



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

ADRIELY DE OLIVEIRA

**FLUXO DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

CAMPO GRANDE - MS

2024

ADRIELY DE OLIVEIRA

**FLUXO DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Priscila Maria Marcheti
Co-orientadora: Me. Vanessa Carlos

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

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

CAMPO GRANDE - MS

2024

“Por um mundo
onde sejamos socialmente iguais
humanamente diferentes e totalmente livres”.
(Rosa Luxemburgo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder oportunidades, força, coragem e fé para superar os desafios do caminho. Expresso minha gratidão ao meu anjo da guarda por sua constante proteção, orientação e iluminação. Reconheço também a inspiração dos santos, que são exemplos de dedicação às coisas divinas e à vida espiritual.

À minha mãe, primeira mulher da minha vida que com sua humildade me mostra a importância do trabalho, de ter a honestidade como princípio de vida, a coragem de enfrentar com sabedoria os obstáculos e a paciência diante das adversidades.

À minha orientadora, Priscilla Maria Marcheti, minha gratidão por sua orientação sábia e serena ao longo da jornada científica desse trabalho.

Agradeço também à minha co-orientadora, Vanessa Carlos, que me guiou tanto no desenvolvimento do trabalho quanto no percurso ao longo do último ano de residência.

Às minhas amigas, agradeço pela compreensão diante das ausências e afastamento temporário, tornando a minha trajetória de vida mais acolhedora com o afeto. Agradeço também às amigas conquistadas durante a residência, as quais me apoiaram na jornada, tornando o percurso mais leve e enriquecendo os momentos de superação e crescimento.

À Residência, às enfermeiras, preceptoras e demais profissionais que, no cotidiano da prática e da teoria da saúde compartilharam com dedicação seus conhecimentos, mostrando a importância da atenção primária com humanização.

A todas que participaram da pesquisa, pela colaboração, disposição no processo e na obtenção de dados.

RESUMO

Introdução: A atenção primária em saúde desempenha um papel crucial no atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, sendo a porta de entrada para usuárias. **Objetivo:** buscou compreender a percepção desses profissionais sobre o fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica. **Metodologia:** Estudo qualitativo descrito-exploratório, realizado em agosto de 2023 com 20 profissionais de saúde em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Resultados e discussões:** Os resultados revelaram desconhecimento do fluxo, dificuldades no atendimento e estratégias adotadas pelos profissionais. A subnotificação da violência doméstica é atribuída à inexperiência e falta de capacitação dos profissionais, além de obstáculos como estrutura física inadequada e sobrecarga de trabalho. Sugere-se a reflexão sobre a criação de um fluxograma na Atenção Primária em Saúde, protocolos orientadores, o desenvolvimento contínuo de ferramentas e capacitações e mais pesquisas são essenciais.

Palavras-chave: Fluxo. Fluxograma. Atenção Primária em Saúde. Violência doméstica. Violência contra a mulher.

ABSTRACT

Introduction: Primary health care plays a crucial role in addressing the needs of women experiencing domestic violence, serving as the gateway for users. **Objective:** This study aimed to understand healthcare professionals' perceptions of the care pathway for women in situations of domestic violence. **Methodology:** A qualitative descriptive-exploratory study was conducted in August 2023, involving 20 health professionals in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. **Results and discussions:** The findings revealed a lack of awareness about the care pathway, difficulties in providing assistance, and strategies adopted by professionals. Underreporting of domestic violence was attributed to the inexperience and lack of training among professionals, as well as obstacles such as inadequate physical infrastructure and workload overload. Reflection on the creation of a flowchart in Primary Health Care, guiding protocols, continuous development of tools and training, and further research are suggested as essential measures.

Keywords: Flow. Flowchart. Primary Health Care. Domestic violence. Violence against women.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CONFAD	Conflitos Familiares Difíceis
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SAS	Serviço de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivo específico	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE	33
ANEXOS	34

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica configura-se como qualquer ato ou omissão relacionado ao gênero, por ser uma expressão de desigualdade, que resultam em lesões, sofrimento físico, psicológico ou sexual, morte e dano moral ou patrimonial no ambiente doméstico, na esfera familiar ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a mulher, independentemente da moradia em comum (Brasil, 2011b; Coelho et al. 2022). “O conceito de violência contra as mulheres é uma expressão criada pelo movimento social feminista” (Lira e De Barros, 2015, p.278).

As desigualdades de gênero devem ser levadas em consideração como um determinante de saúde para a formulação de políticas públicas. Historicamente a diferenciação de poder dentre homens e mulheres influencia fortemente nas condições de saúde da mulher (Brasil, 2011a). Sendo discutido internacionalmente em que no ano de 2015 na Assembleia Geral das Nações Unidas foi adotada até 2030 na Agenda de Desenvolvimento Sustentável, a qual inclui em um de seus 17 objetivos a promoção da igualdade de gênero como meio de empoderar todas as mulheres e meninas (United Nations, 2022).

A Rede de enfrentamento à violência contra a mulher faz parte da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, criada em 2004, que articula instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de políticas para o empoderamento e autonomia das mulheres. E a rede de atendimento é o conjunto de ações e serviços diversos, com ênfase nos setores da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde com o objetivo de ampliar e realizar atendimentos, identificar e encaminhar as mulheres em situação de violência. Por fim, a rede de atendimento faz parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, sendo o eixo da assistência da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. (Brasil, 2011b).

Tendo em vista que a atenção primária em saúde é a principal porta de entrada da rede de atendimento as mulheres no SUS, a violência doméstica contra a mulher é um problema da atenção primária que lida com as diversas vulnerabilidades do território, facilitando a abordagem de prevenção, promoção e recuperação de agravos à mulher vítima de violência (Caneiro et al., 2022; D'Oliveira, 2020; Silva e Ribeiro, 2020).

As mulheres que sofrem violência doméstica e sexual têm um aumento de queixas, distúrbios e patologias físicas e mentais, sendo usuárias frequentes da urgência e emergência, por consequência de traumas, fraturas, tentativa de suicídio, abortamentos e outros. Recorrem também à atenção primária, relatando sintomas inespecíficos como doenças crônicas, alterações reprodutivas e sexuais, ou transtorno mental com manifestações frequentes. Muitas vezes, os profissionais se sentem impotentes e frustrados, pois a prevenção é pouco utilizada por essas mulheres e na perspectiva do sistema de saúde gera altos custos pela pouca efetividade. (D'Oliveira et al., 2009).

Diante da complexidade da violência doméstica, é um desafio a redução de casos. Pela alta prevalência, os casos são pouco identificados e são subnotificados (Silva, 2020). Conforme a assistência e os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde, as demandas podem seguir fluxos variados que nem sempre são adequados (Carneiro et al., 2022).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o funcionamento do fluxograma do atendimento das mulheres em situação de violência doméstica.

2.2 Objetivo específico

Conhecer as dificuldades dos profissionais de saúde da atenção primária em relação ao funcionamento do fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa sendo descritivo-exploratória, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. A pesquisa tem como fundamentação conceitos, presunções, métodos e técnicas, permeando pela criatividade. Iniciando por um problema e terminando por um produto provisório que leva a novas indagações (Minayo, 1994). O estudo qualitativo tem como função demonstrar a observação, a análise das relações, representações, crenças, percepções e opiniões com finalidade do entendimento da vivência do homem nas suas abordagens. Tem o intuito de compreender os grupos, sendo utilizado criação de hipótese, proposições, novos indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (Minayo, 2014).

Posto isso, a pesquisa contou com 20 profissionais de saúde: 4 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com média de idade de 31,1 anos. Quanto à etnia/raça, foram 10 pardos, 6 brancos, 2 pretos e 2 amarelos. Em relação à ocupação, tivemos 7 enfermeiros, 6 médicos, 3 psicólogos, 3 dentistas e 1 assistente social. Em média, 4 pessoas tinham pelo menos 1 especialização ou mais. No que diz respeito ao tempo de serviço, 12 pessoas têm 5 meses, enquanto 8 pessoas têm 1 ano e 5 meses.

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2023 na própria Unidade de Saúde da Família (USF), durante o horário de trabalho dos profissionais considerado como critério de inclusão, profissionais de ensino superior que atuavam na respectiva USF e como critério de exclusão profissionais que estavam de licença médica, férias ou com menos de três meses trabalhando na USF.

A coleta de dados se deu por meio de dois encontros com participantes distintos, contabilizando 10 no primeiro e 10 no segundo com duração de 1 hora no primeiro encontro e 1 hora e 10 minutos no segundo encontro. E, com fins de propiciar a discussão utilizou-se um roteiro semiestruturado composto por duas perguntas norteadoras: Como ocorre o fluxograma de atendimento das mulheres em situação de

violência doméstica aqui na sua USF? E quais as dificuldades em relação ao uso do fluxograma de atendimento das mulheres em situação de violência doméstica?

Ainda, contou-se com o auxílio de um sujeito observador, o qual tinha por objetivo observar as interações do processo grupal e realizar anotações para posteriormente repassar a pesquisadora, incrementando assim, dados singulares à coleta. Também se realizou o uso de um gravador que viabilizou a transcrição literal das informações. Salienta-se que o ambiente foi protegido de ruídos e interações externas e os participantes foram devidamente orientados quanto a verbalização voluntária e a não sobrepor falas de outros participantes. Conquanto, observou-se que apenas quatro dos participantes não falaram durante o grupo.

Seguindo preceitos éticos a coleta de dados se iniciou somente após ciência dos objetivos e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ainda, para se respeitar o anonimato dos participantes foram atribuídos um código pela letra P, seguido do número arábico (P1 = participante 1). Devendo constar que primeiramente, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, sendo aprovado sob o número de parecer 6.188.158, de 23 de julho de 2023. Após o recebimento de todas as autorizações, iniciou-se a coleta de dados.

Dando sequência, a análise de dados foi realizada seguindo a análise de conteúdo através da categorização em eixos temáticos cujas fases consistiram em: pré-análise, definição de Corpus, leitura flutuante, referenciação dos documentos, codificação, categorização, enumeração, inferências e interpretação (Bardin, 1977).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise, dividiu-se o conteúdo em três categorias que corresponderam ao objetivo do estudo, sendo as respectivas: 1) desconhecimento do fluxo de mulheres em situação de violência doméstica; 2) dificuldades no fluxo de atendimento das mulheres em situação de violência doméstica e 3) estratégias dos profissionais de saúde para atendimento do fluxo de mulheres em situação de violência doméstica.

Categoria 1: Desconhecimento do fluxo de mulheres em situação de violência doméstica

Alguns profissionais expressaram nunca terem lidado diretamente com casos de violência doméstica, revelando uma falta de experiência prática nesse contexto e/ou limitação em apreender esta problemática durante o atendimento. Ademais, apareceu a sensação de impotência pela falta de conhecimento, evidenciando a complexidade e os desafios enfrentados. A ausência de vivência direta pode contribuir para a incerteza e desconhecimento sobre o fluxo adequado.

*Eu nunca atendi não, mas eu acho que o fluxo é encaminhar para o serviço social para orientar, denunciar, fazer a notificação. (P5)
Como eu nunca peguei um caso assim, eu imagino que quando você pega um caso de uma mulher em situação de violência ou abuso sexual, na hora eu falaria: Meu Deus e agora! [...] Não, eu não conheço o fluxograma. (P16)*

Corroborando com este achado, um estudo realizado em 19 serviços de saúde da Grande São Paulo com avaliação de prontuários, apenas 3,8% houve algum registro de violência, evidenciando a significativa dificuldade dos profissionais em lidar com a violência como parte integrante do atendimento em saúde (Schraiber et al., 2007). Em outro estudo por entrevista com profissionais, realizado em uma unidade de saúde, 80% dos profissionais nunca realizaram atendimento de violência contra a mulher. (Fusquine, Souza e Chagas, 2021).

Nesse contexto, a demanda por capacitações e treinamentos é discutida, porém não evidencia repercussão na mudança de atitudes no atendimento. A falta de tempo, o medo, o trabalho em equipe e a intersetorialidade são atrelados à

organização do trabalho que não perpassa somente a capacitação (D'Oliveira et al., 2020).

Com isso, diversos participantes mencionaram depender do serviço social nos casos de violência doméstica. A busca por orientação nesse setor sugere a falta de conhecimento consolidado entre os profissionais, enfatizando a importância de uma abordagem multidisciplinar.

[...] Vou notificar e depois quem eu devo chamar, mas eu chamo a assistente social primeiro ou eu chamo a psicóloga? (P6)

Eu particularmente tenho muita dúvida nessa área, [...] no final das contas eu me apoiaria no serviço social. (P13)

Eu já atendi alguns casos com assistente social, fica mais completo o atendimento, [...] E geralmente eles sabem direcionar onde essa mulher vai buscar apoio além daquilo que a agente sabe. (P12)

Levando em conta a sua complexidade, a violência requer intervenção integral, com a perspectiva do tratamento de suas consequências tanto quanto da abordagem específica do setor saúde em relação ao problema em si. Tendo um escopo interdisciplinar, caracterizando atendimento multiprofissional e intersetorial, incluindo a mulher na decisão do seu próprio cuidado (D'Oliveira et al., 2009).

O reconhecimento explícito da inexistência de um fluxograma ou protocolo definido para lidar com casos de violência doméstica foi uma observação recorrente, ocasionando confusão quanto a sequência do atendimento pelos profissionais e até mesmo preocupação e insegurança com a sensação de impotência nas condutas.

Mas eu não sei te dizer, a gente não costuma lidar na unidade. Puericultura, atendimento a gestante esses a gente sabe que tem e segue o fluxograma, um atendimento de saúde da mulher, um preventivo, esse a gente sabe que tem e a gente sabe que tem vários outros para outras coisas." (P8)

Na verdade, não tem fluxograma. (P6)

Não sei, como funcionaria, se eu poderia ligar para a polícia, se eu já a encaminhava para a Casa da Mulher. Como é que eu faço? Eu não gostaria de dispensar ela para voltar para a casa dela sem uma resposta. (P7)

D'Oliveira et al. (2009) referem que a violência deve ser traduzida como um objeto de trabalho para intervenções e ações para os profissionais de saúde, com o propósito de definir instrumentos materiais e conhecimentos para a produção de fluxos, atividades e protocolos, assim como a articulação entre os profissionais da equipe.

Em um estudo realizado por Carneiro et al. (2022) com profissionais da atenção primária, utilizando questionário semiestruturado, os profissionais não mencionaram critérios de encaminhamento baseados em fluxogramas, condutas ou protocolos

preestabelecidos. Resultando em atendimentos de mulheres que dependiam da experiência e empenho de profissionais sem a devida padronização.

A falta de contato frequente com casos de violência doméstica, especialmente em setores como odontologia, foi mencionada, destacando a necessidade de treinamento específico para capacitar profissionais a lidar com situações sensíveis e complexas.

Eu acho que na parte da odontologia é onde a gente tem menos contato com isso. [...] Seria bom para a gente ter noção do que fazer realmente, inclusive nesses casos onde a mulher não quer fazer nada e você fica meu Deus, não vou fazer nada por essa mulher! A gente fica de mão atada. (P15)

No estudo de D'Oliveira et al. (2009) realizaram um treinamento sobre o modelo Conflitos Familiares Difíceis (CONFAD) com casos de violência contra a mulher, em um distrito da região oeste de São Paulo. O propósito era promover uma interação de melhor qualidade entre profissionais e população, envolvendo todos os profissionais atuantes nas instituições, inclusive a odontologia.

A ficha de notificação compulsória trouxe questionamentos aos profissionais de saúde quanto ao tempo de notificar, mencionado por alguns em 24 horas e outros semanal. Outros mencionaram a responsabilidade da notificação, sendo que alguns encaminham para o assistente social preencher, enquanto uns tomam como responsabilidade de quem realizou o atendimento. Além disso, trouxe à tona a discussão sobre a confirmação ou suspeita de violência para notificar, indicando a subnotificação de casos não notificados.

Se não me engano a ficha de notificação compulsória é em até 24h e tem que estar no Distrito Sanitário. Mas qual é a realidade? A gente consegue enviar em 24h? Eles vêm buscar quantas vezes por semana aqui? Se vem buscar uma vez, como em 24h vai estar lá? Quais os fluxos para chegar no Distrito? Para poder ser atendido o mais rápido? E se chegasse não seria melhor atendido as pessoas? (P8)

Eu só fui lá e notifiquei o serviço social. (P5)

Na verdade, quem fez o atendimento tem que preencher e tem um caderninho na gerência que a gente coloca a data que foi preenchida a notificação e o Distrito pega na semana. (P4)

Mas eu acho que essa subnotificação parte um pouco pela gente, porque a notificação não é só feita quando é confirmada, porque já é suspeita, deve ser feita a notificação, o que a gente deixa de fazer muitas vezes. (P9)

O indício ou confirmação de violência contra a mulher constitui objeto de notificação compulsória atendida em serviços de saúde públicos ou privados. A violência doméstica e/ou outras violências têm a periodicidade semanal e a violência sexual e tentativa de suicídio têm periodicidade de 24 horas para notificação à

Secretaria Municipal de Saúde. Sendo obrigatório o preenchimento aos médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos ou privados que prestam assistência ao paciente (Brasil, 2003).

Categoria 2: Dificuldades no fluxo de atendimento das mulheres em situação de violência doméstica

Os profissionais destacam a complexidade de identificar casos de violência, apontando para a presença de situações ocultas que não são investigadas devido à falta de tempo ou abordagem durante consultas rápidas. A abordagem indireta, em que as vítimas inicialmente mencionam sintomas mascarados, dificulta o processo de identificação imediata. E a classificação da violência doméstica quanto a sua tipologia foi uma dificuldade apresentada.

*Eu acho que têm muitos casos ocultos que a gente, infelizmente, não tem como investigar. Às vezes, na consulta corrida, a gente não questiona.” (P9)
Para a gente conseguir identificar, eu acho que não dá para a gente saber, porque às vezes ela vem com uma queixa mascarada e para a gente chegar no ponto x leva um pouco de tempo. Difícil! Ela não chega falando: eu sofro agressão, ela não chega desse jeito, eu tenho certeza, ela chega falando que estão com dor em algum lugar, que não consegue dormir, que é ansiosa, depressiva, alguma coisa assim e você vai perguntando, investigando.” (P5)
Eu acho que a gente não vivencia pouco, eu acho que talvez a gente não saiba ou às vezes ela chega com outra demanda e não se sente à vontade o suficiente para poder entrar no assunto ou quando sente, geralmente, tem muito medo, tem medo de acontecer alguma coisa... (P8)
Essa violência é violência doméstica, violência física? (P10)*

A identificação da violência é a primeira dificuldade dos profissionais, podendo ser desconsiderada como ocorrências de violência ou que o problema da violência é exterior a saúde. Há a preocupação dos profissionais de que a mulher não goste ou se sente constrangida em contar e que esconda do profissional. O treinamento constante do profissional é favorável na detecção, pois as mulheres precisam e querem falar sobre a violência de forma que se sintam à vontade quanto a julgamentos, sigilo e privacidade. Diante da revelação, sentem temor, pois devem ser respeitadas pelo profissional, tornando o contato com o serviço seguro e sigiloso (D’Oliveira et al., 2009).

Os sintomas ditos como repetidos é um indicador de violência e alguns sintomas de natureza física e mental são critérios que estabelecem suspeitas: transtornos crônicos, vagos, repetidos; entrada tardia no pré-natal; infecção urinária de repetição sem causa secundária; dor pélvica crônica; depressão; ansiedade;

lesões físicas que não se explicam como acidentes; ideação suicida, e outros sintomas (D'Oliveira et al., 2009).

As dificuldades na estrutura física da unidade de saúde são problematizadas, pois o acolhimento da mulher pode se tornar um atendimento e sem local apropriado como uma sala ou consultório para que o tema seja abordado; ou ainda o consultório de odontologia que diversas cadeiras e profissionais atuando no mesmo ambiente, sendo uma preocupação dos profissionais de odontologia e apontado como obstáculos na abordagem de casos sensíveis, como relatos de abuso. A configuração dos espaços de atendimento pode comprometer a privacidade e a confidencialidade, tornando difícil discutir tais assuntos de maneira aberta e segura.

No meu caso específico, o consultório é aberto, as cadeiras são uma do lado da outra, então nesses casos de relato de abuso é bem mais difícil de acontecer, porque está todo mundo escutando o que a gente está falando com o paciente... (P6)

[...] às vezes a estrutura, não tem nenhuma sala para atender a pessoa, são vários problemas. (P9)

“Para mim a infraestrutura também atrapalha essa assistência.” (P10)

D'Oliveira et al. (2009) enfatizam a importância de um ambiente com sala fechada para que os encontros sejam seguros e privativos, evitando serem ouvidas por outros usuários, profissionais ou familiares. Villela et al. (2011) relatam a falta de estrutura física dos centros de saúde, delegacias e hospitais, o que influencia no constrangimento da mulher.

A sobrecarga da demanda de serviços é destacada como um fator que impacta na qualidade do atendimento. A dificuldade em acionar colegas para consultas compartilhadas e a limitação de recursos humanos afetam a capacidade de oferecer atenção adequada, principalmente em casos sensíveis como violência. Em contrapartida, há facilidade em acolher a paciente, mas a falta de vaga prejudica o atendimento.

[...] Então a gente tem dificuldade acionar um colega para uma (consulta) compartilhada porque está sobrecarregada do outro lado [...], eu acho que são várias coisas, às vezes a gente não consegue atender todo mundo da forma que deveria atender e acaba pecando no atendimento daquela pessoa, então eu acho que assim o RH é uma dificuldade. (P8)

No acolhimento, quantas vezes a gente diz não tem (vaga) e vê que a pessoa está vindo várias vezes buscar vaga e realmente não tem, vai saber se a pessoa não está sofrendo violência. (P8)

O primeiro acesso é fácil. Não adianta ser o primeiro acesso, mas não ser facilitador, ter dificuldade em acessar, como a gente vivencia muitos casos aqui não só de violência. (P10)

É o caso da mulher [...] que veio com outra queixa e no meio da consulta ela começou a falar, mas eu tinha muito paciente esperando e então passei para a equipe de referência. Assim, às vezes durante uma consulta de outros sintomas, outras queixas, ela vem e fala, mas se a gente não tiver um tempo, não tem como dar continuidade, porque às vezes a gente tem um monte de paciente esperando, a gente não pode deixar para depois, essa questão do tempo é um pouco complexo de resolver. (P9)

Nos estudos de D'Oliveira et al. (2020) e Kind et al. (2013) descrevem a falta de tempo entrelaçado com a sobrecarga de trabalho que proveniente de metas assistenciais e prioridades de atenção, afirmam que o atendimento sobre violência demanda um tempo considerável. Garantir o acesso para as mulheres em situação de violência é um direito.

Os profissionais mencionam que muitos pacientes não percebem a unidade de saúde como uma rede de apoio. A conscientização sobre a disponibilidade de ajuda na unidade é crucial para encorajar as vítimas a procurar assistência. A falta de compreensão por parte dos pacientes sobre o papel da unidade como uma rede de apoio pode contribuir para a não busca de ajuda.

Muitos pacientes, também, não enxergam a unidade de saúde como uma rede de apoio, então quando você explica que nós somos a rede de apoio em todo esses sentidos, eles entendem que poderia ter buscado ajuda antes. E eu posso ter tudo isso aqui disponível. (P7)

A atenção primária em saúde tem com potencialidade a integralidade, visto que o acolhimento da violência como um problema está alinhado à promoção da não violência, tanto no que diz respeito às consequências quanto à própria violência. Como um tema complexo e interdisciplinar é necessário um atendimento multidisciplinar e intersetorial, a mulher enquanto o centro das decisões de saúde e responsável pelo próprio autocuidado enfatiza a integralidade na atenção primária. Baseado nos princípios do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais, bem como os conflitos de desigualdade de gênero são fundamentais para o fortalecimento da mulher (D'Oliveira, et al., 2009).

Os profissionais destacam diversas dificuldades na articulação da rede intersetorial para atendimento de mulheres em situação de violência. A mobilidade das mulheres, sobretudo quando desistem de buscar ajuda em meio ao processo, e a complexidade nos fluxos de encaminhamento. Quando encaminhado para serviços de referência de apoio social acontece o repasse para outros serviços em que pode ocasionar na demora para a resolução ou ainda quando o próprio serviço de referência social retorna com a mulher para a unidade de saúde da família sem resolução. A

estratégia utilizada para contornar essa situação é a ligação telefônica para o setor de referência ou a realização de carta com descrição da necessidade da mulher.

A rede na teoria é muito bonita, se você ler o CRAS, a própria CREAS, se você manda um relatório para um CREAS, que é sobre relacionamento rompido, o CREAS é para isso, ele encaminha um e-mail de volta dizendo encaminhado para a SAS, assim que é, aí você encaminha para a SAS, a SAS vai encaminhar a mesma coisa para ele de novo e aí ele vai demorar uns 3 meses para ele fazer essa visita. Se for questão de alimentação ela vai ficar 3 meses sem comer? (P11)

A saúde da família está dentre os serviços não-especializados de atendimento à mulher, sendo também os hospitais gerais, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas. E os serviços especializados de atendimento à mulher são os que atendem exclusivamente as mulheres e que possuem a mestria com relação à violência contra a mulher (Brasil, 2011b).

Segundo Brasil (2011b) a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres tem como composição diversos serviços e de instituições, pois compreende a multidimensionalidade e a complexidade, e para o enfrentamento efetivo é necessário a articulação e integração entre serviços e instituições. E a intersetorialidade, definição de fluxos compatíveis com a realidade local conforme a demanda das mulheres em suas diversidades que deve ir contra o modelo tradicional de gestão pública que condiz com a departamentalização, a desarticulação e a setorialização das ações e das políticas públicas.

Aguiar et al. (2023) realizou um estudo de entrevistas em que os profissionais usam como estratégia a ligação para o serviço de encaminhamento para uma comunicação mais pessoal parecendo uma forma de fortalecimento de confiança para um sucesso de encaminhamento.

Categoria 3: Estratégias dos profissionais de saúde para atendimento do fluxo de mulheres em situação de violência doméstica

O acolhimento é mencionado pelos profissionais de saúde como primeiro contato da mulher com a unidade de saúde, sendo importante a escuta com a atenção conforme a necessidade.

[...] Acolhimento para mim é isso, ouvir, é você acolher a pessoa que está falando e saber que você está prestando atenção e que você está dando

suporte para ele, não é você nem esperar ele terminar de falar e dizer que não tem vaga senhor, volta 11:30h [...]. (P11)

No primeiro contato de atendimento na atenção básica, recomenda-se iniciar com o acolhimento, para depois realizar o preenchimento de formulários ou prontuário. O acolhimento, com escuta qualificada pode ser realizado por uma equipe multiprofissional. Concretiza-se em um atendimento humanizado, visando criar um ambiente de confiança e respeito. Isso implica na vigilância das condutas dos profissionais para evitar a vitimização e na consciência para lidar com a raiva, medo e impotência que podem surgir durante o atendimento. A identificação do motivo do contato da mulher na atenção básica pode ser feita através de perguntas diretas ou indiretas, dependendo do conforto do profissional (Brasil, 2016). Conforme a Política Nacional de Humanização, no acolhimento todos devem ser atendidos a partir de avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Brasil, 2013).

O agente comunitário de saúde, chamado pela sigla ACS, é o profissional de saúde com um elo mais forte entre toda a comunidade e a unidade de saúde, por realizar visitas periodicamente todo o mês. E os casos são trazidos para discussão de condutas em reuniões semanais de equipe ou conforme a urgência busca-se apoio no profissional diretamente para atendimento, sendo domiciliar ou consulta individual na unidade.

[...] nas primeiras visitas que eu fui fazer no território, a ACS me passou um caso de violência doméstica, mas não estava dentro da planilha, ela fraturou o braço, na visita a ACS me orientou: 'ela não sabe que a gente sabe, que é violência'. Mas ela não estava na planilha. 'Então vamos fazer uma visita para te apresentar como nova enfermeira da equipe'. E toda a minha abordagem, o tempo todo, ela não deixou claro que tinha sofrido violência do esposo. (P7) Geralmente eles (ACS) vêm para a equipe (reunião de equipe) ou quando é um caso urgente eles procuram a gente a qualquer momento que acharem e falam que a gente precisa fazer uma visita e a gente vai. (P8)

O agente comunitário de saúde é um dos profissionais de saúde com o papel na atenção primária em prevenir e tendo como frente o domicílio e o acesso diferencial à comunidade na divulgação dos direitos humanos e da rede intersetorial no apoio da violência e que dispõe ao trabalho, moradia, creche e escola para uma vida livre de violência. É importante enfatizar que o ACS não tem como papel central a detecção, orientação e assistência de casos, por ter uma posição de risco devido à quebra de sigilo e vulnerabilidade à violência, mas sim na divulgação de serviços e informações de direitos (D'Oliveira et al., 2009). D'Oliveira (2019, p. 25) refere que “as ACSs não

devem ser responsabilizadas pelo cuidado aprofundado ou por ações de detecção de violência nas casas, por exemplo, agindo como ‘olheiras’ do serviço de saúde”.

Diante da dificuldade para vínculo, os profissionais usam de estratégia o agendamento de consultas individuais, domicílio, tratamento das dores crônicas ou ainda marcando consulta diretamente com médico para segundo momento passar em consulta com psicólogo na tentativa de buscar ajudar a mulher.

É o que a gente tentou fazer, marcar consultas de retorno, fazer visitas domiciliares ou tentar fazer preventivo, consulta de rotina, ela tem dores crônicas e então vamos avaliar as dores crônicas, convidou para vir fazer a questão da fisioterapia aqui por causa das dores crônicas e tentar trazer ela e vincular na unidade para ver se ela consegue se abrir. (P2)
[...] Se eu falar que vou marcar uma consulta com a psicóloga pode levar um susto, então se eu marcar com o médico para uma consulta de rotina, solicitar alguns exames, talvez o baque seria menor e se não tiver nada a psicóloga vai atender. (P6)

A sensibilidade do profissional de saúde em respeitar a mulher, especialmente na dificuldade de se expressar verbalmente, deve-se ao ato de escutar, acolher e observar suas expressões. É fundamental permitir tempo para que ela relate o sofrimento decorrente da violência, estabelecendo um vínculo que propicie uma relação terapêutica, marcada pelo respeito ao tempo necessário para as decisões sobre a terapia. Nesse processo, é essencial construir em conjunto o plano de cuidado, sempre considerando a vontade da mulher (Brasil, 2016).

A abordagem, seja por meio de perguntas diretas ou indiretas sobre a violência, representa uma forma de identificação do problema. Contudo, é crucial realizar isso sem estigmatizar ou julgar, evitando romper o interesse do serviço de saúde no atendimento à mulher (Brasil, 2016).

A atenção primária possui como potencial a aproximação com o território por meio de visitas domiciliares, estabelecendo uma relação mais próxima com a comunidade. Esse acesso frequente, constante e legitimado permite a atuação ao longo da vida da mulher, abordando tanto os problemas comuns de saúde quanto as questões associadas à violência doméstica e sexual contra a mulher (D’Oliveira et al., 2009).

Especificamente, o fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência, adotado pela Secretaria de Saúde do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, ocorre por meio do envio mensal, pelo Distrito Sanitário, de duas planilhas. A primeira contém uma lista de todos os casos notificados como violência em qualquer

serviço da rede de saúde, abrangendo todos os ciclos de vida e suicídios. A segunda planilha discrimina a busca ativa dos familiares das vítimas de homicídio, suicídio e intervenção legal. Essas planilhas são entregues ao setor de Serviço Social das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). A partir disso, o setor de Serviço Social encaminha as informações aos demais profissionais para pactuação de intervenções.

Na unidade de saúde da pesquisa, durante as reuniões, os casos são compartilhados com a equipe multiprofissional para o matriciamento de saberes. Com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), são discutidos aspectos relacionados ao território e ao domicílio. A consulta pode ser compartilhada com o psicólogo, médico e/ou enfermeiro, também conhecida como interconsulta. Conforme a necessidade, avalia-se a sequência do atendimento, podendo ser na modalidade individual, convite para o Grupo de Mulheres ou referenciada a outros profissionais ou serviços da rede.

Para nós chega a (planilha) de Violência, mesmo o assistente social já conferiu, eu dou uma conferida para ver se tem alguma [...] nesses casos a gente faz uma busca ativa, vai atrás do paciente, se houver necessidade faz o matriciamento, uma (consulta) compartilhada com a psicologia, com o Serviço Social, a gente já trabalhou em cima dessa planilha. (P10)

Eu acho que depende. Tem alguns casos que chegam direto do Ministério (Público) para a gente acompanhar e tem casos que a gente identifica que é uma violência: em relacionamentos mais agressivos, abusivos, controle psicológico, financeiro e até agressivo fisicamente a gente escuta no atendimento, acolhe e o que eu costumo fazer é notificar, acionar a equipe, mas geralmente essa paciente já vem da equipe, porque como eu sou psicóloga, a gente não atende diretamente, [...] a gente discute o caso. Geralmente ela vem de uma interconsulta, então a agente (de saúde comunitária) já compartilha esse atendimento, a partir disso eu convido para o grupo de apoio às mulheres, justamente para mulheres que estão em alguma situação, não só de violência, mas também de suporte e apoio e encaminhamento, também, para o serviço social. [...] Um fluxo bem estabelecido como para pré-natal, ah chegou faz isso e tal, não tem, pelo menos que eu saiba. (P12)

Caneiro et al. (2019) destacam a importância de grupos reflexivos no fornecimento de suporte social, contribuição na ressignificação da violência doméstica obtendo novas perspectivas de futuro. Em face do isolamento social que o agressor promove na vida da mulher, a participação em grupo de apoio proporciona à mulher o reconhecimento da desigualdade de gênero na violência vivida e a encoraja na tomada de decisão. E pela violência doméstica ser cíclica e transgeracional a atenção primária em saúde tem um potencial de desenvolver ações estratégicas de prevenção e enfrentamento de agravos.

A OMS descreve quatro tipos de necessidades das mulheres a serem detectadas: necessidades emocionais e psicológicas imediatas; necessidades de segurança atuais; necessidades de saúde física atuais; e necessidades de saúde mental e suporte médio e longo prazo. As necessidades da mulher têm competência multiprofissional em que varia conforme a situação de violência em que a mulher se encontra e o tipo de assistência prestada pelo profissional conforme as competências da categoria profissional e o contexto em que a assistência é prestada sendo instituição ou território. E o registro quanto ao encaminhamento no interior da unidade devem ser anotado no prontuário para garantia da longitudinalidade e comunicação entre os profissionais (D'Oliveira et al., 2019).

D'Oliveira et al. (2019) discrimina no protocolo as habilidades das categorias profissionais no atendimento da mulher em situação de violência doméstica. A enfermagem e a medicina têm a incumbência de promover a agilidade do atendimento e efetividade do fluxo de atendimento dentro da instituição. A enfermagem tem o papel importante em acolher, identificar medidas imediatas, priorizar atendimentos, organizar fluxo e realizar o atendimento em local adequado para atendimento reservado e compartilhar com outros profissionais quando necessário. E a medicina realizam diagnóstico diferencial na cronicidade das queixas, gravidade de queixas agudas, profilaxia, indicação de vacinas e prescrições e referenciação a rede secundária ou terciária de acordo com a necessidade.

A psicologia cabe a prestação de assistência de médio e longo prazo que necessitem de acompanhamento psicológico para o estímulo no projeto de vida, decisões e concepções com o fortalecimento da autonomia e tomada de decisões. O serviço social realiza a avaliação socioeconômica da usuária para a garantia de direitos. Facilitando o acesso à alimentação, habitação, educação e renda e demais direitos previstos em lei, possibilitando a intervenção das equipes de território e inclusive possibilitando a reorganização dos recursos institucionais E como mencionado anteriormente em outro trecho deste trabalho, o ACS assume a incumbência de integrar a unidade com o território. (D'Oliveira et al., 2019).

Além do que, outros órgãos da rede intersetorial como o Ministério Público encaminham uma demanda considerável de casos de violência doméstica contra a mulher e a adoção prévia de planilhas pelo Distrito Sanitário tende a adiantar

informações para a devida resposta em relatórios e o próprio cuidado da usuária antes da própria solicitação do judiciário.

[...] É porque das duas formas quando vem o relatório com a solicitação do acompanhamento de saúde através do Ministério Público ou Conselho. [...] O que eu costumo fazer quando acontece isso, quando eu atendo um caso assim eu já faço tudo, não espero ir lá para o Distrito (Sanitário) e voltar, eu já a encaminho para todos os lugares possíveis, para quando esse relatório voltar pedindo esse acompanhamento ela já estará em acompanhamento há um tempo, porque são, geralmente, 30 dias para voltar do Distrito (Sanitário), a planilha de violência e ali você já fez tudo. (P11)

O Ministério Público é um importante parceiro no fortalecimento e monitoramento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, que é acompanhamento da execução das ações do programa/projeto para decisões e na identificação e correção de problemas nos aspectos técnicos e políticos, conclui-se na responsabilidade da fiscalização dos serviços (Brasil, 2011b).

Segundo a lei Maria da Penha, o Ministério Público, em que quando necessidade de avaliação mais profunda e complexidade, o juiz determinará avaliação de profissionais especializados (BRASIL, 2006).

Há uma preocupação dos profissionais com a mulher em continuar o atendimento para que mesmo diante do ciclo de violência ou encaminhamento para outro setor da rede permaneça em acompanhamento na unidade de saúde para apoio. Além de consultas na USF, a ligação e a visita domiciliar são estratégias de acompanhamento da mulher, inclusive como segurança do próprio profissional e da mulher para que não encontre com o agressor, no caso da ligação telefônica.

Então talvez uma das coisas mais importantes fosse agendar ou manter acompanhamento aqui que a gente sabe o que aconteceu, como está a rede, como está o estado emocional dela, porque é bom a gente ir reforçando, recolhendo ela, dando mais segurança ao longo do tempo. Porque quando acontece é diferente depois que você está no processo. (P13)
E eu acho que é importante também para manter o vínculo, não necessariamente uma consulta aqui na unidade, pode ligar para saber como ela está. E realmente a mulher vai sentir que tem alguém a apoiando e não sendo julgada, porque às vezes ela ainda está com o companheiro e [...] e às vezes você liga e é ele que atende o telefone e você tem que utilizar de uma ferramenta de não falar quem é você, de onde você está falando, porque ele pode desligar o telefone e agredir ela. E tem todo esse tato que a gente precisa ter. É complicado. (P11)

Na prática, como relatado pelos profissionais de saúde da importância de continuar o acompanhamento das mulheres sendo intrinsecamente relacionado ao vínculo. Starfield (2002) traz como longitudinalidade que é comumente utilizada como continuidade do cuidado, contudo representa uma relação de longa duração entre os

profissionais de saúde e os indivíduos, que também pode ser ligado a um local, percebida como uma atenção direcionada ao longo de um período definido ou indefinido. Esse tipo de relação assume diversas formas, incluindo consultas menos frequentes, uma vez que problemas podem ser gerenciados por telefone, sem a necessidade de agendar consultas para informações já conhecidas e a redução na hospitalização. A longitudinalidade, enquanto atributo da atenção primária, está correlacionada aos demais atributos da atenção primária, a integralidade e a coordenação do cuidado.

Houve alguns relatos dos profissionais da necessidade de encaminhamento da mulher para a Casa da Mulher Brasileira e inclusive do apoio da Polícia. Os profissionais realizaram as condutas em conjunto com a mulher, buscando apoio de um familiar da própria mulher. Mostrando, mais uma vez, a necessidade de encaminhamento para a rede intersetorial e nesse caso para a rede especializada no enfrentamento a violência contra a mulher.

Eu atendi uma com a médica, na verdade, foi uma consulta da criança, do filho, ela tem 3 filhos, na verdade, ela passou uma consulta com o médico e passou para a médica. É como o médico falou que não sabe bem como é o fluxo quando atende um caso assim. Então a médica me chamou e chamou a psicóloga, então nós três estávamos compartilhando a consulta [...]. A gente fez um encaminhamento para a Casa da Mulher Brasileira, a psicóloga fez por escrito e encaminhou. A gente entrou em contato com eles também para abrigar ela porque ela estava com medo de voltar para casa [...] ela estava muito desesperada, bastante machucada e não queria que chamasse a Guarda, a Polícia e ela tinha uma prima que ela falou que só podia falar com essa prima, nós ligamos e a prima veio [...] E ela é usuária (de drogas) também, então é uma rede, a gente encaminhou para todas redes possíveis [...] esse é o acompanhamento de saúde, mas é até o momento que ela desejar, é o desejo dela, tem que respeitar. (P11)

A primeira Casa da Mulher Brasileira foi inaugurada no ano de 2015 em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. É uma instituição que acolhe e atende de forma humanizada, com objetivo de assistência integral e humanizada para as mulheres que estão em situação de violência, que visa garantir o acesso do próprio serviço e de outros especializados, assegurando condições de saúde para enfrentamento da violência, empoderamento e autonomia financeira (Schultz, 2017).

A Casa da Mulher Brasileira é um dos eixos do Programa Mulher, Viver sem Violência, coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República que integra no mesmo espaço serviços especializados de diversos tipos de violência contra as mulheres: acolhimento e triagem; apoio psicossocial; delegacia; Juizado; Ministério Público; Defensoria Pública; promoção de autonomia econômica; cuidado das crianças – brinquedoteca; alojamento passagem e central de transportes (Brasil, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica contra a mulher é uma realidade da atenção primária, apesar dos profissionais relatarem atender poucos casos, o que pode estar paralelamente associado pela subnotificação na dificuldade de identificar a violência, caracterizado pela inexperiência e falta de capacitação diante do problema. E atrelado às dificuldades de estrutura física inadequada, gerenciamento de tempo e vagas limitadas e sobrecarga de trabalho.

Por consequência, em algumas situações, os profissionais acabam dependendo excessivamente de uma categoria profissional, levando aos profissionais definirem um critério próprio de atuação e encaminhamento conforme seu conhecimento sobre a rede e compreensão sobre a complexidade da violência doméstica.

Em síntese, a reflexão da possibilidade de um fluxograma de violência doméstica contra a mulher voltado para a atenção primária com características na realidade local, é crucial para a articulação intersetorial efetiva com atendimentos de qualidade e disseminado entre as redes, afastando o atendimento improvisado e evitando a violência institucional. E ainda no que diz respeito ao direcionamento dos atendimentos dos cuidados destas mulheres, um protocolo traria luz a queixas das mulheres sujeitas a iatrogenias e as frustrações dos profissionais de saúde. Pois a atenção primária desempenha um papel importante na rede de enfrentamento à violência contra a mulher, por ser a porta de entrada e ter vínculo com o território de moradia das mulheres.

Contudo, a construção de ferramentas e capacitações periódicas para a sensibilização de práticas são importantes para a estruturação dos serviços e para garantir a segurança na condução de casos complexos. Também se torna essencial promover um trabalho integrado entre os serviços específicos e não específicos da rede de atendimento, fortalecendo a eficácia da rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Por fim, defende-se que surjam mais pesquisas acerca do assunto para fomentar não só a construção de fluxogramas e protocolos da atenção primária, mas na articulação de saberes da gestão e dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família em suas realidades locais quanto as potencialidades e dificuldades. E no que tange ao conhecimento da desigualdade de gênero e os cuidados de mulheres em situação de violência doméstica que podem proporcionar dentro do SUS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M. et al. Atenção primária à Saúde os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde E Sociedade**, 32(1), e220266pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220266pt>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Página 1, Brasília, DF, 25 nov 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 10 abr 2023.

BRASIL, Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 ago 2006. Disponível em: (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11340.htm). Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 30 mar 2023.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento de Violência Contra as Mulheres**. Coleção Enfrentando à Violência contra as Mulheres. Brasília: 2011b. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/hp/acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 30 mar 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em: 15 out 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria de Política para as Mulheres. **Livreto Casa da Mulher Brasileira**. Abril, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/cmb/livreto-casa-da-mulher-brasilia.pdf> Acesso em: 20 dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

CARNEIRO C.T. et al. Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 1–20, 2022. DOI: 10.21680/2446-7286.2022v8n3ID26089

COELHO, E. B. S. et al. **Guia para Manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS**. Estratégias para o fortalecimento da atenção na saúde das mulheres em situação de violência doméstica e sexual. UFSC: Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=8610Q>. Acesso em: 26 mar. 2023.

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 & Saúde Coletiva**, V.14, N.4, P. 1037 – 1060, jul 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>

D'OLIVEIRA A.F.P.L., et al. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. University of Bristol. **Atenção Primária a Saúde: Protocolo de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência**. Junho, 2019. Disponível em: https://sites.usp.br/generovienciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/protocolo_de_atendimento.pdf Acesso em: 20 dez 2023.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: e190164. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>

FUSQUINE, R.S. SOUZA, Y.A. CHAGAS, A.C.F. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 113-124, mar. 2021 . DOI: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1010>

KIND, L. et al., Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>

LIRA, K. F. S.; DE BARROS, A. M. Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco. **Revista Ágora**, [S. l.], n. 22, p. 275–297, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/13622> Acesso em: 23 abr 2023.

MINAYO, C. S. (Org.); SUELY, Ferreira Derlandes; OTACIO, Cruz Neto; ROMEU, Gomes. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. DE S.. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 23–26, jan. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100005>

SCHULTZ, Iluska Lopes. **Situação de violência doméstica contra a mulher em Campo Grande, Mato Grosso do Sul**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/3167/1/Situa%c3%a7%c3%a3o%20da%20viol%c3%aancia%20dom%c3%a9stica%20contra%20mulher%20em%20Campo%20Grande%2c%20Mato%20Grosso%20do%20Sul.pdf> Acesso em: 20 mar. 2023.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359–367, jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300006>

SILVA, V.C. RIBEIRO, P.M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 4, e20190371, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0371>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Tradução de Ruy Cesar Camargo Abreu e Elza Machado de Melo. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. (Série Saúde para Todos)

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report 2022**. Gender equality. p. 36 – 37. 2022. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf>. Acesso em: 30 abr 2023.

VILLELA, W.V. et al., Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 113-123, jan. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>

APÊNDICE

APÊNDICE A – DADOS SOCIAIS DOS PARTICIPANTES



Dados sociais

Entrevista Nº _____

Data: ____/____/____

I Caracterização dos profissionais de saúde

1. Gênero: Masculino () Feminino () Não-binário ()
Neutro () Transfeminina () Transmasculino () Agênero ()
Pangênero () Outro () Nenhum ()
2. Idade: _____
3. Raça/cor: Branco () Pardo () Preto () Amarelo ()
Indígena ()
3. Formação: _____
5. Especialização: _____
6. Tempo de serviço nesta unidade: _____

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Campo Grande – MS _____ de _____ de 2023.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. 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.

Como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SESAU/FIOCRUZ, estou desenvolvendo como exigência do curso apesquisa sobre Fluxo de atendimento da mulher em situação de violência doméstica:ótica dos profissionais de saúde sob responsabilidade e orientação da Profa. Dra. Priscila Maria Marcheti Fiorin e coorientação da Me Vanessa Carlos.

Este estudo tem como principal conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o funcionamento do fluxograma do atendimento das mulheres em situação de violência doméstica.

Para tanto, será utilizado um instrumento sobre o assunto em questão, o qual deverá ser aplicado aos profissionais após o seu consentimento. Informamos que sua participação é de inestimável importância, no entanto se não desejar participar do estudo, não haverá dano ou prejuízo e poderá retirar-se no momento que julgar oportuno.

Os riscos e desconfortos são mínimos e estão relacionados aos possíveis incômodos gerados durante a pesquisa. Estes desconfortos serão amenizados pela limitação das entrevistas apenas sobre os aspectos do processo de ensino e aprendizagem, sem adentrar em aspectos pessoais de sua vida.

Gostaríamos de deixar documentado que: sua participação é confidencial, tal como os arquivos gravados em áudio e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos, mantendo o anonimato do participante, a menos que requerida por lei; o procedimento de coleta de dados não oferece nenhum risco ao participante; não há previsão de gasto financeiro e/ou ressarcimento de despesas pelos participantes da pesquisa; se almejar fazer qualquer questionamento em relação à pesquisa, poderá entrar em contato

com o pesquisador pelo telefone (67) 99119-5000 ou para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FIOCRUZ Brasília, no telefone (61) 3329-4607 / (61) 3329-4638, você também poderá receber os resultados dessa pesquisa quando forem publicados; terão acesso aos arquivos, para processamento dos dados, a pesquisadora e os demais profissionais envolvidos neste estudo, sem, contudo, violar a confidencialidade necessária; a pesquisadora arquivará o termo de consentimento, e, em nenhuma conjuntura, ele será apreciado por outra pessoa; a autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados, será considerada a partir da assinatura do impresso de consentimento, se concordar, você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário _____ data _____

Assinatura da Pesquisadora _____ data _____

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fluxo de atendimento da mulher em situação de violência doméstica: ótica dos profissionais de saúde

Pesquisador: ADRIELY DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70825923.5.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.188.158

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa a ser aplicado em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Campo Grande - Mato Grosso do Sul -sobre o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, sob a visão de profissionais de saúde graduados, que atuam na USF Dr Alfredo Neder, localizada do bairro Cophavila II.

Objetivo da Pesquisa:

Tomando por hipótese que os profissionais têm dificuldades em seguir o fluxograma de atendimento das mulheres em situação de violência doméstica na Unidade de Saúde da Família define-se como objetivo primário conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o funcionamento do fluxograma do atendimento das mulheres em situação de violência doméstica. Como objetivo secundário pretende-se conhecer as dificuldades dos profissionais de saúde da atenção primária em relação ao funcionamento do referido fluxograma. situação de violência doméstica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são considerados mínimos, tais como o constrangimento e desconforto relacionados aos possíveis incômodos gerados durante a pesquisa, que serão diminuídos mais ainda pela limitação das entrevistas aos aspectos do processo de ensino e aprendizagem. Considera-se como benefícios a contribuição em educação profissional, desafiando gestores à refletir quanto ao

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 6.188.158

fluxograma, se adequado e eficaz para o desenvolvimento integral das habilidades profissionais em Atenção Primária e da política pública correspondente. "E a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando o sigilo

das informações coletadas" *ipsis literis*!"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Da Trata-se de pesquisa de interesse ao desenvolvimento da atenção integral à saúde da mulher com foco na situação de violência doméstica, de abordagem qualitativa, descritiva exploratória. Coleta de dados por meio de grupo focal com perguntas norteadoras dirigidas aos participantes, servidores ativos da UFS, excluídos os atuantes a menos de 3 meses, os ausentes em férias ou em licenças de outra ordem. A análise de conteúdo será baseada em Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os seguintes termos:

- 1-projeto básico;
- 2-folha de rosto;
- 3-TCLE;
- 4-cronograma;
- 5-orçamento.

A pesquisadora também apresentou a carta de anuência da Secretaria de Saúde de Campo Grande para acesso ao campo.

Recomendações:

Recomenda-se a inserção da logomarca da Fiocruz no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o projeto atendeu a todos os requisitos éticos solicitados por este Cep, portanto, está aprovado.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 6.188.158

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16 CNS, a pesquisadora deverá enviar para este Cep seu relatório final e, caso seja necessário, seu relatório parcial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2165795.pdf	23/06/2023 07:52:57		Aceito
Outros	PROJETO_APENDICE_C_ADRIELY_DE_OLIVEIRA.pdf	23/06/2023 07:50:59	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	PROJETO_APENDICE_B_ADRIELY_DE_OLIVEIRA.pdf	23/06/2023 07:50:24	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_DE_PESQUISA_SESAU.pdf	23/06/2023 07:49:34	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PROJETO_APENDICE_A_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_ADRIELY_DE_OLIVEIRA.pdf	23/06/2023 07:47:51	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	PROJETO_ORCAMENTO_ADRIELY.pdf	23/06/2023 07:46:41	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	PROJETO_CRONOGRAMA_ADRIELY_DE_OLIVEIRA.pdf	23/06/2023 07:45:20	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ADRIELY_DE_OLIVEIRA.pdf	23/06/2023 07:45:03	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ADRIELY_DE_OLIVEIRA.pdf	23/06/2023 07:40:18	ADRIELY DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Julho de 2023

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 6.188.158

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Página 04 de 04