tema, seminários com outros profissionais e reuniões que visam à preparação dos seminários e encontros. Isto será gravado em gravador digital e o que você disser será registrado para posterior estudo. Caso você não desejar participar, sua vontade será respeitada. O fato não aceitar gravar isso não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista. O dia e horário para realização dos encontros será agendado conforme os horários de reunião do Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria (GT) que vocês já participam, tendo duração aproximada de 1h:30min (será realizado em uma sala previamente reservada). A entrevista será sobre as ações em rede desenvolvidas ao cuidar de mulheres em situação de violência e também será realizada em uma sala reservada previamente. Após, as suas informações

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

gravadas serão transcritas, pela pesquisadora, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por 5 anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa) em seu armário exclusivo para pesquisa, chaveado que está em uma sala no Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (Prédio 26) da Universidade Federal de Santa Maria. Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso à gravação a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição).

- É importante que você compreenda que assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra 'P', por ser a letra inicial da palavra profissional, seguida de um número que não corresponde a sequência de sua participação na pesquisa (P1, P2, P3, P4...).

**Benefícios:** para você, os benefícios serão diretos, pois as intervenções a serem realizadas poderão ter impactos positivos na sua prática profissional e indiretos pois as informações produzidas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de da Saúde, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

**Riscos:** você, a princípio, não sofrerá risco, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de lembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir ou interromper a entrevista ou grupo e você poderá imediatamente, se desejar, optar por interromper sua participação na pesquisa sem nenhum prejuízo individual.

**Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

#### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito.**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Mulheres em situação de violência: ações educativas para a melhoria da atenção em rede no município de Santa Maria-RS”**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a Enfª. Ddª. Laura Ferreira Cortes, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável  
Profª. Drª. Stela Maris de Mello Padoin

\_\_\_\_\_  
Ddª. Pesquisadora  
Enfª. Msª. Laura Ferreira Cortes

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

**ANEXO F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisa:** Mulheres em situação de violência: ações educativas para a melhoria da atenção em rede no município de Santa Maria-RS.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

**Pesquisadora responsável:** Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin E-mail: stelamaris\_padoin@hotmail.com

**Telefone para contato** (inclusive a cobrar): (55) 3220-8938

**Pesquisadora doutoranda:** Enf<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Laura Ferreira Cortes

**Telefones para contato:** (55) 99593650

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos, cujos dados serão produzidos por meio de diferentes técnicas de produção de dados (entrevista, grupos, reuniões, seminários), que serão gravados em uma sala previamente reservada no local de produção. Concordam igualmente que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) para possíveis releituras com outros referenciais de análise ou desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1336, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde, prédio nº. 26, da UFSM, por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ..... de .....de 201....

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin  
COREN-RS 30186

**ANEXO G – RELATÓRIO AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL  
EM SANTA MARIA**

**Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria**

**RELATÓRIO  
AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL EM SANTA MARIA**

**Elaboração**

**Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria**

**Santa Maria, Março de 2015.**

## **Apresentação**

Este relatório reúne alguns documentos relacionados com ações que vêm sendo implementadas por profissionais e acadêmicos da área da saúde em Santa Maria (RS) desde 2013, na busca pela efetivação das ações de políticas públicas para o atendimento de vítimas de violência sexual no Município e região. Foi elaborado pelo Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria, espaço de discussão, reflexão e trabalho no qual se reúnem representantes de serviços que atendem pessoas em situação de violência no Município; este Grupo de Trabalho (GT) é coordenado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O referido grupo teve suas ações iniciadas no segundo semestre do ano de 2014, e conta com a participação de gestores, profissionais, residentes multiprofissionais e acadêmicos vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET/Saúde; um dos seus objetivos é a articulação intersetorial entre os profissionais que atendem e acolhem pessoas em situação de violência no município, bem como construir um fluxo de atendimento a estas. As reuniões acontecem quinzenalmente no Centro de Ciências da Saúde/CCS/UFSM.

Nesse contexto, o GT traça como **objetivo** desse relatório socializar com a gestão do Hospital Universitário de Santa Maria e comunidade em geral a necessidade de criação de um serviço especializado de atendimento às pessoas em situação de violência sexual, no HUSM.

## **Contextualização**

A violência sexual, conforme a Lei Maria da Penha e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2006/2011) é definida como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Já o estupro, conforme o Código Penal Brasileiro, no seu Artigo 213 é “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 1940).

Dados demonstram a magnitude desse tipo de violência considerado uma violação aos direitos humanos e um problema de saúde pública. No Brasil, em 2011, segundo o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), foram registrados no Sistema Único de

Saúde, 73.633 atendimentos de saúde relativos à violência doméstica, sexual e/ou outras violências sendo que 48.152 (65,4%) eram mulheres. A residência da mulher foi o cenário das situações, tendo como seus agressores o companheiro ou ex-companheiro (WAISELFISZ, 2012).

Em pesquisa realizada, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Redes de Santa Maria, no banco de dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2013, foram registrados 1.502 casos de violência sexual contra a mulher no Rio Grande do Sul. Dos quais 50% das vítimas foram meninas, de 10 a 19 anos; 30,43% em meninas abaixo de 10 anos; 8,45% em mulheres entre 20 e 29 anos; 2,7% em mulheres com 30 anos ou mais; 9,72% das vítimas apresentavam algum tipo de deficiência física ou mental; 5,06% eram gestantes; 67,38% dos abusos ocorreram na própria residência da vítima; 46,6% sofreram mais de um episódio de abuso (HALBERSTADT, KOCOUREK, ROSSATO, SCHRAMM, 2014).

Sendo assim, estudos demonstram o impacto individual da violência sexual para as mulheres refere-se aos danos à saúde física e mental. No que diz respeito à saúde física destacam-se: os impactos na saúde sexual e reprodutiva, visualizados pela redução da autonomia sexual, infertilidade, doenças inflamatórias pélvicas crônicas, aumento do risco de gravidez indesejada e abortos múltiplos. Além disso, todos os tipos de violência na gestação aumentam o risco para o nascimento de bebês com baixo peso, pré-termos, ocorrência de morte fetal, neonatal e materna; afeta a amamentação, e aumenta o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. No que refere à saúde mental, destacam-se transtornos de ansiedade, do sono e depressão que podem levar ao abuso de álcool e outras drogas, bem como aumentos nas taxas de suicídio (HAGUE, MULLENDER, 2006; SARKAR, 2008; VIEIRA, PADOIN, PAULA, 2010; DAHMER et al, 2012).

Considerando esse cenário, inúmeros dispositivos e mecanismos legais amparam o enfrentamento à violência contra as mulheres no país. Nesta iniciativa destacamos: a Lei Federal 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/BRASIL, 1990); Decreto Federal 2.848/40 (Código Penal), Lei Federal 10.778/03, que instituiu a notificação compulsória das violências em qualquer serviço de saúde, público ou privado, Lei 11.340/06, Lei Maria da Penha, coíbe e tipifica todos os casos de violência contra as mulheres; Lei Federal 12.015/09 que dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual; Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, (BRASIL, 2010); o Decreto Federal nº 7.958/13 que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos

profissionais de segurança pública e do Sistema Único de Saúde; Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2013).

No âmbito legal a própria Lei Maria da Penha estabelece no Artigo 35, a criação de serviços especializados tais como centros de referência de atendimento às mulheres, serviços de saúde, dentre outros, e assim se reforça a responsabilidade de os governos, federais, estaduais e municipais implantarem políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres e formaliza a necessidade de uma rede articulada e intersetorial de atendimento (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual para o município e região. Esse hospital de ensino é ligado a uma Instituição de Ensino Superior, que tem por fim a formação de profissionais preparados para atuar junto à comunidade. Esta vive uma realidade social tão complexa e diversa que somente uma formação multidisciplinar e uma metodologia holística podem garantir o atendimento integral (emergencial e ambulatorial), inclusive nos casos de violência. Desse modo, é imprescindível que se alinhe às diretrizes nacionais para o enfrentamento desse tipo de violência, em especial às regras instituídas pelo Ministério da Saúde (espaço adequado, formação de equipe multiprofissional, acompanhamento ambulatorial por 06 meses, vigilância epidemiológica adequada, entre outros).

Considerando que atualmente o HUSM é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e, a organização desta é baseada em Consultas por Linhas de Cuidado, nesse sentido, destacamos, no item Assistência Ambulatorial que: “o modelo assistencial do HUSM/UFMS define suas diretrizes a partir do seu perfil assistencial voltado às necessidades de saúde da população, formação, ensino e pesquisa. A reestruturação organizacional do HU busca em primeiro momento a agregação de serviços, com a finalidade de estruturá-los por linha de cuidado” (EBSERH, 2013, p. 06).

No que diz respeito à Saúde da Mulher, o item 08 desse documento “Unidade de Atenção à Saúde da Mulher” prevê o PAVIVIS - Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. Além disso, considerando o fluxograma de atendimento para as pessoas nesta situação, elaborado por profissionais do HUSM em 2013, entende-se a necessidade de consolidar o atendimento e assistência às vítimas de violência sexual no HUSM.

## **Finalidade do relatório**

Tendo em vista a obrigatoriedade do atendimento às vítimas de violência sexual, pela rede pública de saúde, conforme dispõe o Decreto Federal nº 7958, de 13 de março de 2013, e da legitimidade a partir das demandas dos movimentos ligados às questões de gênero, em razão do reconhecimento da mesma como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, o GT tem, como uma de suas finalidades, a pró-criação de um Ambulatório de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Em virtude do explanado, vem reiterar providências dessa Direção no sentido de viabilizar, institucionalmente, a prestação deste serviço, uma vez que há consenso de que temos profissionais da UFSM e do HUSM/EBSERH (professores, alunos e técnicos) com interesse e disposição para a demanda.

## **Breve histórico da atuação e reivindicações dos profissionais envolvidos**

### **Junho de 2013**

- Capacitação sobre violência contra as mulheres, de iniciativa do Ministério da Saúde, realizada no GULERPE em 21.06.13, pelo Médico Ginecologista e Obstetra Dr. Ramon Moreira - representante do Ministério da Saúde para o Projeto “Superando Barreiras”. O HUSM comprometeu-se a cumprir metas com relação ao atendimento de vítimas de violência a fim de que se efetivem as políticas públicas requeridas para este setor.

### **Julho de 2013**

- No dia 17 de julho foi entregue ofício para o Diretor Clínico do HUSM, solicitando a criação do Ambulatório para atendimento às vítimas de violência sexual.

- Em 05 de julho de 2013 foi realizada a entrega de documento da Comissão pró-criação do Ambulatório de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual à Direção do Hospital Universitário de Santa Maria para a Diretora Geral do HUSM, Elaine Resener.

- Construção do fluxo de atendimento (Lizandra Flores Pimenta, Vergínia Rossato, Patrícia Prevedello) com objetivo de unificar e deixar claro como deveria ser o atendimento das vítimas de violência sexual, quando as vítimas chegassem para atendimento no HUSM, construiu-se o fluxo de atendimento. Este foi discutido em várias instâncias com os profissionais envolvidos no atendimento. Existem três fluxos estabelecidos, um para pessoas do sexo masculino acima de 14 anos e seis meses, outro na mesma faixa etária para o sexo feminino e para ambos os sexos até 14 anos e cinco meses e vinte e nove dias.

**Novembro de 2013**

- Reunião com a equipe do CO para falar sobre o atendimento e encaminhamentos às mulheres vítimas de violência sexual.

**Janeiro de 2014**

- Reunião com a Pró-Reitora de Extensão da UFSM para pedir uma orientação de como organizar o atendimento das vítimas de violência sexual, e a sugestão da mesma foi de criar uma linha de cuidado.

**Julho de 2014: Criação do Grupo Integrado de Enfrentamento**

A par de experiências como a da UFRGS para nos espelhar e o apoio da Pró-Reitoria de Extensão, através do Núcleo de Estudos e Ações de Cidadania e Direitos Humanos – NUCIDH/PRE, entendemos que era necessário a formação de um grupo para discutir os assuntos referentes à violência e que diziam respeito as três esferas, Municipal, Estadual e Federal. Sendo assim partiu-se da união das três representações que tratam da violência trazendo serviços afins para esta roda de conversas que acontece a cada quinze dias.

Profissionais envolvidos nas reuniões do GT: enfermeiras, psicólogos, médicas, assistentes sociais, escrivãs de polícia, farmacêuticas, acadêmicos e pós-graduandos das áreas da saúde e assistência social.

Serviços envolvidos: Hospital Universitário de Santa Maria (Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; Pronto Socorro; Centro Obstétrico; Psiquiatria, Farmácia Hospitalar), Núcleo de Vigilância Epidemiológica em Saúde da Secretaria de Município da Saúde (SMS), Coordenação da Atenção Básica da SMS; Coordenação da Política de Saúde da Mulher/SMS; Coordenação da Política de Saúde do Idoso/SMS; Coordenação da Política de DSTs e AIDS/SMS; 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (SES), Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); Delegacia do Idoso.

**5 de Novembro de 2014**

- Reunião com a Promotora de Justiça Ivanise Jann de Jesus na sede do Ministério Público de Santa Maria, na ocasião estava presente a Gerente de Atenção à Saúde, Soeli Guerra. Como encaminhamento foi entregue documento à Superintendente do Hospital Universitário de Santa Maria, Dr<sup>a</sup>. Elaine Resener.

### **Consequências negativas da falta de um ambulatório especializado para o atendimento de pessoas em situação de violência sexual**

-Exposição das mulheres ao serem atendidas no Centro Obstétrico devido à inexistência de uma sala para o atendimento específico dos casos de violência sexual;

-Demora no atendimento devido à prioridade de atendimento das urgências obstétricas;

-Ausência de médico responsável clínico pelo atendimento dos casos e representante nas reuniões e momentos de discussão sobre o fluxograma para a melhoria do atendimento;

-Exposição das crianças e adolescentes ao serem atendidas na pediatria com entraves gerados entre equipes deste serviço com o Centro Obstétrico e vice versa, devido à dificuldade de exercerem um trabalho de avaliação compartilhado e conjunto;

- Dificuldade do Pronto atendimento Adulto em atender adequadamente usuários de sexo masculino acima de 14 anos devido ao fluxo de atendimento, troca de profissionais, ficando de serem feitos encaminhamentos elementares.

Ter um médico de referência implica poder contar com alguém para capacitar acadêmicos e residentes, unificar o atendimento, sensibilizar seus pares da importância e gravidade do problema, orientar para um atendimento adequado, humanizado e de qualidade. Além de, avaliar as especificidades da situação para tratar, até mesmo na prescrição da profilaxia adequada e oportuna para cada caso, bem como encaminhar e apoiar a vítima para buscar os serviços de referência.

Ter uma equipe multiprofissional implica em um acolhimento oportuno, em uma escuta acurada, na coleta de material biológico no mesmo local de atendimento de saúde evitando a revitimização, na orientação e adequação da equipe para seguir todas as etapas necessárias para que os resultados tenham resolutividade, tanto para os profissionais como para as usuárias (os).

## Referências Bibliográficas

BRASIL. **Código Penal**. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <http://www.cmm.am.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/CodPenal.pdf>

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069\\_02.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf)

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher**. Brasília –DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

DAHMER, T. S. et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Cienc. Cuidado Saúde**, v.11, n.3, p. 497-505, jul/set. 2012.

EBSERH. Diretoria de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos. Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/UFMS. **Dimensionamento de serviços assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa**. Brasília, Abril de 2013. Disponível em: [http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos\\_adesao\\_huf/ufsm/dimensionamento\\_assistencial\\_husm\\_09\\_04.pdf](http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adesao_huf/ufsm/dimensionamento_assistencial_husm_09_04.pdf)

HAGUE, G., MULLENDER, A. Who Listens? The Voices of Domestic Violence Survivors in Service Provision in the United Kingdom. **Violence Against Women**, Estados Unidos, v.12, n. 6 June p. 568-587. 2006.

HALBERSTADT, B.F.; KOCOUREK, S.; ROSSATO, V.M.D; SCHRAMM, N. **Dados epidemiológicos da violência sexual contra a mulher no Rio Grande do Sul em 2013**. Relatório de pesquisa do Projeto PET-Redes de Atenção a Saúde. Santa Maria, 2014.

SARKAR, N. N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.28, n.3, p. 266 – 271, abril. 2008.

VIEIRA, L.B; PADOIN, S.M.M, PAULA, C.C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.2, p. 383-389, abr/jun. 2010.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídios de Mulheres. CEBELA. FLASCO/Brasil, ago. 2012.

## ANEXO H – QUESTÕES PARA ORIENTAR O DEBATE SOBRE O INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE  
COMUNICAÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO EM REDE

**Profissional/profissão:**

**Serviço:** *CREASI*

<p><b>Que aspectos eu preciso comunicar ao outro serviço (referência/transferência) tendo em vista a formação de rede de atendimento às mulheres em situação de violência?</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</li> <li>- MOTIVO ENCAMINHAMENTO</li> <li>- PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA</li> <li>- RELATO BÁSICO / BREVE DESCRIÇÃO DO CASO (DIRETO ? / SERVIÇO)</li> <li>- CONTATO ENTRE REDE!</li> </ul>	
<p><b>Que aspectos eu preciso saber do caso quando recebo no serviço?</b></p>	<p><b>Que aspectos eu preciso saber do caso após o encaminhamento ao outro serviço (contrarreferência)?</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- DADOS IDENTIFICAÇÃO</li> <li>- MOTIVO ENCAMINHAMENTO</li> <li>- PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA</li> <li>- RELATO BÁSICO / BREVE DESCRIÇÃO DO CASO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ADESÃO AO SERVIÇO / COMPARECIMENTO</li> <li>- EVOLUÇÃO DO CASO INFORMANDO OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO.</li> <li>- REGISTRE O PONTUAÇÃO DO USUÁRIO.</li> </ul>

## ANEXO I – LISTA DE CONVIDADOS DO SEMINÁRIO TECENDO REDES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Seminário: **Tecendo redes no enfrentamento à violência contra as mulheres**

**Data:** 19 de Agosto de 2015

**Hora:** 14 horas

Local: Auditório APUSM

Organização: Enf<sup>ra</sup>. Dd<sup>a</sup>. Laura Ferreira Cortes (GP PEFAS e NEMGEP/UFSM; Fórum de Mulheres de Santa Maria) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde – SMS

Público Alvo: Profissionais de Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e Judiciário.

SAÚDE		
Serviço/Setor	Representante	Contato
1. Secretaria de Saúde		
2. Coordenação Atenção Básica		
3. NASF		
4. Coordenadora Região Sul		
5. Coordenadora Região Leste/CLeste		
6. Coordenadora Região Centro-Oeste		
7. Coordenadora Região Oeste		
8. Coordenadora Região Centro		
9. Coordenadora Região Norte/Nordeste		
10. Coordenadora Política de Saúde da Mulher		
11. Coordenadora Política de Saúde do Idoso		
12. Coordenadora Política de Saúde do Adolescente		
13. Coordenadora Política de HIV/AIDS		
14. Coordenadora Política de Saúde Mental		
15. Unidades Básicas de Saúde		
16. Unidades de ESF		
17. Coordenação Urgências e Emergências		
18. Unidade de pronto Atendimento (UPA)		
19. Pronto Atendimento Municipal (PAM)		
20. Pronto Atendimento T. Neves		
21. Ambulatório de Saúde Mental		
22. CAPS Prado Veppo		
23. CAPS AD Cia do Recomeço		
24. CAPS i		
25. Casa 13 de Maio		
26. Clínicas Escola (UNIFRA, FISMA ULBRA, FAPAS)		
27. HUSM		
28. PS Adulto		
29. Centro Obstétrico		
30. Núcleo de Vigilância		
ASSISTÊNCIA SOCIAL		
Serviço/Setor	Representante	Contato

31. Secretária de Assistência Social		
32. Centro de Referência Especializado em Assist. Social (CREAS NORTE)		
33. Centro de Referência Especializado em Assist. Social (CREAS CENTRO)		
34. CRAS Norte		
35. CRAS Leste		
36. CRAS Oeste		
37. CRAS Sul		
38. Casa Aconchego		
<b>SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA</b>		
<b>Serviço/Setor</b>	<b>Representante</b>	<b>Contato</b>
39. Delegacia Esp. Atendimento à Mulher (DEAM)		
40. Delegacia de Pronto Atendimento		
41. Brigada Militar e Patrulha Maria da Penha		
42. Departamento Médico Legal		
43. Judiciário e Defensoria Pública		
<b>POLÍTICAS PARA AS MULHERES</b>		
<b>Serviço/Setor</b>	<b>Representante</b>	<b>Contato</b>
44. Coordenadoria da Mulher		
45. Fórum de Mulheres		
<b>EDUCAÇÃO</b>		
46. Secretaria de Educação		

**ANEXO J - CONVITE SEMINÁRIO “TECENDO REDES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES”**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
FONE: 3921-7201**



**CONVITE SMS/NEPeS**

**DE: NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**PARA: Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS NORTE)**

Santa Maria, 03 de agosto de 2015.

Prezada coordenadora, vimos por meio deste, convidá-los (as) para o Seminário “Tecendo redes no enfrentamento à violência contra as mulheres”. Este momento integra o projeto de Tese “Mulheres em situação de violência: proposta de comunicação para a melhoria da atenção em rede no município de Santa Maria/RS” da enfermeira doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Laura Ferreira Cortes.

O objetivo deste encontro é socializar a (re) construção do fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência, construído coletivamente pelo Grupo de Trabalho Integrado (GTI) de Enfrentamento às Violências do município de Santa Maria.

O encontro será realizado no dia 19 de agosto de 2015 as 14:00 horas, tendo como local a APUSM, sito à Avenida Nossa Senhora das Dores, nº 791. Sua participação é de extrema importância para podermos estar disparando este processo no território.

Em anexo encaminhamos uma versão preliminar do fluxograma, para ser discutida em reunião de equipe e entregue e/ou explanada com possíveis sugestões de alterações, no dia do Seminário.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, contamos com a participação de todos, desde já agradecemos.

Fábio Mello da Rosa

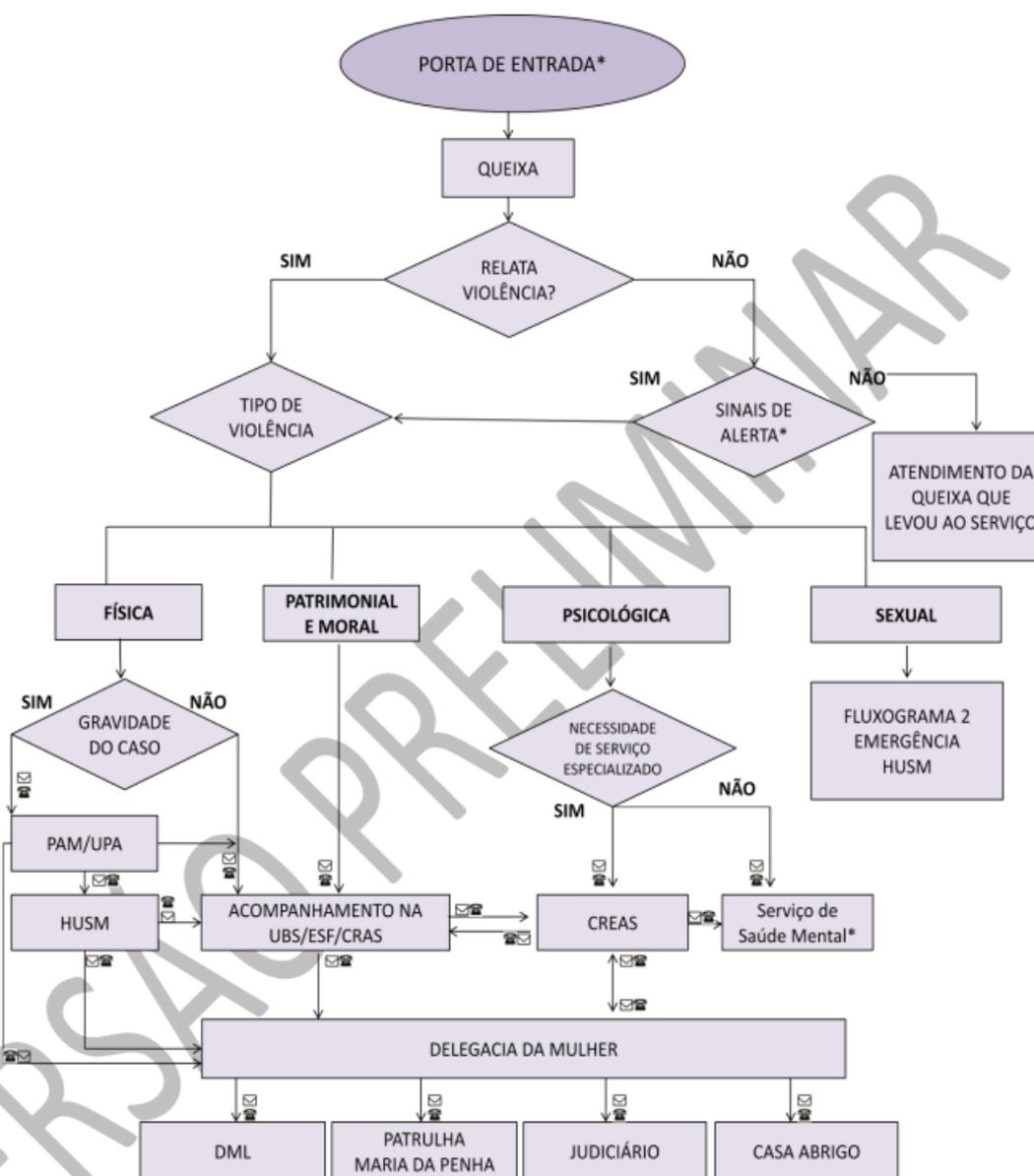
Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Laura Ferreira Cortes

Enfª. Dda PPGenf-UFSM

## ANEXO K - VERSÃO PRELIMINAR DO FLUXOGRAMA

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE SANTA MARIA-RS



\***PORTA DE ENTRADA**- Serviços de saúde, assistência social, educação e segurança pública: UBS, ESF, Hospitais, UPAs, PAM, consultórios, CRAS, CREAS, escolas, DEAM, delegacias em geral, Brigada Militar e Patrulha Maria da Penha.

\***Sinais de Alerta: Física aguda:** queimaduras, contusões, hematomas e fraturas, lesões provocadas por armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas; **Sexual:** lesões das mucosas: inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura, DST/AIDS, infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez.

Manifestações tardias: dor no baixo ventre ou infecções, hipertensão arterial, transtornos digestivos, cefaleia e dores musculares generalizadas. Psicossociais: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade; choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, autorreprovação, sentimento de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo, abuso de álcool e drogas, depressão, desordens alimentares e disfunções sexuais (vaginismo).

\***Rede de Saúde Mental:** Ambulatório de Saúde Mental, Atendimento Psicológico nas Clínicas Escolas (FISMA, UNIFRA, UFSM, ULBRA), CAPS. \***Notificação Compulsória (Lei 10.778/03 e Portaria 1.271/2014):** Em todas as formas de violência é obrigatório preenchimento da ficha de notificação compulsória nos serviços de saúde.

\*   Encaminhamento de um serviço para outro: deverá ser realizado por meio de contato telefônico e mediante comunicação escrita\*.

## ANEXO L - PROGRAMAÇÃO SEMINÁRIO TECENDO REDES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES



### SEMINÁRIO

#### TECENDO REDES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

**Apresentação:** Este momento integra o projeto “Estratégias para ações em rede no atendimento de mulheres em situação de violência no município de Santa Maria – RS”, do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), do Departamento de Enfermagem da UFSM.

**Objetivos:** socializar a (re) construção do fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência e um instrumento de comunicação entre os serviços, construídos coletivamente pelo Grupo de Trabalho Integrado (GTI) de Enfrentamento às Violências do município de Santa Maria, a partir do projeto de tese “Mulheres em situação de violência: proposta de comunicação para a melhoria da atenção em rede no município de Santa Maria/RS”, da Enfª Ddª do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf), Laura Ferreira Cortes. Além disso, apresentar os resultados da dissertação de mestrado intitulada: Rede de atenção às mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde, da Enfª Mdª do PPGEnf, Jaqueline Arboit.

**Local:** Auditório da APUSM, sito Avenida Nossa Senhora das Dores, nº 791.

**Data:** 19 de agosto de 2015 (quarta-feira)

**Horário:** 14h

#### **Promoção e Organização**

Doutoranda: Laura Ferreira Cortes

Mestranda: Jaqueline Arboit

Prof.ª Orientadora: Drª. Stela Maris de Mello Padoin

**Apoio:** Núcleo de Educação Permanente em Saúde – Santa Maria- RS, Grupo de Trabalho Integrado (GTI) de Enfrentamento às Violências do município de Santa Maria e Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Hospitalar (NVEH) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

**Público Alvo:** Profissionais dos serviços de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública de Santa Maria-RS (UBS/ESF, CRAS, CREAS, Delegacias, Brigada Militar).

**PROGRAMAÇÃO****19 de agosto de 2015**

**14h** - Abertura: Contextualização da temática e dados acerca da violência contra as mulheres no município de Santa Maria.

**14:30**- Roda de Conversa 1: Apresentação: Rede de atenção as mulheres em situação de violência: concepções e ações de profissionais de saúde.

Palestrante: Enf<sup>a</sup>. Md<sup>a</sup> Jaqueline Arboit

**14:50 hs – 15h:15 min** – Roda de Conversa 2: Apresentação do Fluxograma de Atendimento e Instrumento de Comunicação

Palestrante: Enf<sup>a</sup>. Dd<sup>a</sup>. Laura Ferreira Cortes

Apresentação Fluxograma Violência sexual HUSM

Palestrante: Enf<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verginia Rossato

**15:20**- Organização em pequenos grupos para a discussão do fluxograma e instrumento

**15:50hs** – Apresentação dos grupos.

**16:30**- Encerramento

**16:45 hs** – Coffee Break

**ANEXO M- TEXTO PUBLICADO NO JORNAL A RAZÃO EM 22/08/2015**

09/01/2016

Imprimir Notícia - Jornal A Razão | Santa Maria - RS

# A RAZÃO

## Como enfrentar a violência contra as mulheres?

Foi discutida a (re)construção do fluxograma de atendimento às mulheres e de um instrumento de comunicação entre os serviços das diferentes áreas

por **A Razão** em 22/08/2015 09:54



Seminário foi realizado na tarde de quarta-feira no auditório da APUSM (Divulgação / A Razão)

A formação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência foi tema de debate no Seminário Tecendo Redes no enfrentamento à Violência contra as Mulheres que ocorreu na tarde de quarta-feira no APUSM. A organização foi da Dd<sup>a</sup>. Laura Ferreir Cortes, Md<sup>a</sup>. Jaqueline Arboit e a Prof.<sup>a</sup> Orientadora Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com o apoio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, do Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências (GTIEV) e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria (Husm).

Participaram ainda profissionais da Coordenadoria Regional de Saúde, Husm, CRAS, CREAS, CAPS, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Brigada Militar/Patrolha Maria da Penha, além de representantes do Fórum de Mulheres de Santa Maria e da Residência Multiprofissional em Saúde.

Durante o encontro foi discutida a (re)construção do fluxograma de atendimento às mulheres e de um instrumento de comunicação entre os serviços das diferentes áreas, ambos construídos coletivamente pelo GTIEV. As discussões aconteceram com base no que cada serviço pode fazer e como cada profissional deve proceder, pois muitas vezes essas mulheres acabam sem os devidos encaminhamentos e acabam não tendo acesso ao serviço público.

### As medidas

Um consenso é a necessidade de criação de um Centro de Referência Especializado de Atendimento às mulheres em situação de violência e de um Juizado Especializado de Violência contra a Mulher, conforme previsto na Lei Maria da Penha. O primeiro é importar por ser um espaço de acolhimento, acompanhamento psicológico e social que pode fazer orientações e atendimento jurídico às mulheres em situação de violência. Além disso, é o responsável pelos encaminhamentos dessas mulheres a partir de suas necessidades, como trabalho e geração de renda. O segundo já existe de direito na cidade, porém não existe de fato devido à falta de espaço físico e profissionais específicos para trabalharem nesse Juizado.

Outro fato importante é a necessidade de que a causa da violência contra as mulheres seja um problema priorizado pela gestão municipal em todos os setores, de assistência social, saúde, segurança pública, educação, dentre outros. Para que esse fluxograma que será orientador do atendimento, possa sair do papel após as pactuações necessárias pelos gestores.

A nós cabe a reflexão para a ação: precisamos esperar que nossa filha, mãe, avó, vizinha ou amiga sofra alguma agressão e ou abuso para darmos importância ao assunto? Como podemos contribuir nessa luta?

(Este artigo, do Grupo de Pesquisa à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade da UFSM, assinado pela professora Stela Maris de Me

09/01/2016

Imprimir Notícia - Jornal A Razão | Santa Maria - RS

Padoin, doutoranda Laura Ferreira Cortes e pelas mestrandas Jaqueline Arboit e Daniela Dal Forno Kinalski)

---

**Link permanente da notícia:**

<https://www.arazao.com.br/noticia/71160/como-enfrentar-a-violencia-contra-as-mulheres/>

---

© 2015 Jornal A Razão. Todos direitos reservados.