

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA E SOCIEDADE

CRISTIANNE TEIXEIRA CARNEIRO

**ANÁLISE DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA**

TESE

CURITIBA
2020

CRISTIANNE TEIXEIRA CARNEIRO

**ANÁLISE DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA**

**ANALYSIS OF THE NETWORK OF ASSISTANCE TO WOMEN IN SITUATIONS
OF VIOLENCE**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Tecnologia e Sociedade, pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), ofertado em conjunto com a Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Área de Concentração: Tecnologia e Sociedade
Linha de Pesquisa: Tecnologia e Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti

CURITIBA
2020



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir deste trabalho, desde que atribuam o devido crédito à autora pela criação.



**Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Câmpus Curitiba**



CRISTIANNE TEIXEIRA CARNEIRO

ANÁLISE DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Trabalho de pesquisa de doutorado apresentado como requisito para obtenção do título de Doutora Em Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).
Área de concentração: Tecnologia E Sociedade.

Data de aprovação: 11 de Dezembro de 2020

Prof Francis Kanashiro Meneghetti, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.a Ludmila De Vasconcelos Machado Guimaraes, Doutorado - Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (Cefet/Mg)

Prof.a Maria Augusta Rocha Bezerra, Doutorado - Universidade Federal do Piauí (Ufpi)

Prof.a Nanci Stancki Da Luz, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.a Natalia Rese, Doutorado - Universidade Federal do Paraná (Ufpr)

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 11/12/2020.

Aos meus amados pais, Maria Cristova e Marcelino,
pelo amor infinito e por todos os esforços para que
eu tivesse a oportunidade de crescimento
profissional, por meio da Educação.

AGRADECIMENTOS

Durante essa caminhada, pessoas especiais entrelaçaram-se a minha história, tecendo uma rede de apoio, para que eu pudesse concretizar esta etapa da minha formação acadêmica. Esclareço que em uma rede, todas as relações de cooperação são relevantes e, portanto, há o desejo de que todos os personagens aqui apresentados se sintam importantes. Por meio de palavras, é impossível conseguir expressar toda a gratidão que sinto, entretanto, é necessário realizar esta tentativa.

A Deus, por estar permanentemente comigo, oferecendo-me, no íntimo da nossa relação, a capacidade de me reerguer e reinventar, diante dos meus medos e minhas dificuldades.

À Universidade Federal do Piauí, em especial à direção do Colégio Técnico de Floriano, em nome do professor Prof. Me. Ricardo de Castro Ribeiro Santos, pelo incentivo à formação e qualificação docente e pela concessão de afastamento para cumprimento das atividades do doutorado.

Aos coordenadores do projeto, em nome do Prof. Dr. Sinimbu, que originou a parceria entre a Universidade Federal do Piauí e a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, viabilizando a oportunidade de qualificação profissional aos professores dos Colégios Técnicos Federais do Piauí.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti, por ter possibilitado o meu feliz encontro com o tema da violência contra a mulher e ter conduzido esta pesquisa com empatia, paciência, generosidade, serenidade e compreensão. Seus ensinamentos passaram a ocupar lugar de destaque na minha vida e contribuíram significativamente para meu amadurecimento profissional e pessoal.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dra. Natália Rese, Prof.^a Dra. Ludmila de Vasconcelos Machado Guimarães, Prof.^a Dra. Maria Augusta Rocha Bezerra, Prof.^a Dra. Nanci Stancki da Luz, pela disponibilidade de participar desse momento de construção do conhecimento e pelas contribuições essenciais na consecução desta pesquisa. Também agradeço ao Prof. Dr. Domingos Leite Lima Filho e à Prof.^a Dra. Raquel Rangel de Meireles Guimarães que participaram da banca de qualificação do projeto de tese, pelos valiosos apontamentos que iluminaram este relatório de tese.

Aos professores das disciplinas obrigatórias e eletivas do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade que participaram da minha formação no doutorado. Agradeço pelo convívio, pelo aprendizado e pela possibilidade de qualificação profissional a partir das diferentes atividades desenvolvidas durante o doutorado. Em especial, agradeço à Prof.^a Dra. Maclovia Corrêa da Silva, pela ajuda relacionada à estadia em Curitiba-PR.

Aos colegas da turma de doutorado, pelo convívio e aprendizado durante a trajetória das disciplinas em Teresina-PI. Em especial, a Ana Lúcia, que dividiu moradia comigo em Curitiba-PR e foi minha principal parceira nas noites de estudo, tornando esses momentos mais leves e alegres.

Aos colegas do Núcleo de Estudos sobre Violências (NUEVO), grupo vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade da UTFPR, pelo acolhimento no ambiente acadêmico e pela convivência enriquecedora de conhecimentos. Em especial, a Heloisa, pelo carinho, pela ajuda e amizade.

Aos colegas de trabalho do Colégio Técnico de Floriano - CTF/UFPI, pelo apoio, pela união, pela compreensão e pelo incentivo para esta conquista.

Aos meus queridos alunos, pelo carinho, pelo aprendizado e pela motivação. É uma honra poder desempenhar o papel de professora, mesmo nos momentos difíceis.

À Secretaria Municipal de Saúde, Delegacia Regional de Polícia Civil e Hospital Regional do local do estudo, que autorizaram o acesso aos cenários desta pesquisa.

Aos meus pais, Maria Cristova Teixeira Carneiro e José Marcelino Carneiro, pelo amor, carinho, cuidado e incentivo aos estudos. Em mim, habita, profundamente, as memórias da vida simples, do esforço e do trabalho árduo de vocês, para que meu irmão e eu tivéssemos acesso à Educação de qualidade.

Ao meu irmão, Marcelo Teixeira Carneiro, pelo amor, pela solicitude e generosidade em todos os momentos que precisei de ajuda. Obrigada por estar sempre torcendo pelas minhas vitórias.

A minha cunhada Maria Augusta Rocha Bezerra, pessoa que considero como irmã, pelo amor, carinho, cuidado e pela parceria nos trabalhos. Agradeço, ainda, pela oportunidade de fazer parte do projeto: "Efetividade de uma intervenção educativa por telefone na promoção do aleitamento materno no período neonatal", financiado pelo CNPq.

Aos meus sobrinhos, Marcelo Teixeira Carneiro Filho e Yan Bezerra Carneiro, por cultivarem amor, carinho, bondade, sinceridade e doçura na minha vida. A presença de vocês engrandece o meu desejo de ser uma pessoa melhor.

Ao meu namorado, Victor Sousa Silva, por me oferecer motivação, abraço e colo nos momentos de cansaço. Você é meu abrigo de tranquilidade, alegria, carinho e amor.

À Eunice Alves de Sousa Silva, minha amiga, pela ajuda e pelo apoio, que me possibilitaram ter mais tempo disponível para me dedicar a esse trabalho.

As minhas amigas do grupo de estudo: Maria Augusta Rocha, Mychelângela Brito e Ruth Cardoso, pela oportunidade de aprendizado e, principalmente, por me propiciarem o riso em momentos de descontentamento frente às inseguranças na elaboração deste trabalho. Foi por meio do riso que enxerguei mais longe e encontrei outras formas de construção.

As minhas amigas Aline Castro e Sandra Maria, pelas ocasiões de descontração e leveza. É uma grande alegria ter amigas que, apesar da distância física, enchem-me de positividade e renovam meu ânimo.

Às amigas Renata, Val e Gabryely, que tornaram minha estadia em Curitiba-PR leve, tranquila e feliz. Eu sou uma pessoa de sorte por tê-las conhecido.

Aos profissionais que aceitaram participar deste estudo, dispostos a compartilhar experiências, permitindo desvelar como ocorre a atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do Piauí. Destaco minha admiração a cada um de vocês, que se propõe, com empenho e dedicação, ao enfrentamento da violência contra a mulher.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da rede de apoio e incentivo à realização desta pesquisa, minha eterna gratidão.

RESUMO

CARNEIRO, Cristianne Teixeira. **Análise da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**. 2020. 197f. Tese (Doutorado em Tecnologia e Sociedade) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

Introdução: Aspectos epidemiológicos indicam a magnitude da violência contra mulheres. Para reduzir danos a quem sofreu esse agravo, é fundamental a atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. **Objetivo:** Analisar a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, de um município do interior do estado do Piauí, Brasil, a partir das percepções dos profissionais das áreas da saúde, assistência social, segurança pública e justiça, no apoio e enfrentamento da violência contra mulheres. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada em um município do interior do Piauí, com 11 profissionais atuantes na referida rede. Realizou-se entrevista semiestruturada entre novembro e dezembro de 2019. Os procedimentos analíticos envolveram Análise de Conteúdo Temática de Minayo e aplicação do Fluxograma Analisador. **Resultados:** A análise permitiu a construção de três categorias: A Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do Piauí; Percepções dos profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência sobre os atendimentos à usuária; Fragilidades e Potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Na primeira, percebeu-se dificuldade em realizar matriciamento dos casos de mulheres agredidas, na atenção básica. No Centro de Atenção Psicossocial, observou-se maior efetividade de trabalho em equipe. No Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, a assistência às mulheres que engravidaram durante o crime era realizada por profissionais que manifestavam objeção de consciência ao abortamento legal. Os fluxogramas apresentados não constituíam as únicas formas de organização dos atendimentos às mulheres agredidas, na rede pesquisada. Na segunda categoria, as percepções dos profissionais sobre os atendimentos às mulheres agredidas foram, predominantemente, de violência velada pelas mulheres, sendo os motivos: violência psicológica cometida pelo agressor, esperança de que ele mude de comportamento, vergonha da sociedade, perda de apoio familiar, vulnerabilidade emocional e econômica. Constatou-se carência de qualificação profissional para identificar casos de violência velada e para lidar com questões envolvidas nesse contexto. Na terceira, as fragilidades da rede foram: contexto político vigente; estrutura física e equipamentos inadequados; quantidade insuficiente de profissionais; inexistência de casas-abrigo; ausência de rotina de comunicação entre os setores saúde, assistência social, jurídico e policial. As potencialidades foram: capacidade das equipes de atenção básica para desenvolver tecnologias de cuidado nas unidades e na comunidade; presença de profissionais mulheres e de outros com visão humanizada e que trabalham com empenho; implantação do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, ofertando exames e medicamentos, gratuitamente. **Conclusão:** Demonstrou-se necessidade de melhorias estruturais; número maior de profissionais e qualificação por meio de educação permanente; elaboração de fluxogramas de atendimento às mulheres agredidas; estabelecimento de comunicação efetiva entre os aparelhos. Mesmo diante das fragilidades identificadas, os profissionais exercem papel importante no atendimento às mulheres agredidas. Sugeriu-se reorganização dos serviços, em único local, com compartilhamento de informações, por intermédio de sistema de dados, para evitar

repetição dos relatos pela mulher e facilitar o acesso aos aparelhos. Esses dados projetam longo caminho a ser percorrido por gestores e profissionais, almejando oferecer ações efetivas na rede pesquisada.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Violência Doméstica. Serviços de Atendimento. Violência por Parceiro Íntimo. Políticas Públicas.

ABSTRACT

CARNEIRO, Cristianne Teixeira. **Analysis of the Network of Assistance to Women in Situations of Violence.** 2020. 197f. Tese (Doutorado em Tecnologia e Sociedade) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

Introduction: Epidemiological aspects indicate the significance of violence against women. To reduce damage to those who suffered this injury, the performance of the Service Network is critical to Women in Situations of Violence is important. **Aim:** To analyze the Assistance Network for Women in Situations of Violence, in a city in the Piauí state, Brazil, based on the perceptions of professionals in the areas of health, social assistance, public security and justice, in supporting and facing violence against women. **Results:** The analysis allowed the construction of three categories: A Network for Assistance to Women in Situation of Violence of a city in the interior of Piauí; Perceptions of professionals of the Service Network for Women in Situations of Violence regarding the services provided to the user; Weaknesses and Potentialities of the Service Network for Women in Situations of Violence. In the first category, it was perceived difficulty in performing matrixial cases of battered women, in primary care. In the Psychosocial Care Center, greater effectiveness of teamwork was observed. In the Service of Assistance to Victims of Sexual Violence, assistance to women who became pregnant during the crime was carried out by professionals who expressed conscientious objection to legal abortion. The flowcharts presented were not the only forms of organization of assistance to battered women, in the researched network. In the second category, the professionals' perceptions of assistance to battered women were, predominantly, of violence veiled by women, the reasons being: psychological violence committed by the aggressor, hope that he will change his behavior, shame in society, loss of family support, emotional and economic vulnerability. There was a lack of professional qualification to identify cases of veiled violence and to deal with issues involved in this context. In the third category, the network's weaknesses were: current political context; inadequate physical structure and equipment; insufficient number of professionals; absence of shelter houses; absence of routine communication between the health, social, legal and police sectors. The potential was: the ability of primary care teams to develop care technologies in the units and in the community; presence of women professionals and others with a humanized vision and who work hard; implementation of the Service of Assistance to Victims of Sexual Violence, offering free exams and drugs. **Conclusion:** It was demonstrated need for structural improvements; greater number of professionals and qualification through permanent education; drawing flowcharts of assistance to battered women; establishment of effective communication between the devices. Despite the identified weaknesses, professionals play an important role in assisting battered women. It was suggested reorganization of services in one place, with information sharing through data system, to avoid repetition of reports by women and facilitate access to the devices. These data design long way to go for managers and professionals, aiming to provide effective action in the research network.

Keywords: Violence Against Women. Domestic Violence. Answering Services. Intimate Partner Violence. Public Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência do serviço de atenção básica, a partir dos relatos de profissionais da atenção básica	58
Figura 2 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no CAPS, a partir dos relatos de profissionais do CAPS	67
Figura 3 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no SAVVIS, a partir dos relatos de profissionais do SAVVIS	77
Figura 4 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência na DEAM, a partir dos relatos de profissionais da DEAM	83
Figura 5 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no NMVVD, a partir dos relatos de profissionais do NMVVD	100
Figura 6 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no CREAS, a partir dos relatos de profissionais do CREAS	105

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CECF	Conselho Estadual da Condição Feminina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
EqSF	Equipes da Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NMVVD	Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica
NUEVO	Núcleo de Estudos sobre Violências
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PI	Piauí
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAMSV	Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência
SAVVIS	Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINE	Sistema Nacional de Emprego

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades Federativas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL	18
2.2 ESPECÍFICOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: DEFINIÇÕES, CLASSIFICAÇÕES E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	19
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	23
3.3 ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: SERVIÇOS E ATUAÇÃO PROFISSIONAL	311
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	377
4.1 DESIGN DA PESQUISA	377
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	377
4.3 CAMPO E LOCAL DA PESQUISA	38
4.4 ETAPAS DE CAMPO	40
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	466
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	466
5.2 A REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO PIAUÍ	49
5.3 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SOBRE OS ATENDIMENTOS À USUÁRIA	106
5.4 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	131
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	1600
REFERÊNCIAS	1666
APÊNDICE A - Entrevista semiestruturada destinada aos profissionais da saúde, assistência social, segurança pública e justiça	1844
APÊNDICE B - Termo de cessão para utilização de interpretação, imagem e som de voz e cessão de direitos conexos	1866
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	189
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	193

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, variado e controverso que atinge mulheres em diferentes contextos de vulnerabilidade em todo o mundo (AMARAL *et al.*, 2016). Trata-se de um tema permeado por questões sociais, culturais, educacionais, econômicas e políticas (SOUZA; SOUSA, 2015), que se tornou grande preocupação mundial, não somente por ser uma grave ameaça à saúde das mulheres no mundo (SHEIKHBARDSIRI; RAEISI; KHADEMIPOUR, 2020), como também pelo impacto na mortalidade (CHANDAN *et al.*, 2020).

Configura-se importante problema de saúde pública, em especial em países de baixa e média renda (LENCHA *et al.*, 2019). Assume diversas formas, como abuso físico e sexual, perseguição e agressão psicológica (MASCARENHAS *et al.*, 2020), e quando cometida por parceiros íntimos, é considerada pelos órgãos governamentais como uma das maiores causas de alterações do estado de saúde de mulheres (LOURENÇO; COSTA, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, 35% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual cometida por parceiro íntimo ou violência sexual praticada por não parceiro. Entre 38% e 50% dos assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos. No entanto, a maioria (55-95%) das mulheres sobreviventes de violência não divulgam ou buscam qualquer tipo de serviço (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2019).

No Brasil, segundo o Mapa da Violência 2015, dos 4.762 assassinatos de mulheres registrados em 2013, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que em 33,2% destes casos, o crime foi praticado pelo parceiro ou ex-companheiro. Essas quase 5 mil mortes representaram 13 homicídios femininos diários em 2013. Desta forma, a estimativa feita pelo Mapa da Violência 2015 alerta para o fato de a violência doméstica e familiar ser a principal forma de violência letal praticada contra as mulheres no país (COMPROMISSO E ATITUDE, 2016).

No que tange ao impacto da violência doméstica e familiar nas taxas de homicídio contra mulheres, destaca-se também que o Brasil, em um ranking de 84 países, ordenados segundo as taxas de homicídios femininos, é o quinto onde mais se matam mulheres. Efetivamente, somente El Salvador, Colômbia, Guatemala (três países latino-americanos) e a Federação Russa evidenciam taxas superiores às do Brasil (WAISELFISZ, 2015).

No estado do Piauí, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SINAN/MS/SVS), referentes ao ano de 2018, apontam 2.629 notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências perpetradas contra mulheres (BRASIL, 2020).

Os aspectos epidemiológicos apontam para magnitude do problema e necessidade do desenvolvimento de estratégias capazes de prevenir e atenuar os impactos da violência contra mulheres. Neste sentido, políticas públicas de proteção aos direitos da mulher vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, em especial com o aprimoramento da legislação pertinente e de normas e princípios para o enfrentamento da violência contra mulheres (PINTO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, emerge a Rede de Enfretamento à Violência contra as Mulheres, com a finalidade de ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2011a). Esta rede iniciou sua estruturação, principalmente, após a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006 (BRASIL, 2006), com a elaboração do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência e o respectivo Plano Nacional (CARVALHO; BERTOLIN, 2016; BRASIL, 2011a). Esse pacto estabeleceu a articulação de serviços em redes intersetoriais como a estratégia prioritária para lidar com o problema da violência, proposta que tem se mostrado relevante e desafiadora (VIEIRA; HASSE, 2017).

A fim de contemplar esse propósito, a rede de enfrentamento é composta por diferentes agentes governamentais e não governamentais, formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres; serviços/programas voltados para responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos, além de serviços especializados e não especializados na assistência às mulheres em situação de violência que compõem a denominada Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV). Desta forma, a RAMSV é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, identificação e encaminhamentos adequados das mulheres em situação de violência, além da integralidade e humanização da assistência (BRASIL, 2011a).

Na RAMSV, atuam profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atendem às mulheres em situação de violência em serviços e setores diversos, a partir de proposta de trabalho intersetorial e articulada em rede (VIEIRA; HASSE, 2017). A constituição dessa rede é fundamental para redução de danos a mulheres em situação de violência, visto que o trabalho dos serviços isoladamente, seja de atenção básica em saúde, polícia, assistência social ou outro, não consegue abranger a totalidade de demandas que a complexidade dos casos exige. Deste modo, quando os serviços trabalham em rede, o atendimento à mulher passa a ser corresponsabilidade de todos, devendo, para isso, estarem interligados por meio dos critérios para referência e contrarreferência dos casos (LIMA *et al.*, 2016).

Apesar disso, estudos apontam entraves existentes na efetivação das ações da rede intersetorial de atendimento às mulheres em situação de violência (SOUZA; SANTANA; MARTINS, 2018; SOUZA; SILVA, 2019; SANTOS; BEVILACQUA; MELO, 2020; SOUZA; PERES; MAFIOLETTI, 2020; TRENTIN *et al.*, 2020). Assim, considerando que a complexidade da temática requer enfoque na compreensão da experiência dos profissionais que atuam na RAMSV (SOARES; LOPES, 2018; SOUZA; REZENDE, 2018; TRENTIN *et al.*, 2019), e que, apesar da crescente produção científica nesse âmbito, a rede de atendimento não é compreendida satisfatoriamente, indicando a necessidade de realização de pesquisas que aprofundem conhecimento sobre os recursos e as articulações dos serviços de atendimento às mulheres (SOUZA; SANTANA; MARTINS, 2018; SOUZA; SILVA, 2019), emergiu a seguinte questão: como atua a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do estado do Piauí? Diante do exposto, determinou-se como objeto de estudo a análise da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do estado do Piauí, Brasil.

Assim, a relevância desta pesquisa se estabelece pela possibilidade de conhecer os aspectos relacionados à atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, uma vez que a violência contra mulheres se trata de um fenômeno que atinge número considerável de pessoas e famílias, gerando alta demanda intersetorial, além dos casos que permanecem subnotificados (INCERPE; CURY, 2020).

O interesse da pesquisadora pelo tema surgiu a partir da inserção no Núcleo de Estudos sobre Violências (NUEVO), grupo vinculado ao Programa de Pós-

Graduação em Tecnologia e Sociedade, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. As discussões presenciadas nesse grupo foram importantes para aproximação com a problemática, bem como permitiram estabelecer reflexões relacionadas ao seu exercício profissional: graduada em Enfermagem, professora de um curso Técnico em Enfermagem e supervisora de estágios em um hospital da rede pública e na Estratégia Saúde da Família de uma cidade do interior do estado do Piauí.

Durante a participação da pesquisadora nesses campos, identificaram-se lacunas nas estratégias de prevenção e na assistência às mulheres em situação de violência, bem como observou-se carência de pesquisas acadêmicas envolvendo a temática da violência contra mulheres, em municípios do interior do Piauí.

Desse modo, esta pesquisa pode contribuir para reconhecer as necessidades, os entraves e as potencialidades relacionados aos serviços que compõem a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Portanto, cria-se a perspectiva de intervenções capazes de colaborar com o enfrentamento dessa problemática, com o interesse de contribuir com abordagem qualificada para aquelas mulheres que sofreram algum tipo de violência. Tais estratégias podem ser benéficas não apenas para mulheres, como também para famílias e comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV) de um município do interior do estado do Piauí, Brasil, a partir das percepções dos profissionais das áreas da saúde, assistência social, segurança pública e justiça, no apoio e enfrentamento da violência contra mulheres.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as condutas e os encaminhamentos dos profissionais que compõem a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do estado do Piauí, Brasil;
- Construir fluxogramas de atendimento às mulheres agredidas, dos serviços da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, a partir dos relatos dos profissionais;
- Conhecer como os profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência percebem os atendimentos à usuária;
- Identificar fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, abordam-se os aspectos conceituais envolvendo a violência contra mulheres, destacando-se as classificações e os aspectos epidemiológicos. Em seguida, descrevem-se as políticas públicas de atenção à mulher em situação de violência, para, posteriormente, refletir sobre os serviços da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: DEFINIÇÕES, CLASSIFICAÇÕES E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A violência é um fenômeno socio-histórico (MINAYO; 2005), complexo e múltiplo que pode ser compreendido a partir de fatores sociais, históricos, culturais e subjetivos, mas não deve ser limitado a nenhum deles (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Oliveira e Nunes (2008) reforçam que a violência é um fenômeno polissêmico e multicausal que apresenta inúmeras modalidades e níveis, o que dificulta a elaboração de uma única definição que abarque o fenômeno como um todo.

Esse agravo pode ocorrer ao longo da vida e atinge mulheres de diferentes classes sociais, orientação sexual, raça, escolaridade, religião, estado civil e regiões. Na maioria das vezes, é praticada por cônjuge ou ex-cônjuge, incluindo, também, pessoas que assumem função parental sem laço consanguíneo com os filhos ou outros membros da família (FREITAS; SILVA, 2019). Destaca-se que o local de ocorrência, na maioria dos casos, é o ambiente doméstico (GUIMARÃES; GIULIANI, 2016; FREITAS; SILVA, 2019), mas não exclusivamente (FREITAS; SILVA, 2019).

Quanto à etimologia, de origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que significa força e se refere às noções de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro. No sentido material, o termo parece neutro, mas, ao analisar os eventos violentos, descobre-se que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e aniquilamento do outro ou dos bens deste. As manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes, ou por aparatos legais da sociedade (MINAYO, 2006a).

Nessa conjuntura, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência contra mulheres abrange ampla gama de abusos físicos e emocionais e

significa qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrendo na vida pública ou privada (UNITED NATIONS, 1994). No contexto brasileiro, a Lei Maria da Penha define violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, no âmbito da unidade doméstica, familiar, ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

A violência por parceiro íntimo emerge como a forma mais prevalente de violência contra as mulheres (YAYA; GHOSE, 2019; YAPP; KEYNEJAD; ORAM, 2020) e pode ser definida como dano físico, sexual ou psicológico causado a outra pessoa por um atual ou ex-parceiro ou cônjuge, e pode variar de um único golpe agudo a espancamento crônico, variando em frequência e gravidade (RUSSO *et al.*, 2019).

A violência doméstica e entre parceiros íntimos constituem formas duradouras e particularmente traumatizantes de violência de gênero (AJAYI; SOYINKA-AIREWELE, 2018). De acordo com a OMS, constituem fatores de risco para violência contra mulheres: níveis mais baixos de educação; exposição a maus-tratos infantis; testemunho da violência familiar; uso prejudicial de álcool; manutenção de atitudes e normas que aceitam a violência e desigualdade de gênero; controle masculino; e problemas de saúde mental (WHO, 2019). Além disso, estruturas sociais patriarcais, dependência financeira e uso de álcool e outras drogas também são importantes determinantes para ocorrência desse agravo (AJAYI; SOYINKA-AIREWELE, 2018).

Nota-se que, em todo o mundo, as normas e os papéis sociais que toleram a violência e apoiam a desigualdade de gênero merecem atenção por desencadear e perpetuar esse tipo de violência (WACHTER *et al.*, 2018). Nesse contexto, a violência contra mulheres é frequentemente justificada, atribuída às vítimas ou considerada menos importante do que a reputação de perpetradores, famílias ou instituições (GUEDES *et al.*, 2016).

No que diz respeito às consequências, esse tipo de violência está associado a uma série de resultados adversos na saúde física, mental, sexual, reprodutiva e a outros problemas de saúde (OMS, 2019), como lesões físicas, interrupção da gravidez, infecções sexualmente transmissíveis, transtorno de estresse pós-traumático e depressão (YU *et al.*, 2019). Outras consequências incluem degradação

da qualidade de vida e isolamento social (EBRAHIMI; MOHAMADLOU, 2019); injúrias ocultas, como lesão cerebral traumática (IVERSON; DARDIS; POGODA, 2017); transtornos psiquiátricos, incluindo sintomas somáticos, ansiedade/insônia e disfunção social (SOLEIMANI; AHMADI; YOSEFNEZHAD, 2017); sentimentos de inutilidade, lesões oculares, fraqueza corporal e hipertensão (SEDZIAFA *et al.*, 2016); transtornos alimentares e psicose (YAPP; KEYNEJAD; ORAM, 2020).

Conforme aponta a OMS (2019), a violência contra mulheres também pode ter resultados fatais, incluindo homicídio ou suicídio. Outras consequências para a saúde mental incluem estresse emocional, e outros efeitos na saúde também podem abranger dores de cabeça, nas costas, dor abdominal, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais, mobilidade limitada e problemas de saúde geral (OMS, 2019). Assim, de modo genérico, é possível afirmar que a violência contra mulheres tem impactos de curto, médio e longo prazo, não somente para as vítimas, mas também trazem efeitos traumáticos para as pessoas que testemunham a agressão, sobretudo quando se trata de crianças (CRUZ; IRFFI, 2019).

No que concerne aos tipos de violência contra mulheres, a Lei Maria da Penha apresenta a seguinte classificação: violência física (qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal); psicológica (qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões); sexual (qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; ou que limite ou anule o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos); patrimonial (qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer as necessidades da mulher) e moral (qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013a).

No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos, a nível internacional, a OMS destaca que aproximadamente uma em cada três mulheres, em todo o mundo, sofre violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual cometida por qualquer perpetrador na vida. A violência por parceiro íntimo é a forma mais

comum de violência, com 30% das mulheres que estiveram em relacionamento relatando que sofreram alguma forma de violência física ou sexual por parte dos parceiros. Meninas, adolescentes, mulheres jovens, mulheres pertencentes a minorias étnicas, mulheres trans e mulheres com deficiência enfrentam risco maior de diferentes formas de violência (OMS, 2019).

No que concerne ao continente americano, revisão sistemática e reanálise das estimativas nacionais de prevalência, com objetivo de descrever os dados acerca da prevalência nacional de violência por parceiro íntimo contra mulheres nas Américas entre os países e ao longo do tempo, evidencia que as mulheres relataram já ter sofrido violência por parceiro íntimo, física e/ou sexual, em taxas que variam de 14% a 17% das mulheres no Brasil, Panamá e Uruguai, a mais da metade (58,5%) na Bolívia. A prevalência de violência por parceiro íntimo física e/ou sexual nos últimos anos variou de 1,1%, no Canadá, a 27,1%, na Bolívia. Destaca-se que as taxas de prevalência relatadas diminuíram significativamente em vários países, em especial Canadá, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua e Peru, nos últimos 15 a 20 anos (BOTT *et al.*, 2019).

No Brasil, estudo epidemiológico recente, com objetivo de analisar as notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, demonstrou que a maioria dos relatos de violência contra mulheres registrada nos serviços de saúde foi perpetrada por parceiro íntimo, principalmente violência física, psicológica e sexual. Do total de casos notificados de violência contra mulheres, a proporção de violência por parceiro íntimo foi de 62,4%. Os estados com maiores proporções de notificação foram Espírito Santo (67,6%), Acre (67,5%), Rio Grande do Sul (67,2%), Mato Grosso do Sul (66,0%) e São Paulo (65,9%). Proporções maiores de violência por parceiro íntimo, em comparação às outras formas de violência contra mulheres, estiveram associadas a mulheres com idades entre 20 e 39 anos, gestantes e com parceiro atual (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

De acordo com o Atlas da Violência, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que representa taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino. No total, dezenove das 27 UF brasileiras tiveram redução de 8,4% nas taxas de homicídios de mulheres entre 2017 e 2018. As reduções mais expressivas aconteceram nos estados de Sergipe (48,8%), Amapá (45,3%) e Alagoas (40,1%). Os estados com as menores taxas de homicídios de mulheres por 100 mil habitantes, em 2018, foram São Paulo

(2,0), Santa Catarina (2,6), Piauí (3,1), Minas Gerais (3,3) e Distrito Federal (3,4). No entanto, embora o número de homicídios femininos tenha apresentado redução, ao verificar o cenário da última década, nota-se que a situação melhorou apenas para mulheres não negras, acentuando-se ainda mais a desigualdade racial (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA/FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019).

A violência contra mulheres apresenta fatores determinantes da morbidade das mulheres, embora permaneça entre os crimes mais subnotificados (DECKER *et al.*, 2019). A OMS destaca que 42% das mulheres que vivenciam violência por parceiro íntimo relatam ferimentos como resultado dessa violência. Essas mulheres têm 1,5 mais probabilidade de ter infecção sexualmente transmissível e, em alguns países, HIV, em comparação com mulheres que não sofreram tal violência. Essa forma de violência também está estatisticamente associada a um aumento de duas vezes no aborto induzido, elevação de 16% nos bebês com baixo peso ao nascer e 43% nos nascimentos prematuros. Verifica-se, ainda, aumento da probabilidade de transtornos mentais, incluindo risco duas vezes maior de depressão e transtorno do uso de álcool e 4,5 vezes crescimento nas tentativas de suicídio (OMS, 2019).

Assim, a magnitude dos dados destaca a violência de gênero como problema social, gerador de custos para economia e saúde pública, que interfere no bem-estar da população e, portanto, apresenta a necessidade de criação de políticas públicas de proteção à mulher, com intuito de ampliar o debate com a sociedade acerca dos diversos tipos de violência, extinguir a cultura do machismo, reduzir a disparidade de gênero e acolher a mulher em situação de violência, assegurando a proteção (COELHO *et al.*, 2019).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Embora a violência contra a mulher esteja presente em vários momentos da história da humanidade, os questionamentos a respeito desse fenômeno são recentes. No contexto internacional, em função das atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial, a proteção aos direitos humanos, em especial das mulheres, passou a ser reconhecida como questão de legítimo interesse e preocupação internacional. Desde então, conferências, pactos, programas e leis têm

sido desenvolvidos (SOUZA; SOUSA, 2015).

A problemática da violência contra a mulher tem acontecido ao longo da história em praticamente todos os países ditos civilizados e dotados dos mais diferentes regimes econômicos e políticos. A magnitude da agressão, porém, varia. É mais frequente em países de prevacente cultura masculina, e menor em culturas que buscam soluções igualitárias para as diferenças de gênero (BLAY, 2003).

Nesse contexto, as políticas públicas se apresentam, sobretudo, pela ênfase na prevenção, mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, o ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e as consequências podem ser prevenidos e evitados (DAHLBER; KRUG, 2007).

Teixeira (2002, p. 2) esclarece que:

“Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos.

As políticas públicas de proteção aos direitos da mulher vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, em especial com o aprimoramento da legislação pertinente e de normas e princípios para o enfrentamento da violência contra mulheres (PINTO *et al.*, 2017). Visam o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção que garantam o empoderamento das mulheres e os direitos humanos destas, assim como a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (LIMA *et al.*, 2016).

No Brasil, até meados do século XX, os homicídios cometidos por parceiros, geralmente tendo como vítimas as mulheres, eram justificados como sendo em legítima defesa da honra (PINTO *et al.*, 2017). Somente a partir da década de 1960 que o tema da violência começou a ganhar relevância, quando as mortes violentas começaram a substituir as mortes por doenças infecto-parasitárias nos ambientes urbanos (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOKE, 2016).

Blay (2003) destaca que, nesse período, com a industrialização e a urbanização, alterou-se a vida cotidiana, particularmente das mulheres, que passaram a, cada vez mais, ocupar o espaço das ruas, a exercer atividades extradomiciliares, a

estudar, entre outras atividades anteriormente não permitidas. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, feministas de classe média, militantes políticas contra a ditadura militar e intelectuais foram se somando a sindicalistas e trabalhadoras de diferentes setores.

Seguindo esse direcionamento, Teles (2009) complementa que as mulheres, conscientes da luta por igualdade de direitos, começaram a se organizar de modo autônomo e articulado junto à oposição política contra a ditadura militar. Farah (2004) ressalta que essas mulheres participaram ativamente da luta pela anistia às presas e perseguidas políticas e foram pioneiras em organizar o movimento e estabelecer estratégias de ação. Ao mesmo tempo que denunciavam desigualdades de classe, os movimentos de mulheres – ou as mulheres nos movimentos – passaram também a levantar temas específicos à condição da mulher como direito à creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher.

Blay (2003) enfatiza o importante movimento que ocorreu no Brasil, na década de 1970, pela defesa da vida das mulheres, mediante o caso do assassinato de Ângela Diniz:

Em um período em que os crimes passionais se constituíam em um dos mais graves problemas da época, considerado como uma verdadeira “epidemia” para algumas feministas, um forte movimento pela defesa da vida das mulheres e pela punição dos assassinos ocorreu na década de 1970, tendo seu auge após 30 de dezembro de 1976, quando Ângela Diniz foi morta por Doca Street, de quem ela desejava se separar. A morte de Ângela e a libertação de seu assassino levantaram um forte clamor das mulheres que se organizaram em torno do lema: “quem ama não mata”. Nesse momento, na história brasileira, repudiava-se publicamente que o amor justificasse o crime (BLAY, 2003, p.88-89).

A autora assinala que a formação de entidades voltadas a abrigar mulheres vítimas de violência doméstica não tardou a se formar. Por todo o Brasil, grupos de ativistas, voluntárias, procuravam enfrentar todos os tipos de violência: estupros, maus-tratos, incestos, perseguição a prostitutas e infindáveis violações dos direitos humanos de mulheres e meninas. Diferentemente dos anos anteriores, atualmente, as denúncias destes crimes escondidos na e pela família se tornaram públicas (BLAY, 2003).

Nessa discriminação de temas ligados à problemática da mulher, houve convergência com o movimento feminista. O feminismo, diferentemente dos “movimentos sociais com participação de mulheres”, tinha como objetivo central a

transformação da situação da mulher na sociedade, de forma a superar a desigualdade presente nas relações entre homens e mulheres. O movimento feminista – assim como a discriminação nos movimentos sociais urbanos de temas específicos à vivência das mulheres – contribuiu para inclusão da questão de gênero na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas por um regime democrático. A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolveu, por sua vez, tanto uma crítica à ação do Estado quanto – à medida que a democratização avançava – a formulação de propostas de políticas públicas que contemplassem a questão de gênero (FARAH, 2004, p. 51).

No período da abertura democrática nos anos de 1980, os movimentos feministas assumiram o protagonismo em mudanças que repercutiram de forma significativa nas lutas contra a chamada “violência de gênero”, atingindo as esferas governamentais, as legislações, as formas de representação de governos e a sociedade civil. A adesão de governos a esta vigorosa movimentação civil correspondeu à criação de conselhos, assessorias e coordenadorias, tanto em níveis locais quanto em nível nacional (MORAES; RIBEIRO, 2012, p. 39).

O debate sobre a reforma da ação do Estado na área social teve início na década de 1970 e ganhou impulso nos anos de 1980 (FARAH, 2001). Desde o final dos anos de 1970, ocorreram importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade, sob impacto de dois condicionantes principais: a democratização e a crise fiscal. Ao lado da mudança de regime, após mais de 20 anos de regime ditatorial, os anos de 1980 foram também marcados pela crise do nacional-desenvolvimentismo, de origens mais antigas, assim como por mudanças nas políticas públicas, estabelecidas ao longo das décadas anteriores (FARAH, 2004).

Ainda na década de 1980, quando houve as primeiras eleições diretas para o governo do estado, por exemplo em São Paulo, as mulheres reivindicaram e conquistaram o primeiro órgão público voltado para políticas públicas para as mulheres. Em 1983, foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina - CECF (TELES, 2009).

O Conselho da Condição Feminina de São Paulo foi o primeiro a propor a primeira delegacia especializada de atendimento às mulheres, em 1985. Embora as delegacias tenham como objetivo responder a todas as formas de violência contra a mulher, como a violação sexual, foi a publicização dos homicídios femininos e da contínua absolvição de confessos responsáveis pela morte de companheiras o

deflagrador da criação de delegacias destinadas ao atendimento às mulheres (MACHADO, 2002).

A criação da delegacia especializada foi uma experiência pioneira no mundo (LIMA, 2020). No final dos anos de 1980 e 1990, esta inovação institucional teve efeito na América Latina. Tanto foram criadas delegacias especializadas das mulheres, como foram criadas delegacias especializadas sobre a violência familiar e doméstica (MACHADO, 2002). De acordo com Blay (2003), nos anos anteriores, as mulheres que recorriam às delegacias em geral se sentiam ameaçadas ou eram vítimas de incompreensão, machismo e, até mesmo, de violência sexual. Com o surgimento das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), o quadro começou a ser alterado.

Posteriormente, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), declarou-se formalmente a igualdade de gêneros, estabelecendo que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, sendo, nos termos desta Constituição, destacado que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações.

De acordo com Moreira (2016), as interfases do movimento feminista brasileiro foram relevantes para a história constitucional do Brasil. As mulheres se organizaram, mobilizaram-se e foram em busca de efetivação de direitos, garantias, rendimentos e oportunidades. Muitas lutas silenciadas, outras, com destaque nacional, mas sempre levantando a bandeira por igualdade de gênero.

No entanto, apesar da Constituição de 1988 e de toda conjuntura internacional assegurar à mulher o direito à igualdade, até o ano de 2002, vigorava, no Brasil, o Código Civil de 1916, que reafirmava a cultura patriarcal e reconhecia apenas homens como cidadãos. Este Código considerava as mulheres relativamente incapazes; instituíu a figura do “chefe da sociedade conjugal”; estabelecia o “pátrio poder” na figura do homem; garantia o direito à anulação do casamento pelo marido, caso este descobrisse que a mulher com quem casou não fosse virgem antes das núpcias; e a mulher não poderia exercer profissão sem autorização do marido (BIGLIARDI; ANTUNES; WANDERBROOKE, 2016, p. 272).

Nos anos 2000, ocorreram avanços nas políticas públicas para as mulheres, destacando-se a Lei nº 10.778/03 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003); a Lei n.º 10.886/04, que tipifica a

violência doméstica no Código Penal Brasileiro e traz a definição jurídica do que é o crime de violência doméstica, bem como as penas previstas para o agressor (BRASIL, 2004). Outras conquistas importantes na área da saúde, em 2005, foram as publicações das Normas Técnicas: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, Anticoncepção de Emergência e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2009).

Destaca-se, também, a Portaria Nº 737, do Ministério da Saúde, de 16 de maio de 2001, que estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. A proposta da política está fundada no conceito constitucional de saúde que abrange as questões relativas a estilos de vida e aos condicionantes sociais, históricos e ambientais, nos quais está imersa a sociedade brasileira (BRASIL, 2009).

Seguindo essa visão, complementa-se que, nas últimas décadas, houve avanços significativos nas políticas de enfrentamento às violências, especialmente a partir da criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003. Em 2004, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres começa a se constituir com a I Conferência Nacional e o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (CAMPOS, 2015).

No entanto, foi somente em 2006, com a aprovação a Lei nº 11.340/2006, denomina Lei Maria da Penha, que ocorreu a elaboração de uma lei específica para a violência de gênero, resultado do trabalho e da mobilização dos movimentos de mulheres, potencializado pela criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (MENEZES *et al.*, 2013). De acordo com Pasinato (2015), foi a partir dessa Lei que o reconhecimento social da violência doméstica e familiar contra mulheres ganhou novos contornos e deixou de ser um tema acadêmico ou das pautas feministas e do governo para tornar-se conhecido por toda a sociedade brasileira. A entrada em vigor dessa legislação representa um marco político nas lutas pelos direitos das mulheres no Brasil e no reconhecimento da violência contra as mulheres como problema de políticas públicas. É, também, importante divisor de águas na abordagem jurídica da violência baseada no gênero, uma vez que estabelece novos patamares para o enfrentamento da violência contra as mulheres no país.

Essa legislação normatiza a atuação de diversos serviços que intervêm no

âmbito da violência doméstica e familiar contra a mulher, incluindo, principalmente, os setores judicial, saúde e assistência social, atendendo a demandas que envolvem defesa e promoção de direitos, bem como responsabilização (COIMBRA; RICCIARDI; LEVY, 2018). Neste sentido, é importante enfatizar que a Lei Maria da Penha não é uma legislação apenas do âmbito penal. Embora estejam previstas atribuições para polícias civis, ministérios públicos, defensorias públicas e tribunais de justiça, e parte dessas atribuições também requeiram inovações na forma de tratamento judicial da violência doméstica e familiar, a legislação também amplia a participação de outros setores no atendimento às mulheres, na proteção de direitos e prevenção da violência (PASINATO, 2015).

Em consonância com a Lei Maria da Penha, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres emergiu, em 2007, com objetivo geral de enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, a partir de perspectiva de gênero e visão integral desse fenômeno. Estabelece como objetivos específicos: reduzir os índices de violência contra as mulheres; promover mudança cultural, a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência, considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional; proporcionar às mulheres em situação de violência atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento (BRASIL, 2011a).

Em 2012, foi promulgada a Lei nº 12.737/2012, também conhecida como Lei Carolina Dieckmann, que dispõe sobre a tipificação criminal de delitos informáticos e estabelece como crime invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita (BRASIL, 2012a). A Lei foi proposta e aprovada celeremente após a divulgação de fotos pessoais da atriz homônima na *internet*, obtidas do computador pessoal, após ela ter passado seus dados pessoais, respondendo a um e-mail contendo técnicas de *phishing* (SOUZA; SOLAGNA; LEAL, 2014).

No ano seguinte, foi publicada a Lei 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, de

forma que todos os hospitais integrantes da rede do SUS devem oferecer às vítimas atendimento emergencial, integral e multidisciplinar. Esse dispositivo legal estabelece que os seguintes serviços devem ser ofertados às pessoas vítimas de violência sexual: diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; amparo médico, psicológico e social imediatos; facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas, com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; profilaxia da gravidez; precaução das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST; coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e acerca de todos os serviços sanitários disponíveis (BRASIL, 2013b).

Em março de 2015, foi sancionada a Lei nº 13.104/15, que alterou o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º, da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Esse dispositivo legal considera que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve violência doméstica e familiar e menosprezo ou discriminação à condição de mulher (BRASIL, 2015a). Imediatamente após a sanção dessa Lei, a ONU Mulheres (2015) parabenizou o Brasil por aquilo que definiu expressamente como um “ato político” que fortaleceu, por sua vez, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, colocando o país no rol de outras quinze nações latino-americanas que já tipificaram a prática (MACHADO; ELIAS, 2018).

A implementação de diretrizes de políticas públicas, na perspectiva da garantia dos direitos humanos das mulheres em situação de violência e da superação de desigualdades de gênero, no que se refere à saúde feminina, tem possibilitado olhar ampliado a respeito dos condicionantes da vida e saúde das mulheres. Com isso, os profissionais que atuam na RAMSV devem se alinhar aos pressupostos políticos como forma de garantir assistência humanizada e integral para superar a visão biologicista do cuidado (GUIMARÃES; GIULIANI, 2016).

3.3 ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: SERVIÇOS E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Para tentar solucionar a complexidade e o caráter multidimensional da violência contra as mulheres, constituiu-se a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a qual engloba a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV) e os órgãos e serviços não diretamente envolvidos na assistência a essas usuárias, mas que desempenham papel relevante no que tange ao combate e à prevenção da violência e à garantia de direitos das mulheres, abrangendo, inclusive, universidades, movimento de mulheres, entre outros grupos e instituições (BRASIL, 2011a).

A rede de atendimento faz referência ao conjunto de serviços especializados, aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem *expertise* no tema da violência contra as mulheres; e não especializados na assistência à mulher (BRASIL, 2011b). O desenvolvimento desse trabalho em rede prevê atuação articulada entre diferentes serviços e equipamentos, públicos ou privados (SANTOS; BEVILACQUA; MELO, 2020).

Os serviços não especializados incluem hospitais gerais, serviços de atenção básica, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, defensorias públicas. Os serviços especializados na assistência à mulher são: Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (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 (BRASIL, 2011a).

Esses serviços se dividem em quatro principais setores/áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social (TRENTIN *et al.*, 2019). Ao partir desse cenário, há expectativa de que esses dispositivos funcionem de forma orgânica, interinstitucional e intersetorial, envolvendo-se no reconhecimento da complexidade do evento violência contra mulheres e colocando-o em diálogo (SANTOS; BEVILACQUA; MELO, 2020).

No setor Saúde, a Atenção Básica, além do acolhimento, cuidado e acompanhamento, desempenha função na reorganização do modelo de saúde quanto à oferta de uma atenção integral, humanizada, territorializada e contextualizada ao local onde essas mulheres em situação de violência estão inseridas (SCHEIN *et al.*, 2019). Nesse âmbito, o papel dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) possui relevância, pois, na maioria das vezes, a Unidade Básica de Saúde (UBS) se apresenta como porta de entrada para as mulheres agredidas. Neste sentido, a equipe de Saúde da Família, em geral, deve aparecer como protagonista no processo de acompanhamento das mulheres em situação de violência, uma vez que trabalha com população adscrita, secundária ao processo de territorialização, o que permite maior envolvimento com a comunidade e, conseqüentemente, o reconhecimento e a compreensão de suas necessidades (MENEZES *et al.*, 2014).

Outro serviço da RAMSV, vinculado à área da saúde é o hospital, que, em geral, constitui referência para o atendimento de emergência em casos de violência física e/ou sexual (SCHEIN *et al.*, 2019). O atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência, oferece medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias das IST, hepatite B e HIV (BRASIL, 2012b). Além disso, prevê a interrupção legal da gestação, nos casos de gravidez decorrente de estupro, às mulheres que solicitarem o procedimento, em conformidade com a Portaria Nº 2.547, de 23 de setembro de 2020 (BRASIL, 2020a).

Alguns hospitais, inclusive, assumiram a responsabilidade em acompanhar e ofertar atendimento interdisciplinar especializado às mulheres em situação de violência sexual, reconhecendo a complexidade, a atenção necessária, as conseqüências para a saúde e o caráter curativo e preventivo dessas ações. O serviço especializado visa acompanhamento e aprofundamento do cuidado em situações de risco (SCHEIN *et al.*, 2019). Enfatiza-se a importância da articulação entre os serviços hospitalares e da atenção primária, pois, se os primeiros são mais acionados nos casos de violência física e sexual, os segundos, são mais em virtude de sintomas inespecíficos, resultante de longos períodos de violência sofrida (MACHADO *et al.*, 2020).

Tão essencial quanto o acolhimento e tratamento medicamentoso é a assistência psicológica nesta área de atuação, devido às conseqüências negativas que a violência pode gerar (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Neste sentido, destaca-se que a maioria das trajetórias das mulheres em situação de violência nos serviços

de saúde inclui a procura por atendimento relacionado à saúde mental, que além de ocorrer nos serviços especializados, é ofertada nos CAPS ou nos serviços de atenção básica. A mulher procura ser atendida por psicólogos e médico psiquiatra ou, quando o acesso ao especialista não é possível, ela busca o médico da ESF para tratamento limitado aos psicofármacos (SOARES; LOPES, 2018).

Dessa forma, a articulação e definição das competências dos serviços de saúde e dos profissionais que compõem as equipes são de extrema importância. Os serviços precisam se responsabilizar pelo cuidado da saúde da mulher de maneira integrada, articulada, humanizada e contextualizada (SCHEIN *et al.*, 2019). Além disso, enfatiza-se o caráter intersetorial e complexo do tema, que recoloca a saúde em posição estratégica, na articulação de forças para enfrentamento da problemática da violência contra mulheres (SOUTO *et al.*, 2017).

No setor de Assistência Social, destaca-se o CREAS que prima pelo acesso das famílias e pessoas aos direitos socioassistenciais e inclusão na rede, tendo em vista o empoderamento e a potencialização de recursos e capacidade de proteção. A centralidade na família implica, inclusive, reconhecer que esta pode se configurar como espaço contraditório, onde o lugar da proteção pode ser também o da violência e violação de direitos. Neste contexto, o empoderamento das famílias e de cada um dos membros para o enfrentamento das situações de violência poderá resultar na reconstrução das relações familiares ou, até mesmo, na construção de novas referências familiares e comunitárias, quando esta se mostrar a melhor alternativa para se assegurar proteção (BRASIL, 2011c).

Com o avanço das políticas públicas voltadas às pautas feministas, espaços como CREAS e CRAS contam com a presença de equipes compostas por profissionais, como assistentes sociais e psicólogos que auxiliam às vítimas de violência, com estratégias de enfrentamento, seja no processo jurídico ou, às vezes, com auxílio psicológico. Por meio do trabalho multidisciplinar especializado realizado nesses serviços, a prevenção e o combate aos diversos tipos de violência podem caminhar para vias de decréscimo numérico de casos de violência contra a mulher (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Isso posto, cabe ao CREAS, quando necessário e/ou solicitado, o encaminhamento ao sistema de defesa e responsabilização de relatórios que versem sobre o atendimento e acompanhamento às famílias e aos indivíduos, resguardando-se o que dispõe o código de ética e as orientações dos respectivos conselhos de

categoria profissional. Quando da sua elaboração, os profissionais devem, necessariamente, observar a função de proteção social da Assistência Social, bem como o papel do CREAS e respectivas competências que, de modo algum, poderão ser confundidos com o papel dos órgãos do sistema de defesa e responsabilização, a exemplo de delegacias e órgãos do Poder Judiciário (BRASIL, 2011c).

No contexto da proteção, o CREAS é um serviço que pode ser acionado diante das situações em que a mulher em situação de violência necessita de moradia, em especial quando é ameaçada pelo agressor e não possui nenhum tipo de suporte social, como familiares e amigos. Nessas situações, o CREAS viabiliza o acesso da mulher à casa-abrigo que se configura como espaço de apoio social, onde as mulheres se sentem protegidas diante da situação extrema de violência que vivenciaram, além de ser local que oferece apoio emocional e ajuda na busca por trabalho e geração de renda, em alguns casos. De acordo com as condições que lhe compete, atua, ainda, no empoderamento das mulheres e desenvolvimento da autonomia destas (KRENKEL; MORÉ, 2017).

No setor Judiciário, somente a atuação em defesa dos direitos das mulheres, mediante mecanismos próprios e de profissionais capacitados e sensibilizados, permite às mulheres real acesso à justiça, ao sistema de justiça. A atuação da Defensoria Pública em favor das mulheres decorre tanto de legislações federais como estaduais e encontra amparo em outros regulamentos e tratados internacionais (LEWIN; PRATA, 2016). São realizados atendimentos específicos para mulheres que se encontram em situações de violência, por meio dos Núcleos Especializados de Defesa da Mulher que tratam sobre os direitos humanos das mulheres e da Lei Maria da Penha (GALHARDO; TEBAR, 2020).

O ambiente do Núcleo da Mulher na Defensoria deve ser acolhedor, bem como capaz de oferecer facilidade de acesso às mulheres em situação de violência que, principalmente em virtude da fragilidade decorrente das agressões, não devem passar constrangimentos, dificuldades ou demora para o atendimento. O pronto atendimento é princípio desse serviço. A equipe multidisciplinar deve ter bom relacionamento e comunicação com os demais órgãos e agentes que compõem a rede de atendimento da localidade onde está instalado, a exemplo da delegacia especializada no atendimento à mulher, Ministério Público, serviços sociais do município, hospitais da rede pública e privada, dentre outros. Com isso, o serviço é

potencializado, com chances cada vez maiores de eficácia plena (RIO DE JANEIRO, 2017).

Além de, na prática, atuar no acolhimento e orientação de mulheres que procuram espontaneamente o serviço, o Núcleo desempenha importante papel no fomento e na articulação das redes intersetoriais de serviços especializados (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2020). Realiza, também, ações preventivas que incluem projetos sociais e palestras, com intuito de propagar a erradicação da violência doméstica e a vida digna que toda mulher merece (GALHARDO; TEBAR, 2020).

Quanto ao atendimento, uma vez presente no Núcleo especializado, a mulher em situação de violência será assistida pela equipe multidisciplinar de plantão. Nesse momento, serão coletados todos os dados de demanda e feitos os registros e encaminhamentos necessários. Caso não tenha sido registrada a ocorrência do fato, será encaminhada por ofício à delegacia especializada com as devidas orientações. Caso necessite de acolhimento na casa-abrigo, serão feitos os contatos para o fiel abrigamento. Caso necessite de medida protetiva ou comunicação de descumprimento dessa, a defensora do Núcleo peticionará no processo, requerendo as providências previstas na Lei 11.340/2006 (RIO DE JANEIRO, 2017).

No setor da Segurança Pública, sobressai-se o trabalho da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), que desenvolve ações de prevenção, apuração e investigação dos casos de violência contra mulheres com o devido enquadramento legal, instrução dos inquéritos policiais que levarão as queixas-crime a julgamento pelo judiciário e solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência para as mulheres em situação de violência doméstica (SILVA *et al.*, 2019). Quanto à caracterização da prática profissional na DEAM, existe diversidade no que diz respeito à divulgação do serviço junto à comunidade; à modalidade de atendimento; à abordagem teórico-metodológica empregada; e às de redes de apoio vinculadas ao acolhimento de mulheres em contexto de violência (SOUZA; FARIA, 2017).

Um dos instrumentos essenciais para o desenvolvimento do trabalho nas DEAM é o Boletim de Ocorrência que deve ser preenchido de modo mais completo possível, com a inserção de dados detalhados para facilitar a elucidação do crime. Esses dados são determinantes para a efetiva qualidade probatória do inquérito policial e, conseqüentemente, para que ocorra o pronto oferecimento da denúncia pelo Ministério Público, sem a necessidade da baixa dos autos para feitura de novas

diligências na delegacia, de modo que possibilitem a identificação de cenários mais precisos para a intervenção do Estado, no que se refere à segurança pública (BRASIL, 2010).

A importância do serviço desempenhado pelas delegacias da mulher reside na consolidação de espaço e atendimento diferenciados, permitindo às mulheres o acolhimento para queixas e denúncias (SOUZA; FARIA, 2017). Ademais, esse serviço, que integra a estrutura de Polícia Civil, se estabelece como articulador entre o Sistema de Polícia e o Sistema de Justiça (SILVA *et al.*, 2019).

No contexto do trabalho em rede, a Secretaria de Segurança Pública ou a Polícia Civil devem promover acordos com o Ministério Público e o Poder Judiciário, a fim de elaborar e implantar sistema que contenha informações relativas ao desdobramento das ocorrências na fase judicial, permitindo o monitoramento em rede das ocorrências pela Delegacia e a prestação de informações à mulher a respeito do encaminhamento da denúncia por ela realizada. Conforme estabelece a Lei Maria da Penha, é dever da autoridade policial encaminhar a mulher agredida ao hospital ou posto de saúde e ao IML e fornecer transporte a ela e os dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de morte (BRASIL, 2010).

Assim, a articulação dos serviços específicos da assistência social, como CRAS e CREAS, com os serviços de saúde e dos demais que atuam nos casos de violência contra a mulher, como as DEAM, possibilitam ação efetiva do ponto de vista da integralidade da mulher (MACHADO *et al.*, 2020).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, apresentam-se o tipo de estudo, os participantes e o local onde se realizou a pesquisa, bem como se descrevem a etapa de campo, os procedimentos de análise e os aspectos éticos e legais.

4.1 DESIGN DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa é a que se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem os próprios artefatos e a si, sentem e pensam. Além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2006b).

Nesse sentido, este estudo seguiu essa abordagem metodológica, tendo em vista que pesquisou, junto aos profissionais das áreas de saúde, assistência social, segurança pública e justiça, a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa profissionais que prestavam assistência às mulheres em situação de violência nos seguintes serviços de um município do interior do Piauí: Rede de Atenção Básica de Saúde (Estratégia Saúde da Família – ESF- e Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Regional, onde funciona o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e Defensoria Pública Regional, onde funciona o Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica (NMVVD).

Consideraram-se critérios de inclusão no estudo: profissionais atuantes nas equipes da ESF, NASF, CAPS, SAVVIS/Hospital Regional, CREAS, NMVVD/Defensoria Pública e DEAM há pelo menos um ano, visto que se pretendia a

abordagem daqueles que tinham mínimo de experiência no campo prático, com intuito de intensificar a possibilidade de contato com algum contexto envolvendo a temática violência. Consideraram-se critérios de exclusão: já ter sido incluído, quando este atuar em mais de um cenário da pesquisa; licença médica; licença maternidade; férias ou outros motivos de afastamento das funções laborais.

Abordaram-se membros das equipes: ESF, NASF, CAPS, SAVVIS/Hospital Regional, CREAS, NMVVD/Defensoria Pública e DEAM que respondiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente descritos. Todavia, alguns profissionais não se dispuseram a colaborar ou ocorreram outros empecilhos que impossibilitaram a participação. No entanto, enfatiza-se que tais condições não dificultaram o processo de coleta dos dados, uma vez que não foi utilizado critério amostral para determinar o número de participantes. Ao desenvolver a etapa de campo concomitantemente à etapa de análise, foi possível encerrar a produção de dados quando os significados expressos nos depoimentos dos profissionais mostraram suficiência de estruturas essenciais para compreender o fenômeno investigado, anunciando no alcance do objetivo o encontro com o objeto de estudo.

Nesse contexto, participaram da pesquisa: uma enfermeira, representante dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; uma psicóloga; e uma assistente social, que atuavam no NASF; uma psicóloga e uma assistente social, representantes do CAPS; uma médica e uma enfermeira, vinculadas ao SAVVIS/Hospital Regional; uma assistente social do CREAS; um defensor público e um assistente social, membros do NMVVD/Defensoria Pública Regional; e uma delegada, vinculada à DEAM.

4.3 CAMPO E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em seis serviços, de um município do interior do Piauí, que compõem a rede institucionalizada de atendimento às mulheres em situação de violência, sendo que três contemplam a área da saúde: Rede de Atenção Básica de Saúde (ESF e NASF), CAPS e SAVVIS/Hospital Regional; um diz respeito à área da assistência social: CREAS; um envolve a área da segurança pública: DEAM; e um representa a área da justiça: NMVVD/Defensoria Pública. A seguir, explana-se brevemente acerca da estrutura e do funcionamento desses serviços:

- Rede de Atenção Básica de Saúde: de acordo com o CNES do Brasil, no município pesquisado, é composta por 24 estabelecimentos de saúde,

classificados como Programa/Projeto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2020b), sendo que, conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, existem 14 UBS localizadas na zona urbana e 10 na zona rural.

- Hospital Regional: no município pesquisado, é classificado como hospital geral, com gestão municipal. No que diz respeito à natureza jurídica, é um órgão público do poder executivo estadual, conveniado ao Sistema Único de Saúde, que desenvolve atividades ambulatoriais de média complexidade e hospitalares de média e alta complexidade. Assim, realiza atendimentos ambulatoriais, internação, urgência e atendimento de demanda espontânea (BRASIL, 2020b).
- CAPS: conta com dois serviços articulados, no município citado: CAPS II e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS III AD), ambos com gestão municipal. O primeiro realiza atendimento ambulatorial, reabilitação e entrega/dispensação de medicamentos envolvendo atenção psicossocial. O segundo serviço, além das atividades descritas, inclui a possibilidade de internação. Ademais, direciona-se ao atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2020b).
- CREAS: é uma unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A gestão e o funcionamento compreendem um conjunto de aspectos, como infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados, trabalho em rede, articulação com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, além da organização de registros de informação e desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas (BRASIL, 2011c). O CREAS do município pesquisado, segundo informações coletadas nessa instituição, é uma unidade pública, de abrangência municipal, que funciona nos horários de 7h30min às 12h30min e 14h30min às 17h00min.
- DEAM: faz parte da estrutura da Polícia Civil e foi criada, no município pesquisado, no ano de 2008. Inicialmente, o titular foi um delegado e, em

2012, uma delegada de polícia assumiu o cargo (CARVALHO, 2017). Em 2017, segundo dados coletados na DEAM, uma nova delegada assumiu a titularidade da Delegacia da Mulher e do Segundo Distrito Policial do município, cargos nos quais permanece até o ano vigente.

- Defensoria Pública: é a instituição que garante ajuda às pessoas em situação de vulnerabilidade (MEIRELES *et al.*, 2016). No contexto da violência contra a mulher, a Defensoria Pública Regional, por meio do Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica, além da missão de proporcionar o acesso à Justiça, busca realizar ações e celebrar parcerias voltadas para o combate à violência doméstica, de modo a atender, de maneira digna, humana e respeitosa, a todas as mulheres que buscam a Instituição no referido município (PIAÚ, 2020).

O período de realização deste estudo iniciou-se em janeiro de 2017 e estendeu-se até novembro de 2020. A coleta de dados, fase exploratória da pesquisa, ocorreu no período de primeiro de novembro de 2019 até 2 de dezembro de 2019, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – CEP/UFPI.

4.4 ETAPAS DE CAMPO

O procedimento fundamental para o início da coleta de dados se efetivou por meio da solicitação às instituições da autorização para o contato da pesquisadora com os profissionais. Deste modo, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), da Secretaria Municipal de Saúde, emitiu o termo de anuência, bem como o Hospital Regional, o CREAS, a Defensoria Pública Regional e a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher.

Em seguida, o projeto foi encaminhado ao CEP/UFPI. Após parecer favorável, a pesquisadora visitou as instituições, com a finalidade de conversar com alguns dos profissionais para conhecer as particularidades dos serviços e agendar reuniões para apresentação do projeto de pesquisa. Nesses encontros, solicitou-se a colaboração desses profissionais e procedeu-se à organização das atividades, relativas à etapa de campo da pesquisa, de maneira que não importunassem as ações desenvolvidas nesses estabelecimentos.

Na etapa seguinte, agendaram-se entrevistas individuais, semiestruturadas, com os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa. Nesse momento, construiu-se um cronograma de atividades, para que, individualmente, os possíveis participantes pudessem indicar datas e horários para realização dos encontros.

Em consonância com Minayo (2006b), a técnica da entrevista semiestruturada combina questões fechadas e abertas, em que o entrevistado, sem se prender à indagação formulada, tem a possibilidade de falar sobre o tema em questão. Deste modo, nesta pesquisa, a entrevista semiestruturada foi norteada por um roteiro (APÊNDICE A), com quesitos fechados sobre a caracterização do perfil sociocultural dos profissionais, bem como acerca dos aspectos relacionados à atuação nos serviços, como o tipo de função executada, jornada diária de trabalho, tempo de serviço e vínculo empregatício; e com quesitos abertos, nos quais se coletaram aspectos dos atendimentos às mulheres em situação de violência.

Nesse direcionamento, a entrevista foi conduzida pela seguinte questão: como ocorrem os atendimentos às mulheres em situação de violência? Destaca-se que esta pergunta foi construída com intuito de possibilitar a reflexão e o posicionamento do profissional sobre o atendimento desenvolvido na RAMSV, a partir das experiências profissionais, buscando-se evitar, assim, que o discurso se mantivesse impregnado apenas por referenciais científicos.

Ao longo das entrevistas, outros questionamentos foram realizados, quando era necessário esclarecer aspectos emergentes do discurso do(a)s participantes. Todavia, a pesquisadora se atentou para não induzir respostas ou manifestar expressão de julgamentos, buscando-se, assim, retomar a partir das próprias palavras, frases, ideias e/ou expressões do(a) entrevistado(a), questões de interesse da pesquisa que pudessem contribuir para elucidar o objeto de estudo.

Enfatiza-se que os encontros foram realizados em sala ou outro ambiente cedido nos próprios locais de atuação profissional dos entrevistados, considerando-se, para tanto, os aspectos relativos à estruturação e organização que permitissem a manutenção da privacidade do profissional e a confidencialidade das informações fornecidas, sendo que a decisão quanto ao ambiente foi sempre do participante. Também se realizou a audiogravação dos encontros em aparelho *smartphone* Samsung, com autorização prévia, cujas informações foram validadas, quanto ao conteúdo, pelos participantes que, ao final da entrevista, receberam *feedback* e foram informados quanto à possibilidade de acrescentar algo mais aos depoimentos. Ao

final, as entrevistas foram armazenadas em arquivos digitais de áudio, em banco de dados. Ressalta-se que, para tal, solicitou-se a assinatura do termo de cessão para utilização de interpretação, imagem e som de voz e cessão de direitos conexos (APÊNDICE B).

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Após a produção dos dados, realizou-se, inicialmente, a caracterização sociocultural e profissional dos participantes da pesquisa. Em seguida, procedeu-se à análise das informações, a qual foi embasada no referencial de Análise de Conteúdo, na modalidade Temática de Minayo (2015), desenvolvida em três etapas. Ao início, realizou-se a leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva, a qual se configura como leitura de primeiro plano, com a finalidade de atingir níveis mais profundos. Nesse momento, a pesquisadora deixou-se impregnar pelo conteúdo do material para ter visão de conjunto; apreender as particularidades do conjunto do material em análise; elaborar pressupostos iniciais que serviram de base para análise e interpretação do material; escolher formas de classificação inicial (para tal, empregou-se a técnica colorimétrica); e determinar os conceitos teóricos que orientaram a análise (MINAYO, 2015).

Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material, que envolveu a análise propriamente dita. Nessa etapa, realizaram-se distribuição de trechos, frases e fragmentos de cada entrevista transcrita pelo esquema de classificação inicial; leitura dialogada com as partes dos textos da análise em cada classe; identificação mediante inferências dos núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos das entrevistas em cada classe do esquema de classificação; conversação dos núcleos de sentido com os pressupostos iniciais; análise dos diferentes núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação; reagrupamento das partes dos textos das entrevistas por temas encontrados; elaboração da redação por tema, de modo a abranger os sentidos dos textos e da articulação com os conceitos teóricos que orientaram a análise (MINAYO, 2015).

Na etapa final, elaboraram-se as sínteses interpretativas, por meio de redações que possibilitaram o diálogo dos temas identificados com os objetivos, as questões e os pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2015).

Para representação gráfica dos fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência dos serviços da RAMSV, realizada na categoria “A Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do Piauí”, empregou-se o fluxograma descritor, instrumento caracterizado pela elaboração cartográfica de processos de trabalho dinâmicos do cotidiano (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Esse instrumento, conforme Franco e Merhy (2003), constitui-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços. Contribui na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde, sob o ponto de vista macro e micro estrutural. O fluxograma, neste caso, é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. Assim, o diagrama apresentado é uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho, cotidianamente. É representado por três símbolos, convencionados universalmente: elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; losango, indica os momentos em que deve haver decisão para continuidade do trabalho; e retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo.

A construção dos fluxogramas na pesquisa em tela foi realizada a partir do aplicativo Draw.io¹, ferramenta web gratuita, *on-line*, para criação de diagramas, construída a partir da ferramenta mxGraph. Está disponível para uso pessoal, acadêmico e de pesquisa e permite criar vários diagramas: diagramas UML, diagramas E-R, fluxogramas, entre outros (MARTÃNEZ-SAMORA *et al.*, 2016).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Quanto aos aspectos éticos e legais da pesquisa, esta foi realizada buscando atender às exigências do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos, nomeadas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2016a). Assim, a pesquisa foi iniciada após parecer favorável do CEP do Campus Amílcar Ferreira Sobral, da Universidade

¹ Disponível para uso no seguinte endereço: <https://www.draw.io/>

Federal do Piauí, sob nº 3.542.212 (ANEXO A). A participação foi voluntária, os riscos aos participantes foram minimizados, pois se manteve cuidado com as informações que foram coletadas, guardando-as em local seguro, impossibilitando que pessoas não ligadas à pesquisa tivessem acesso a estas. Ao mesmo tempo, os instrumentos foram identificados por meio de códigos constituídos pela letra P, referente à profissional, seguidos do número arábico que representou a ordem de realização da pesquisa. Esclareceu-se, também, que somente a pesquisadora e o orientador teriam acesso às informações dos participantes.

Além disso, poderia ocorrer o constrangimento, devido à possibilidade de os participantes serem reconhecidos por pessoas que não estivessem ligadas à pesquisa, comprometendo o sigilo e o anonimato. Para evitar esse risco, os possíveis participantes foram abordados de modo discreto e individual. Também, a entrevista foi realizada em sala reservada, disponibilizada previamente pela instituição, em local, data e horário para realização indicados pelo próprio participante. Explicou-se, ainda, a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento que o participante julgasse necessário.

Apesar de não haver repasse de recursos financeiros diante da participação dos profissionais, já que a pesquisa foi voluntária, foram previstos benefícios indiretos. Com a pesquisa, contribuiu-se para reconhecer as necessidades e lacunas relacionadas à atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do Piauí. Portanto, criou-se a perspectiva de intervenções capazes de colaborar com o enfrentamento dessa problemática, com o interesse de permitir abordagem qualificada para aquelas mulheres que se encontram em situação de violência. Tais estratégias podem ser benéficas não apenas para mulheres, como também para famílias e comunidade.

O estudo foi realizado mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) e do Termo de Cessão para Utilização de Interpretação, Imagem e Som de Voz e Cessão de Direitos Conexos (APÊNDICE B), após explicação dos objetivos, da metodologia e dos procedimentos. Foi preenchido em duas vias de igual conteúdo, ficando uma cópia com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa. Preservou-se, também, o anonimato dos participantes, sendo assegurada a desistência destes a qualquer momento da pesquisa. O TCLE e o Termo de Cessão para Utilização de Interpretação, Imagem e Som de Voz e Cessão de Direitos Conexos serão arquivados por um período mínimo de cinco anos, em local

apropriado (armário trancado localizado na sala de trabalho da pesquisadora responsável pelo estudo), juntamente com os demais instrumentos empregados no desenvolvimento do estudo. Após esse período, serão descartados.

Por fim, considerando-se a Resolução de nº 580, de 22 de março de 2018, que elenca os requisitos éticos sobre a necessidade de devolução dos resultados da pesquisa para comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), realizar-se-á a distribuição dos achados para comunidade e os profissionais de saúde, como forma de colaborar para atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de municípios do interior do Piauí. Haverá, também, a devolutiva científica, por meio da publicação dos resultados do estudo, proporcionando fomento, para que estudos futuros possam ser desenvolvidos em benefício da população de mulheres (BRASIL, 2018a).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 11 profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV) de um município do interior do Piauí, Brasil: quatro assistentes sociais, dois enfermeiros, dois psicólogos, um delegado, um defensor público e um médico. Todos afirmaram o estado civil de casado. A maioria se autodenominou como sendo do sexo feminino (10), de cor parda (07), estando com idades entre 30 e 56 anos. Quanto ao grau de instrução, todos obtiveram o ensino superior completo e, a maioria, pós-graduação (10). Esses profissionais possuíam entre um e 10 anos de trabalho na referida rede, sendo que a maior parte atuava há menos de cinco anos. Sobre o tipo de contratação de serviço, a maioria dos participantes era concursada (05), seguida por profissionais prestadores de serviço (04) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica, demográfica e profissional dos participantes do estudo. Piauí, 2020.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	10	90,9
	Masculino	1	9,1
	Total	11	100
Idade (anos)	30 - 35	3	27,3
	36 - 56	8	72,7
	Total	11	100
Etnia	Parda	7	63,6
	Branca	3	27,3
	Negra	1	9,1
	Total	11	100
Estado Civil	Casado	11	100
	Total	11	100
Escolaridade	Ensino Superior	1	9,1
	Pós-graduação	10	90,9
	Total	11	100
Cargo profissional	Assistente Social	4	36,3
	Psicólogo	2	18,2
	Enfermeiro	2	18,2
	Defensor Público	1	9,1
	Delegado	1	9,1
	Médico	1	9,1
	Total	11	100
Local de atuação	AB ¹	3	27,2
	CAPS ²	2	18,2
	SAVIS ³	2	18,2

Continua...

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica, demográfica e profissional dos participantes do estudo. Piauí, Brasil, 2020.

Variáveis		N	%
	NMVVD ⁴	2	18,2
	CREAS ⁵	1	9,1
	DEAM ⁶	1	9,1
	Total	11	100
Tipo de contratação	Concurtido	5	45,4
	Prestador de Serviço	4	36,4
	Comissionado	2	18,2
	Total	11	100
Tempo de serviço na função (anos)	< 5	6	54,6
	≥5	5	45,4
	Total	11	100

¹AB: Atenção Básica; ²CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; ³SAVVIS: Serviço de Atendimento à Vítima de Violência Sexual; ⁴NMVVD: Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica; ⁵CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; ⁶DEAM: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher.

Conclusão

Fonte: Autora (2020)

Ao analisar o perfil dos profissionais que compõem a RAMSV de um município do interior do Piauí, quanto ao sexo, evidenciou-se semelhança a outros estudos envolvendo profissionais atuantes na assistência à mulher em situação de violência que identificaram amostra majoritariamente feminina (VIEIRA *et al.*, 2016; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2020; SOUZA; PERES; MAFIOLETTI, 2020). Quanto à faixa etária dos profissionais, percebeu-se que, assim como o encontrado em outras pesquisas, a força de trabalho que compõe a RAMSV é constituída por profissionais entre 30 e 56 anos (PENSO, 2010; OLIVEIRA; FERIGATO, 2019). No que se refere à situação conjugal, identificou-se, também, em outros estudos, predomínio de profissionais vinculados à RAMSV com estado civil de casado ou em união estável (MOREIRA, 2008; HASSE; VIEIRA, 2014).

Na pesquisa em tela, apesar de se observar predominância de profissionais com pós-graduação, nenhum referiu formação específica ou em áreas afins relacionadas à violência contra mulheres, o que indica carência de formação que pode comprometer o desempenho da RAMSV, sobretudo no conjunto de atributos especializados. Isso posto, ao considerar a diversidade de ações e conhecimento técnico específico que competem ao profissional para atuar na rede, torna-se fundamental que os serviços desenvolvam programas de educação permanente e continuada para todos os profissionais (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; SANTOS *et al.*, 2014; CORDEIRO *et al.*, 2015).

Essa situação adquire relevância, pois, geralmente, os profissionais que atuam na RAMSV relatam que não se sentem preparados para atender a essa demanda, visto que permanecem lacunas sobre concepções teóricas e estratégias operacionais, decorrentes de abordagens superficiais na formação acadêmica e fragilidades na implementação de uma educação permanente no contexto de práticas profissionais. Desse modo, persistem os desafios à efetivação dos dispositivos técnicos e também legais de garantia dos direitos de cidadania das mulheres (MOREIRA *et al.*, 2018).

Concernente às características trabalhistas, identifica-se que a maioria dos profissionais ingressou na RAMSV por meio de concurso público e possuía vínculo de menos de cinco anos com o serviço. Essas duas condições impactam positivamente o trabalho, uma vez que o vínculo empregatício estabelecido por meio de concurso público oferece estabilidade, o que diminui a busca por outros empregos como forma de complementar o salário. Além disso, reduz-se a rotatividade dos profissionais e dificulta-se que eles sejam substituídos constantemente, de modo a perder-se um integrante do serviço com experiência adquirida no contato com a população atendida (ALVARENGA *et al.*, 2018).

No que se refere ao tempo reduzido de vinculação com o serviço, este também pode ser considerado fator positivo, pois pesquisa aponta que os profissionais mais satisfeitos são aqueles que possuem menor tempo de atuação (FERREIRA *et al.*, 2017). Apesar disso, é importante considerar as peculiaridades do trabalho envolvendo situações de violência, que podem gerar maiores dificuldades para aqueles profissionais menos experientes. Destaca-se que em todos os casos de violência, é imprescindível que os profissionais envolvidos estejam qualificados para o manejo da situação, incluindo o conhecimento da legislação específica. Para tanto, são necessárias disponibilidade e experiência (SARAIVA *et al.*, 2012).

A partir da análise dos dados, identificou-se e representou-se a RAMSV de um município do interior do Piauí, ao mesmo tempo em que emergiram categorias empíricas que permitiram conhecer o trabalho desenvolvido pelos diferentes atores envolvidos nesse contexto, balizada na percepção individual desses profissionais. Assim, a análise da referida rede permitiu evidenciar: A Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do Piauí; Percepções dos profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência sobre os

atendimentos à usuária; Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.

5.2 A REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO PIAUÍ

A Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV) é constituída por diferentes serviços e, conforme a assistência e os encaminhamentos delineados pelos profissionais, as mulheres em situação de violência podem seguir fluxogramas de atendimento diversos que representam trajetórias complexas e nem sempre adequadas às demandas. Com isso, optou-se, nesta categoria de análise, por descrever a RAMSV, de um município do interior do Piauí, consoante os profissionais entrevistados de cada serviço, visando compreender como os aparelhos elaboram o fluxograma de assistência às mulheres agredidas.

Posto isso, observou-se nos relatos que, na esfera de atendimento da atenção básica (ESF e NASF), o município pesquisado conta com três equipes de NASF, nas quais atuam profissionais fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, educadores físicos, pediatras, ginecologistas, e quando a mulher necessita de atendimento específico do psiquiatra, essas equipes acionam o CAPS. Cada equipe do NASF cobre oito das 27 equipes da ESF que atuam nesse município.

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

Nós temos os assistentes sociais nas equipes de NASF. Então, são 27 Equipes de Saúde da Família; e cada NASF cobre oito Equipes de Saúde da Família. [...] Então, nós temos psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, fonoaudiólogos, pediatra. Nós temos um pediatra e temos um ginecologista. [...] o psiquiatra, quando nós precisamos do serviço de um especialista em Psiquiatria, nós acionamos o CAPS. Então, nós temos vários profissionais, é uma equipe multiprofissional nos NASF, que cobre cada território de abrangência daquela UBS; é uma equipe volante que trabalha com apoio matricial. Ou seja, o matriciamento é quando nós, profissionais... ele acontece no dia a dia, com as equipes. Através do quê?

Dessa troca de saberes entre os profissionais de saúde. O nosso papel é dar suporte à Equipe de Saúde da Família, ao médico, aos enfermeiros, aos agentes comunitários de saúde [...]. Então, o nosso contato é bem mais intenso com a própria equipe, nós acolhemos junto com a equipe, porque senão, não seria apoio matricial. Matriciamento é isto mesmo, acontece nesses encontros, nesse cotidiano, do dia a dia, com as equipes (P3 AB).

A ESF e os NASF visam aumentar a resolutividade da atenção básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, com objetivo de desenvolver atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012d).

Complementa-se que a atenção básica no Brasil é organizada pautada nos preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e demarcada pelo trabalho compartilhado entre as equipes de ESF (EqSF) e pelos NASF que, juntos, devem buscar a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações de saúde, por meio da interdisciplinaridade (BRASIL, 2010).

Quanto aos trabalhadores, as equipes dos NASF, a depender do tipo e da instituição contratante, podem variar em relação às áreas profissionais, como serviço social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, medicina, entre outros. Em relação às EqSF, são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2010).

No âmbito da compreensão conceitual dos participantes da pesquisa sobre o matriciamento, que tem como base a troca de saberes entre os profissionais, existe convergência com a Portaria Nº 2.488/2011, segundo a qual as equipes dos NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar diretamente no apoio matricial às EqSF, às quais o NASF está vinculado (BRASIL, 2012d).

Estudo realizado com enfermeiros da ESF, visando conhecer as estratégias para identificação e enfrentamento da situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes, corrobora a relevância do NASF no contexto de rastreamento e manejo dos casos de violência contra mulheres, visto que colabora para ampliação da capacidade de análise e intervenção sobre os problemas e as necessidades sociais e de saúde das mulheres em situação de violência (MARQUES *et al.*, 2017).

No que se refere à assistência à mulher em situação de violência na atenção básica, conforme as narrativas, ocorre da seguinte forma: o ACS identifica o caso e

compartilha com os demais membros da EqSF, por meio do profissional médico e/ou enfermeiro. A partir desse primeiro contato, a EqSF constrói vínculo com a mulher, sendo que o ACS já o possui, e o enfermeiro, então, realiza o atendimento e compartilha as informações com a equipe do NASF correspondente à área de atuação. O psicólogo do NASF se encarrega de realizar o acolhimento da mulher, esclarecer a Lei Maria da Penha e, posteriormente, de elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto à equipe ESF, o qual será anexado no prontuário específico da mulher, cujo arquivamento ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS).

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

Então, o agente de saúde identifica os casos de violência contra a mulher [...]. Traz até a equipe de Saúde da Família, ao médico e à enfermeira; [...] e aí ele aciona a equipe de Saúde da Família, a equipe de Saúde da Família constrói esse vínculo, que o agente de saúde já tem; e essas mulheres, elas chegam até a enfermeira, geralmente; e a enfermeira compartilha com a equipe do NASF; que, no caso, o NASF, nós temos o profissional de saúde mental, o psicólogo, que acolhe essa mulher, vítima de violência, e nós fazemos um Projeto Terapêutico Singular para ela, o PTS, junto com a equipe de Saúde da Família. [...] nós levamos as mulheres, no acolhimento, a conhecerem a Lei Maria da Penha. [...] nós usamos, por exemplo, a ficha de encaminhamento para esses serviços. Nós utilizamos também, o Projeto Terapêutico Singular, nos prontuários, dessas pessoas que chegam até nós (P3 AB).

[...] quem encaminha mais pacientes são os agentes de saúde, eles sabem os nossos dias na UBS, e, às vezes, elas vêm por demanda livre, porque sabe que a gente está ali, não é agendado; mas, a maioria dos casos que chegam até a gente, são os agentes de saúde que encaminham (P1 AB).

Nesse contexto, cabe esclarecer que embora os profissionais da atenção básica tenham demonstrado compreensão conceitual sobre a proposta do matriciamento, observa-se que, na prática, ocorre de forma contraditória, visto que os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não devem ser de livre acesso para atendimento, como no caso referido nas narrativas em que as mulheres acessam diretamente os profissionais dessa equipe. Esses atendimentos, quando necessários, devem ser regulados pela EqSF (BRASIL, 2011d).

Com isso, identifica-se dificuldade em realizar o matriciamento entre as equipes da atenção básica. Esse achado foi constatado também em estudo realizado

em município do noroeste do Paraná, segundo o qual há evidências de práticas fragmentadas entre os profissionais desse setor, que são ancoradas na concepção do modelo médico hegemônico para gerir o apoio matricial (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Nessa direção, revisão integrativa que objetivou analisar e cotejar a literatura referente à atenção às mulheres vítimas de violência doméstica, no contexto da atenção básica, constatou preocupação dos profissionais do NASF em valorizar a discussão dos casos e os respectivos desdobramentos com toda a EqSF, mas essas intervenções conjuntas foram realizadas principalmente pela assistente social e os ACS, sendo escassos os momentos em que se propôs atuação conjunta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tal contexto confirma que a própria organização das ações dos serviços reforça a cisão entre aspectos sociais e biomédicos, dificultando a incorporação desses saberes na prática de todos os profissionais (DUARTE; JUNQUEIRA; GUILIANI, 2019).

Mediante tal cenário, problematiza-se que embora as equipes do NASF e da ESF sejam constituídas por profissionais com saberes e fazeres diversos, o que poderia favorecer o desempenho de um trabalho interdisciplinar, com aprofundamento da compreensão do fenômeno da violência (PEREIRA-GOMES *et al.*, 2015), permanece tendência nos profissionais da área da saúde em continuar em um campo de atuação individual. Esse tipo de posicionamento faz com que se tornem menos aptos para lidar com os casos de violência, uma vez que são situações cuja complexidade gera incertezas, necessitando de trabalho intra e interequipes (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Dessa forma, a integração do trabalho entre EqSF e NASF ainda é um caminho recente, são muitos os desafios e as fragilidades (VENDRUSCOLO; HERMES; CORRÊA, 2020). Constata-se que as políticas públicas propõem que os profissionais de ambas as equipes realizem trabalho compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e a atenção integral às mulheres em situação de violência, entretanto, na prática, existem limitações para efetividade dessas políticas, sendo um dos motivos o fato de os dois sistemas de funcionamento não estarem devidamente articulados (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Outro ponto que se destacou nos discursos foi a elaboração do PTS para as mulheres em situação de violência. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão

coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas, como no caso da problemática da violência contra mulheres (BRASIL, 2010).

No curso do atendimento, os entrevistados relataram utilizar também como instrumento de trabalho livros-registros, fichas de atendimento individual e/ou fichas de atendimento coletivo, bem como ficha de encaminhamento, sendo que o encaminhamento também pode ser feito por meio de relatório social ou, quando é realizado pelos profissionais assistente social e psicólogo, relatório psicossocial.

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

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

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

[...] a gente não usa essa ficha de notificação [profissionais do NASF]. [...] não temos disponível essa ficha de notificação, que ela não é estratégia, ela não é de fácil acesso. [...] e alguns quem faz é a enfermeira, que a gente já teve caso de violência, mas ficou por conta da enfermeira fazer essa notificação [...]; então, essa notificação não fica com o Serviço Social, no NASF; apesar que é para qualquer profissional poder usar. Mas não, a gente não recebeu como instrumento de trabalho no processo (P1 AB).

Embora os casos de violência possam ser notificados por qualquer profissional de saúde, o preenchimento, na atenção básica, da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, a partir da suspeita ou da confirmação da situação de violência, deve ser feito pelo profissional enfermeiro ou médico (BRASIL,

2016b). Sobre esse documento, pondera-se que os entrevistados, ao identificarem o emprego apenas para violência física, invisibilizam o uso para outros tipos, como psicológica/moral, negligência/abandono, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, tortura e trabalho infantil (BRASIL, 2012b).

Com isso, toma-se a possibilidade de que este documento esteja sendo pouco discutido e analisado coletivamente pelas equipes ESF e NASF. Além disso, esse dado pode estar relacionado ao fato de que, embora haja obrigatoriedade de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher em todo território nacional (BRASIL, 2003), a legislação brasileira não dispõe de orientação adequada e efetiva para que os profissionais exerçam com autonomia essa função (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012b; GARBIM *et al.*, 2015).

Ademais, a invisibilização da notificação para alguns tipos de violência pode repercutir no maior número de notificações de casos de violência física em relação à violência psicológica, embora, geralmente, a primeira ocorra associada à segunda, que inclui ofensas morais, ameaças e humilhações (PASINATO, 2015). Com isso, evidencia-se que os profissionais de saúde estão menos atentos e preparados para identificação da violência psicológica e de outros tipos, que não seja a física.

Em contrapartida, os profissionais da atenção básica reconheceram que o trabalho individual desse serviço não é suficiente para atender às necessidades das mulheres em situação de violência. Para eles, as ações são particulares, mas também coletivas e compartilhadas. Neste sentido, após assistência prestada nos serviços de atenção básica, conforme os relatos, as equipes do NASF e da ESF encaminham a mulher para o hospital, para o setor do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS). Nesse serviço, os profissionais da atenção básica relataram que ocorre, além do acolhimento da mulher, a realização de exame de corpo de delito e, posteriormente, o encaminhamento para DEAM.

Também foram mencionadas nas entrevistas parcerias com outros setores da rede, sendo citados: CRAS, CREAS, CAPS, Defensoria Pública – quando o direito de uma usuária está sendo negligenciado – e Conselho Tutelar, quando a problemática da violência abrange crianças.

Em outras situações, após realizar o PTS, os profissionais da atenção básica afirmaram encaminhar a mulher para o CREAS ou à DEAM e, muitas vezes, quando se trata de ocorrências que envolvem dependência química, que pode ser inclusive do autor da violência, ocorre compartilhamento com CAPS AD III e CAPS II, serviços

especializados em uso abusivo de álcool e outras drogas, e distúrbios mentais, respectivamente.

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

[...] toda a equipe, bem articulada, a psicóloga, a enfermeira que faz essa notificação, que é feito o encaminhamento para o hospital, lá para a parte do SAVVIS, do que faz toda essa acolhida, de corpo e delito, e aí é feito o direcionamento da Delegacia, também. [...] a gente trabalha em rede, aí depende muito. No meu caso, eu sempre estou em parceria, porque tem casos que a gente não consegue resolver só; é muito limitado, o NASF tem casos que é coletiva, individual e as compartilhadas; então, há casos que a gente identifica que é CRAS, a gente está sempre em parceria com o CRAS, com o CREAS; o CAPS também dá muito suporte. Às vezes, a gente precisa acionar a Defensoria Pública, em termos de um direito de um usuário que está sendo negligenciado; então, a gente precisa estar sempre articulando. Conselho Tutelar, quando há casos de criança [...] (P1 AB).

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

Os discursos dos profissionais acenaram para a existência de uma RAMSV no município pesquisado, que segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, refere-se à atuação articulada entre instituições/serviços, que almeja o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção, a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, bem como a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011b).

A questão do fluxo de atendimento foi evidenciada quando os profissionais da atenção básica mencionaram os serviços que faziam parte dos encaminhamentos e

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

Nesse sentido, os profissionais precisam conhecer a rede intrasetorial do município em que atuam, para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades que, no caso em estudo, consoante às narrativas, trata-se principalmente: Serviços da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital, Serviço de Atendimento à Violência Sexual (SAVVIS), Defensoria Pública, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar (quando a problemática envolve crianças e adolescentes) e Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) (BRASIL, 2016).

Nesse âmbito, os serviços de atenção básica se destacam como porta de entrada importante da RAMSV, porque possuem proximidade privilegiada com a área de atuação para investigar os casos de violência contra mulheres. Todavia, estudo aponta que diante da possibilidade de investigação, devido ao medo de represálias ou insegurança nos modos de atuar, muitas vezes, os profissionais desse setor desistem de fazê-la (SILVA *et al.*, 2017).

Para exemplificar o referido contexto, estudo demonstra que nos casos de assistência a gestantes que sofrem violência por parceiro íntimo, a ação dos serviços de atenção básica tem sido, predominantemente, o encaminhamento para realização de pré-natal em hospitais de referência, sem, muitas vezes, tomar conhecimento dos desdobramentos dessa ação (MARQUES *et al.*, 2017).

Nessas circunstâncias, o despreparo dos serviços e/ou dos profissionais da atenção básica indicam uma rede de cuidado com pouca comunicação, evidenciada nesta pesquisa na categoria "Identificando as fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência" e, por vezes, não resolutive. Desta forma, é importante refletir que os encaminhamentos, em algumas situações,

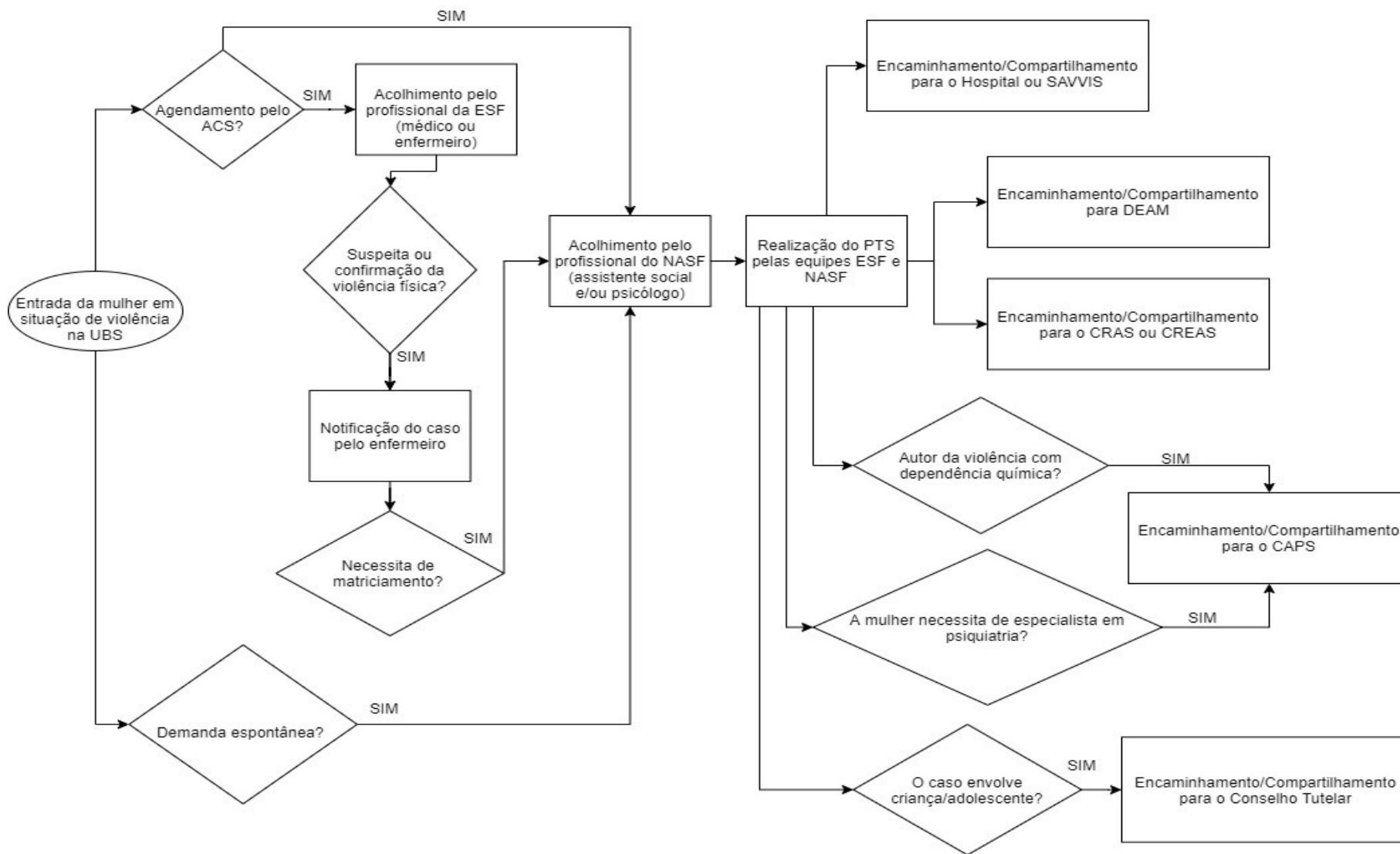
podem revelar a resistência em atender a situações de violência, transferindo a responsabilidade do cuidado a outros (SILVA *et al.*, 2017).

Complementa-se que, nem sempre, o espaço de acesso ao cuidado e a ampliação da rede social de suporte são garantias de que os profissionais da atenção básica estejam preparados para desenvolver ferramentas necessárias e eficientes para elaborar estratégias assistenciais e efetivá-las por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais (OLIVEIRA; FERIGATO, 2019).

Para que estejam aptos a atuar de forma adequada, reconhecendo a ordem societária patriarcal que orienta a cultura brasileira, deve-se investir em estratégias de formação e educação permanente (MACHADO *et al.*, 2020). Ademais, a integralidade das ações na RAMSV somente se tornará efetiva quando os profissionais e serviços tiverem compreendido o caráter parcelar das ações por estes exercidas, para as conexões do trabalho coletivo na produção assistencial (VIEIRA *et al.*, 2016).

Em vista do contexto descrito, ao considerar os aparelhos citados, os profissionais relataram o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência do serviço de atenção básica, representado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência do serviço de atenção básica, a partir dos relatos de profissionais da atenção básica



Fonte: Autora (2020)

Em outro ponto da RAMSV está o CAPS, cujos profissionais o descreveram como dispositivo de saúde mental aberto, que oferece assistência fundamentada no atendimento em grupo. Explicaram que a demanda de atendimento individual existia, era respeitada, mas eram as terapias em grupo que atendiam à lógica da nova política de saúde mental do Brasil, com a luta antimanicomial. Desta forma, de acordo com os relatos, o CAPS do município pesquisado oferece grupos terapêuticos, acolhimento em grupo e, quando necessário, atendimento individual.

Segundo os depoimentos, o perfil profissional do CAPS é pautado no acolhimento do sofrimento da pessoa, independentemente de estar relacionado à depressão, perda de alguém ou violência doméstica. Com isso, as mulheres em condição de violência, usuárias desse serviço, são estimuladas a participar de grupos terapêuticos que incluem pessoas com sofrimentos diversos.

Quanto à equipe multiprofissional, conforme os relatos, esse serviço conta com psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, pedagogos, fisioterapeutas, educadores físicos e, destes, estão ligados diretamente ao atendimento à mulher em condição de violência, o assistente social, psicólogo e, quando há necessidade de intervenção medicamentosa, o psiquiatra. Além desses profissionais, esse serviço possui setor de Enfermagem, que oferece à mulher acolhimento, escuta qualificada e grupos terapêuticos com temáticas específicas da enfermagem, bem como assistência medicamentosa.

Os entrevistados afirmaram que o CAPS também oferece grupos com técnicas de artesanato, as quais incluem produção de tapetes, sendo que parte do dinheiro da venda é destinada à mulher. Ademais, referiram que o atendimento no CAPS é multiprofissional e que, por meio da arte, a mulher ressignifica e melhora a qualidade de vida.

É, são terapias em grupo, atendendo a lógica da nova política de saúde mental, com a luta antimanicomial. O CAPS é um dispositivo de saúde mental aberto, onde oferece tratamento, com equipe multiprofissional, e a nossa lógica é de atendimento em grupo. Só que existe essa demanda individual, que também é respeitada. Então, assim, são oferecidos grupos terapêuticos, acolhimentos em grupo; e quando necessário, o atendimento individual (P7 CAPS).

[...] Assim, quando a mulher chega em sofrimento, porque muita gente pergunta: qual o perfil do CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial? É o sofrimento do sujeito. Esse sujeito pode ter depressão, esse sujeito pode ter uma violência doméstica, ele pode ter uma perda de alguém;

não importa, é o sofrimento. As mulheres, vítimas de violência, estão dentro desse sofrimento [...]. Então, todas as temáticas que o serviço oferece, ela é incluída (P2 CAPS).

A equipe é multiprofissional, nós temos psicólogo, psiquiatra; às vezes, existe a necessidade de uma intervenção medicamentosa; é, temos, também, pedagogos; é, fisioterapeuta, educador físico. Só que diretamente ligado à mulher vítima de violência, em específico, é a assistente social e o psicólogo; e o psiquiatra, quando necessária a intervenção medicamentosa (P7 CAPS).

Aqui, nós temos o setor de Enfermagem. [...] a minha equipe maior, aqui, é da Enfermagem, ela fica no serviço o tempo todo, não deixa de fazer o acolhimento dessa mulher, no que se refere a medicamentos, no que se refere à escuta qualificada, no que se refere a inserir ela em grupos terapêuticos próprios de temáticas da Enfermagem; também, artesanato, que nós temos aqui, que é através, também, de fazer tapetes, através da arte; ela também ressignifica a vida dela e melhora a qualidade de vida dela, parte do dinheiro também é dado para ela, do serviço. Então, de uma certa forma, atendimento multiprofissional (P2 CAPS).

As narrativas estão de acordo com a Portaria N^o 336/2002, que dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial, para atendimento público em saúde mental, segundo a qual, os CAPS podem constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. O município pesquisado conta com CAPS II e CAPS III AD., cuja assistência prestada em ambos serviços oferece, em conformidade também com a Portaria citada: atendimento individual e em grupos; oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente na comunidade e a inserção familiar e social, sendo que o CAPS III AD inclui, ainda, atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002).

Quanto aos recursos humanos, segundo a Portaria supracitada, as equipes técnicas desses serviços podem ser compostas pelas seguintes categorias profissionais: médico psiquiatra, enfermeiro, enfermeiro com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Os depoimentos mostraram que por ser um centro especializado em saúde mental, a mulher não busca atendimento no CAPS, devido ao ato de violência que sofreu, mas pelos desdobramentos: depressão, ansiedade ou

estresse pós-traumático, mencionados na categoria “Percepções dos profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência sobre os atendimentos à usuária”. Desta forma, segundo os relatos, geralmente, a mulher busca outros aparelhos da RAMSV e chega ao CAPS por meio de encaminhamento, estando com a situação de violência velada. Quando a equipe desse serviço suspeita de tal condição, a mulher é convidada para acolhimento, com assistência dos profissionais psicólogo e assistente social. Consoante às falas, a violência identificada pode tratar-se de qualquer tipo de violação, inclusive autolesão e, para todos os tipos, é feito registro na ficha de notificação do SINAN.

Sobre esse documento, os entrevistados do CAPS afirmaram que é de uso compulsório, podendo ser preenchido por qualquer profissional de saúde, independentemente da vontade da paciente, para que se possa ter o índice quantitativo dos casos do município. Relataram também que por se tratar de uma ficha extensa e com peculiaridades, é interessante a equipe de cada serviço reunir-se para discuti-la e compreendê-la.

Ademais, destacaram que todas as quartas-feiras realizam estudo de caso de todos os pacientes, incluindo os prontuários das mulheres em situação de violência. Nesses momentos, de acordo com as narrativas, os profissionais reveem e estudam os projetos terapêuticos.

Como o CAPS, ele é um centro especializado em saúde mental, elas não chegam exatamente direto, aqui, pela questão da violência, mas elas chegam através de outros órgãos [...]. Quando a gente detecta, no primeiro caso, que vem pelos órgãos, a gente faz o acolhimento da dor dessa pessoa; então, ela passa, assim, por um acolhimento, com a equipe; ela vai para o acompanhamento psicológico, ela tem o suporte, o apoio, da assistente social [...]. Nesses casos que a gente identifica que é do próprio serviço [...] às vezes, está num sofrimento, a gente faz uma escuta, chama para acolhimento e identifica, aí ela vai também para psicólogo, para assistente social [...]. Quando a gente identifica a violação a mulheres, qualquer tipo de violação, isso também vale para a autolesão, pela forma provocada; a gente tem uma ficha, aqui, na Saúde que, compulsoriamente, a gente notifica; e essa notificação deve acontecer em toda a rede; independentemente de qualquer situação; de desejo, ou não, da paciente; automaticamente, nós somos obrigados a notificar, para que a gente possa ter um índice quantitativo de violência, no município. [...] qualquer profissional de saúde pode fazer a notificação. [...] essa ficha de notificação, porque ela é uma ficha extensa, ela tem algumas peculiaridades, que é interessante a equipe sentar, ver; mas ela é compulsória. [...] e todas as quartas-feiras, a gente faz um estudo de caso, também, de todos os nossos pacientes. [...] é uma equipe técnica, que tira a quarta-feira, à tarde, para estudar, para rever os projetos terapêuticos (P2 CAPS).

Sobre a ficha de notificação do SINAN, percebeu-se que os profissionais do CAPS, diferentemente dos profissionais da atenção básica, compreendiam o uso para os diversos tipos de violência, bem como a importância de a equipe multiprofissional discuti-la para tratar das peculiaridades. Além disso, as entrevistas demonstraram discussões periódicas sobre os estudos de casos dos pacientes e, nesse âmbito, embora a carência de comunicação entre os aparelhos da RAMSV tenha sido evidenciada, conforme destacado na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”, percebeu-se que algumas equipes da rede, como a do CAPS, estavam mais atentas para a necessidade de comunicação interprofissional dentro do próprio serviço.

Além da ficha de notificação do SINAN, durante a assistência, os profissionais do CAPS mencionaram a realização do acolhimento e o uso de prontuário para cada paciente. Esse registro inclui triagem investigativa que pode ser realizada por qualquer profissional do CAPS, por meio da qual se identifica conjuntamente com a mulher as necessidades dela, com objetivo de construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cuidado. Possivelmente, a assistência é compartilhada dentro do serviço entre assistente social e psicólogo, sendo que este faz a escuta qualificada e terapêutica. Esses profissionais, de acordo com os relatos, em algumas situações, colocam no PTS a necessidade de assistência do profissional psiquiatra.

Consoante aos entrevistados, o PTS pode incluir a necessidade de geração de renda, artesanato e outras possibilidades, inserindo a mulher em grupos fora do CAPS, onde seja escutada, como no Grupo de Fumantes, com quinze sessões, que ocorre em uma UBS do município pesquisado para reduzir índices de tabagismo. Os profissionais referiram, também, o uso de ficha de encaminhamento específica do serviço para relato do que é necessário que seja compartilhado com outros aparelhos. Sobre essa ficha, elucidaram que se trata de documento de encaminhamento para a RAMSV.

Então, o documento que a gente usa, enquanto serviço, é o acolhimento, é o prontuário, a gente utiliza um prontuário, uma triagem bem investigativa; e, dentro dessa triagem - qualquer profissional, aqui, pode estar fazendo essa triagem -, é, dentro da triagem, a gente vai construir um projeto terapêutico singular de cuidado dessa pessoa, dessa mulher, no caso. E, aí, a gente vai perceber, junto com ela, quais

são as necessidades dela. Possivelmente, a gente tem, sim, compartilhado com psicólogo, para fazer essa escuta qualificada, essa escuta terapêutica. Tem dividido sempre com a assistente social que faz parte desse contexto, também. Em alguns momentos, tem colocado, em algumas mulheres, dentro do prontuário, essa necessidade dentro do projeto terapêutico, essa necessidade da psiquiatra; e outras não, também. Pode estar incluindo no projeto terapêutico dela, também, geração de renda, o artesanato; e outras possibilidades, reinserindo também em grupos, fora do CAPS, onde a mulher seja escutada, e até [...] um Grupo de Fumantes para diminuir o índice de uso de cigarro, tabagismo, são 15 sessões que acontece na [...], daí, enviamos a paciente para lá (P2 CAPS).

O PTS no cuidado em saúde mental, articulado ao trabalho em rede e focado nas necessidades dos usuários, especialmente das mulheres em situação de violência, representa projeto de vida capaz de fortalecer vínculos e redirecioná-los em um reposicionamento de histórias de vida e sofrimento psíquico, ao propiciar atenção singularizada e acolhedora (RASCH *et al.*, 2015).

Nessa direção, as narrativas concordam com estudo, quanto à necessidade de serem desenvolvidas estratégias de intervenções com a intenção de melhor atender às demandas geradas por essas mulheres, sinalizando a importância de se garantir apoio social, sobretudo, a partir de encaminhamentos intersetoriais e da inserção em programa de geração de renda e emprego (PEREIRA-GOMES *et al.*, 2015).

Em continuidade à perspectiva dos encaminhamentos, os entrevistados afirmaram que a mulher é orientada a fazer o Boletim de Ocorrência (BO). Caso aceite, é acompanhada no carro do CAPS até a DEAM, ao tempo em que a psicóloga do CAPS entra em contato com a assistente social do serviço. Esta, por meio de ligação telefônica, contata a assistente social da Defensoria Pública, onde funciona o NMVVD.

No fluxo de atendimento, segundo os relatos, por sua vez, algum profissional da DEAM, após atendê-la, a acompanha no trajeto ao hospital geral, onde é realizado laudo pericial. Desta forma, acompanhando a mulher, os profissionais do CAPS acreditam que estão construindo uma rede protetiva e oferecendo uma trajetória de qualidade para ela.

Nesse sentido, os relatos dos profissionais do CAPS e da atenção básica estão alinhados, pois ambos os serviços realizam compartilhamento do caso e não apenas o encaminhamento da mulher. Os entrevistados do CAPS explicaram que compartilham o caso com outros serviços da RAMSV, porque

entendem que a mulher deve ser acompanhada nesse trajeto, uma vez que não é usuária apenas do CAPS, e sim de um sistema.

Posto isso, referiram articulação com a atenção básica e destacaram que realizam acompanhamento da mulher na delegacia, com compartilhamento do caso com a delegada, no CREAS, com compartilhamento dos direitos violados e, quando necessário, no Hospital Regional, para que seja feito algum exame solicitado pela delegacia.

Desse modo, os entrevistados do CAPS argumentaram que não ficam apenas no setor da Saúde. Em alguns momentos, é preciso acessar uma rede que é intersetorial, mas ocorre o acompanhamento e cuidado contínuo da paciente. Referiram que a mulher precisa desse suporte, para que não tenha medo, sinta-se acolhida, fortalecida e não desista da denúncia. Além de acompanhá-la na RAMSV, os profissionais do CAPS afirmaram que observam todo o processo na delegacia, registram no prontuário dela e reiteraram que consideram o modo de operar a rede, por meio apenas de encaminhamento, muito fragilizado.

A gente sugere que ela faça o Boletim de Ocorrência, a gente acompanha; muitas vezes, eu já ligo para a assistente social, a assistente social também, daqui, liga para a Defensoria Pública, que é onde ela já é conduzida, no próprio carro daqui, para a Delegacia, para fazer o B.O. Na delegacia, ela é conduzida, junto com alguém da equipe, para o Hospital Geral, para fazer a perícia, o laudo pericial. E, daí, a gente faz essa rede protetiva para que as coisas aconteçam, tendo uma qualidade para ela (P2 CAPS).

Mas, nós compartilhamos no CAPS, a gente não encaminha, a gente compartilha, porque nós entendemos que a usuária, ela é usuária de um sistema, ela não é usuária do CAPS, e sim do sistema. Então, é articulado com o território, na UBS; é, fazemos o acompanhamento dessa mulher na delegacia, compartilhamos o caso com o delegado; a delegada, no caso; é, compartilhamos com o CREAS, direito violado. E, quando necessário, também, fazemos acompanhamento no Hospital Geral, para que seja feito algum tipo de exame; os exames que são solicitados na delegacia. E, aí, o que é importante dizer mesmo, é que não é encaminhamento; e sim, compartilhamento. Nós não deixamos essa mulher desassistida [...] e, aí, nós fazemos esse acompanhamento, principalmente, por isso; também, por isso, para que ela se sinta acolhida e não tenha medo, fortalecendo-a (P7 CAPS).

[...] a gente, aqui, da Saúde Mental, não fica só no setor da Saúde, tem hora que você tem que acessar uma rede que é intersetorial, que é um outro setor, mas a gente faz é o acompanhamento, o cuidado contínuo, a gente acompanha a paciente, acompanha ela, porque ela precisa; se ela for sozinha, ela pode desistir; ela tem que ter suporte. Então, o que a gente faz é levá-la, leva o prontuário dela, tem uma conversa, a equipe acompanha todo o processo na delegacia, acompanha o

processo. Isso é registrado no prontuário. Então, a gente não trabalha, assim, com encaminhamento, a paciente vai, leva o encaminhamento para a delegacia, leva o encaminhamento para o hospital; a gente acha um modo de operar muito fragilizado; então, a gente a acompanha, pessoalmente, a equipe (P2 CAPS).

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que interconecta, que comunica, que vincula, por meio de ligação, de nós e que, por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja da mulher em situação de violência, da família ou comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção. O matriciamento já é um exercício da rede em que a equipe ESF, junto ao CAPS e/ou ao NASF, constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede necessário para aquela mulher e respectiva família. Nesta perspectiva, tem-se a rede intersetorial, em que outras instituições entram no projeto terapêutico dentro de um conceito mais amplo de saúde, posto que envolve outros setores que não são específicos da saúde, como o da justiça (CHIAVERINI, 2011).

Com isso, observa-se que as usuárias em questão necessitam de muitos cuidados e, consoante aos relatos, não podem ser simplesmente encaminhadas para outras redes de atenção sem acompanhamento e, principalmente, sem a garantia que retornem para a continuidade de cuidados no serviço de referência (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

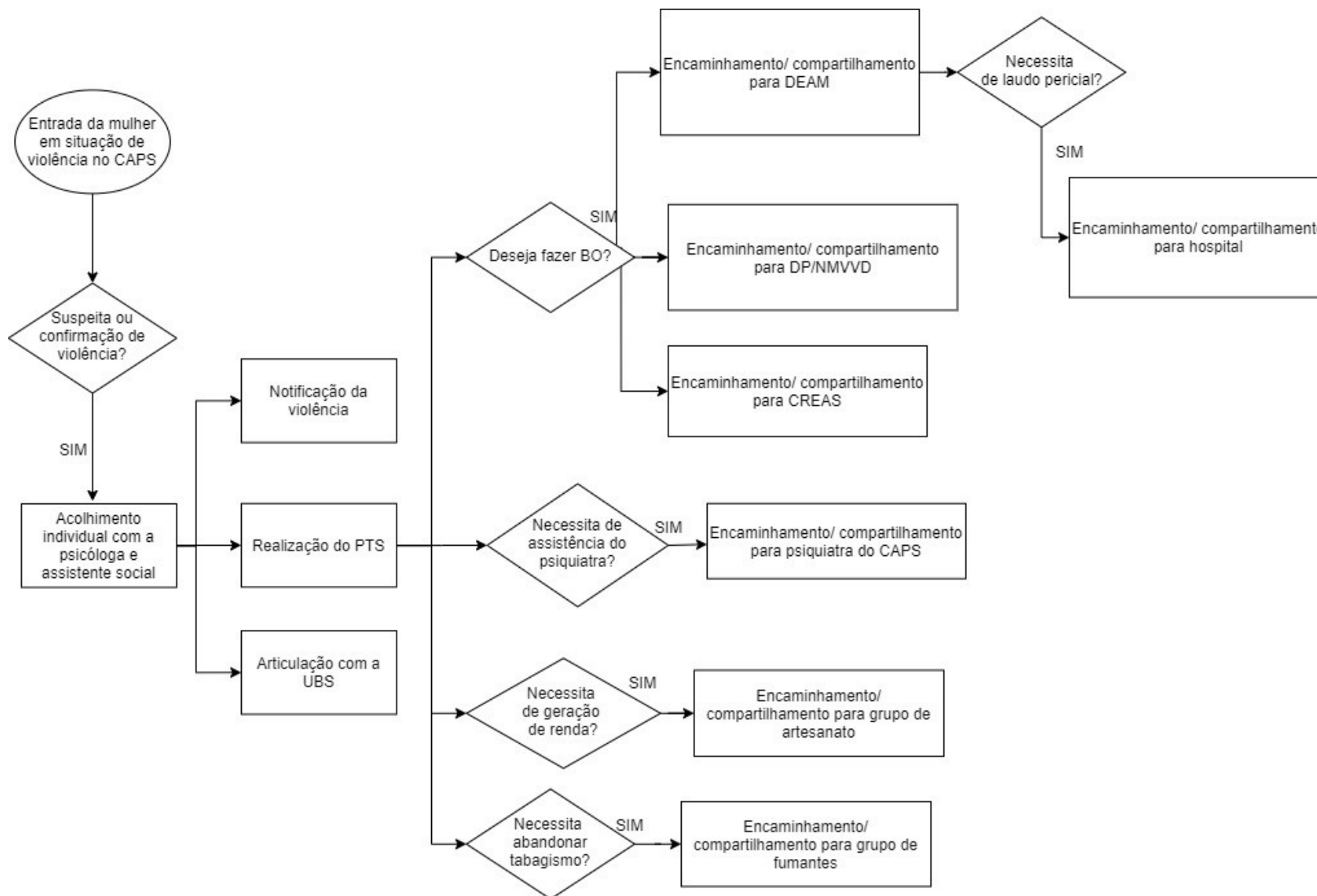
Problematiza-se que prevalece, em muitas localidades do Brasil, um modelo hegemônico, em que equipes ESF encaminham a mulher para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta ou internação dessa usuária. Desta forma, a pessoa com sofrimento psíquico é encaminhada e não é sentida pelos profissionais da ESF como de responsabilidade destes, apesar de estar no território, na comunidade (CHIAVERINI, 2011).

Nessa direção, revisão integrativa da literatura, que objetivou analisar as características de PTS utilizados na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção à saúde mental confirma divergência entre o preconizado pelo Ministério da Saúde para elaboração de um PTS e como realmente é executada essa ferramenta de cuidado, destacando-se a pouca participação e corresponsabilidade de equipe/usuário na elaboração dos projetos, o excesso de encaminhamentos desnecessários para serviços especializados de saúde

mental, a fragmentação do saber dentro da equipe multidisciplinar e a dificuldade em compartilhar e discutir informações acerca dos casos. Assim, aponta a necessidade de adequar a elaboração do PTS e as respectivas etapas às necessidades de cada indivíduo (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Conforme o cenário apresentado, os profissionais do CAPS relataram o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência, representado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no CAPS, a partir dos relatos de profissionais do CAPS



Fonte: Autora (2020)

Outro aparelho que integra a RAMSV do município pesquisado é o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), cujo funcionamento ocorre dentro de um hospital da referida cidade que, consoante os entrevistados, é acionado para realização de exame de corpo de delito em casos de violência sexual. Realça-se que foi implantado como Serviço de Apoio à Mulher Vítima de Violência Sexual (SAMVVIS) e deixou de oferecer atendimento exclusivo a essas usuárias, passando a abranger qualquer pessoa que tenha sofrido violência sexual e busque assistência hospitalar. Desta forma, segundo Brasil (2011a), esse aparelho deixou de se apresentar como serviço especializado da RAMSV.

Quanto à equipe profissional desse aparelho, segundo os relatos, embora algumas vezes haja a colaboração dos profissionais psicólogo e assistente social, como estes não são exclusivos do SAVVIS e, portanto, nem sempre estão disponíveis para as demandas desse serviço, os profissionais efetivamente responsáveis pelo atendimento da mulher em situação de violência são: uma médica e uma enfermeira (coordenadora do serviço).

[...] Eu [médica perita] e tem enfermeira, que é coordenadora do serviço, essas duas profissionais. [...] o serviço é basicamente o de corpo de delito (P4 SAVVIS).

Algumas vezes, a gente solicita o parecer de um psicólogo, quando é algum adolescente [...]. E o Serviço Social, às vezes, também, dá uma mãozinha, principalmente, quando eu não posso estar. [...]. Mas, cotidianamente, atualmente, é só enfermeira e a perita [...]. [Assistente social e psicóloga] fazem parte do Hospital. Só não fazem parte, exclusivamente, do SAMVVIS [...]. Só que têm alguns psicólogos que também não moram no município, e vêm só para o plantão; aí tem que, também, dar atenção a todo o hospital; e, às vezes, no momento que a gente está em atendimento, elas estão, não podem fazer a escuta; algumas vezes, sim; outras vezes, não (P5 SAVVIS).

De acordo com a Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, no âmbito do SUS, os serviços envolvidos na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sexual sobre a saúde física e psicológica, além do abortamento legal, se for solicitado pela mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente.

Para isso, esses serviços precisam contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, essencialmente constituída por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) em enfermagem, assistente social e psicólogo(a), podendo, ainda, ter outros profissionais, como farmacêutico(a) (BRASIL, 2015b). Neste sentido, percebeu-se o problema do número insuficiente de profissionais no SAVVIS da rede estudada, conforme discutido na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”.

No que diz respeito às possibilidades de acesso ao SAVVIS, as narrativas mostraram que a mulher em situação de violência sexual pode chegar diretamente ao hospital, sem ter feito o BO, sendo que esta é uma circunstância problemática na percepção dos profissionais. Outra forma de acesso, ainda segundo os relatos, é quando a mulher procura, inicialmente, a delegacia e, após fazer registro de BO, é encaminhada ao serviço social do hospital, que confere o pedido do laudo pericial e a conduz ao SAVVIS.

Nos casos em que a mulher fez o BO, segundo as falas, ela chega ao SAVVIS com formulário/questionário, no qual a médica perita registra o histórico dos fatos, por exemplo, como e quando ocorreu a violência, além de responder a algumas perguntas, geralmente padronizadas pela Secretaria de Segurança, realizadas pelo plantonista da delegacia. Realçaram que ao fazer o histórico dos fatos, a médica perita utiliza, nos registros, as mesmas palavras da vítima, para que as interpretações fiquem a cargo das autoridades responsáveis.

Os profissionais do SAVVIS destacaram ainda que se estiverem ausentes no momento da chegada da mulher, ela fica esperando dentro do setor do Serviço Social, que por meio de ligação telefônica, comunica a ocorrência à coordenadora do SAVVIS. Esta, por sua vez, dirige-se ao hospital e, após abrir a sala do serviço, a mulher permanece o tempo todo nesse local, saindo apenas para realização de exames em outro setor.

[...] elas chegam, depois que ela faz o BO. Posso falar que é um problema o BO? A maioria vem sem BO, inclusive, é uma luta que a gente tem para conseguir isso. A gente já tem esse problema aqui (P4 SAVVIS).

[...] mulheres adultas, muitas delas, elas vão procurar o serviço da delegacia, e lá, elas são orientadas a virem para cá. [...] ela vem pelo Serviço Social, aí ela entrega o pedido do exame; as meninas orientam, e ela vem para cá [...] se por acaso for um horário que a gente [médica perita e coordenadora] não esteja aqui, elas ficam aguardando dentro

do Serviço Social, elas ligam para mim [coordenadora], aí eu venho, abro a sala [do SAVVIS], e ela fica aqui dentro, ela só sai daqui na hora de ir embora, ou na hora de coletar exame, que levam ela no laboratório (P5 SAVVIS).

[...] A vítima, a perícia, ela apresenta o BO, tem um questionário que é mandado pela delegacia; onde esse questionário, eu [médica perita] faço, escrevo o histórico, o fato como ocorreu, quando ocorreu; e algumas perguntas que o delegado faz para o perito responder. E, realmente, essas perguntas são padronizadas pela Secretaria de Segurança, já não varia muito, assim, de um formulário para outro (P4 SAVVIS).

As duas situações elencadas nas narrativas: a primeira, quando a mulher procura inicialmente o sistema de segurança pública; e a segunda, quando busca, ao início, o sistema de saúde, estão previstas na Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (BRASIL, 2015b).

Na primeira circunstância, a referida norma estabelece que, se não for situação de urgência e emergência, o sistema de segurança deve registrar todas as informações da ocorrência e, posteriormente, encaminhar a mulher aos órgãos de medicina legal para realização da perícia que, no caso do município da pesquisa, trata-se do SAVVIS. Por sua vez, este deve caracterizar o tipo de lesão encontrada e coletar os vestígios que podem auxiliar na identificação da autoria e materialização do crime. Nesse ponto, verifica-se inadequação à referida norma, pois, conforme mencionado na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”, o SAVVIS da rede pesquisada não realizava a coleta de vestígios. Em seguida, a pessoa deve ser encaminhada a outros serviços para os demais cuidados pertinentes (BRASIL, 2015b).

Na segunda situação, quando a mulher busca primeiro o SAVVIS (não realizou o BO), destaca-se que os profissionais descreveram essa situação como problemática, cujas condutas não foram descritas. Nesses casos, a norma supracitada prevê várias possibilidades de fluxo, dependendo da conformação da rede e das pactuações formais locais entre sistema de justiça, segurança e saúde, devendo ser uma situação previsível e esperada pela equipe de saúde (BRASIL, 2015b).

Nessa direção, a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes ressalta que o

BO registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. Já o laudo do Instituto Médico Legal (IML) é elaborado para fazer prova criminal. Posto isto, a exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal (BRASIL, 2012b).

Esclarece-se, ainda, que a mulher pode não desejar registrar o BO e a vontade dela deve ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos. Entretanto, em todos os casos, a equipe de saúde deve orientar sobre a importância de a mulher realizar este procedimento, pois se trata de um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do agressor (BRASIL, 2015b).

Dentre as condutas desse serviço, há também relatos da notificação compulsória da violência, por meio da Ficha de Notificação do SINAN que, posteriormente, é arquivada pelo Setor de Vigilância Epidemiológica. Além disso, é realizado preenchimento do prontuário da paciente e de documento específico do setor, elaborado pelos profissionais, para arquivamento privativo do SAVVIS.

Esse último contém informações sobre cada caso, como dados da paciente, nomes dos pais, número de telefone, número do cartão do SUS, além da transcrição feita pela médica perita do que registrou no laudo pericial. Os entrevistados expressaram ainda que, após a alta hospitalar, por meio desse prontuário, possuem acesso rápido às informações das pacientes, caso necessitem contatá-las, servindo como respaldo para os profissionais.

Quanto às prescrições medicamentosas, segundo os entrevistados, estão disponíveis no SAVVIS: medicamentos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), antirretrovirais e pílula do dia seguinte. Além disso, os participantes explicaram que a primeira coleta de sangue ocorre nesse setor, sendo para diagnóstico de hepatite B e HIV. Para a segunda coleta, a mulher é encaminhada ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), sendo a data agendada para 60 dias após a primeira. Os exames são repetidos em função da janela imunológica, e o CTA, após obter os resultados da segunda coleta, envia-os ao SAVVIS, para arquivamento neste setor.

Os participantes relataram que, até o momento, não houve resultados positivos para sorologia de HIV, mas, caso ocorra, a conduta será encaminhamento do paciente ao CTA, uma vez que, nesses casos, os

antirretrovirais profiláticos, mesmo que sejam administrados, não terão efeito. Sobre isso, os entrevistados declararam que o SAVVIS disponibiliza somente exames básicos e que não adianta iniciar esse tipo de atendimento, se não há profissionais para dar continuidade ao acompanhamento.

Em relação ao CTA, as falas mostraram que além de complementar a realização dos exames, esse serviço conta com profissionais psicólogo e médico, em tempo integral, os quais atuam na realização da dieta do paciente, dosagem de medicação e orientam sobre os dias de retorno ao serviço, sendo que durante os primeiros seis meses, em casos de HIV positivo, os retornos para acompanhamento da carga viral são mensais.

[...] aqui, é um [documento] que a gente criou, para que a gente fizesse o nosso relatório individual, para que ficasse arquivado com a gente; [...] e um prontuário desse paciente que não sai do serviço; esse prontuário não é aquele prontuário que vai arquivado no SAME [Serviço de Arquivo Médico e Estatística], é um prontuário interno, que fica só com a gente do SAVVIS; caso a gente precise contatar essa pessoa no futuro, aí a gente tem todos os dados dela, aqui. E fora, que não está aqui, temos também a ficha de notificação, que a gente entrega para o Setor de Vigilância Epidemiológica, que é a ficha de violência. A gente preenche esse prontuáriozinho interno, que fica aqui, com todos os dados dele, nome de pai, nome de mãe, número de telefone, cartão do SUS; a gente preenche tudo. Caso a gente precise, novamente, entrar em contato com esse paciente, a gente tenha todos esses dados. A notificação compulsória vai para lá, e essa aqui fica com a gente, para que a gente tenha esse respaldo de todos os dados ouvidos da boca da vítima [...]. Fora isso aqui, quando a doutora prescreve medicações; é, no caso, a gente tem aqui as medicações para DST, os antirretrovirais e a pílula do dia seguinte. Quando ela prescreve, a doutora orienta como é que tem que ser tomado. E, aí, quando a gente faz a primeira coleta de sangue aqui, da hepatite, HIV; a gente tem que fazer novamente uma coleta, com 60 dias depois. Então, a gente, a doutora faz o encaminhamentozinho para o CTA; aí, isso, a gente orienta, a gente coloca no calendário, 60 dias depois, anota no pedido do exame, a data que ele tem que voltar no CTA, para ele repetir o exame, pela janela imunológica. Quando ele repete lá, o exame, o CTA devolve para mim, o resultado; se o resultado deu positivo ou deu negativo, para a gente arquivar. Quando dá... todos, até agora, nenhum deu positivo, ninguém me falou que deu positivo (P5 SAVVIS).

Esses [medicamentos antirretrovirais], depois de muito tempo, é ineficaz, mesmo que você faça. [...] Quer dizer, se fosse para o resultado dar positivo, já não ia passar por mim. [...] Encaminhamos para o CTA (P4 SAVVIS).

Aí eles [profissionais do CTA] fazem outros testes, que a gente faz aqui os testes básicos; lá, eles complementam, fazem outros testes. Aí lá, no CTA, eles têm psicólogo, o tempo todo; aí, tem médico, o tempo todo; aí, eles fazem direitinho a dieta, a dosagem da medicação, avisa os retornos; parece, que, nos primeiros seis meses, se eu não me engano, os exames são mensais, para acompanhar a carga viral - o

caso do HIV -, para acompanhar se o tratamento está sendo eficaz; eles ficam acompanhando lá, o tempo todo. [...] Porque não adianta a gente começar a fazer aqui, se aqui não vai ter um acompanhamento. A gente encaminha para lá, e o acompanhamento fica por lá (P5 SAVVIS).

A assistência nos serviços especializados em violência sexual deve garantir, além do laudo pericial, acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h, por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, além de seguimento ambulatorial (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015b).

Nos casos em que não foi possível a contracepção de emergência e houve confirmação de gravidez, segundo os relatos, a mulher é encaminhada para a UBS para dar início às consultas de pré-natal. Os entrevistados esclareceram que a maioria das ocorrências não são de gravidez recente e, geralmente, são consequência de atos de violência recorrentes.

Sobre a conduta de abortamento, os profissionais do SAVVIS explicaram que houve uma situação em que uma mãe almejou o procedimento para a filha, vítima de estupro em uma festa. A mãe descobriu a gravidez da filha somente alguns meses após o ocorrido e procurou um perito de lesão corporal do hospital. Durante o atendimento, esse profissional encaminhou o caso para a coordenadora do SAVVIS. Por sua vez, ela compartilhou a situação com a médica perita do setor, a qual esclareceu que o abortamento somente poderia ser realizado no início da gravidez, pois poderia colocar a genitora em risco de morte.

Além disso, segundo os entrevistados, a gestante teria que passar por uma junta médica, o que, na percepção deles, é muito complicado. Relataram que, muitas vezes, se passou tanto tempo em relação à violência ocorrida, que não é possível fazer o abortamento. Argumentaram ainda que, desde o tempo em que a médica perita começou a trabalhar nesse serviço, nunca houve realização de abortamento no SAVVIS.

Os entrevistados relataram que mesmo com parecer favorável da justiça para realização desse procedimento, os médicos possuem a opção de aceitar ou recusar. Neste sentido, apontaram que muitos médicos se negam a fazê-lo,

sendo uma condição pessoal, posto que consideram tratar-se de um procedimento no qual se está matando um ser.

[...] quando a gente faz o teste de gravidez, que dá positivo, aí a doutora já encaminha para o posto, para dar continuidade ao pré-natal (P5 SAVVIS).

[...] um teste de gravidez dando positivo, logo em seguida... a maioria dos casos, aqui, não são casos recentes, de uma semana (P4 SAVVIS).

[...] são casos que já vem acontecendo. Nós tivemos um caso aqui, da mãe que queria realizar o aborto na filha. Ela foi estuprada numa festa aí que teve na cidade, aqui; e, aí, uns meses de... descobriu que ela estava grávida, e a mãe entrou em contato com outro perito, um perito de lesão corporal, querendo que ele realizasse o aborto; ele disse: "Não, não é assim". Aí, passou para mim, eu até conversei com a doutora sobre a questão do aborto (P5 SAVVIS).

É, a questão do aborto tem que ser bem precoce. Entendeu? Porque bota a vida da mãe em risco. E outra, tem que passar por uma junta médica. É muito complicado [...]. Muitas vezes, passou tanto tempo, que não dá mais para fazer. Então, na verdade, assim, o tempo que eu passei, não teve caso de aborto (P4 SAVVIS).

E, têm alguns médicos que eles têm que aceitar realizar o aborto, mesmo que a justiça dê o aval, não é todo médico que aceita, porque é uma condição pessoal. Você está matando um ser. Então, têm médicos que se negam. Eles podem se negar, se eles quiserem (P5 SAVVIS).

Estudo realizado em hospital da rede pública de Fortaleza-CE, demonstrou que a maioria das mulheres que tiveram como consequência da violência a gravidez, ao serem informadas sobre seus direitos, optaram pelo abortamento (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017).

Reflete-se que de acordo com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, em casos de gravidez, suspeita ou confirmada, os profissionais devem considerar a demanda da mulher ou da adolescente, identificando se manifesta desejo ou não de interromper a gravidez. A despeito disso, é dever do Estado e dos gestores de saúde manter, nos serviços públicos especializados no atendimento a mulheres vítimas de estupro, profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer a responsabilização pessoal e/ou institucional (BRASIL, 2012b).

Em relação aos encaminhamentos, após atendimento no SAVVIS, condiz com os relatos que a mulher é orientada a retornar à delegacia, onde deverá entregar o resultado do exame de corpo de delito. As falas mostraram ainda que se a mulher precisar de acompanhamento ambulatorial especializado, como o SAVVIS não dispõe, é realizado encaminhamento para ESF e NASF e, nos casos em que a mulher apresenta problemas mentais, para o CAPS.

[...] depois que ela passa por aqui, ela retorna, com esse questionário, com a perícia feita, para a delegacia. Então, ela teria que ter um acompanhamento ambulatorial especializado; [...] aqui, nós não dispomos; então, a gente encaminha para o município de origem dela, para ela fazer o acompanhamento através de PSF e de NASF (P4 SAVVIS).

A gente, primeiro, que a gente entrega esse resultado, desse laudo, para ela devolver para a delegacia, como resposta, para o delegado; [...] quando é, que aparece de vez em quando, também, mulheres e adolescentes, com problema mental, a gente encaminha para o CAPS (P5 SAVVIS).

A articulação e a organização do fluxo de atendimento, bem como o conhecimento dos serviços que existem no município para realizar os encaminhamentos, possibilitam aos profissionais clareza e melhor direcionamento do que fazer nas situações de violência sexual, podendo evitar o sofrimento e a exposição da mulher a outras violências, especialmente a institucional (TRENTIN *et al.*, 2020). Assim, ressalta-se que coexistem no Brasil diferentes fluxos de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, mas todos devem evitar a revitimização (BRASIL, 2015b).

Sobre isso, problematiza-se que houve menção, nos relatos dos profissionais do SAVVIS, sobre um protocolo de atendimento, conforme relato a seguir:

Quando eu assumi aqui, eu comecei a ler alguns manuais, que eu não conhecia o serviço; e a gente acabou montando... eu montei um protocolo, de acordo com os manuais do Ministério da Saúde. [...] a gente tem um protocolo de atendimento à mulher; e, aí, eu montei, de acordo com a nossa realidade [...] a ideia de fazer essa ficha, aqui, de evolução, é evitar a revitimização da vítima. [...] como, inicialmente, a gente tinha mais a atenção do psicólogo e do serviço social, o que era que acontecia? Às vezes, antes da doutora chegar, a gente chamava a psicóloga, a psicóloga conversava com a vítima, anotava aqui; ou então, a doutora, primeiro, anotava. Para evitar perguntar tudo de novo, o profissional anterior lia o que ela já tinha falado, e focava naquilo que chamasse mais a atenção; para evitar que a pessoa contasse [...] a

mesma história para o psicólogo, contar a mesma história para a enfermeira, contar a mesma história para o médico (P5 SAVVIS).

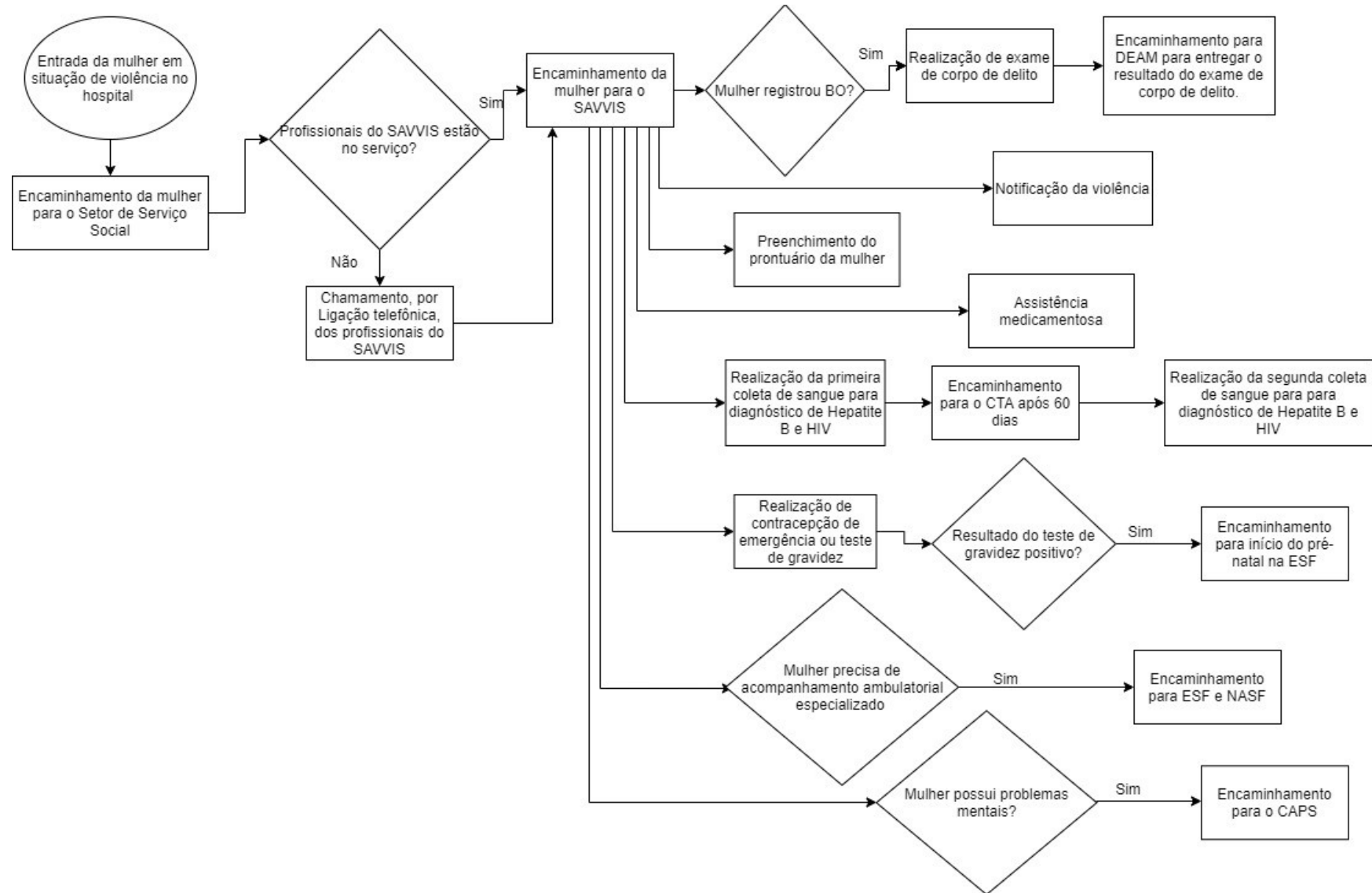
Percebe-se que a ideia do protocolo de atendimento está relacionada ao compartilhamento dos dados apenas internamente e conforme evidenciado na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”, não havia comunicação efetiva entre os aparelhos. Nesse caso, os profissionais perdiam a continuidade da assistência e a mulher ficava sujeita à mesma problemática de ter que repetir a história nos diversos serviços.

Em vista disso, para evitar que a usuária tenha que ir repetidas vezes ao serviço de saúde, o fluxograma deve ser criado, de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento. Além da equipe propor formas de registro unificado que reúna as observações específicas de todos os profissionais envolvidos, é preciso também fortalecer a rede de proteção contra a violência, por meio de ações intersetoriais, evitando que as pessoas em situação de violência fiquem expostas durante o processo de atendimento nas diferentes instituições. Isso inclui um sistema eficaz de referência e contrarreferência que deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando-os, por meio de informações sobre as necessidades e demandas do caso (BRASIL, 2012b).

Face ao tipo de violência registrado, o SAVVIS deve realizar encaminhamento aos órgãos competentes, Delegacia de Polícia ou DEAM, responsáveis pela requisição de perícia pelo Instituto Médico Legal. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao direito e à importância de guardar cópia do BO. Se existe motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos, como Defensoria Pública. Em cada caso, além do fluxo assistencial estabelecido, deve-se traçar um PTS, de acordo com as necessidades de cada situação. No caso de gravidez decorrente de situação de violência sexual, destaca-se que a mulher deve receber assistência psicossocial adequada, seja na opção por interromper ou prosseguir com a gestação (BRASIL, 2012b).

Conforme as narrativas, no âmbito do SAVVIS, os profissionais descreveram o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência, representado na Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no SAVVIS, a partir dos relatos de profissionais do SAVVIS



Fonte: Autora (2020)

Outro serviço que compõe a RAMSV do município pesquisado é a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) que, segundo os relatos, conta com o trabalho de escritã, agentes de polícia e corpo de estagiários. Os entrevistados mencionaram que a escritã, normalmente, conduz inquéritos policiais, faz oitivas e dá andamento aos casos de urgência, enquanto os agentes de polícia são responsáveis pela intimação judicial e investigação dos casos. Sobre a atuação do corpo de estagiários, ele faz, principalmente, registros de BO. As narrativas demonstraram ainda que, geralmente, os funcionários que trabalham na DEAM são mulheres, visando resguardar a intimidade da vítima, para que ela se sinta acolhida e confiante para detalhar a situação de violência sofrida.

Numa delegacia, nós temos escritão, a escritã, que normalmente faz a condução do inquérito policial, faz oitivas, organiza o inquérito e dá andamento, também, às urgências. Nós temos os Agentes de Polícia, que trabalham na parte de investigação, na parte da intimação. [...] Temos, também, um corpo de estagiários, que atua, principalmente, nessa área, fazendo registro de Boletins de Ocorrência. [...] Então, o atendimento dela, a gente procura fazer de uma forma para resguardar, o máximo possível, a intimidade dela, para que ela consiga se sentir mais confiante em repassar de uma forma mais detalhada, toda a situação de violência sofrida, e se sentindo mais acolhida. Então, normalmente, todos os funcionários que trabalham na Delegacia da Mulher, são mulheres (P11 DEAM).

De acordo com a Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres, todo ato de violência cometido contra a mulher, conforme definido na Lei 11.340/2006, que configure crime ou contravenção penal deve, prioritariamente e respeitando-se as áreas circunscritas de atuação, ser de atribuição de investigação e apuração das DEAM. Dentre os atos violentos, estão os crimes contra a vida, a liberdade pessoal, a liberdade sexual e a honra (BRASIL, 2010).

Em virtude da complexidade das situações atendidas nesses serviços, estes devem contar com profissionais capacitados e em número suficiente para prestar atendimento de qualidade aos usuários, realizando acompanhamento individualizado de cada caso, sendo sugerido, pela norma supracitada, para uma DEAM: um (a) delegada(o), 21 agentes, dois apoios e um de serviços gerais (BRASIL, 2010).

Além disso, as narrativas convergem com a Lei nº 13.505/2017, que acrescenta dispositivos à Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), para dispor sobre o direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino (BRASIL, 2006).

De acordo com os relatos, a mulher chega à DEAM do município estudado, geralmente, por meio de encaminhamento de outros aparelhos (hospital, Defensoria Pública, UBS, CREAS, CRAS). Os entrevistados explicaram que há uma Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica e que, normalmente, está interligada, de modo que, após a entrada da mulher por qualquer um dos serviços, sempre que houver necessidade de atendimento jurídico, de proteção, ou qualquer outro atendimento, no âmbito policial, haverá encaminhamento para a Delegacia de Polícia.

Sobre as condutas tomadas na DEAM, os relatos mostraram que elas dependem da avaliação da situação concreta de cada caso de violência contra a mulher. Por exemplo, nas situações em que ela chega por meio de encaminhamento de outros serviços, requer apenas medida protetiva de urgência e não possui outros pontos de vulnerabilidade, o atendimento encerra na DEAM, ou seja, não há necessidade de encaminhamentos.

Quanto ao fluxo de atendimento que se inicia na DEAM, segundo os relatos, a mulher tem acesso ao serviço se dirigindo diretamente a ele, ou por meio de denúncia realizada pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 ou Disque 100, que pode ser feita por ela ou por outra pessoa. Os entrevistados explicaram que o Disque 100 se trata de uma Central do Ministério dos Direitos Humanos que recebe as ligações e repassa para as delegacias, sendo o recebimento da denúncia praticamente instantâneo. De acordo com os relatos, a partir do momento em que a DEAM do município pesquisado recebe a denúncia, os profissionais apuram e averiguam os fatos, avaliam se a situação de violência procede e buscam intimar o agressor no endereço fornecido.

Segundo os profissionais, a mulher busca a DEAM para solicitar os serviços de registro de BO e/ou adquirir medidas protetivas de urgência. Desse modo, conforme os relatos, esta acessa esse serviço para obter atendimento especializado voltado à mulher em situação de violência doméstica. Eles contextualizam que conforme o tipo de violência, moral ou psicológica, é

necessário que a mulher represente, ou seja, relate se quer ou não processar o autor da violência, sendo este um direito dela.

Além disso, de acordo com os entrevistados, é feito na DEAM o trabalho de inquérito policial que já é o processamento, ou seja, início das investigações criminais. Esse documento culmina em ação penal para tramitar perante a Justiça, com finalidade de condenação ou não do autor da violência.

Além disso, nós também recebemos vítimas encaminhadas pelo hospital; também, pela Defensoria Pública [...]. E, também, pelos postos de saúde; as mulheres também são encaminhadas pelo CREAS, pelo CRAS. Então, hoje em dia, há uma Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica; normalmente, ela está interligada. E quando há a entrada da mulher, por qualquer uma dessas portas, dessa Rede, seja pelo hospital, pelo CREAS, pelo CRAS; há o encaminhamento para a Delegacia de Polícia, quando há necessidade desse atendimento jurídico, dessa proteção. [...] Bom, tudo vai depender da situação concreta. Muitas vezes, a mulher, o atendimento dela, muitas vezes, se finda na delegacia. Por exemplo, no caso, em que ela requer apenas uma medida protetiva de urgência, não tem outros pontos de vulnerabilidade, o atendimento se encerra na delegacia. [...] Sim, recebemos denúncias pelo Disque 100, pelo Disque 180. É, praticamente, que instantâneo o recebimento dessas denúncias. A mulher, ela denuncia no Disque 180, é uma Central do Ministério dos Direitos Humanos, que ele recebe essas denúncias, e ele repassa para as delegacias. Então, a gente recebe quase que instantaneamente essas denúncias; e, a partir do momento que a gente recebe, a gente já tenta apurar, averiguar, intimar e a... intimar até o endereço, verificar se essa violência, ela realmente procede. A Delegacia da Mulher, normalmente, as pessoas, as vítimas, vêm, muitas vezes, fazer o Boletim de Ocorrência, em razão de alguma violência sofrida; ou, até mesmo, em razão da necessidade da realização de uma medida protetiva de urgência [...]. Então, ela já procura a delegacia, já no sentido de fazer o Boletim de Ocorrência, e ter acesso a esse atendimento mais especializado, voltado à mulher em situação de violência doméstica. Bom, além do Boletim de Ocorrência, que dependendo da situação da mulher, se ela quiser só a medida protetiva de urgência; então, é o Boletim de Ocorrência, a medida de protetiva de urgência. Ela vai dizer, se, dependendo do tipo de violência praticada, se for uma violência moral, se for uma violência psicológica; normalmente, o crime de injúria, de ameaça, é necessário que a mulher represente, que ela diga se quer, ou não, processar; é um direito que ela tem [...]. E, aí, nós temos, também, o inquérito policial, que o inquérito policial já é o processamento, o início das investigações criminais que vão culminar numa ação penal, que vai tramitar perante a Justiça, para condenação, ou não, desse marido agressor; marido, companheiro, irmão, pai, o agressor. Então, hoje, na delegacia, o Boletim de Ocorrência, medida protetiva de urgência e inquérito policial (P11 DEAM).

Segundo o Mapa da Violência Contra a Mulher realizado em 2018, a mulher em situação de violência ou qualquer pessoa que saiba de um episódio de agressão pode denunciar à polícia, através do telefone 190, por meio do

Disque 180, Disque 100 ou procurar uma delegacia imediatamente. O registro da ocorrência é um dos principais instrumentos de defesa da mulher e pode ser feito em uma Delegacia da Mulher ou, se não houver uma, na Delegacia de Polícia. Nenhuma autoridade policial pode se recusar a registrar o BO (BRASIL, 2018b).

Na DEAM, cabe à autoridade policial ouvir a ofendida, lavrar o boletim de ocorrência e tomar a representação a termo, se apresentada. Apenas, a partir da representação, é instaurado o inquérito policial para apuração da ocorrência. Após o registro da ocorrência, a autoridade policial deverá remeter, no prazo de 48 horas, eventual pedido da ofendida para concessão de medidas protetivas. Cabe ao juiz, também no prazo de 48 horas, decidir acerca da concessão das medidas solicitadas ou pela determinação de outras que julgar pertinentes (BRASIL, 2006).

Após a investigação, decidindo a autoridade policial sobre o indiciamento do autor da agressão, o inquérito policial é encaminhado ao Poder Judiciário, em que poderá ensejar, nos casos de promoção da denúncia pelo Ministério Público, a instauração de um processo de conhecimento criminal (BRASIL, 2018c).

Nas circunstâncias em que a DEAM é a porta de entrada da RAMSV, os profissionais argumentaram que se a mulher precisar de atendimento médico, como em casos de estupro ou outros tipos de lesão corporal, ela será encaminhada para o hospital. Nesse caso, segundo os relatos, é feito o encaminhamento para o setor de Assistência Social e, quando se trata de atendimento da mulher em situação de violência doméstica, principalmente relacionada ao crime contra a dignidade sexual, ela é orientada sobre o setor do SAVVIS. Os entrevistados explicaram que esses direcionamentos ocorrem para que a mulher, ao chegar no hospital, não seja atendida por um médico (homem), uma vez que este poderá não entender as particularidades da situação.

Caso a mulher precise solicitar divórcio que, geralmente, envolve divisão de bens, guarda dos filhos e pensão alimentícia, as falas mostraram que ela será encaminhada para Defensoria Pública. Segundo os relatos, os profissionais da DEAM informam os horários de atendimento, a localização e o nome do profissional desse serviço que irá atendê-la.

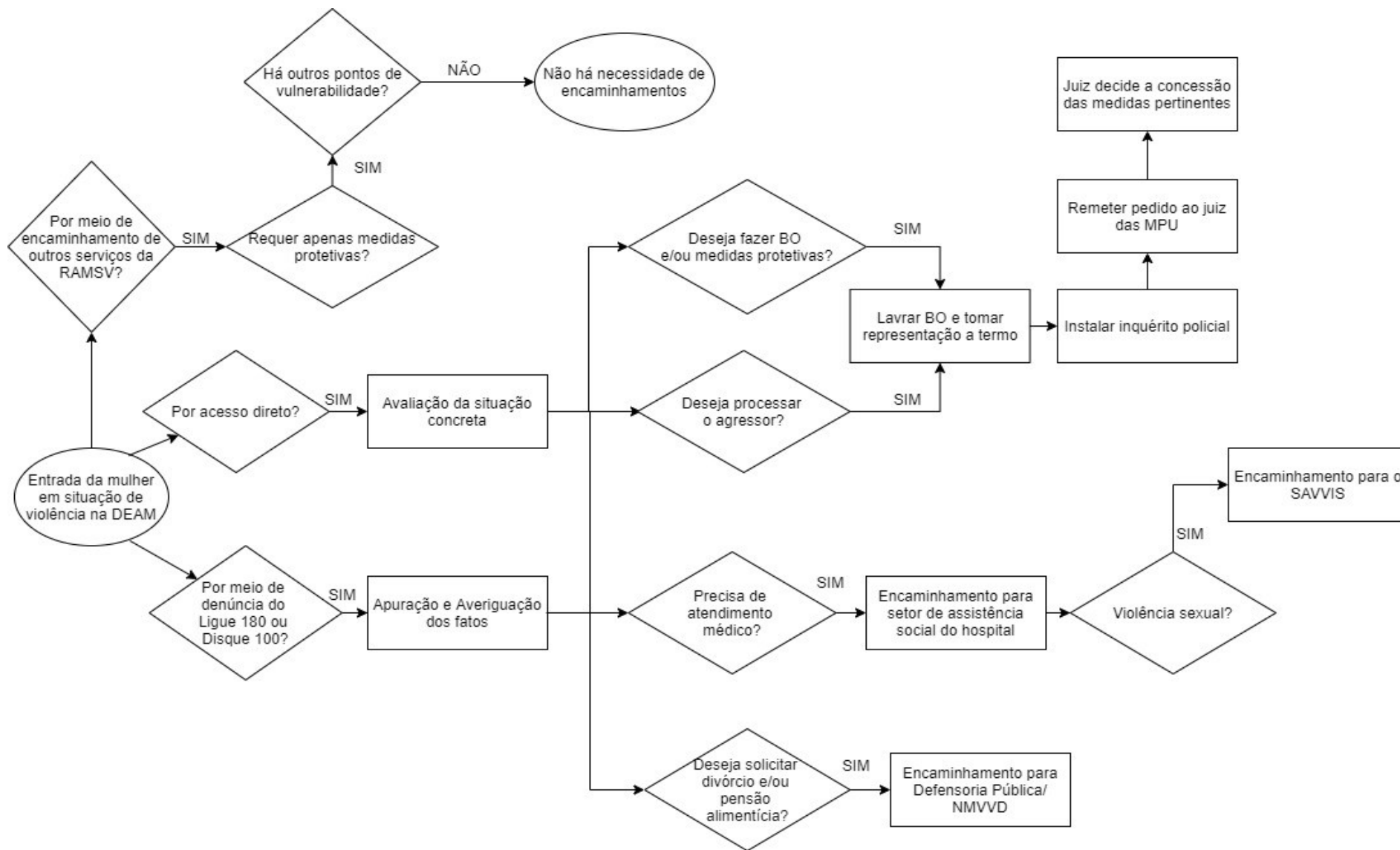
No entanto, quando, muitas vezes, a mulher, ela precisa de um atendimento médico, ela foi vítima de estupro; ou então, ela foi lesionada; nós fazemos o encaminhamento ao hospital; e, no hospital, ela recebe atendimento médico. Nós já encaminhamos diretamente com encaminhamento para a assistente social. Ou então, muitas vezes, nós encaminhamos para a Defensoria Pública, tendo em vista que ela quer fazer a divisão de bens, ela quer um divórcio, ou ela quer uma separação, a questão da guarda dos filhos, também; é a questão da pensão alimentícia. Aí, tudo isso a gente encaminha para a Defensoria Pública, que dá esse suporte jurídico, no atendimento jurídico à mulher, no Núcleo Especializado de Defesa da Mulher, aqui, da Defensoria Pública. [...] No caso do hospital, também. A gente já orienta procurar o setor da Assistência Social, no hospital. Lá, no hospital, também, funciona o Setor do SAVVIS, que já é um atendimento mais voltado para o atendimento da mulher em situação de violência doméstica; principalmente, a questão de crimes contra a dignidade sexual, para que a mulher não seja atendida por um médico, por um homem que, muitas vezes, não vai entender aquela situação da vítima. Tendo em vista que o atendimento realizado pela mulher é, inclusive, garantido em lei, que preferencialmente vai ser realizado por mulher; e também, até mesmo, para que a vítima possa sentir sua privacidade mais resguardada. [...] Normalmente, a gente informa a mulher o horário de atendimento da Defensoria Pública, a pessoa que ela vai procurar (P11 DEAM).

Sobre o fluxo de atendimento, é necessário que os profissionais da segurança pública saibam como e para onde encaminhar a mulher em situação de violência, por isso, devem conhecer os serviços disponíveis na sua localidade, não somente por meio de informativos, mas de visitas a esses serviços, para que conheçam as instituições e pessoas que nele trabalham e que contribuem para institucionalização e fortalecimento da rede (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, em paralelo ao processo de conhecimento criminal, é possível que seja também instaurado um processo de natureza civil para tratar de assuntos como separação, guarda de filhos, alimentos, entre outros (BRASIL, 2018c). Conforme estabelece a Lei Maria da Penha, é dever da autoridade policial encaminhar a vítima ao hospital ou UBS e ao IML (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Dessa forma, a partir do contexto descrito pelos profissionais da DEAM, representou-se, na Figura 4, o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência nesse serviço.

Figura 4 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência na DEAM, a partir dos relatos de profissionais da DEAM



Fonte: Autora (2020)

Ainda compondo a RAMSV do município pesquisado, encontra-se o Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica (NMVVD), cujo funcionamento ocorre em uma Defensoria Pública. Esse serviço, segundo os relatos, conta com equipe profissional constituída por um defensor público, titular da 2ª Defensoria Pública, que atua como coordenador, e uma assistente social que é responsável pelo primeiro atendimento da mulher nesse serviço.

Os entrevistados argumentaram que a principal demanda de atendimento do NMVVD se trata de mulheres que foram encaminhadas pela DEAM (fizeram o BO) ou deram entrada por meio da Vara da Família (não fizeram o BO), sendo esta última para resolver processo de divórcio ou dissolução de união estável, que podem estar associados à violência doméstica.

Ao chegar ao NMVVD, segundo os relatos, a mulher em situação de violência não entra no sistema de senhas, ela é acolhida diretamente pela assistente social e, sobre isso, os entrevistados comentaram que o contato inicial da vítima com o serviço, para que ela fique à vontade, deve ocorrer por meio da escuta de profissional mulher.

Para o começo das ações, segundo os relatos, os profissionais orientam sobre a documentação necessária para o atendimento: Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), comprovante de residência e certidão de nascimento dos filhos, caso os tenha. Se a mulher for casada, deve apresentar certidão de casamento, e, em caso de união estável, os profissionais elucidaram que a mulher deve levar testemunhas que a confirme, para assinar declaração correspondente. Esses documentos, consoante aos profissionais, são compartilhados com a Defensoria da Família e Defensoria de Defesa da Mulher.

Nesse âmbito, os entrevistados realçaram que, muitas vezes, a mulher não possui e não tem condições financeiras de adquirir os documentos citados. Diante dessas situações, argumentaram que, por meio de parceria concedida em lei, podem oficializar certos cartórios do Brasil, para que ela tenha direito à segunda via, gratuitamente. Citaram, também, a necessidade de outros documentos, como comprovante de conta de banco, para que sejam solicitados ao agressor alimentos provisórios.

No acolhimento, segundo as falas, a assistente social, ao perceber que há situação de violência, orienta sobre o funcionamento do NMVVD e a Lei Maria da Penha, contemplando informações que abrangem as medidas protetivas de

urgência e os benefícios que podem ser adquiridos a partir dela, bem como oferece esclarecimentos sobre os serviços da Vara da Família.

Nos casos em que mulheres chegam ao NMVVD com o BO, os profissionais referiram que dão início à verificação das condições sociais da mulher. Averiguam se ela tem filhos, onde reside, se compartilha a casa com o agressor, o tipo de parentesco que possui com ele ou se há relação íntima de afeto, com objetivo de constatar se a Lei Maria da Penha, realmente, incide no caso, a partir do artigo 5º.

[...] o Núcleo da Mulher, hoje, ele só conta com uma assistente social, que faz o primeiro atendimento; e comigo [defensor público], que, na verdade, acumulo essa responsabilidade, com a demanda gigante, que é a demanda de família [...] (P8 NMVVD).

A principal demanda que a gente atende é oriunda da Delegacia da Mulher. Quando não é da Delegacia da Mulher; como, aqui, a Defensoria, atende a Vara da Família também, além do Núcleo da Mulher funcionar aqui; então, são mulheres também atendidas pela Vara da Família, porque muitas buscam resolver a questão do divórcio, da dissolução da união estável; então, sempre vem casos que envolvem violência doméstica. Então, são essas duas demandas [...] (P6 NMVVD).

Bem, as mulheres, elas vêm e recebem atendimento direto, não entra no sistema de senhas, elas vêm diretamente e falam com a assistente social [...]. Então, a gente sempre tem a ideia de que tem que ser iniciado o atendimento por uma mulher, para que ela se sinta à vontade e tudo mais (P8 NMVVD).

[...] a gente orienta, primeiro, a documentação, de como é que funciona a medida. O documento, se tiver incompleto, a gente nem recebe, a gente orienta as mulheres a voltarem a trazer as cópias dos documentos pessoais delas, do RG e CPF; e Certidão de Nascimento, sempre tem que ter (P6 NMVVD).

A documentação básica é essa, além de ela trazer comprovante de residência, certidão de nascimento dos filhos; se é casada, uma certidão de casamento; se é união estável, a gente pede para que as testemunhas que sabem que existe uma união estável, assinem uma declaraçãozinha, que a gente também montou uma espécie de formulário e tal. Então, são documentos que nós compartilhamos com a Defensoria de Família e com a Defensoria de Defesa da Mulher [P8 NMVVD].

Muitas vezes, quando as mulheres não conseguem, não têm condições, a gente pede essa parceria, concedida pela lei, da questão da impossibilidade da pessoa adquirir; são pessoas desprovidas de renda, então, a gente... tem uma lei, que a gente assegura mulheres a estar conseguindo esse documento, a gente oficializa certos cartórios, do Estado, de todo o Brasil, para conseguir a segunda via, porque, às vezes, a mulher, quando ela não tem condições de adquirir; porque elas podem conseguir a segunda via, nos cartórios; mas quando ela

não tem condições, a gente solicita. Então, Certidão de Nascimento e CPF [...]. Conta de banco, para a gente pedir os alimentos provisórios [...]. Aí, quando a gente atende, acolhe essas mulheres, as meninas [profissionais da Delegacia e da Vara da Família] encaminham aqui para meu atendimento, para meu acolhimento [assistente social]. Então, elas, no relato delas [das mulheres], quando eu percebo que há violência, outros tipos; então, eu oriento um pouco, como é que funciona aqui, o Núcleo; como é a questão da Lei Maria da Penha, através das medidas protetivas, que benefícios elas podem ter com a medida protetiva. Depois de eu explicar toda essa questão, como é que funciona, dos direitos delas; se tiver outro tipo de atendimento, pela Vara da Família, a gente orienta também, para elas serem atendidas. Outras questões, principalmente, que envolvem ação de alimentos, de dissolução (P6 NMVVD).

Se já vem com o boletim de ocorrência, a gente já inicia a verificação das condições sociais, se tem filhos, onde reside, se ainda compartilha a casa com o agressor, qual o tipo de parentesco do agressor com ela; se realmente incide a Lei Maria da Penha, a partir do artigo 5º, da lei, que a lei diz quais são as situações: reside sob o mesmo teto? Se é na mesma família? Ou, relação íntima de afeto? A gente faz essa verificação de, realmente, se há o encaixe da Lei Maria da Penha [...] (P8 NMVVD).

A Defensoria Pública é uma instituição permanente, essencial e jurisdicional do Estado que objetiva ampliar o acesso à justiça, auxiliando na efetivação da garantia de assistência jurídica integral e gratuita àqueles considerados como hipossuficientes (BERNARDES; VENTURA, 2019). Na qualidade de instituição responsável pela promoção do acesso à justiça, tem como uma das atuações o reconhecimento e a concretização dos direitos humanos das mulheres (GUIMARÃES *et al.*, 2011).

Nessa direção, a Lei 11.340/2006 justifica a implantação de núcleos da Defensoria Pública especializados no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar, ao prescrever a obrigatoriedade da presença de advogado ao lado da mulher em todos os atos processuais e ao determinar, caso não disponha de recursos financeiros para o processo judicial, a garantia do acesso aos serviços da Defensoria Pública (BRASIL, 2006).

Esses serviços, segundo o Protocolo Mínimo de Padronização do Acolhimento e Atendimento da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar, no Âmbito das Defensorias Públicas Estaduais e do Distrito Federal, devem contar com equipe constituída por Defensores(as) Públicos(as), estagiários(as), secretários(as), psicólogos(as), assistentes sociais, motorista, segurança e auxiliar de serviços gerais (BRASIL, 2014a).

Quanto às formas de acesso aos núcleos, estudo que objetivou descrever a experiência de profissionais de um Núcleo Especializado da Defensoria Pública do Pará, indica que as mulheres chegam a esse serviço por meio de encaminhamentos das DEAM, Casas-Abrigo, Centros de Referência, entre outros serviços especializados, ou por demanda espontânea. Além disso, esse estudo aponta que, na triagem, a mulher é informada sobre os documentos imprescindíveis para o ajuizamento das ações, sendo eles: RG, CPF, Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento dos Filhos (GUIMARÃES *et al.*, 2011).

De acordo com os estudos supracitados, observa-se que o início do fluxo de atendimento no NMVVD do município de pesquisado, por meio de encaminhamento da DEAM ou Vara da Família, e a conduta de solicitar documentação pessoal da mulher para o atendimento são semelhantes a outros Núcleos do Brasil. Todavia, percebe-se equipe profissional reduzida e ausência de serviços especializados (como casas-abrigo), consoante à discussão apresentada na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”.

Enfatiza-se que, conforme as narrativas, embora os núcleos especializados sejam instalados na estrutura da Defensoria Pública, o acesso da mulher em situação de violência deve ser direto, sem filas, havendo necessidade de toda uma ordem de atendimento e atenção diferenciada em relação a outros assistidos que estão a demandar os serviços e orientações da defensoria (RIO DE JANEIRO, 2017).

No que diz respeito à verificação do caso, sob o artigo 5º, da Lei Maria da Penha, apontada nos relatos, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, no âmbito da unidade doméstica, da família e em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

De acordo com as falas, cabe, ainda, à mulher apresentar as provas e testemunhas do ato de violência para compor a documentação das medidas protetivas de urgência. Os profissionais do núcleo argumentaram que, na ausência delas, o juiz pode negar o pedido e, à vista da denúncia, o acusado pode buscar os direitos dele à defesa. Este pode contratar um advogado, ou, se

não tiver condições financeiras, pode buscar outra Defensoria. Ele pode, ainda, alegar, por exemplo, situação financeira insuficiente para pagar o percentual solicitado de alimentos, ou mesmo, achar-se no direito de permanecer na casa que é dele e da esposa, além da possibilidade de mover uma ação contra ela.

Pautados nessas condições, os entrevistados relataram que devem estar adequadamente preparados para a defesa da mulher, sendo necessário, para isso, alertá-la dessas possibilidades e esclarecer que o posicionamento dela deve ser firme, mediante as acusações que pretende fazer, porque, caso contrário, a ação pode voltar-se contra ela.

Os profissionais argumentaram também o fato de que, dificilmente, a violência ocorre próxima de terceiros, ela acontece dentro de casa e, nesse aspecto, esclareceram que parente não é considerado testemunha, é tratado como informante, mesmo assim, é possível, nessas condições, realizar o pedido das medidas protetivas de urgência. As narrativas realçaram que testemunhas podem ser, por exemplo, amigos ou vizinhos, sendo que essas pessoas, frequentemente, não pretendem se envolver no caso, devido ao medo ou por não querer se expor em situações que comumente envolvem violência física e requerem participação em audiências.

Em relação às tentativas de comprovar a violência, os profissionais apontaram que as mulheres dispõem, muitas vezes, de aparelho celular, de modo que as provas comumente apresentadas são: conversas gravadas no aplicativo WhatsApp®, por meio do qual, geralmente, elas são xingadas e ameaçadas de morte, bem como gravação de áudio ou filmagem, principalmente, quando as crianças são envolvidas em prática de alienação parental.

[...] o que é mais importante, as provas e o testemunho, assim, da violência; porque tem que ter [...]. Então, o juiz, ele pode, muito facilmente, negar; o pedido de protetiva pode ser facilmente derrubado pelo agressor. Para ele buscar os direitos dele, quando ele vê aquilo ali, a decisão do juiz, ele pode muito bem buscar os direitos dele na defesa. [...] quando ele não tem condições de pagar um advogado, ele vai buscar outra Defensoria, outro advogado, porque ele vai se achar no direito de achar que não tem condições de pagar tantos alimentos, ele vai tentar derrubar. Ou, achar-se no direito de não poder sair da casa, que a casa também é dele. Mas, a casa é dos dois. Então, por isso que ele pode buscar outra Defensoria; mas, por isso que a gente tem que se armar bem na defesa da mulher. A gente orienta bem a mulher, quando ela busca aqui as orientações da medida, a gente é

bem claro: Olha, você tem que saber o que está fazendo e falando; porque pode, muito bem, voltar contra você, a medida. Pode ser negada, ou então, ele pode mover uma ação contra você. Então, ela tem que ficar bem firme na decisão dela [...]. Então, se não tiver as provas... geralmente, as provas, algumas mulheres trazem; porque, muito dificilmente, a violência acontece perto de terceiros, acontece dentro de casa. Então, muitas vezes, as mulheres dispõem de quê? Do celular, para gravar, para filmar. Então, muitas vezes, a maioria traz; principalmente, pelo WhatsApp, é o dispositivo que eles mais usam para ameaçar, para xingamentos, para as ameaças, ameaça de morte; enfim, tudo. E, também, gravam, filmam, tem situações também, como, principalmente, as crianças, tem alienação parental, quando envolve... enfim, têm várias situações que elas acabam usando esse meio; porque, muito dificilmente, as pessoas de fora querem se envolver; porque quando é parente, não é testemunha, é informante; só é testemunha, quando é um amigo, um vizinho. Aí, elas têm medo, porque tem audiência, que, principalmente, quando envolve lesão, violência física; então, geralmente, tem audiência; então, às vezes, as pessoas não querem se envolver, nas audiências; e se expor nesse tipo de situação. Então, por isso, que a maioria traz, é... são as provas; e informantes, que é da família, não trazem necessariamente testemunha; mas, serve (P6 NMVVD).

A violência contra a mulher, geralmente, ocorre quando o casal está a sós, ou na presença de pessoas que, com frequência, optam por não se envolver na defesa da mulher, por medo, pela situação de dependência econômica em que se encontram, pelos laços afetivos ou pela crença de que não se deve interferir em briga de casal. Nesse contexto, juízes (as), acostumados a deliberar com base no contraditório, apresentam dificuldade em tomar decisão diante da ausência da versão do agressor ou de testemunhas, resultando, em alguns casos, no indeferimento das medidas. Em outros, solicitam o retorno do documento para as delegacias para pedir mais informações. Evidencia-se que, independentemente da alternativa adotada, consome-se tempo e compromete-se o caráter de urgência das medidas (PASINATO, 2015).

Em vista disso, comumente, a mulher se apresenta nas audiências de instrução e julgamento realizadas nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, para prestar declarações, fragilizada e amedrontada com a possibilidade de reativar a memória da violência sofrida, sendo muito comum ser obrigada a prestar declarações sobre os fatos que deseja esquecer, sob a ameaça de ser processada por crime de falso testemunho. Assim, esclarece-se que o argumento de que a mulher estaria obrigada a depor, a fim de que seja apurado eventual crime de denúncia caluniosa ou mesmo falsa comunicação de crime é inconsistente. A vítima não pode ser obrigada a depor,

visando apuração de eventual responsabilidade penal, e obrigá-la a prestar declarações significa desprotegê-la, ferir sua dignidade, tratando-a como objeto de direitos, cujo único fim é o deslinde processual (RIO DE JANEIRO, 2017).

Reflete-se, ainda, que a mulher tem o direito de ser esclarecida sobre os trâmites legais, mas é preciso pensar de que modo tais informações são disponibilizadas e avaliar se elas contribuem para encorajá-la ou desencorajá-la no prosseguimento do processo. É necessário também que se avaliem o tempo, o amparo e o acolhimento que essas mulheres em situação de fragilidade emocional recebem, para que possam tomar uma decisão (OLIVEIRA; MOREIRA, 2016).

Além do atendimento social, os entrevistados relataram que a mulher recebe atendimento jurídico feito por estagiário ou Defensor Público. Argumentaram a utilização de Declaração de Hipossuficiência, que é a mesma realizada nas Defensorias do Estado inteiro. Comentaram que se trata de documento por meio do qual a mulher declara, por questões financeiras, factuais ou circunstanciais, que precisa de suporte jurídico da Defensoria Pública.

Acentuaram que o atendimento das mulheres em situação de violência no NMVVD, ocorre, independentemente da renda, porque é considerada hipossuficiente do ponto de vista jurídico, devido às questões circunstanciais, como fragilidade emocional. Deste modo, esclareceram que a mulher assina esse documento e dá poderes ao Defensor Público para falar em nome dela dentro de um processo, sendo que somente é possível falar do processo alguém com capacidade postulatória, como advogado e defensor público.

No curso do atendimento jurídico, segundo os relatos, o defensor público prossegue averiguando as medidas que melhor se aplicam ao caso de acordo com o estado emocional da mulher e o *feedback* que ela dá. Sobre isso, os entrevistados exemplificaram que o afastamento do agressor do lar é uma medida muito utilizada na prática, entretanto, eles entendem que é necessário o bom senso de perguntar o posicionamento da mulher, pois algumas percebem que ao retornar para o referido local, se tornarão alvo fixo da violência, enquanto o agressor se tornará alvo dinâmico. A mulher, então, prefere sair do lar e, posteriormente, discutir a eventual partilha desse imóvel.

Nessa perspectiva, os profissionais explicitaram que geralmente propõem, além das medidas protetivas de urgência, uma ação de família,

divórcio ou dissolução de união estável e, se necessário, ação de alimentos para os filhos. Elucidaram que a lei também dá à Delegacia da Mulher a atribuição de fazer as medidas protetivas de urgência, entretanto, se houver descumprimento, o defensor público precisa assumir o processo, bem como nos casos em que é necessário fazer pedidos complementares, por exemplo, solicitação de alimentos para os filhos.

Por sua vez, o juiz, segundo as narrativas, em um período de até 48 horas, emite parecer em relação ao caso, sendo geralmente, favorável à mulher. Uma cópia da decisão fica com a vítima e outra é enviada ao agressor. Este irá receber e assinar esse documento, ficando ciente que, em caso de descumprimento, acarretará a prisão.

Sobre o teor desse documento, os entrevistados argumentaram que estará explicitado, por exemplo, que o agressor deve se manter afastado do lar, bem como ficar distante da mulher e não frequentar os endereços indicados por ela, que podem ser da residência de uma amiga e outros.

Relataram, ainda, que embora o objetivo principal das medidas protetivas de urgência seja interromper a violência, ela também é importante quando a mulher tem dependência financeira do agressor. Os participantes contextualizaram que o juiz tem autonomia para autorizar, por exemplo, o INSS a debitar o valor dos alimentos na conta do agressor e depositar na conta da mulher, e esclareceram que pode ocorrer do juiz deferir um valor menor que o solicitado, pois não se trata de uma Ação de Alimentos, são alimentos provisórios. Ainda assim, consideraram as medidas protetivas de urgência positivas, porque são uma ação rápida, enquanto a Ação de Alimentos pode demorar meses para se obter resolatividade.

[...] nós usamos a Declaração de Hipossuficiência, que é a mesma realizada nas Defensorias do Estado inteiro [...] é um documento, por intermédio do qual a mulher declara, que, ou por questões financeiras, ou por questões factuais, circunstanciais, ela precisa de um suporte jurídico da Defensoria. Só lembrando, o atendimento das mulheres em situação de violência, independe da renda dela, mesmo que ela não seja pobre na forma da lei [...] ela tem direito ao atendimento do Núcleo, porque nós a consideramos hipossuficiente do ponto de vista jurídico, por causa dessas questões circunstanciais; por causa da situação de fragilidade emocional que ela se encontra. [...] então, ela assina essa Declaração de Hipossuficiência; [...] ela me dá poderes para falar em nome dela dentro de um processo. Lembre-se que, só quem pode falar do processo é alguém que tenha capacidade postulatória: advogado, o

defensor, e tal. No atendimento jurídico, é feito por um estagiário ou é feito por mim; aí, nós vamos verificar quais são as medidas protetivas que melhor se aplicam ao caso concreto, de acordo com o emocional dela, de acordo com o *feedback* que ela nos dá. Por exemplo, o afastamento do agressor do lar é uma medida muito utilizada, na prática; mas que nós temos o bom senso de perguntar a mulher; porque algumas mulheres, quando retornam para o lar, e o agressor é retirado do lar, elas entendem que elas passam a ser um alvo fixo da violência, enquanto ele vai ser um alvo dinâmico. Então, às vezes, elas preferem, elas mesmas, saírem, tirarem as suas coisas de casa, e depois discutirem a eventual partilha desse imóvel; aí, nós propomos ação de família, também, se for um divórcio, se for dissolução de união estável, se for necessária a Ação de Alimentos, para pedir alimentos para os filhos. Então, logo, em sequência, ao atendimento social, é feito o atendimento jurídico. No jurídico, a gente comumente propõe uma medida protetiva, que é uma medida mais no aspecto específico da Lei Maria da Penha, e propõe uma demanda de família. [...] a Delegacia da Mulher está lá sempre fazendo as medidas; e naquilo que ela não consegue complementar, eu, aqui, quando eu vejo a intimação aqui, eu chamo a mulher, assumo o processo; porque, só lembrando, a delegada, ela faz o pedido da medida protetiva, mas a lei só dá atribuição a ela para fazer o pedido, o acompanhamento, se precisar complementar alguma coisa, se precisar pedir um cumprimento daquela medida, porque não foi cumprida, não foi atendida, ela já não teria essa atribuição; então, novamente, nós temos essa atividade complementar. [...] e, aí, às vezes, fazemos alguns pedidos complementares, quando há alimentos para as crianças [...] (P8 NMVVD).

[...] quando a pessoa for receber a decisão da medida protetiva, vai estar bem claro, dentro do documento que, a partir daquele dia, ele vai ter que... a partir do que a gente pediu aqui, que a mulher solicitou para a gente, ela quer que ele se afaste do lar, por exemplo; que ele se afaste 200 metros da pessoa dela, que ele não vá em tais endereços [...]. Ele vai ficar ciente, que a partir daquele dia, ele tem que também cumprir a restrição dos horários de visita ao menor; o juiz já decidiu [...]. Então, tudo vai estar bem claro na medida protetiva, quando ele lê. Ele está ciente, assinou, o oficial entregou, ele recebeu uma cópia da decisão, ele vai ter que cumprir [...]. Então, do juiz, 48 horas, recebeu, encaminha, e é intimado, o agressor. A cópia da decisão vai para o agressor e vai para vítima. [...] Quando ele recebeu, assinou, cabe ele a cumprir. Só que está bem claro no documento: o descumprimento acarretará a prisão [...]. E, aí, a medida protetiva é boa por isso; diferente se fosse uma Ação de Alimentos, ou de divórcio, porque demoraria mais um pouco, mais de mês, para sair logo essa resolução. Então, o juiz, está lá na medida, no sentido que ele tem essa autonomia de fazer com que o INSS libere esse dinheiro, para ser debitado da conta dele e depositar na conta dela, porque ela depende financeiramente. Agora, acontecem situações, por exemplo, que o juiz não defere o valor que ela pediu, porque não é Ação de Alimentos, na medida protetiva, é alimentos provisórios. Ação de Alimentos é quando a mulher vem aqui e dá entrada numa ação, separada da medida protetiva. [...] por isso que a medida protetiva é boa, porque ela dá esse amparo também. Mas, assim, o objetivo mesmo é que dê um basta na violência (P6 NMVVD).

Percebe-se que as falas dos participantes se encontram fundamentadas na Lei 11.340/2006 que garante a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária gratuita, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado (BRASIL, 2006).

Nesse âmbito, as medidas protetivas podem ser requeridas diretamente pela mulher em situação de violência à autoridade policial ou por intermédio da Defensoria Pública, Ministério Público e advogado. Ela pode contar, ainda, por meio dos núcleos especializados em defesa da mulher, com toda a assistência jurídica necessária à solução das questões relacionadas à violência. Além disso, por meio do Núcleo, a mulher em situação de violência pode propor as ações judiciais pertinentes: queixa-crime, divórcio, alimentos, guarda, busca e apreensão, indenização, dentre outras, sendo que essas ações devem ser propostas com prioridade para que tenham a efetividade que a situação exige (RIO DE JANEIRO, 2017).

Entretanto, de acordo com estudo que objetivou analisar as medidas protetivas de urgência concedidas com mais frequência pelo Judiciário, os juízes, em geral, outorgam apenas algumas das medidas protetivas estabelecidas na Lei 11.340/2006, normalmente as previstas nos incisos II e III, do art. 22: afastamento do agressor do lar; proibição da aproximação da ofendida, dos familiares e das testemunhas; proibição de contato com a ofendida, os familiares e as testemunhas; e a proibição de frequentar determinados lugares (RIO DE JANEIRO, 2017).

Em relação aos casos em que a mulher chega ao NMVVD, proveniente de casa-abrigo ou da Vara da Família, sem ter feito o BO e exame de corpo de delito, segundo os entrevistados, não há obstáculo para o atendimento. De acordo com os relatos, ela recebe acolhimento e, posteriormente, é encaminhada para a DEAM, onde pode fazer o registro de BO e, se houver lesões físicas aparentes, receberá formulário para realização de exame de corpo de delito, que ocorre após encaminhamento para o hospital. Eles comentaram que esse trajeto ocorre com o motorista e carro do NMVVD.

No fluxo de atendimentos, as narrativas mostraram que a mulher fica mais à vontade no NMVVD e como há maior disponibilidade de tempo para ouvi-la nesse serviço, pode ocorrer dela relatar outros fatos que não foram ditos na

delegacia. Nesse caso, os profissionais do núcleo argumentaram que solicitam aos profissionais da Delegacia da Mulher que incluam as novas informações no BO. Eles reforçaram que essa conduta é importante porque precisam de argumentos convincentes para fazer o pedido das medidas protetivas de urgência.

Em outros casos, de acordo com as entrevistas, a assistente social coleta o relato da mulher e encaminha, por meio de e-mail, para a escritã da Delegacia da Mulher, com intuito de facilitar o atendimento e evitar que a ofendida tenha o constrangimento de ter que esperar nesse serviço. Esta, então, desloca-se para a delegacia apenas para assinar o BO, sendo ainda possível que esse serviço envie esse documento, para que a mulher assine sem se deslocar do NMVVD. Eles explicaram que existe essa parceria entre NMVVD e DEAM, de modo que as condutas irão depender de cada caso, a partir da verificação do nível de vulnerabilidade da mulher em não querer se expor.

Em ambas situações descritas (mulheres que chegam ao NMVVD com o BO e Exame de Corpo de Delito, ou desprovidas desses documentos), os profissionais relataram que verificam se há necessidade de encaminhamento para outros serviços da RAMSV e dão exemplo de um contexto que consideram clássico dentro da perspectiva da temática em tela: a mulher sofre violência do companheiro, marido ou namorado, e com ele tem filhos. Ela refere que a violência ocorreu na presença das crianças, que elas estão assustadas e, portanto, deseja suspender ou restringir as visitas do agressor. Os profissionais explicaram que a regra é os pais terem amplo acesso e convivência com os filhos e que, nesses casos, fazem ofício para solicitar ao CREAS parecer sobre a convivência do agressor com as crianças, com a intenção de identificar se há consequências psicológicas para elas.

Segundo os entrevistados, esse documento é pautado em vistorias dos profissionais do CREAS para averiguar o vínculo do pai com os filhos, assim que é elaborado, é encaminhado ao NMVVD que, por sua vez, faz solicitação ao juiz, para que avalie e, conforme a circunstância, emita parecer sobre o processo.

Os entrevistados relataram que o trabalho do NMVVD depende do desempenho de toda a RAMSV e comentaram outras parcerias, como com o CRAS e o CAPS, sendo este último acionado, principalmente, quando o agressor é dependente químico. Citaram também a Rede de Assistência de Saúde, em

casos de tratamento para os filhos, e parceria com o Sistema Nacional de Emprego (SINE), para o qual solicitam que as mulheres em condição de violência tenham prioridade em vagas de trabalho.

Às vezes, têm mulheres que chegam aqui, e não fizeram o exame de corpo de delito, sai da delegacia, ou chega da sua própria casa; ou, daqui, como eu te falei, dos atendimentos pela Vara da Família, não fez exame de corpo de delito; então, a gente encaminha para o hospital, antes para a delegacia, para pegar o laudo, o formulário, quer dizer. Então, são mulheres que a gente dá essa assistência, com o nosso motorista, o nosso carro, que a gente tem, e encaminha para algum hospital, para dar essa assistência lá, para fazer o exame de corpo de delito (P6 NMVVD).

[...] em outras oportunidades, elas não vêm com o boletim de ocorrência, isso não é óbice para o nosso atendimento [...]. A Polícia Civil, nós, normalmente, pedimos que se faça um boletim de ocorrência, quando ainda não foi feito, ou pedimos que se inclua algum fato que nós consideramos relevante, e que não constou no boletim de ocorrência; que, muitas vezes, o boletim de ocorrência é feito na delegacia, aqui ela tem mais tempo para conversar, talvez se sinta um pouco mais à vontade, acaba relatando outros fatos que lá não foram relatados; aí a gente pede a inclusão, para que a gente tenha, então, uma munção maior para fazer os pedidos de medida protetiva (P8 NMVVD).

[...] até mesmo a própria Delegacia, que a gente tem esse contato, esse *feedback*, com o pessoal que trabalha na delegacia, com as escritas; às vezes, eu faço e encaminho por e-mail, para facilitar; porque as mulheres passam por todo esse constrangimento. Para evitar ficar na delegacia, então, elas pretendem: “Não, faz para mim aqui. Por aqui, o meu relato, e encaminha”; que a gente só pede para elas fazerem lá, reproduzirem, e a gente leva essa mulher para assinar ou traz para cá mesmo o boletim, elas assinam aqui para facilitar. Então, depende muito da situação, da vulnerabilidade da mulher, de não querer se expor; então, a gente tem essa parceria com a delegacia [...] (P6 NMVVD).

Imagina um contexto mais clássico, que é a mulher sofre violência do seu companheiro, do seu marido, do seu namorado; e, com ele, tem filhos. Bom, e aí ela diz: “Ó, doutor, eu não quero que ele visite as crianças, as crianças estão assustadas, a violência foi na frente delas”. Há a necessidade de que tenha um parecer psicológico, que a lei exige, previamente, um parecer psicológico, para que se suspenda, ou restrinja, as visitas. A regra é que os pais tenham amplo acesso às crianças, uma ampla convivência com elas; a exceção, é a restrição e a suspensão. Por isso que é preciso que o CREAS, novamente, nós fazemos por ofício, por escrito, para que o CREAS nos responda, se a convivência das crianças com o agressor tem alguma consequência psicológica neles, nas crianças. Outros serviços que nós acionamos. A gente encaminha as mulheres para o SINE, para que elas sejam encaixadas em vaga de trabalho, com prioridade (P8 NMVVD).

Então, assim, é toda a Rede, como eu falei. Até de... de CAPS, também; porque, CAPS, é, principalmente, quando o agressor é dependente químico; a gente, também, depende dessa parceria do

CAPS; enfim, é CRAS, CREAS, CAPS. Da Rede de Assistência de Saúde, quando há, por exemplo, têm casos de mulheres que dependem de algum tratamento, filhos; então, a gente tem que trabalhar em conjunto, porque tem outras questões sociais envolvidas com a questão da violência (P6 NMVVD).

No que diz respeito aos relatos sobre o parecer solicitado pelo NMVVD ao CREAS para averiguar o vínculo do pai com os filhos, com a intenção de fazer a solicitação ao juiz para restrição ou suspensão de visitas do pai, estudo aponta que essa medida, prevista na Lei 11.340/2006, por vezes, tem sido aplicada sem averiguação aprofundada das questões atinentes à parentalidade. Neste sentido, o mesmo estudo problematiza que embora a referida Lei esteja voltada para a proteção da mulher, os efeitos sobre a convivência familiar precisam ser melhor investigados, visando assegurar a diferenciação entre conjugalidade e parentalidade, para evitar que os filhos sofram prejuízos em seu direito a conviver com pai e mãe (CARDOSO; BRITO, 2015).

Sobre a conduta de encaminhamento do autor da violência com dependência química ao CAPS, os núcleos especializados no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar, por meio de seus(uas) defensora(e)s pública(o)s, podem agendar, em casos específicos, audiência com o autor da violência para realizar esclarecimentos acerca dos direitos da mulher, conforme a Lei Maria da Penha, bem como encaminhá-lo para rede que possui atendimento psicológico ou assistencial aos agressores que desejam adquirir nova postura de respeito às leis e especialmente ao ser mulher (RIO DE JANEIRO, 2017).

Em relação à parceria com a Polícia Militar, de acordo com as falas, os profissionais do NMVVD solicitam maior atenção às mulheres que já possuem trato na Defensoria Pública. Os entrevistados relataram que identificam para os policiais o nome e a respectiva localidade de moradia da mulher, com a intenção de que, se houver chamado envolvendo-a, os policiais entendam que se trata de situação preocupante. Além disso, eles comentaram que já solicitaram aos policiais transporte para retirar os pertences da mulher do local onde convivia com o agressor. Soma-se a essa parceria relatos de que, por não haver serviços de abrigo especializados na RAMSV do estudo em tela, os profissionais do NMVVD já solicitaram à Polícia Militar, inclusive, acolhimento para mulheres em

situação de violência, no alojamento do 3º Batalhão, enquanto aguardavam o deferimento das medidas protetivas de urgência.

Nesse contexto, os participantes também realçaram que se ocorrer o descumprimento das medidas protetivas de urgência pelo agressor, a mulher precisará retornar ao NMVVD com as novas provas e relatar de que modo ocorreu a desordem, por exemplo, o agressor não se retirou do lar, continua ameaçando-a ou está negando-se a pagar o que foi determinado pelo juiz para alimentação dos filhos. Nesses casos, será feito o pedido de prisão do agressor. Os entrevistados relataram que, em outras situações, a mulher pede renovação desse documento, porque continua sentindo-se ameaçada, bem como pode ocorrer de não ser suficiente o período de seis meses, para resolver a partilha de bens.

As narrativas também demonstraram situações em que a mulher solicita a anulação das medidas protetivas de urgência. Diante dessa situação, os profissionais explicaram que fazem documento para suspendê-la, a mulher o assina e a medida é arquivada. Se a mulher quiser fazer novo pedido, ela precisará recomeçar o processo desde a apresentação de todos os documentos pessoais até o novo BO. Os profissionais enfatizaram que quanto mais registros de BO, melhor é para elaboração do processo, pois esse documento possui valor perante o juiz, uma vez que se trata de prova e contraprova para o que a mulher está afirmando.

Os relatos também mostraram que a mulher precisa apresentar novas provas para confirmar o que está posto no novo BO, devendo estar claro neste documento o local, a data e o horário da ocorrência, bem como os tipos de violência e crimes realizados. Os profissionais explicaram que algumas dessas situações, principalmente quando envolvem violência física, geram inquérito policial. Relataram que nos casos de mulheres que sofreram violência física, sexual, ameaça ou tentativa de morte, o agressor é preso imediatamente. Algumas vezes, os policiais não conseguem prendê-lo, mas o defensor público realiza o pedido de prisão.

A Polícia Militar, a gente pede que tenha um cuidado maior com determinada mulher; a gente dá o nome, manda, e tudo mais. Na ideia de que, caso haja um chamado com aquela pessoa, naquela região, com aquela identificação do nome, ele já sabe que é uma coisa extremamente séria, que já tem trato na Defensoria. [...] é muito

parceira nesse sentido de predispor a questão do transporte para ir até a casa, para tirar os pertences. [...] Já teve situações da gente depender até de Abrigo, a gente não tem Abrigo aqui, Feminino, para esses casos de mulheres. Então, às vezes teve situações do próprio 3º Batalhão servir de Abrigo, que lá tem um Abrigo Feminino, na verdade, não é Abrigo, lá tem como se fosse um... esqueci o nome, um quarto lá para as mulheres [alojamento], que fazem parte da polícia; então, me foi improvisado um, já uma vez, um Abrigo, para a mulher, enquanto saía o deferimento da medida [...]. Se ele não cumpriu, no ato que ele recebeu o documento, aí a mulher vem aqui, diz: ele continua lá em casa, ele não cumpriu. Ou, ele saiu da casa, e continua me ameaçando, está aqui as provas. Olha, aqui, vamos pedir a prisão dele; aí, a gente pede a prisão. [...] agora, semana passada, veio uma mulher pedir a renovação da medida protetiva. A gente pediu ao juiz, porque ela estava se sentindo preocupada [...]. Então, ela tinha medo dele voltar para a casa e continuar as mesmas violências [...]. Porque tem situações, que, nos seis meses, nada resolve [...]. Aí, a gente faz o pedido dela, ela assina, no sentido da suspensão, como se fosse uma anulação. Suspensão da medida protetiva. E, aí, arquiva. Suspende. Aí, se a mulher, quiser começar tudo novamente? Repete. Quer começar de novo, então, tudo do zero, trazendo as documentações, o boletim; e quanto mais boletim, melhor; porque, o boletim, o juiz dá valor ao boletim, por quê? Porque é uma ferramenta que pode ser prova e contraprova à sua pessoa, o que você está dizendo. Por isso que também precisa das provas, para reafirmar o que você está colocando, o que você disse no boletim [...]; lá na delegacia, eles colocam, dizer, sempre determinar o dia, tem que delimitar o dia, o horário; principalmente, o horário, previsão de horário, que aconteceu a violência; e o local, o espaço, tempo. Tudo tem que ser delimitado no boletim, para a gente realmente embasar a questão da violência, quando foi que aconteceu, o horário, quais foram os tipos de violência e os tipos de crimes, para estar enquadrando. Porque tem situações que geram inquérito policial, principalmente, quando envolve violência física. Então, depende das situações, dos tipos de violência que teve nesse dia, tem situações que a mulher foi violentada fisicamente, sexualmente, foi ameaçada de morte, tentativa de morte; o cara vai para ser preso. Às vezes, os policiais não pegam, mas aí o defensor vai pedir a prisão, para ele ser preso, porque dependendo do tipo de crime, já enquadra logo pela prisão (P6 NMVVD).

Segundo o Protocolo Mínimo de Padronização do Acolhimento e Atendimento da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar, em caso de deferimento das medidas protetivas solicitadas, às (aos) defensoras (es) públicas (os) recomenda-se monitorar o andamento e zelar pelo cumprimento destas, adotando-se as providências extrajudiciais e judiciais cabíveis, inclusive mediante acompanhamento *in loco*. Em caso de deferimento parcial ou indeferimento das medidas protetivas, recomenda-se à Defensoria Pública recorrer buscando a sua reforma, visando destarte firmar uma jurisprudência em sintonia com a Lei 11.340/06 (BRASIL, 2014a).

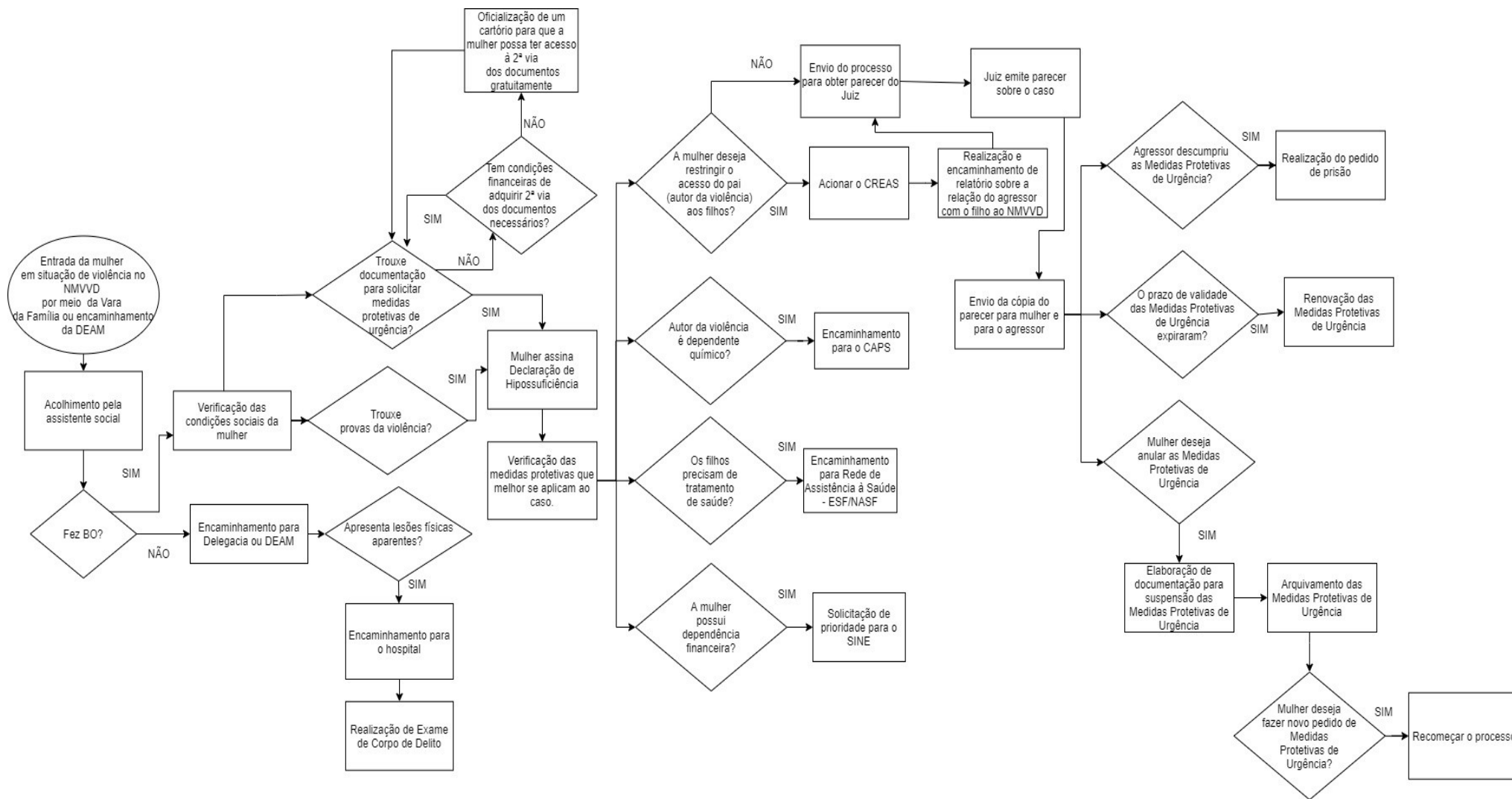
Também consoante à Lei Maria da Penha, o juiz pode aplicar as medidas protetivas de urgência, isoladas ou cumulativamente, e estas podem ser

substituídas a qualquer tempo por outras de maior eficácia, sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados (BRASIL, 2006).

Depois de deferidas as medidas protetivas, caso sejam necessárias outras, atinentes ao mesmo fato delituoso, no decorrer do procedimento judicial da Lei 11.340/2006, estas poderão ser solicitadas pela (o) própria (o) defensor(a) pública (o) atuante no Juizado, Vara Especializada ou Vara Criminal, bem como os demais com atribuição concorrente no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, de modo a otimizar e facilitar, ao máximo, o atendimento e evitar a revitimização, mediante o encaminhamento para outro órgão da Defensoria, salvo se este for o interesse da mulher (BRASIL, 2014a).

Diante do contexto apresentado, os profissionais do NMVVD delinearão o fluxograma de atendimento na RAMSV, conforme Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no NMVVD, a partir dos relatos de profissionais do NMVVD



Fonte: Autora (2020)

Também fazendo parte da RAMSV do município pesquisado encontra-se o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), o qual, segundo os relatos, é um serviço composto por profissionais coordenadores, orientadores sociais, advogados, psicólogos, além de possuir serviços gerais, como vigilantes.

Os relatos mostraram que as mulheres não chegam diretamente a esse serviço, ele é acionado pela Defensoria Pública ou Central do Ministério dos Direitos Humanos (Ligue 180) e o atendimento, geralmente, é direcionado para realização de estudo social dos menores de idade (filhos do autor da violência). Os profissionais referiram que o trabalho é avaliar se o conflito entre o casal está interferindo na vida das crianças/adolescentes, bem como se o pai é agressivo com ela(e)s. Conforme os entrevistados, os pais devem reorganizar suas vidas, mas o vínculo com as crianças deve ser mantido.

Nesse âmbito, o trabalho do CREAS, de acordo com os profissionais, é realizar, na maioria das vezes, estudo social e emitir parecer favorável ou não, à guarda compartilhada. Esse documento, de acordo com os relatos, é feito a partir de visitas domiciliares, verificação da frequência escolar da criança, bem como se ela tem problemas de saúde e faz tratamento. Os entrevistados argumentaram que, às vezes, há necessidade de atendimento psicológico e, nesses casos, ocorre agendamento, para que a criança seja atendida, geralmente, individualmente, no CREAS, pela psicóloga que irá realizar estudo psicossocial.

Os entrevistados comentaram que esse relatório será anexado ao pedido de medidas protetivas de urgência e que muitas mulheres já estão sob essa proteção. Explicaram que existe bom inter-relacionamento entre CREAS e Defensoria Pública, e que a comunicação entre os serviços ocorre por meio de ofício. Afirmaram, ainda, que buscam atender a todas as solicitações da Justiça dentro dos prazos, e quando não é possível, dão o *feedback* justificando o motivo desse ocorrido.

Ademais, de acordo com os relatos, o CREAS é procurado por assistentes sociais de outros serviços para auxílio na busca por um local de abrigo e proteção para as mulheres.

É psicólogo, advogado, tem a coordenação e os orientadores sociais, também; e demais serviços gerais, vigias. Diretamente, assim, elas nunca chegam aqui, elas são encaminhadas por outros órgãos, como a Defensoria Pública ou os Direitos Humanos, 180. Assim, as demandas que vêm para cá é assim, é mais direcionada ao estudo social das menores de idade ou menor [...]. Geralmente, é com os menores de idade, para saber se a relação, que houve conflito, saber se vai interferir na vida das crianças; porque eles, sim, que têm que se reorganizarem a vida deles. As crianças não, elas precisam ser mantidas com vínculos dos pais. Agora, se for um caso de que o pai seja agressivo com as crianças também, aí, a gente se posiciona, a gente faz um estudo e dá o parecer deferido, se ele mantém uma guarda compartilhada, ou não. A documentação, assim, geralmente, não é receber a criança, a gente vai ao domicílio. É com visita domiciliar. Existe, também, às vezes, a necessidade de um atendimento psicológico, aí, a gente traz a criança até aqui, a criança vai ser atendida aqui; é marcado o horário, aí a criança é escutada pela psicóloga, e aí ela faz o relatório psicossocial, a gente faz; mas as crianças são atendidas aqui, geralmente. Individualmente. É, um relatório de estudo psicossocial. [A comunicação] É através de ofício. A gente faz o ofício e relata, através de relatório, a situação encontrada, e o quê que deseja, que seja feito intervenções. Então, esse relatório, é quando eles estão preparando lá, a medida protetiva, e coloca junto. Geralmente, ela já está em medida protetiva [...], aí ele pede o estudo social das crianças, ou dos menores; porque, às vezes, não é mais criança, é adolescente, os menores de idade. [...] aí para saber se a criança está frequentando regularmente a aula, se ela tem problema de saúde, se está sendo feito o tratamento. [...] A gente tem um inter-relacionamento, de instituição para instituição, muito bom. [...] isso aqui tudo é solicitação da Justiça, a gente atende num prazo, se no prazo não conseguiu, a gente dá um retorno, colocamos o motivo, o qual não foi feito ainda. Às vezes, chega de outro assistente, é... vem para, também, procurar local de proteção. Já teve casos que a gente vai buscar um abrigo, um local, para elas ficarem protegidas (P10 CREAS).

O CREAS é serviço de referência para a oferta de trabalho social a famílias e pessoas em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que precisam de intervenções especializadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2011c). O público-alvo deste serviço inclui a mulher em situação de violência (SILVA; CLEONE, 2019), o que indica a necessidade de intervenções em situações complexas, permeadas por tensões familiares e comunitárias, que demandam conhecimentos e habilidades técnicas mais específicas por parte da equipe, devendo esta ser constituída por profissionais de nível médio e superior de formações específicas (assistente social, psicólogo e advogado) (BRASIL, 2011e).

Quanto às formas de acesso a esse serviço na rede pesquisada – por meio da Defensoria Pública ou Ligue 180 – se comparadas com estudo realizado em um município do Espírito Santo, apresentam-se reduzidas, uma vez que este

recebe encaminhamento de mulheres em situação de violência por indicação de pessoas conhecidas, como pastor da igreja, ou por meio de outros serviços, como Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), psicólogo da Secretaria de Saúde e policiais/delegacia (ROSA; NASCIMENTO, 2018).

Além disso, destaca-se que, na pesquisa em tela, o atendimento do CREAS é voltado, predominantemente, para avaliar se o conflito entre o casal está interferindo na vida dos filhos menores de idade, bem como se o pai é agressivo com eles, enquanto outro estudo demonstra que o CREAS de outros locais do Brasil oferece atendimento diretamente às mulheres em situação de violência, podendo este, inclusive, ser em grupo, com objetivo de fortalecê-las diante da situação de violência vivenciada, a partir de discussões de temas de interesse delas, como relação mãe e filho, casamento, autoestima e superação (ROSA; NASCIMENTO, 2018).

Dessa forma, apesar de o CREAS do município pesquisado se apresentar como serviço fundamental para o restabelecimento e manutenção dos direitos essenciais, ainda persiste o desafio para os profissionais desse setor de desenvolver ações de maior efetividade no enfrentamento à violência contra a mulher. Para que isso seja possível, é necessário avaliar como ocorre a abordagem desses profissionais da unidade junto às mulheres que chegam ao serviço (por livre demanda ou encaminhamentos), de modo a questionar se é eficiente para estabelecer vínculo de confiança com essas mulheres (SILVA; CLEONE, 2019).

Em relação aos relatórios sociais ou psicossociais referidos nas narrativas, não houve menção de reuniões da equipe profissional para os estudos de casos. Sobre isso, de acordo com as Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), esses momentos devem ocorrer com objetivo de estudar, analisar e avaliar as particularidades e especificidades das situações atendidas, de modo a ampliar a compreensão e possibilitar a definição de estratégias e metodologias de atendimento mais adequadas, além de definir os serviços da rede que deverão ser acionados, tendo em vista o aprimoramento do trabalho. Nesses momentos, também é importante que a coordenação do CREAS, em conjunto com a equipe, avalie e defina as informações que irão compor os relatórios (de acompanhamento

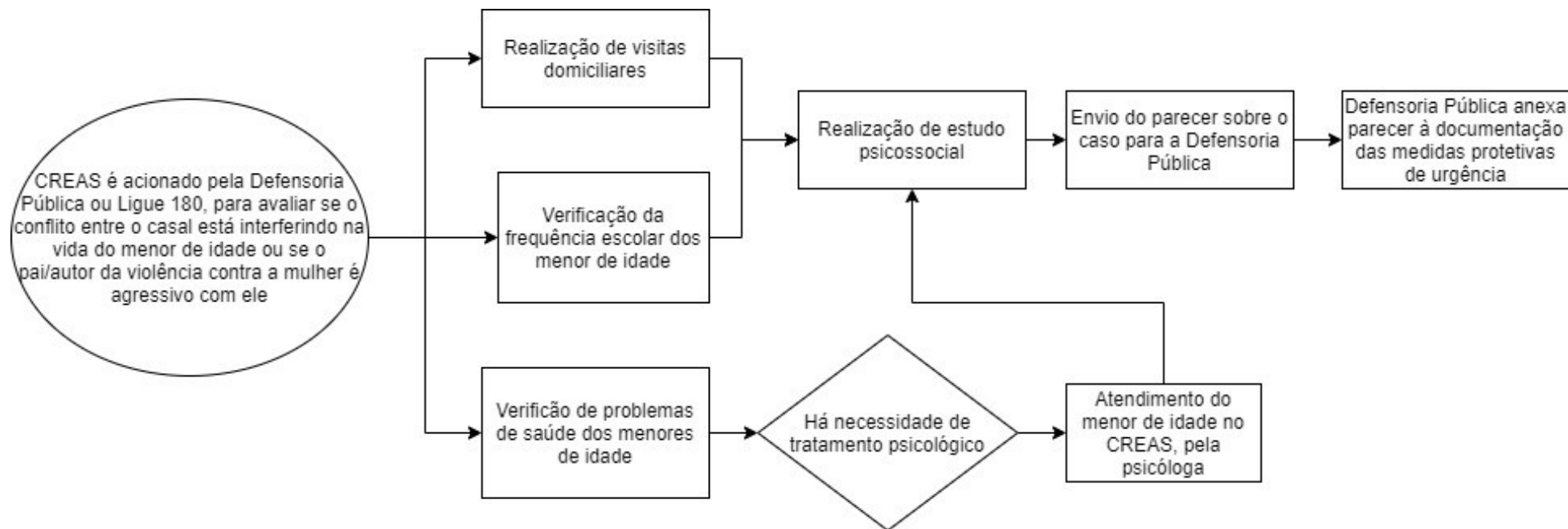
familiar, de atividades da Unidade, relatórios para o órgão gestor de Assistência Social, para os órgãos de defesa de direitos, quando for o caso, dentre outros) e, igualmente, a troca de informações, de forma geral, com a rede, observadas as questões relativas à ética profissional (BRASIL, 2011c).

Com relação aos encaminhamentos, os relatos convergiram com estudo, segundo o qual o contato com os órgãos do judiciário é descrito como frequente e satisfatório, enquanto há maior dificuldade em relação aos serviços de saúde. Este dado aponta que a articulação do CREAS com os serviços de saúde é um dos grandes desafios, quando comparada a outros serviços (ROSA; NASCIMENTO, 2018).

A despeito disso, a estratégia das reuniões de estudo de caso citada pode incluir a participação de outros profissionais da rede que estejam acompanhando o caso. Diante dessa possibilidade, deve-se planejar a atividade de forma mais criteriosa, com intuito de evitar exposição desnecessária de informações das mulheres atendidas. Essa troca de conhecimentos entre os profissionais e o estudo intersetorial das situações atendidas potencializa a capacidade de responder às demandas complexas, observada no cotidiano da Unidade. Desta forma, o trabalho em equipe interdisciplinar, tendo por base objetivos comuns, poderá integrar os profissionais e contribuir para qualificar e dinamizar as ações e as rotinas de trabalho da Unidade (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, os profissionais do CREAS demonstraram, de acordo com a Figura 6, o fluxograma de atendimento na RAMSV.

Figura 6 - Fluxograma descritor de atendimento às mulheres em situação de violência no CREAS, a partir dos relatos de profissionais do CREAS



Fonte: Autora (2020)

5.3 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SOBRE OS ATENDIMENTOS À USUÁRIA

De acordo com os participantes da pesquisa, nos atendimentos às mulheres agredidas, as queixas são obscuras, pois dificilmente elas pedem ajuda, assumindo a violência sofrida. As narrativas mostraram que essas mulheres acessam os serviços de saúde à procura de orientação e informação, que nem sempre revelam a situação de violência e, algumas vezes, quando fazem perguntas direcionadas a esse tema, contam que a informação é para uma amiga. Elas também chegam aos serviços de saúde, conforme os relatos, pela necessidade de assistência à saúde mental, por não estarem conseguindo gerir suas vidas em função dos desdobramentos da violência, como depressão, ansiedade ou estresse pós-traumático.

Os atendimentos não chegam diretamente como forma de violência; [...] na maioria dos casos, eles são bem obscuros; elas não chegam assumindo que foi vítima de violência. [...] mas, é muito difícil elas chegarem diretamente, e pedir essa ajuda: "Eu fui vítima de violência". [...] elas vêm em busca de orientação, informação. [...] e quando elas perguntam, é alguma coisa, assim, é para uma amiga, não é bem direto (P1 AB).

[...] Quando aquilo que ocorreu, o impacto foi de uma tal forma, que ela não está conseguindo gerir a sua vida, ela está adquirindo uma ansiedade, um estresse pós-traumático, depois do que aconteceu; ou então, a depressão; e, aí, sim, elas vêm para cá (P2 CAPS).

Na verdade, a vinda delas ao serviço não necessariamente é pela violência; [...] elas chegam no serviço com uma depressão, com uma ansiedade, com um transtorno mental já desenvolvido (P7 CAPS).

Nota-se que, apesar dos avanços obtidos na estruturação da RAMSV (LETTIERE; NAKANO, 2011; PASINATO, 2015), persiste a invisibilidade dos casos de agressão que chegam ao setor da saúde (SOARES; LOPES, 2018), devido a questões críticas que impedem a mulher de romper o silêncio, denunciar e superar a problemática em questão (LETTIERE; NAKANO, 2011). Dessa forma, as mulheres frequentam os serviços de saúde apresentando queixas diversas, sem, necessariamente, pedir ajuda para solucionar a violência sofrida (MARINHO; GONÇALVES, 2016).

Tal conjuntura, que evidencia o constante ocultamento da violência pelas mulheres, dificulta a identificação dos casos (SCOTT *et al.*, 2016), uma vez que os profissionais que atuam, em especial nos aparelhos não especializados da RAMSV, como atenção básica de saúde e CAPS, relatam que as situações são sutis, as queixas são inespecíficas e as mulheres não falam claramente sobre o problema (VIEIRA; HASSE, 2017).

Essas mulheres originam uma demanda por assistência à saúde mental em decorrência dos inúmeros impactos psicológicos, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão e fobias (SILVA *et al.*, 2020). Apesar disso, evidencia-se que a principal ação dos profissionais de saúde, mediante situações de violência silenciada pela mulher, tem se reduzido à medicalização, demonstrando despreparo para oferecer assistência adequada e qualificada no enfrentamento da violência (SOARES; LOPES, 2018).

Ao passo que os profissionais relataram que a violência é, predominantemente, silenciada nos serviços da rede pesquisada, eles também demonstraram e refletiram sobre os motivos que causam esse fenômeno. Desta forma, os participantes identificaram, a partir das experiências profissionais, a conjuntura que faz com que o pedido de ajuda seja adiado ou mesmo evitado, como o fato de o companheiro atrapalhar que a mulher vá à UBS, equipamento da RAMSV mais próximo da vivência dela. Também configuraram entre os motivos para violência se tornar velada, o próprio ato de violência psicológica cometido pelo agressor, que entre outras ações, inclui a proibição da mulher de usar as redes sociais ou de dar alguma informação aos filhos.

Em algumas falas [das mulheres] que a gente consegue identificar que o companheiro atrapalha, ou vir no posto, ou faz uma violência psíquica de proibir fazer uso de rede social, ou alguma informação para os filhos (P1 AB).

Observou-se que os profissionais reconheciam que a violência psicológica, principalmente quando ocasionada por parceiro íntimo, além de interferir nas situações cotidianas da mulher, pode impedi-la de acessar os serviços da RAMSV. Estudo realizado por Lawrenz *et al.* (2018), com objetivo de caracterizar as situações de violência contra mulheres notificadas pelos profissionais de saúde no Rio Grande do Sul (Brasil), demonstrou que a mulher busca a rede, em especial os serviços de saúde, na maioria das vezes, quando

a violência deixa marcas físicas. Nesse âmbito, muitos profissionais têm dificuldade de identificar e notificar as situações de violência psicológica, principalmente quando não estão associadas a lesões visíveis.

Esse achado ganha maior relevância diante de estudos que apontam que a violência contra a mulher mais prevalente é a psicológica (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Além disso, é o tipo de agressão que primeiro ocorre, e quando é causada por um ente familiar da vítima, geralmente, torna-se contínua (COSTA; SERAFIN; NASCIMENTO, 2015).

Os profissionais indicaram, também, número significativo de mulheres que não chega à RAMSV, porque não quer falar sobre o problema, por sentir vergonha e medo. Por outro lado, quando chega à rede de atendimento e denuncia, os profissionais explicaram que essa mulher, ao ser questionada sobre o porquê de não ter agido antes, fala sobre as várias tentativas que houve de reatar a convivência com o agressor, acreditando na alteração de comportamento deste. Fato que os profissionais apontaram como responsável pela violência recorrente.

Os relatos mostraram ainda, que pelo mesmo motivo: esperança de mudança das atitudes do agressor, após o pedido de ajuda, quando já estão no percurso do processo de atendimento na RAMSV, algumas mulheres desistem de dar continuidade à denúncia e, também, do acompanhamento familiar oferecido pelos setores de assistência social, como o CREAS.

[...] por que [a mulher] não chega [à rede]? Porque eu acredito que exista [mulheres em vivência de violência na minha área de atuação na AB], eu acho que tem mulher que não quer falar, tem vergonha, tem medo de falar (P9 AB).

[...] Não falam [da situação de violência], pela vergonha (P3 AB).

[...] quando as mulheres chegam aqui, fala: por que que você não denunciou antes? [...] porque têm a esperança de mudar. Nessa esperança de mudar, dar essa chance, e fica recorrente a violência, para e volta (P6 NMVVD).

É o que mais acontece, é desistirem do acompanhamento familiar. “Não, eu já estou pensando em voltar, ele está aqui me procurando, diz que vai mudar” (P10 CREAS).

As percepções dos profissionais corroboram pesquisa realizada em Centro de Referência de Atendimento à Mulher, cujo objetivo foi analisar as

experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor da saúde e na rede intersetorial, segundo a qual, como motivo para não buscar ajuda nos serviços de saúde ou para esconder as situações de violência, algumas mulheres citam a vergonha e o medo da recriminação por terem apanhado (SOARES; LOPES, 2018).

Oliveira *et al.* (2017) contextualizam que a violência por parceiro íntimo pode ocasionar nas mulheres alta taxa de medo dos agressores, seguida de vergonha de exposição, sendo esses sentimentos fatores importantes que impedem a mulher de fazer a denúncia.

Pesquisas explicam que esses sentimentos reforçam o isolamento da mulher em situação de violência (SOARES; LOPES, 2018; TERRA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015) e a falta de apoio das redes sociais em que vivem, sendo condição grave em termos de ocultamento da violência como questão social (TERRA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015). Oliveira *et al.* (2015) destacam ainda que o medo de denunciar o agressor se tornou uma barreira para muitas mulheres, independentemente do nível social destas.

Nessa conjuntura, embora a Lei Maria da Penha (Lei 11340/2006) dê visibilidade e criminalize a violência contra mulheres, permitindo o tratamento público (BRASIL, 2006), o medo e a vergonha, enquanto repercussões da cultura de gênero hegemônica, mantêm-se como obstáculos para superação da violência, sendo importante sublinhar que os movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres, as políticas públicas que inscrevem tais direitos e, conseqüentemente, os profissionais que trabalham na RAMSV não têm problematizado significativamente tais repercussões (TERRA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015).

Tendo em vista o panorama apresentado, por medo da repreensão que as revitimiza, as mulheres que sentem que não estão sendo acolhidas com respeito nos serviços, terão mais resistência em procurá-los e maior dificuldade de verbalizar a situação de violência (SOARES; LOPES, 2018).

Nesse sentido, os profissionais da rede de atendimento devem trabalhar visando reforçar a segurança das mulheres e reconhecendo o medo como, em parte, fundamentado nas limitações das políticas públicas de proteção. Posto isso, o reconhecimento de que o medo e a vergonha experimentados pelas mulheres em situação de violência são temas de toda a sociedade, e não

isoladamente sentimentos individuais e equivocados delas, é um passo importante para que o enfrentamento do problema seja efetivo e a vulnerabilidade das mulheres seja reduzida (TERRA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015).

Outro fator que pode se tornar entrave para a efetivação da denúncia ou o seguimento de um procedimento criminal é o vínculo afetivo preexistente entre a mulher e o autor da agressão (ADAMES; BATISTA, 2017). Nesse âmbito, conforme os relatos dos profissionais, destaca-se a crença da mulher na mudança do comportamento do agressor. Sobre isso, pesquisa que objetivou compreender as percepções de mulheres sobre a violência sofrida pelo parceiro íntimo, confirma que existe a esperança entre as mulheres em situação de violência de que o cônjuge pode mudar suas atitudes. Ele a convence por meio de pedidos de perdão e promessas de que não ocorrerão outros episódios de agressão, com isso as mulheres retardam ou desistem da denúncia (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013).

De modo mais amplo, os profissionais avaliaram, de acordo com as experiências profissionais, que a sociedade exerce muitas cobranças sobre a mulher e essa pressão também interfere nas decisões dela, diante da violência doméstica. Explicaram que a sociedade julga mal a mulher separada e a mãe solteira, e quando a mulher chega em algum serviço da RAMSV e identifica o parceiro como agressor, a sociedade a desencoraja com discursos que insultam a sanidade mental, a chamam de doida e louca.

As narrativas sugeriram, ainda, que a cultura de alguns locais fortalece a violência contra a mulher, de tal modo que ela não consegue identificar que está em situação de violência, fato que ocorre principalmente na zona rural, onde, com frequência, acontece a violência patrimonial. Os profissionais reforçaram que presenciam na comunidade onde trabalham discursos incoerentes com a realidade e mencionaram que, em caso de estupro, a sociedade, por vezes, comporta-se como se a mulher merecesse ser agredida, por causa das roupas ou em função de algum comportamento identificado como desacato ao parceiro íntimo.

Os profissionais relataram que a forte influência das questões culturais fica evidente no próprio discurso da mulher em condição de violência, uma vez que ela utiliza tom discriminatório ao se colocar na posição de mulher

divorciada/separada, esclarecendo que essa não é a sua vontade, além de mencionar o desejo de que os filhos não sofram com a ausência do pai.

O ato da mulher não falar sobre a situação de violência também é motivado, conforme os relatos, pelo fato dela não ter nenhum tipo de suporte social, não sendo acolhida nem mesmo pela família. Sobre isso, os profissionais argumentaram que não somente nos serviços da RAMSV que pertencem à Saúde Pública, como também em consultórios de atendimento particular, identificam famílias que desencorajam as mulheres a separar-se do agressor. Para os profissionais, esse contexto é decorrente da ultrapassada visão da sociedade de que não se deve interferir em relações conflituosas entre marido e mulher.

De outro modo, os profissionais mostraram que também existem mulheres que chegam à RAMSV e desistem de denunciar porque a própria família do autor da violência diz que vai resolver a situação.

[...] também, a sociedade cobra muito, a sociedade julga muito, aquela mulher que vai ser uma mãe solteira, separada (P1 AB).

E que, muitas vezes... principalmente na zona rural, é mais comum isso, nem se dão conta de que são vítimas de violência; violência patrimonial, é muito comum, também; [...] Muitas vezes, quando essa mulher chega até o serviço, e que ela denuncia esse homem, a própria sociedade, às vezes, diz assim: “Ah, ela é doida”. [...] porque, muitas vezes, essa mulher, ela não tem consciência. Nós já vivenciamos vários casos de mulheres que sofriam violência, como eu já falei para você, e que não sabiam que era vítima de violência, porque a própria cultura daquele local fortalecia essa prática. Nós já ouvimos coisas absurdas; principalmente, na zona rural. Então, assim, por exemplo, de dizer que a mulher é doida, “Ela é louca. Ela vai denunciar, ela é louca”. Ou então: “Ah, é porque ela se veste assim, ela merecia ser estuprada mesmo”. “Ela é uma mulher de vida fácil”. “Ela tem transtorno”. Então, “ela é desequilibrada”. Isso não justifica a violência contra a mulher. [...] Não falam pela falta de suporte; porque, muitas vezes, ela não é acolhida nem mesmo pela família dela. [...] Nós escutamos muito, que, por exemplo, que a mulher vítima de violência, a própria família, às vezes, diz assim... e eu escuto isso, não é só na Rede, na Saúde Pública; no consultório, também, particular. A própria família diz assim: “Ah, mas você vai se separar dele? Como você vai ficar? Olha, ruim com ele, pior sem ele”. [...] porque a sociedade, até algum tempo atrás, e até hoje, diz assim: “Que em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (P3 AB).

[...] que, muitas vezes, por ela, é desconhecida, como a violência psicológica, que é o que agride muito as mulheres; e, infelizmente, elas ainda desconhecem (P7 CAPS).

[...] “Ah, porque eu não quero me divorciar”. “Eu não quero, os meus filhos vão sofrer”. “Ah, mulher separada”; enfim, algumas questões culturais que ainda são muito fortes (P8 NMVVD).

Então, às vezes, por questões de arrependimento; tem, às vezes, a própria família da outra parte, fala assim: “Não, a gente resolve”. Aí, a mulher quer voltar atrás (P6 NMVVD).

Seguindo o direcionamento apontado pelos profissionais da pesquisa, é importante considerar a influência cultural que exerce poder sobre a formação dos comportamentos de homens e mulheres, definindo aqueles que são aceitáveis e quais papéis sociais devem ser exercidos por cada parte (ADAMES; BATISTA, 2017).

Na sociedade brasileira, embora sejam perceptíveis melhorias na criação de equipamentos públicos para o amparo das mulheres em situação de violência e nas leis específicas para superação da impunidade dos agressores, permanece a ideia de que a mulher que sofre violência de certa forma a mereceu, por ter, de algum modo, provocado o homem ou não ter coragem suficiente para deixá-lo. Outro julgamento que se conserva no imaginário social é o de que cabe à mulher permanecer na relação conjugal, promover a harmonia no lar e a união das famílias (OLIVEIRA; MOREIRA, 2016).

Dessa forma, a violência contra a mulher está tão fortemente internalizada no convívio e na cultura local que se torna imperceptível para as vítimas, famílias e comunidades. Nessa conjuntura, é possível ocorrer a banalização da violência, tanto pelas vítimas como por familiares. A percepção dos profissionais é que, muitas vezes, as agressões não são denunciadas em decorrência das vítimas considerarem os atos violentos, em especial àqueles que não deixam marcas físicas, como normais e naturais (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Por esse motivo, muitas famílias desencorajam a mulher com a intenção de denunciar e de divorciar-se do agressor. Esse dado se mostra problemático ao identificar-se que a maioria das mulheres, antes de buscar ajuda formal, conta a situação de violência somente para a família, sendo este o apoio percebido como mais importante para o enfrentamento da violência (BARAGATTI *et al.*, 2018).

Sobre as mulheres que se arrependem da denúncia porque a própria família do autor da violência diz que vai resolver a situação, observa-se que

ocorre legitimação da violência doméstica no contexto das relações familiares, o que torna mais difícil para a mulher o enfrentamento desta situação. Esta tentativa dos familiares de dar apoio e ajudar, ainda que seja legítima, acaba atrapalhando a assistência que ela poderia/deveria receber da RAMSV (RODRIGUES *et al.*, 2016).

As narrativas demonstraram que além de insuficiente, o suporte familiar nesses moldes contribui para perpetrar a situação de violência que, em algum momento, se tornará insustentável e, de modo mais grave, poderá contribuir para elevar os índices de feminicídio.

A complexidade e diversidade dos obstáculos no enfrentamento da violência, por meio da RAMSV, conduzem à observação de outras formas de resolução da violência, por parte de famílias que se distanciam de dimensões legais. Se, por um lado, existe uma postura de apoio para que a mulher consiga resolver a situação de violência, por outro, há uma conduta de silêncio, resignação e não apoio à mulher, ou mesmo, de proteção ao homem. Tais atitudes dos familiares se balizam no fato de considerar que, uma vez que a mulher se casou, precisa suportar sofrimentos em prol dos filhos e da manutenção do casamento (SCOTT *et al.*, 2016).

Outro elemento apontado nas narrativas como impulsionador da violência velada é a dependência financeira da mulher em relação ao autor da violência. Para os profissionais, quando a mulher está sob assistência da RAMSV e se determina o afastamento do agressor do lar, ela fica sem o provedor que faz o sustento da casa. Dessa forma, ela retoma a convivência com o autor da violência porque depende financeiramente dele, não sabe a quem recorrer para pedir ajuda e não possui um local que sirva de abrigo.

Outra, as questões financeiras, porque quando a gente determina o afastamento do agressor do lar, ela fica sem o provedor do lado, que faz o sustento (P8 NMVVD).

Ou, às vezes, até voltam com o próprio agressor; tem situações, porque são mulheres que dependem financeiramente. E, muitas vezes, também, delas falarem: “Por que, e aí? A quem vou recorrer? Família? A quem? Não tenho lugar onde ficar” (P6 NMVVD).

Estudos apontam que na maior parte dos casos, as mulheres em situação de violência doméstica são dependentes financeiramente dos

parceiros, não dispendo de renda própria, fator que acaba postergando a denúncia, que somente é realizada quando a situação se torna insustentável. Neste sentido, confirma-se que a dependência financeira da mulher é um dos fatores mais significativos na manutenção da situação de violência (GOMES *et al.*, 2012; COSTA; SERAFIM; NASCIMENTO, 2015; SOUZA; SOUSA, 2015).

Desse modo, percebeu-se que os participantes da pesquisa entendiam que a vulnerabilidade socioeconômica da mulher pode ser um dos fatores relacionados ao silenciamento e permanência na situação de violência doméstica. Posto isto, confirma-se que o reconhecimento dessa situação das usuárias é fundamental (GOMES *et al.*, 2012), na perspectiva de realizar ações, como inserção das vítimas nos programas de proteção e apoio social, para que elas alcancem a autonomia emancipatória para o rompimento do ciclo de violência estabelecido (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Além do contexto apresentado, os profissionais destacaram que os motivos para desistência da mulher em relação à denúncia, também estão relacionados às lacunas encontradas na legislação vigente e nos entraves dos serviços da RAMSV. Relataram que a mulher teme está colocando a própria vida em risco, porque as medidas protetivas de urgência não garantem proteção policial por 24 horas. Sobre isso, argumentaram que, em algumas situações, as medidas protetivas de urgência resolvem a situação da mulher, o agressor realmente cumpre o estabelecido na lei e se mantém distante dela. Mas em outras, a mulher se sente coagida a não continuar sob essa medida, porque mesmo que ocorra a prisão do agressor, posteriormente, ele será solto. Nesse aspecto, conforme os relatos, quando não há políticas de inclusão e de reabilitação para o agressor, como é o caso da rede pesquisada, permanece a promessa de que um dia irá matar a mulher e, assim, continua ameaçando-a.

Os profissionais referiram, ainda, que as medidas protetivas de urgência, como se diz popularmente, determinam a saída do autor da violência do lar, bem como que mantenha distanciamento em relação à agredida. Sobre isso, refletiram a partir da indagação: “como fica a mulher na madrugada, depois que o oficial de justiça intima o autor da violência para que saia de casa, e ele não o faz?”

Descreveram que a mulher permanece com o agressor, que provavelmente se encontra em estado de ira, dentro de casa, sem nenhum

aparato policial para defendê-la. Diante da ocorrência de novos episódios de violência, os profissionais relataram que somente podem contar com a coragem e frieza da mulher, para que consiga sair do local e voltar ao serviço para denunciá-lo novamente. Com isso, os profissionais argumentaram que o defensor público elabora novo pedido ao juiz, que, dessa vez, autorizará o oficial de justiça a fazer a intimação do agressor, com auxílio de força policial, para retirá-lo mesmo que seja contra a vontade dele.

A gente observa que muitas mulheres não denunciam por questão até da própria segurança, porque a segurança não é 24 horas, não fica. Então, muitas sentem medo, refém, dessa questão das ameaças, porque, às vezes, tem situações que a gente vê que resolve, a medida protetiva; então, o agressor realmente cumpre [...]. Mas, tem situações, realmente, que mulheres não continuam com a medida protetiva, porque... ou querem retirar; porque, às vezes, se sentem coagida, de não continuar. [...] Ele vai preso, ele vai solto. Porque têm as questões, realmente, quando ele é preso, tem um período; muitas vezes, ele é solto. E, quando solta, quando não têm as políticas de inclusão, de reabilitação, muitas vezes, ele sai naquela promessa de: “Eu vou, um dia, te matar. Vou te ameaçar”; e fica ameaçando (P6 NMVVD).

A medida protetiva, como se diz por aí no popular, é um papel que diz para o cara: Fique a 100 metros. Saia do lar. Bom, mas, e lá na madrugada, como fica? E quando a oficial de justiça vai lá e intima o cidadão para sair da casa, e ele não sai? Quando a oficial dá as costas, imagina a ira do cidadão, e ela está lá do lado dele, não tem nenhum de nós, lá; muito menos, aparato policial para defendê-la. Houve os gritos [violência psicológica], houve de novo o espancamento, o que seja. Então, é contar que ela consiga sair de lá, tenha coragem, tenha o sangue frio de voltar aqui, e dizer: “Doutor, ele não saiu”. E eu formular um novo pedido, ir ao juiz, que agora dirá ao oficial de justiça, que vá com o auxílio da força policial e retire a força (P8 NMVVD).

As medidas protetivas estão previstas na Lei Maria da Penha e incluem, entre outras ações, que o autor da violência se afaste do lar e da ofendida, bem como dos familiares e das testemunhas (BRASIL, 2006). Entretanto, conforme os relatos, há situações em que esse documento não é suficiente para garantir o distanciamento do agressor, revelando as lacunas que se apresentam nesse dispositivo legal (MENEGHEL *et al.*, 2013; SOARES; LOPES, 2018).

Por conseguinte, ocorre a sensação de insegurança nas mulheres, que tem se tornado motivo para impedi-las de denunciar, ou mesmo de dar continuidade aos procedimentos legais, quando já realizaram a denúncia. Sobre isso, estudo evidencia que alguns casais que vivem em situação de violência com medida protetiva, não respeitam a decisão judicial. A mulher agredida,

devido ao medo de ameaças do marido e à insegurança quanto à ação da polícia, deixa o companheiro ficar em casa. Já o parceiro íntimo não se afasta do domicílio, por falta de fiscalização da polícia, da demora do julgamento e da inexistência de medidas mais severas (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

As percepções dos profissionais sobre a sensação de insegurança e medo manifestados pelas mulheres merece atenção, uma vez que as medidas protetivas de urgência somente as protegem se elas conseguirem acionar a polícia a tempo, o que nem sempre é possível. Ademais, em relação aos momentos em que a mulher fica sozinha, problematiza-se que a ameaça de prisão pode não ser suficiente para impedir um homem decidido a agredir ou, até mesmo, a matar, de tomar essas atitudes (SOARES; LOPES, 2018).

Diante de tais lacunas nas medidas protetivas, sublinha-se que alguns estados brasileiros, a exemplo do Rio Grande do Sul, adotaram um serviço conhecido como Patrulha Maria da Penha. Trata-se de patrulhas que atuam com viaturas exclusivamente destinadas à realização de visitas domiciliares rotineiras e coordenadas, com objetivo de atuar de forma preventiva junto a situações nas quais já tenham sido emitidas as medidas protetivas em defesa de mulheres vítimas de agressões (GARCIA *et al.*, 2016).

Nota-se que existem propostas de políticas públicas que podem apresentar dispositivos, com a intenção de garantir a eficácia dos serviços da RAMSV e o cumprimento da Lei Maria da Penha. No entanto, conforme os relatos, esse não é o contexto que se apresenta no município da pesquisa, localizado no interior do Piauí, em que, além de não haver o serviço citado, prevalecem outras fragilidades discutidas na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”, como a ausência de casas-abrigo/serviços de abrigamento, para amparar as mulheres, previstos na referida Lei. Com isso, demonstra-se a predominância da condição de insegurança para as mulheres em situação de violência no referido município.

A partir do cenário apresentado, os participantes da pesquisa avaliaram que não se consideram treinados para lidar com essas questões: sociais, culturais, financeiras e psicológicas que permeiam o contexto da violência velada ou da desistência da denúncia, mas realçaram que existe formação técnica para isso.

Os profissionais relataram, ainda, que por não saber como trabalhar nessas ocasiões, encontram-se em situação de instabilidade. Demonstraram frustração ao afirmar que nas situações de desistência das usuárias em relação às medidas protetivas de urgência, houve casos em que orientaram às mulheres a pagar advogado para retirar o processo. Todavia, segundo os relatos, como estavam perdendo atendimentos, passaram a fazer, nessas situações, documento intermediário, solicitando a suspensão/anulação das medidas.

E, aí, existem outras questões que nós não estamos treinados, eu lembro que existe formação técnica para combater, que são questões sociais, financeiras, são questões psicológicas, são questões culturais; [...] ainda há uma dependência emocional da mulher em relação ao companheiro, e se sente frágil por não estar na companhia de um homem, enfim (P8 NMVVD).

Aí, a gente se sensibiliza, faz todo o processo; mas, aí, depois, elas recuam, elas já... elas já estão perdoando. Então, a gente fica, assim, um pouco, sem saber, em certos casos, como trabalhar. Dá um pouco, assim, de instabilidade, porque você está ali trabalhando; de repente, ela desiste (P10 CREAS).

No início, quando a gente estava... tinha muita medida, não queria voltar atrás; porque foi todo um trabalho que a gente teve, preparar o processo, e deixar em vão? Aí, a gente orientava a mulher: "Não, você vai pagar um advogado particular para retirar esse processo". Mas, aí, devido as demandas que a gente vai... que estava perdendo; então, a gente acaba, que está fazendo a questão da... a gente faz um documento intermediário, solicitando realmente a suspensão, a anulação, como se fosse uma anulação da medida protetiva (P6 NMVVD).

As narrativas concordam com estudo que teve como objetivo analisar as percepções dos profissionais da saúde da família a respeito do enfrentamento da violência doméstica e sexual, o qual indica que os profissionais se sentem despreparados e com conhecimentos insuficientes para atuar contemplando os aspectos culturais, sociais e psicológicos que incidem sobre as situações de violência (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Os dados encontrados se alinham também com outra pesquisa, desenvolvida por Adames e Batista (2017), cujos resultados expressaram que os profissionais necessitam lidar com a possibilidade de desistência da denúncia, já que a maioria das mulheres, mesmo após o atendimento psicológico e a orientação jurídica, opta por não utilizar os recursos legais, abstendo-se, inclusive, da continuidade do procedimento criminal em alguns casos. Conforme descrito anteriormente, as situações de violência doméstica envolvem questões

críticas e intrincadas, pois os autores da violência, predominantemente, são pessoas com as quais as mulheres têm relação afetiva. Assim, o trabalho dos profissionais na RAMSV ocorre em meio a sentimentos conflitantes.

Entretanto, por ser a desistência das mulheres uma ação possível de ocorrer, quando profissionais da RAMSV tendem a responsabilizá-las de algum modo por isso, identifica-se olhar reducionista, que rompe o vínculo de confiança entre o serviço e as usuárias, tendo como consequência a possibilidade de distanciamento delas, que em outros episódios de violência, podem se sentir intimidadas a pedir ajuda novamente, sendo, portanto, abandonadas pela rede que deveria ampará-las (SOUZA; SOUSA, 2015).

Essas dificuldades percebidas interferem fortemente na atuação dos profissionais, havendo, portanto, a necessidade de inserir a temática da violência durante o período de formação acadêmica, bem como de implementar políticas de educação permanente para sensibilização e transformação das práticas profissionais (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Complementa-se que os profissionais, na maioria das vezes, não recebem formação interdisciplinar e não contam com espaços de compartilhamento, discussão e elaboração de experiências de trabalho, de modo a obter compreensão do caráter contraditório do comportamento das mulheres em situação de violência (OLIVEIRA; MOREIRA, 2016). Reflete-se que para se alcançar um patamar de qualidade na assistência da RAMSV, existem outros desafios que precisam ser superados, como a carência de equipamentos e o número insuficiente de funcionários, demonstrados na categoria “Fragilidades e potencialidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”, em que se evidenciou a precariedade das condições de trabalho.

Sobre o preparo dos profissionais para atuação na RAMSV, destaca-se, ainda, que a formação na área de saúde da mulher não garante aproximação ao tema da violência contra a mulher e direitos humanos, e que o inverso também ocorre: ter participado de processos de formação nos temas de violência e direitos humanos não garante contato com a questão da violência contra a mulher. Desta maneira, indica-se a necessidade de capacitações específicas e maior aproximação dos conteúdos à realidade da rede local, com a finalidade de produzir resultados satisfatórios (BATISTA; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2018).

Por outro lado, enquanto a obscuridade dos casos é percebida pelos profissionais nos serviços de saúde, os participantes demonstraram que em alguns aparelhos especializados da RAMSV, como na DEAM, encontra-se a usuária que não posterga a busca pelo atendimento e o faz, inclusive, antes da violência física ocorrer. Os profissionais afirmaram que a mulher revela a situação visando ter acesso a um atendimento mais especializado, por saber que possui o direito de fazer registro de Boletim de Ocorrência (BO) e pedido de medidas protetivas de urgência diante da violência física, mas, em outras, manifestações da violência, como a psicológica e patrimonial.

Muitas vezes, a violência, ela não chega a ocorrer, propriamente dita, e a mulher já procura a delegacia, por ter conhecimento de que a mesma tem o direito de fazer o pedido da medida protetiva de urgência, em outras hipóteses de violência, como a violência psicológica, violência patrimonial. Então, ela já procura a delegacia, já no sentido de fazer o Boletim de Ocorrência, e ter acesso a esse atendimento mais especializado, voltado à mulher em situação de violência doméstica (P11 DEAM).

De fato, a realização de BO e a busca pelas DEAM ou delegacias convencionais estão entre as principais ações de mulheres em situação de violência, que decidem pedir ajuda formalizada (BARAGATTI *et al.*, 2018). Nesta conjuntura, a delegacia especializada emerge como espaço privilegiado de interpretações sobre as formas de violência e as maneiras de solucionar os conflitos. Assim, pode ser um lugar para as mulheres falarem de si, das expectativas e reivindicarem um lugar que efetivamente possa acolhê-las (FRUGOLI *et al.*, 2019).

Merece destaque a percepção de que algumas mulheres já são capazes de identificar outras formas de violência, como psicológica, patrimonial e, em alguns casos, estão preparadas para denunciá-las precocemente, apesar da complexidade envolvida. Ainda que incipientes, infere-se que essas mudanças observadas no aumento da quantidade de denúncias, que inclui a violência psicológica, decorrem do fato de que a violência foi, ao longo dos anos, deixando de ser vista como circunstância normal do cotidiano familiar e passou a ocupar lugar de destaque com o desenvolvimento de políticas e leis para sua prevenção e combate (LIMA *et al.*, 2016).

Nesse âmbito, a promulgação da Lei Maria da Penha possibilitou a resolução de situações de violência a um grande contingente de mulheres agredidas. Esse fato contribuiu para aumentar a demanda de todas as instituições que fazem parte da RAMSV, especialmente as do âmbito jurídico e policial, que têm se defrontado com quantidade significativa de processos (MENEHHEL *et al.*, 2013). Salienta-se, também, que as maiores taxas de identificação de violência doméstica contra a mulher podem estar relacionadas a sua menor aceitação, em virtude dos movimentos ativistas de enfrentamento da violência (LUCENA *et al.*, 2017).

Apesar disso, as percepções dos profissionais sobre a mulher em situação de violência, mais evidente nos discursos, diz respeito ao silenciamento da violência e às dificuldades dos profissionais para identificá-la, conforme apontado. Em meio a esse contexto, os profissionais, além de terem demonstrado o silenciamento da mulher na RAMSV, os fatores que contribuem para isso e as dificuldades em identificá-las, refletiram sobre as experiências nos atendimentos individuais e em ações em grupo na comunidade, no sentido de desvelar a violência silenciada.

Referiram a importância de intuir e questionar-se sobre o que, de fato, está acontecendo com a mulher que chega ao atendimento, apresentando uma fratura no braço, um hematoma ou outra lesão física, e diz, por exemplo, que a causa foi uma queda. Frente ao motivo de desconfiança, os profissionais relataram que convidam a mulher para o acolhimento e fazem a escuta qualificada.

Além disso, comentaram que, por meio de conversa criteriosa, conseguem identificar a mulher que está sendo vítima de algum tipo de violência, mesmo que o fato não fique claro. Nesse tipo de conversa, argumentaram que procuram estimular a mulher para que revele a situação, com a intenção de que possam intervir.

Os profissionais mencionaram, também, como forma de detectar a violência, a escuta qualificada durante o atendimento, bem como na triagem. Explicaram que a identificação da violência não acontece rapidamente, pois a desconfiança de que um quadro de depressão esteja associado à violência ocorre com o passar do tempo, à medida que vão conhecendo a história da mulher.

[...] às vezes, está num sofrimento, a gente faz uma escuta, chama para acolhimento. [...] então, a equipe tem que estar muito atenta para isso, tem que intuir muito: O que que está acontecendo? O que que tem por trás desse braço quebrado, que chega aqui? O que é que tem por trás desse hematoma que ela está me mostrando, se foi uma queda. Entende? (P2 CAPS).

Com uma conversa bem criteriosa, a gente consegue identificar que ela é vítima de um tipo de violência, mas não é claro, é só informação; aí, a gente tenta estimular que ela fale sobre, para a gente tentar intervir (P1 AB).

E, aí, na escuta qualificada, no atendimento, na triagem, a gente vai diagnosticando que existe essa violência [...]. Então, assim, chega com esse adoecimento, e a gente, com o passar do tempo, que vai conhecendo a história dessa mulher, a gente vai diagnosticando isso; que, talvez, essa ansiedade, que essa depressão, ela tenha sido gerada por conta desse tipo de violência (P7 CAPS).

Diante de marcas físicas ou sintomas psicológicos apresentados pelas mulheres, sobressai-se entre as ações dos profissionais: o acolhimento. Essa abordagem expressa as relações existentes entre as usuárias e os profissionais envolvidos no cuidado e engloba escuta qualificada e humanizada (NASCIMENTO *et al.*, 2019), sendo importante para o reconhecimento da integridade das mulheres, enquanto sujeitos com direitos humanos (SIMOES *et al.*, 2019). Dessa forma, os serviços de saúde devem estar prontos para realizar acolhimento das mulheres em situação de violência e ampliar a possibilidade dos passos seguintes na trajetória da superação desta problemática (GARCIA *et al.*, 2016). Essa abordagem também é oportuna para informá-las sobre os recursos disponíveis na RAMSV (SIMOES *et al.*, 2019).

Apesar disso, estudo que objetivou identificar fatores associados ao atendimento por violência doméstica e familiar entre vítimas atendidas nos serviços de urgência e emergência no Brasil, demonstra que as mulheres, após o atendimento inicial no local onde buscaram a primeira escuta, geralmente, procuram outros serviços de saúde pelo mesmo problema, sugerindo que o acolhimento não ocorre adequadamente ou há negligência na recepção de demandas (GARCIA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, os achados da pesquisa em tela sinalizam para o fato de que, durante o acolhimento, os profissionais de saúde não verbalizam o tema da violência diretamente com as mulheres, pois ao perceberem as marcas físicas, relatam que procuram intuir, realizar conversa criteriosa e estimular que a mulher fale sobre a situação de violência. Em relação a isso, alguns estudos apontam

que a maioria dos profissionais de saúde adotam essa postura, porque consideram como comportamento invasivo questionar abertamente a mulher (MARINHO; GONÇALVEZ, 2016), é como se o tema da violência fosse um tabu, e abordá-lo resultasse no abandono do serviço por ela (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

Em contrapartida, a mulher, mesmo quando não revela diretamente a situação de violência que vivencia, parece estar mais disponível para falar sobre o tema do que os profissionais para perguntar, o que torna a descoberta de muitos casos resultado de ações despretensiosas, durante avaliações de quadros depressivos e situações de repetidas presenças nos serviços (VIEIRA; HASSE, 2017).

Com isso, percebe-se que a atuação dos profissionais, em parte, é baseada na intuição, demonstrando que a obscuridade dos casos permanece, por um lado pelo silenciamento das mulheres, e por outro, pela falta de qualificação profissional para realizar adequadamente o acolhimento, bem como a identificação dos casos e os devidos encaminhamentos pela RAMSV (PEDROSA; ZANELO, 2016).

Ao considerar que a atenção básica é um campo privilegiado para identificar as mulheres em situação de violência, principalmente, pela proximidade dos profissionais com as mulheres da comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2015; GARCIA *et al.*, 2016; BORBUREMA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017), cabe ainda refletir sobre até que ponto os profissionais utilizam essa oportunidade para investigação precoce dos casos, uma vez que eles demonstram o entendimento, conforme os relatos a seguir, de que a mulher em sofrimento pode ser aquela que está frequentando o serviço para fazer terapia, uma vez por mês ou por semana, ou está indo buscar um medicamento, que nem sempre é para o tratamento de problemas psíquicos.

[...] mas é uma paciente que vem para a terapia, uma vez por mês... uma vez por semana, é uma paciente que vem pegar um medicamento; às vezes, está num sofrimento [...] (P2 CAPS).

Observa-se que embora os profissionais tenham demonstrado preocupação em identificar os casos de violência velados, há concordância com estudo que evidencia haver inabilidade para agir diante de tais situações, pois,

na maior parte das vezes, as ações dos profissionais somente emergem quando a violência deixa sintomas psicológicos que se intensificaram, ou quando marcas físicas estão evidentes (HASSE; VIEIRA, 2014).

Entende-se, nessa perspectiva, que é imprescindível que o profissional de saúde, além de realizar o acolhimento, investigue o motivo da presença da mulher no serviço, amplie o olhar ao escutar a mulher que o procura e, ao suspeitar da situação de violência, questione diretamente, sem julgamentos (BORBUREMA *et al.*, 2017).

No atendimento, o sigilo também deve ser garantido, principalmente, por meio da postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, anotações e adequação da comunicação que será realizada com a mulher. É importante considerar que questões específicas de comportamento, como “alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?”, possuem maior índice de resposta positiva, do que conversas indiretas e questões vagas, possibilitando maior chance de identificação da situação de violência e evitando generalizações que podem, de fato, constranger a mulher (BRASIL, 2012).

Tensiona-se ainda que, segundo os relatos, o silenciamento da mulher prevalece diante da maioria dos profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, porque eles não acolhem ou acolhem com limitação as particularidades da mulher em situação de violência. Neste contexto, os relatos mostraram que as mulheres tendem a romper o silêncio quando estão com o profissional psicólogo, que além de estar mais preparado para realizar o acolhimento, trabalham com a intimidade das mulheres.

Muitas vezes, elas chegam até aos outros profissionais, como o médico, o enfermeiro, muitas vezes, elas não falam; [...] e, aí, elas chegam até esses outros profissionais, mas culmina com o psicólogo; então, assim, elas falam. Tem coisas que você só fala para um psicólogo. Por quê? Porque você sabe, é claro que a ética existe em todas as outras profissões, o sigilo; mas, o psicólogo, ele trabalha mais com essa intimidade. [...] porque nós somos profissionais que acolhem coisas que os outros profissionais não acolhem. Acolhem, mas até certo ponto (P3 AB).

Verifica-se a importância do acolhimento psicológico destinado às mulheres em situação de violência, cabendo ao profissional trabalhar de forma assertiva e ética, com base nas demandas levantadas por elas, tendo em vista

que tal procedimento e perspectiva deverá considerar o fenômeno de forma integral e sistêmica. As narrativas corroboram a evidência de que o acolhimento psicológico proporciona à acolhida um outro olhar de si quanto à situação que vivencia, ou seja, não se focaliza somente o ato de violência, mas as repercussões deste na vida integrada da pessoa, em diferentes aspectos, como o histórico familiar, cultura, crenças, valores, escolaridade, entre outros (ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018). Apesar disso, enfatiza-se que diante de um caso de violência doméstica contra a mulher, não é suficiente o encaminhamento para o psicólogo, é necessária a atuação integral de toda a equipe durante o acolhimento (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Sobre as ações desenvolvidas em grupo na comunidade, os profissionais referiram que, por meio de palestras e rodas de conversas, inclusive com crianças, conseguiam identificar questões duvidosas que poderiam estar associadas a algum tipo de violência, como abuso e assédio. Mencionaram que conseguiam levantar suspeitas, a partir das falas que, inocentemente, são ditas.

Explicaram, também, que nos espaços que propiciam momentos de rodas de conversas, percebiam o quanto o sofrimento da violência existe e que, por meio do contato, as usuárias do serviço começam a se sentir à vontade para falar da própria dor.

Os participantes comentaram ainda outras atividades de educação em saúde, como movimentos em praças públicas, com exposições de fotos de mulheres que foram desbravadoras do feminismo, e contextualizaram que para abordar temas como esse, é pertinente não causar polêmica e agregar pessoas de todos os gêneros no enfrentamento da problemática da violência contra mulheres, conscientizando a comunidade de que é preciso haver respeito, acesso aos serviços de saúde e liberdade para as mulheres, tendo em vista, ainda, a possibilidade de serem do modo como quiserem.

Além do feminismo, os profissionais relataram abordar outros temas, como a Lei Maria da Penha, no sentido de empoderar as mulheres. Esclareceram que a partir do compartilhamento de ideias no grupo, as mulheres iniciam o entendimento de que agressões psicológicas e empurrões não são normais, e começam a identificar, por exemplo, ameaças de expulsão de casa como sendo violência patrimonial. Conforme os relatos, o trabalho de prevenção

é difícil de ser feito, porém é necessário, sendo gratificante conseguir transformar vidas, nem que seja apenas de uma mulher.

Os participantes argumentaram que trabalhos de prevenção, como os realizados nas escolas, possuem resultados positivos na sociedade, especialmente, quando são oportunizados para jovens e crianças. Relataram que surgem, nessas atividades, vários questionamentos e exemplos de situações do cotidiano que podem ser esclarecidos pelos profissionais da rede. Para eles, trata-se de importante ação para desnaturalizar xingamentos e outras formas desrespeitosas de tratar as mulheres, a fim de prevenir a violência psicológica ou interromper os repetidos ciclos que, por vezes, culminam com o crescimento das estatísticas de feminicídios.

Em alguns momentos, observa-se que os profissionais endossaram o desejo, que inicialmente aparece como sendo das usuárias dos serviços, de que homens e mulheres deveriam ter os mesmos direitos, demonstrando que esse interesse precisa ser, de fato, de toda a sociedade. Nesse âmbito, comprovaram a necessidade de enfrentar a cultura machista e desconstruir a ideia de subserviência da mulher em relação ao homem, principalmente quando se trata de grupos historicamente discriminados socialmente, como mulheres negras e/ou com transtorno mental.

[...] E, no meio dessas conversas, essas palestras, rodas de conversa, até com criança, que a gente consegue identificar algo duvidoso, em termos de violência, abuso, assédio, na fala que eles dizem inocentemente, mas a gente chega a captar (P1 AB).

Então, assim, é nesses espaços, nesses momentos de roda, que a gente vê o quanto que existe esse sofrimento; e que, no contato, os usuários começam a se sentir à vontade para falar da sua dor (P7 CAPS).

Então, a gente consegue falar em forma de promoção, orientando como se fosse umas palestras, na roda de conversa [...] (P1 AB).

[...] e, também, nós fazemos esse trabalho de educação nas comunidades, tanto na zona rural, como na zona urbana; [...] nós também trazemos os homens, enquanto parceiros; porque quando a gente fala em feminismo, nós não estamos querendo causar polêmica, nós não queremos afastar os homens do Movimento Feminista; pelo contrário, o nosso papel é sempre agregar, agregar homens e todos os gêneros nessa luta de violência contra a mulher; porque a partir do momento que eu conscientizo aquela comunidade, que a mulher, ela precisa de respeito, ela precisa ter acesso aos serviços, ela precisa viver em liberdade, ser o que ela quiser, eu estou prevenindo também; então, nós trabalhamos muito na prevenção, através da Educação em

Saúde, nas escolas, nos sindicatos. Nós fazemos muitos movimentos nas praças públicas, também. Exposições de mulheres que foram desbravadoras do feminismo, porque o que nós queremos, como mulheres, é o quê? Temos acesso aos serviços públicos, nós queremos ganhar igual os homens. Nós queremos ter o direito de sermos o que nós quisermos, como mulheres, de sermos respeitadas pela sociedade. [...] porque o que nós queremos é combater essa cultura do machismo. Eu nem gosto muito dessa palavra “combater”, mas é enfrentar mesmo essa cultura machista, essa cultura que acha que mulher tem que ser subserviente ao homem. E não, o que nós queremos é essa igualdade de direitos. Então, nós trabalhamos muito, a quebrar esses mitos. [...] e quando nós falamos na mulher, que ela é, por exemplo, negra, e que tem um transtorno mental, aí que o preconceito é maior mesmo (P3 AB).

Então, assim, é nesses espaços, nesses momentos de roda [...] e, aí, com esse empoderamento com esse compartilhamento de informações, começam a entender que não é normal; que a agressão psicológica, ela não é normal; que o empurrão, ele não é normal; que dizer, que “se você me deixar, você vai para o meio da rua”, é uma violência patrimonial [...]. Então, assim, até eu bato muito na tecla com as minhas usuárias, aqui; que, em roda de conversa, converso muito sobre a Lei Maria da Penha, sobre os tipos de violência [...]. Então, começam a entender. É um trabalho difícil; porém, ele tem que ser feito. E se torna gratificante a gente ver que se consegue transformar a vida de uma pessoa, de uma mulher, a gente já está conseguindo muito (P7 CAPS).

A gente fez, esse ano, já um trabalho em escolas [...]. E a gente vê que o resultado é muito positivo, porque têm várias questões que surgem, e é como se eles, como se trata as mulheres no cotidiano, como se fosse algo natural, você xingar, xingamento, você vê o pai xingando uma mãe, você começa com o xingamento, a violência; e do xingamento, das ameaças; e das ameaças, começa a questão do feminicídio. Então, se a gente vê situações, para a gente trabalhar a questão de forma educando e prevenindo esses jovens; e se começar, ainda, pela fase das crianças, melhor ainda. Então, a gente vê que pode evitar realmente essa problemática, de achar que a mulher tem que ser tratada de forma realmente desrespeitosa, de forma abusiva, que é natural, é natural a mulher ser tratada de forma realmente que foge à questão dos direitos humanos (P6 NMVVD).

[...] Então, a gente entende que a cultura machista, ela é tóxica, ela leva muito a isso; então, a gente privilegia muito esse trabalho aqui. A gente vai para as escolas, também; não só a UBS, para fazer roda de conversa com as meninas, para empoderá-las enquanto mulheres. Não só as mulheres negras, também; fazemos parte de outros movimentos também, como o Movimento Negro. [...] Então, o CAPS não trabalha só aqui dentro, ele trabalha extramuro; em outros espaços, ele precisa estar falando sobre isso (P3 NASF).

Conforme percebido pelos participantes da pesquisa, o trabalho em grupo é um importante mecanismo de abordagem da temática da violência contra mulheres. Estudo indica que, por meio dele, as mulheres não estão apenas passíveis de receber conteúdos didaticamente, mas estão sujeitas às muitas experiências compartilhadas por cada uma das participantes e passam,

desta forma, a perceber, em razão de similitudes e narrativas, conteúdos específicos de trajetórias no âmbito da violência doméstica (CAPELELINE *et al.*, 2019).

Ao perceber, por meio do grupo, seu problema em outras histórias compartilhadas, a mulher deixa de se sentir sozinha. Assim, essa abordagem facilita a identificação dos casos, a realização do cuidado, ajuda na superação de traumas e contribui para prevenção do suicídio (OLIVEIRA; EMANUELLE; BARRETO, 2019).

Nota-se que embora os profissionais tenham considerado difícil a execução do trabalho de prevenção da violência, apontaram para a importância de realizá-lo. Tal aspecto converge com o que está previsto na Lei Maria da Penha, sobre a necessidade de se trabalhar com as causas da violência e não apenas com as consequências desta (BRASIL, 2006; VIEIRA; HASSE, 2017).

Apesar disso, é preciso considerar que muitas dessas ações de cunho preventivo estão balizadas em formato educativo tradicional ou de palestras, mostrando-se limitadas para gerar transformações subjetivas (NOTHAFT; BEIRAS, 2019). Em contrapartida, os profissionais demonstraram, também, o uso de outras modalidades de metodologias participativas, como rodas de conversa, que são capazes de promover cultura de reflexão e, portanto, mostram-se mais eficazes para abordar a complexidade que envolve a violência no âmbito doméstico (TAVARES, 2015).

A despeito disso, estudo reforça que, de modo geral, as rodas se efetivam como espaços de acolhimento em busca da produção da consciência crítica e autônoma dos participantes diante de experiências (SAMPAIO *et al.*, 2014). Por conseguinte, os profissionais destacaram a relevância de envolver tanto homens quanto mulheres nas ações de prevenção da violência contra a mulher, uma vez que implicam a desconstrução de normas e padrões culturais que aprovam a dominação masculina sobre a mulher (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Seguindo essa vertente, os profissionais expressaram a necessidade de ações para enfrentar a cultura machista e desconstruir a ideia de subserviência da mulher em relação ao homem, principalmente quando a violência envolve mulheres negras e/ou com transtorno mental. Esse entendimento corrobora a literatura que descreve a violência de gênero como expressão do patriarcado e do machismo, visto que os valores culturais estão associados às desigualdades,

e a violência instaura a naturalidade das diferenças, com estereótipos e códigos de conduta entre homens e mulheres (BALBINOTTI, 2018).

Nesse âmbito, o olhar atento dos profissionais de saúde para as mulheres negras e/ou com transtorno mental e para a importância dessas ações no contexto rural é relevante, uma vez que estudos comprovam que mulheres pretas ou pardas sofrem mais violência no decorrer da vida que outras mulheres, sendo o racismo fator preponderante para colocá-las em risco de lesão e morte (PRADO; SANEMATSU, 2017).

As mulheres com transtornos mentais constituem quantitativo significativo de atendimentos na RAMSV (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014) e, apesar disso, artigo que fez análise sobre os documentos relacionados às políticas para as mulheres (entre eles a Lei 11340/2006) e os relacionados à saúde mental no Brasil, demonstra que o diálogo entre eles ainda é incipiente, depreendendo-se com isso que a violência de gênero contra as mulheres não é tratada claramente como fator de risco para a saúde mental (MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

Quanto às mulheres que moram no contexto rural, elas apresentam vulnerabilidade que merece atenção, porque residem distantes dos locais dos serviços e estão inseridas em organização familiar que as tornam mais submissas aos homens: cuidam da família, da casa e dos animais pequenos, como galinhas, sendo o trabalho caracterizado como reprodutivo e contributivo da renda familiar, a qual é administrada pelo homem, cujo trabalho é denominado produtivo (BORTH *et al.*, 2018).

Complementa-se que outras vulnerabilidades devem ser consideradas no contexto do enfrentamento da violência, como nos casos de pessoas idosas, com deficiência mental ou física, mulheres indígenas, ciganas, mulheres do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, mulheres e homens transexuais ou que vivenciam a transexualidade, travestis, transgêneros, bem como pessoas que exercem a prostituição, pessoas em situação de tráfico ou exploração sexual, em território de conflito, situação de cárcere ou internação, em situação de rua, opressão e dependência econômica em geral, entre outros (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, essa discussão fortifica a literatura que comprova que o feminicídio tem tomado proporções preocupantes nos últimos anos, com

manifestações diversas e aumento significativo da prevalência em certos contextos, como os citados (SANTOS; IRINEU, 2019). Neste sentido, embora a desconstrução da identidade submissa e oprimida das mulheres seja um processo que se encontra em curso, para culminar em uma equidade de gêneros, depende da mudança de paradigmas por parte de todos os setores da sociedade (MADERS; ANGELIN, 2014).

Posto isso, é notório que os profissionais identificam as escolas, com crianças e jovens, como campo fértil para realização de trabalhos de prevenção da violência contra mulheres, havendo aproximação com a literatura que demonstra essa problemática como essencialmente cultural, somente passível de mudança significativa gradativamente ao longo das gerações. Desta forma, qualquer mudança de comportamento envolve reflexão, questionamento em várias instâncias sociais, como a família, a escola, o trabalho, a igreja, dentre outras. Essas mudanças na forma de pensar e agir que podem ocorrer ao longo das gerações, com o passar do tempo histórico, podem, sim, ocasionar a formação de uma nova ordem social (LUCENA *et al.*, 2016).

Contudo, apesar de os profissionais terem referido perceber a existência de casos a partir dessas ações, sinalizaram para um trabalho de educação em saúde e prevenção da violência, demonstrando que o foco dessas ações não é a identificação dos casos, ou seja, quando isso ocorre, é, predominantemente, eventual.

Dessa forma, os profissionais tenderam a admitir a presença da mulher em situação de violência velada nos serviços de saúde, nos territórios de atuação na comunidade, mas sem estratégias concretas para identificá-las desde o primeiro atendimento individual, ou em ações programadas em grupo (SOUZA; SILVA, 2019).

Em razão disso, os episódios tendem a ser menos identificados e menos notificados. Essa hipótese ganhou destaque quando os profissionais argumentaram que não há como comprovar que os registros do município pesquisado são fidedignos:

Então, não há como a gente comprovar que tem X casos de violência, porque eles [os casos] não chegam diretamente como forma de violência (P1 AB).

Entende-se, portanto, que há despreparo dos profissionais da rede de atendimento para identificar mulheres em situação de violência silenciada e, como consequência, além de ocorrer a subnotificação dos casos na região (SCOTT *et al.*, 2016), eles não conseguem oferecer todo o subsídio ao qual elas têm direito, de forma que outros serviços não são acionados e a RAMSV torna-se fragmentada.

Fortifica-se, então, os achados nos relatos, segundo os quais, os dados epidemiológicos do município, no qual se realizou o estudo, sobre a violência contra a mulher, se encontram mascarados, refletindo números inferiores às ocorrências.

Assim, as percepções dos participantes quanto ao baixo número de casos emergem, na realidade, do fato de que, em muitas situações, o profissional de saúde não está preparado para perceber os sinais de possível convívio com a violência e não questiona essa situação às mulheres, além da possibilidade de o relato da violência surgir e não ser acolhido pelo profissional. Neste sentido, é pertinente que ocorra no trabalho desses profissionais a quebra de paradigmas, o treinamento contínuo no diagnóstico de situações de violência e a capacitação para notificação dos casos. Esses elementos oferecem subsídios para constituição de caminhos eficazes de proteção à mulher, visibilização do problema e construção de políticas públicas em saúde mais eficientes (BORBUREMA *et al.*, 2017).

Reforça-se que a violência contra mulheres é uma problemática complexa que necessita de ações específicas para o enfrentamento, de modo que, além da capacitação profissional, são imprescindíveis esforços coletivos dos diversos órgãos, governamentais e intergovernamentais, no sentido de apresentar propostas de políticas públicas que impulsionem articulações entre redes institucionais e ações intersetoriais voltadas para essa problemática, especialmente, em âmbito doméstico (COUTO *et al.*, 2018).

Desse modo, a procura pela RAMSV é conflitiva e ocorre plena de ambiguidades. O sistema de saúde, por vezes, não está devidamente estruturado com aparelhos e profissionais preparados para atender às mulheres, e o sistema de justiça apresenta instrumentos legais que nem sempre convergem com o que elas desejam. Assim, por diversas razões, elas acabam se privando de utilizar os serviços da rede (ADAMES; BATISTA, 2017).

5.4 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Nesta pesquisa, também se evidenciaram fragilidades e potencialidades da RAMSV do município pesquisado. As fragilidades estão relacionadas ao contexto político brasileiro vigente; à cultura machista e patriarcal do referido país; aos ambientes com estrutura física inadequada para o acolhimento da mulher; aos equipamentos de trabalho obsoletos, danificados ou ausentes; à inexistência de serviços especializados (casa-abrigo, vara de violência doméstica); à carência de intervenções com os agressores; à quantidade insuficiente de profissionais; à revitimização, por meio da repetição dos relatos pela mulher, bem como aos problemas de ausência de comunicação entre os aparelhos.

As potencialidades estão associadas às possibilidades de trabalho das equipes de atenção básica; à presença de profissionais mulheres no CAPS, na Defensoria Pública e na DEAM; à presença de alguns profissionais com visão humanizada na RAMSV; ao empenho dos profissionais que realizam o trabalho se sobrepondo às fragilidades da rede; à ampliação do número de serviços; e à implantação do SAVVIS que realiza exames, administração de medicamentos e facilita o acesso das mulheres ao acompanhamento psicológico, por meio de encaminhamento, sendo todos esses serviços, no âmbito do SUS, gratuitos.

Em relação à conjuntura política vigente, os profissionais refletiram que a sociedade brasileira está vivendo um momento delicado para o enfrentamento da violência contra mulheres. Para eles, o atual presidente possui declarações polêmicas, que foram divulgadas pela grande mídia, antes mesmo dele ser eleito, as quais fortalecem a misoginia e o machismo. Sobre isso, referiram a discussão que ocorreu com a deputada federal do Partido dos Trabalhadores, Maria do Rosário, na qual o presidente afirmou que não a estupraria, “porque ela não merece”, bem como mencionaram a palestra (na sede do Clube Hebraica, no Rio de Janeiro), na qual o presidente declarou ter cinco filhos, sendo quatro homens e o quinto, como deu “uma fraquejada, veio uma mulher”.

Os profissionais argumentaram que esse cenário fragiliza a RAMSV, porque fortalece o preconceito de gênero e favorece a implantação de políticas

segregacionistas que afastam do convívio social a mulher e a pessoa em sofrimento mental. Assim, explicaram que declarações como as citadas repercutem nas atividades de educação em saúde, por exemplo, nas rodas de conversas realizadas na comunidade, sobre temáticas relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, como o Feminismo.

Os participantes contextualizaram que nesses momentos, ao perguntarem aos envolvidos quantos são feministas, poucos se identificam, pois entendem, equivocadamente, que ser feminista é querer sobrepor os interesses e direitos das mulheres aos dos homens. Nessas situações, ressaltaram que colocam em pauta para os participantes do grupo, exemplos de conquistas feministas, como o direito da mulher ao voto, de ocupar cargos profissionais diversos e de escolher o cônjuge. E, a partir daí, desencadeiam reflexões que fazem as pessoas do grupo compreender que o Movimento Feminista foi e continua sendo importante para as conquistas de direitos das mulheres.

Além disso, consoante aos relatos, os participantes desses encontros começam a perceber que o Movimento Feminista não é representado pelo que se divulgou no período da campanha eleitoral presidencial do ano de 2018, na qual circularam vídeos, inclusive propagados por profissionais de saúde, em que se viam mulheres, mencionadas feministas, com crucifixos na vagina.

Atualmente, nós estamos vivenciando um momento bem delicado na nossa sociedade. Quando nós, por exemplo, ouvimos a fala do Presidente da República, quando ele disse que a Deputada Maria do Rosário não merecia ser estuprada, porque era feia. Isso é muito grave; porque, essa fala repercute na sociedade; isso fortalece o preconceito, fortalece essas políticas segregacionistas, que segregam a mulher, que segregam “o louco”. O louco, que eu digo, que é uma forma pejorativa de denominar as pessoas em sofrimento psíquico. Quando o nosso Presidente disse, que... quando o Presidente da República, aliás, ele disse, que deu uma fraquejada e nasceu uma mulher [...]. Isso é tão forte, que, muitas vezes, quando nós estamos fazendo essas rodas de conversa, nas comunidades, sobre o Movimento Feminista, nós perguntamos às pessoas que participam: Quantas delas são feministas? E, às vezes, eu saio triste, porque poucas pessoas levantam a mão, porque acham que feminista é coisa de mulher que quer ser mais que o homem [...]. E não é isso, e aí nós levamos. Depois, eu saio feliz, no final do encontro, porque nós questionamos assim: “Quantas de vocês sabiam que se não fosse o Movimento, se não tivesse existido o Movimento Feminista, nós mulheres, nós não poderíamos escolher com quem nos casarmos [...] nós não poderíamos exercer uma profissão, nós não teríamos o direito ao voto”. E, aí, elas param e se questionam: “É, realmente”. O feminismo não é tudo isso, de mostrar que a... Nós vimos aí, na última política, nas eleições presidenciais, em que colocavam isso, que eu já vi divulgando, muitos profissionais, inclusive, de Saúde, que divulgava as mulheres

feministas, com os crucifixos na vagina. Quer dizer, imagine só, o Movimento Feminista não é isso. Então, assim, está havendo, atualmente, essa deturpação do que é o Movimento Feminista (P3 AB).

Impulsionadas pelo Movimento Feminista, ocorreram mudanças na sociedade ocidental referentes aos direitos das mulheres, como acesso à educação, salários mais equitativos com os homens e o direito de iniciar processo de divórcio (VIGANO; LAFFIN, 2019).

Apesar disso, o progresso das pautas feministas sempre esbarrou nos valores cristãos na sociedade patriarcal. Com a eleição de Jair Bolsonaro à presidência, o que se viu foi uma retomada de valores conservadores, relacionada ao avanço religioso no Congresso Nacional. Ademais, com a política de redução da maioria penal; a política de educação com o ensino a distância desde o ciclo básico; a privatização do ensino; o fim das políticas de cota; e as reformas trabalhista e da previdência, estrutura-se um cenário de retrocesso em direitos arduamente conquistados. Essas perdas serão sentidas principalmente pelas mulheres. O fim de direitos trabalhistas e de políticas públicas fundamentais, como o ensino básico presencial para os filhos da classe trabalhadora, atingirão, sobretudo, as mulheres trabalhadoras (VAZQUEZ, 2019).

Na mesma direção, os participantes da pesquisa em tela relataram que os serviços da RAMSV passaram a ser alvo de ataques da atual gestão do governo. Sobre isso, os relatos mostraram que os recursos destinados aos CAPS foram congelados e que os profissionais estão presenciando o retrocesso de cerca de 30 anos de luta antimanicomial.

Esses serviços [da RAMSV], eles estão sendo atacados. Por exemplo, nós estamos vendo que os recursos para os CAPS, eles congelaram. Então, enquanto profissionais que trabalham com a luta antimanicomial, nós estamos vendo aí 30 anos de luta antimanicomial entrando pelo esgoto [...] (P3 AB).

Confirma-se que a carência de investimento nos serviços de saúde mental compromete, predominantemente, o acolhimento e a assistência às mulheres, visto que elas são, majoritariamente, a clientela desses aparelhos. Soma-se a essa problemática, o fato de que a violência contra a mulher está presente no cotidiano dos CAPS e, mesmo assim, os profissionais apresentam

dificuldade de relacioná-la aos problemas de sofrimento mental, o que dificulta a identificação dos casos (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

Seguindo essa vertente, os participantes da pesquisa sinalizaram que o investimento do Estado em estratégias de enfrentamento à violência reduziu nos últimos anos. Consoante aos relatos, essas perdas ocorreram devido às dificuldades orçamentárias, mas especialmente, por mudança de foco do governo. Sobre isso, as falas enfatizaram que, no atual cenário da política brasileira, independentemente de questões partidárias, os Direitos Humanos não estão sendo colocados em pauta com a mesma relevância que tinham anteriormente, desse modo, serviços da rede de atendimento têm se tornado cada vez mais fragilizados.

[...] o Estado, de modo geral - não falo aqui, só o estado do Piauí, mas de todos os entes federativos -, tem diminuído o investimento no combate à violência. [...] com o passar do tempo, foi se perdendo esse investimento; e eu imagino, que também por questões orçamentárias, mas também por uma questão de foco. Você vê que o momento da política brasileira, sem querer entrar em questões partidárias, é de que os direitos humanos não tenham tanta relevância o quanto se tinha antes; e a gente vem percebendo isso, na prática (P8 NMVVD).

Recorda-se, por meio de Andrade (2019), que ao longo dos séculos, por motivos variados, surgiram uma gama de direitos, uma rede de proteção social e uma série de políticas públicas, e por mais que o entendimento do que significa ser humano e ter direitos nunca tenha sido totalmente respeitado, houve pelo menos um esboço de projeto civilizacional.

Contudo, apesar da ampliação de dispositivos e recursos para assistência e proteção à mulher em situação de violência, nos últimos anos, as recentes mudanças no cenário político impactaram nas redes intersetoriais, com a diminuição de recursos materiais e humanos que contribuíram não apenas para a perda de espaço conquistado, como também para aumento da discriminação em torno do conceito de gênero (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SHRAIBER, 2020).

Nesse contexto, ocorreu a substituição do Ministério dos Direitos Humanos pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, comandado pela pastora evangélica Damares Alves. Militante contra o aborto, a atual ministra defende a vida a partir da concepção e rechaça o que chama de

ideologia de gênero, reforçando papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, como “menino veste azul e menina veste rosa”. Essa compreensão tradicional, por não reconhecer que ser homem ou ser mulher são construções sociais, nega a identidade de gênero, por exemplo, de travestis e transexuais, não reconhecendo a importância de políticas públicas para esses grupos (ANDRADE, 2019; VAZQUEZ, 2019).

Alinhado às concepções de Damares, o ministro da Educação, Véliz Rodriguez (posteriormente substituído sob a alegação de falta de *expertise* e gestão), ao se manifestar contra a suposta ideologia de gênero, afirmou que quem define os gêneros é a natureza. Mas, além de fazer essa fala, ele extinguiu do MEC a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI), responsável por assuntos relacionados aos direitos humanos e étnico-raciais e, ainda, revelou que não permitiria as pautas que considera nocivas aos costumes, impostas por agências internacionais (ANDRADE, 2019).

O referido ministro concordava, ainda, com a imposição de uma escola sem partido, que ao proibir o debate de gênero no ensino básico, estabeleceria as bases para consolidação ideológica conservadora que atribui papéis de gênero específicos para homens e mulheres, cabendo à mulher a submissão (VAZQUEZ, 2019).

Por sua vez, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta (posteriormente substituído no contexto da pandemia do novo coronavírus) retirou de circulação a cartilha “Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?” que tratava da saúde e prevenção para homens trans (ANDRADE, 2019).

Dessa forma, percebe-se a estruturação para destruição dos direitos sociais em um contexto formalmente democrático (COHN, 2020). Trata-se de reduzir os cidadãos a consumidores em competição e com acesso desigual à renda, saúde, educação etc. São desigualdades que, no caso de grupos historicamente subalternizados, como pessoas LGBTI+, indígenas, negros e mulheres, ampliam a vulnerabilidade, negando-lhes a garantia de vida e dignidade humana (MISKOLCI; PEREIRA, 2019).

Por conseguinte, percebe-se a desconstrução dos caminhos para se alcançar políticas públicas para as mulheres, a partir da postura do governo

vigente que potencializa a permanência de uma cultura machista. Deste modo, os participantes da pesquisa, ajustados aos estudos supracitados, reforçaram que essa cultura tem o objetivo de impor padrões para manutenção da divisão sexual do trabalho, cabendo à mulher, principalmente, os afazeres no âmbito doméstico, tornando-a a principal responsável pelos cuidados com a casa, mesmo quando ela ocupa cargo profissional de domínio público.

Segundo as falas, essas concepções reverberam nas condutas de alguns profissionais, que passaram a reproduzir na RAMSV as manifestações de uma cultura machista e patriarcal. Os entrevistados descreveram uma situação do cotidiano para confirmar o exposto: uma mulher em situação de violência, durante atendimento no CAPS, foi orientada a se dirigir à DEAM, a fim de fazer Boletim de Ocorrência. Nesse serviço, enquanto esperava pelo atendimento do delegado, a mulher ouviu outros profissionais (homens) conversando e questionando o que ela teria feito para que o autor da violência a agredisse. Nessa circunstância, a mulher se sentiu constrangida e foi embora.

Outro setor citado, para demonstrar a presença da cultura machista na RAMSV, foi o Poder Judiciário. Os entrevistados explicaram que em relação às medidas protetivas, quando o NMVVD amplia e faz um pedido diferente do habitual, é comum que ele seja negado. Refletiram que se trata de visão restritiva, cujas origens se encontram no fato do âmbito judiciário ser constituído, predominantemente, por profissionais homens e que ultrapassaram a meia-idade, os quais possuem condutas influenciadas por um período no qual a sociedade pouco tinha avançado na superação do machismo.

Desse modo, os entrevistados argumentaram que diante da cultura machista e patriarcal, a fragilidade da RAMSV está na necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais, para que o atendimento seja pautado em uma postura humanizada.

É importante dizer que a rede, ela é bem fragilizada, infelizmente; ela é bem furada [...]. A fragilidade, também, que eu vejo, é na questão dessa cultura machista, dessa cultura patriarcal, em que existe acima do profissionalismo, acima do acolhimento humano, existem os padrões, em que querem nos impor, querem nos impor padrão; porque a mulher, ela tem que seguir o padrão, porque a mulher, ela tem que ser... tomar conta da casa, além dela trabalhar fora, mas ela tem que desenvolver as atividades domésticas, porque é dela; e, aí, muitos profissionais levam isso para o seu ambiente de trabalho, homens e mulheres; e acabam fazendo julgamentos. [...] E, aí, eu fiz a orientação

de que ela se dirigisse à delegacia [...]. E, aí, eu fiz essa minha atuação, pedi para que ela fosse na delegacia, que depois voltasse com o Boletim de Ocorrência, para mim; e ela foi, chegou, falou que queria fazer esse Boletim de Ocorrência, questionaram e pediram que ela esperasse. Na espera, ela começou a escutar profissionais homens, questionando, falando uns com os outros, e questionando: “O que foi que você fez para ele fazer isso com você?” E aí aquilo, ela só virou as costas e foi embora. E a fragilidade, ela existe justamente aí [...] eu acho necessárias a capacitação e sensibilização dos profissionais, para que toque o ser humano (P7 CAPS).

Então, a gente encontra, também, algumas dificuldades, até mesmo na rede. Eu digo que nós protocolamos os pedidos, a visão do Judiciário em relação às medidas protetivas, ainda é bastante restritiva. Quando a gente quer ampliar um pouquinho, fazer um pedido de uma medida protetiva diferente, é comum que esse pedido seja negado. Então, a visão ainda é muito restritiva. [...] infelizmente, a grande parte do Judiciário ainda é feita por homens de uma certa idade; ou seja, com uma cultura ainda muito arraigada lá atrás, na sociedade machista; e a gente enfrenta esses problemas, isso ainda é evidenciado (P8 NMVVD).

Os relatos corroboram estudo que objetivou analisar as experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor da saúde e na rede intersetorial, o qual constatou que o setor policial é o que mais apresenta reclamações por parte das mulheres que buscaram atendimento na RAMSV. As mulheres se queixaram do atendimento negligente e desrespeitoso prestado pelos trabalhadores das delegacias (SOARES; LOPES, 2018).

Com isso, identifica-se que as atitudes de alguns trabalhadores da rede de atendimento, como policiais, reproduzem os preconceitos e as posturas sexistas que permeiam as relações sociais entre os sexos. Isso reforça a ideia de que mulheres que foram agredidas também estão vulneráveis à violência institucional, posto que o equipamento destinado a interromper ações violentas, na prática, reproduz a violência contra a mulher, quando retira dela a possibilidade de agir como um sujeito autônomo ou quando a culpabiliza pela situação vivida (OLIVEIRA; MOREIRA, 2016).

Quanto à associação, encontrada nas narrativas, entre a visão restritiva do setor judiciário e o fato desses cargos serem, predominantemente, ocupados por profissionais homens e com idade avançada, as normas técnicas que padronizam os serviços especializados da RAMSV recomendam que os trabalhadores desses aparelhos sejam, preferencialmente, mulheres (OLIVEIRA; GHISI, 2019).

Entretanto, é preciso refletir sobre um contraponto apresentado no estudo de Oliveira e Maio (2016), no qual foram analisados dois casos em específico de machismo: um praticado por uma mulher (juíza espanhola) e outro caso, ocorrido no Brasil, praticado por um delegado (homem) responsável por uma investigação de estupro coletivo. Evidenciou-se que o comportamento machista não é restrito aos homens, mas também é reproduzido por mulheres, sendo aprendido em várias instituições sociais, as quais se destacam a família, a escola e a mídia.

Essa abordagem culmina com a reflexão de que se deve criar mecanismos e políticas públicas, a fim de combater a violência contra mulheres. Todavia, mais do que leis, é necessária educação para o reconhecimento das diferenças e atenção para todas as práticas sociais, de modo a extinguir o machismo (OLIVEIRA; MAIO, 2016).

Nesse âmbito, problematiza-se que outros aspectos aparecem intrincados ao contexto descrito e também fragilizam a RAMSV, como a estrutura física inadequada dos serviços que, segundo os relatos, dificulta o acolhimento da mulher. Os entrevistados referiram que, exceto o CAPS, os serviços da RAMSV do município pesquisado não apresentam aconchego para as usuárias.

Sobre isso, de acordo com as narrativas, alguns postos de saúde possuem estrutura física razoável para atender às necessidades das mulheres, contendo sala de atendimento, sala de espera e sala de reunião, todavia, nos postos que não ofertam esse tipo de estrutura física, o atendimento, por vezes, ocorre embaixo de alguma árvore. Assim, os profissionais refletiram a partir de questionamentos pessoais: “como uma vítima de violência vai contar sua história para um profissional nessas circunstâncias? Como o profissional vai abordar essa mulher, realizar o acolhimento com escuta qualificada, em ambientes onde o sigilo e a privacidade não possam ser preservados?” Uma sala, mesmo que pequena, facilitaria o acolhimento e a mulher se sentiria mais confortável.

Os profissionais também apontaram fragilidades na estrutura física do SAVVIS. Referiram que esse serviço estava situado em uma sala posicionada em local visível e de grande movimentação no hospital, próximo ao acesso ao Pronto-Socorro, sendo, portanto, inadequado para manter a privacidade das mulheres vítimas de violência. Segundo os relatos, outras características desfavoráveis desse serviço é que o ambiente é pequeno, com pouca iluminação

e possui uma divisão com parede incompleta, que separa o espaço para realização de exames, do outro onde ocorre o acolhimento inicial.

Os entrevistados argumentaram que durante a realização dos exames, qualquer conversa, entre a perita médica e a mulher, é ouvida por quem está no espaço de acolhimento e que, por isso, muitas vezes, quando se trata de vítima menor de idade que vem acompanhada dos profissionais do Conselho Tutelar, é preciso solicitar que eles fiquem fora da sala, no corredor do hospital.

De acordo com as falas, a vítima estando apenas com a médica que está realizando a perícia, pode se sentir mais à vontade para dizer alguma coisa que teria vergonha, caso estivesse na frente de outras pessoas, ou em uma sala de meia parede, conforme é a estrutura do SAVVIS, no qual ela percebe que outras pessoas podem ouvi-la.

Então, no nosso caso específico, aqui, do CAPS, as salas são multiprofissionais; [...] só que em outros locais, eu desconheço esse aconchego, para que se possa falar sobre o seu sofrimento (P7 CAPS).

A estrutura física deixa a desejar. Assim, a gente trabalha, eu trabalho em oito postos; então, tem posto que a gente tem sala, a gente tem sala de espera, de reunião. Só que tem posto que não oferta isso para a gente; então, às vezes, o atendimento é debaixo do pé de manga [...]. Então, a estrutura física também precisa melhorar. Porque como é que uma vítima de violência, que vai chegar, e vai contar a sua história, vai se abrir para o profissional - no caso, é uma escuta qualificada -, para fazer toda a abordagem, o acolhimento, num corredor, debaixo de um pé de manga, uma salinha, ela vai se sentir confortável (P1 AB).

Eu acho que o local, não é adequada essa sala [para o SAVVIS], ela passa pelo Pronto-Socorro, é muito movimento aqui; então, chama muito a atenção. O local não é adequado, a sala é muito pequena; só tem essa divisão aqui, para fazer exame. Então, tudo que a gente conversa aqui, quem está aqui [apontou para o espaço ao lado], ouve. Às vezes, temos que... muitas vezes, eu peço para o Conselho Tutelar ficar ali fora, no corredor, por causa do exame. Às vezes, a pessoa ficando só com o médico que está periciando [...], se sente mais livre para dizer alguma coisa a mais, acrescentar alguma coisa, que ela teria vergonha de dizer na frente de muitas pessoas, dentro de uma sala; ou então, dizer assim, numa sala de meia parede, que ela sabe que está todo mundo ouvindo (P4 SAVVIS).

Observou-se nas narrativas, que quando os ambientes dos serviços da RAMSV são inadequados quanto à localização (posicionamento do SAVVIS em local com grande fluxo de pessoas, dentro do hospital), ao tamanho (salas com divisões inadequadas, nas quais as falas são ouvidas por pessoas que não fazem parte do atendimento), ou mesmo à ausência de espaço (quando não há

nas UBS, sala disponível para os atendimentos das mulheres, principalmente pelos profissionais do NASF) ocorre cerceamento do sigilo do caso de violência, afeta-se o vínculo da equipe de profissionais com a mulher e, conseqüentemente, prejudica-se o acolhimento, bem como dificulta-se (no serviço de atenção básica) o desvelamento da violência silenciada, tanto pelos profissionais, quanto pelas mulheres.

Esses achados são consistentes com a abordagem de Marinho e Gonçalves (2016), segundo a qual o acolhimento é o canal para que as situações de violência sejam reconhecidas pelos profissionais e/ou relatadas pelas mulheres, sendo necessária, para que se efetive, a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre ambas as partes.

Salienta-se que é fundamental para o acolhimento, principalmente para mulheres que sofreram violência sexual, ambiente que garanta a privacidade durante a entrevista e os exames, devendo ser definido, no caso do SAVVIS, local específico, preferencialmente fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem. Outro ponto a ser observado no local de atendimento de vítimas de violência sexual, é que ele não deve ter identificação nominal do setor ou da sala, com intuito de coibir qualquer situação que provoque ou produza o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres (BRASIL, 2012b).

Quando há fragilidades na estrutura física dos serviços, evidenciadas também em outros estudos (TRENTIN *et al.*, 2020), bem como problemas relacionados aos recursos humanos e materiais, os profissionais apresentam dificuldades em receber, identificar e fazer o acolhimento das mulheres em situação de violência, bem como para articular e encaminhar essas usuárias (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

Em virtude disso, estudo realizado em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) sugere adequação dos serviços da RAMSV, sendo necessários ambientes que garantam sigilo, conforto e horários amplos de funcionamento, fortalecendo tanto o acesso e acolhimento das mulheres, como a responsabilização dos profissionais pelo cuidado (GARCIA *et al.*, 2016).

Outra fragilidade encontrada na RAMSV está relacionada aos equipamentos de trabalho quebrados, obsoletos ou ausentes. De acordo os relatos, no SAVVIS, o aparelho de foco se encontra com baixa iluminação, o que

dificulta a realização dos exames de perícia, principalmente, à noite. Além disso, os exames disponibilizados são os de sangue e vaginais para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), porque falta material para realização de outros, como pesquisa de espermatozoide e exame de DNA, cujos resultados poderiam ajudar na identificação do agressor e dar mais respaldo ao laudo médico.

Os profissionais também argumentaram que o SAVVIS do município pesquisado tem muito a melhorar e exemplificaram que no serviço de Teresina (capital do referido estado), há cerca de dez anos, o laudo já era realizado com fotografias, contando com aparelho colposcópico e máquinas fotográficas de alta resolução, o que permite fotografar a lesão, enquanto se faz a perícia. Esclareceram que um laudo que contém fotografias desse tipo ganha maior relevância, posto que ler uma descrição médica não sensibiliza tanto quanto ver a imagem que a comprove.

No setor policial, também foram levantadas fragilidades relacionadas aos equipamentos de trabalho. Consoante aos relatos, às vezes, apenas uma viatura se encontra disponível no serviço, estando as demais quebradas. Os profissionais enfatizaram a gravidade dessa problemática, visto que a mulher em situação de violência, ao solicitar ajuda, necessita de que o auxílio ocorra imediatamente.

[...] o que deixa mais a desejar é a quantidade de funcionários, e de equipamentos, também (P3 AB).

A iluminação, às vezes, acontece, é muito fraquinha. O foco não é bom; às vezes, acontece de ser à noite, é ruim de enxergar alguma coisa, à noite, com um foco desse [...] tem mais carência de material. A questão de exames, que poderia dar mais respaldo no laudo, como pesquisa de espermatozoide, que aqui é meio complicado de fazer, o laboratório não faz [...] A parte de laboratório, a gente consegue mais para parte das doenças sexualmente transmissíveis. Até mesmo para colher o material; o espermatozoide, a gente não tem o material adequado para armazenar e nem exame de DNA. Eu vejo o SANVIS, aqui, como que ainda esteja engatinhando. Entendeu? Tem muito a melhorar mesmo, em várias questões, como Teresina, por exemplo. Teresina, desde a época que eu estava lá, tem quase 10 anos atrás; o laudo já tinha fotografias. Tem colposcópico e máquinas digitais de alta resolução; então, enquanto o médico está fazendo a perícia, ele está fotografando a lesão; e, no laudo, se você olhar um laudo lá, já vem com a fotografia da lesão, porque eu acho que isso é muito importante, a questão do ver, nós temos muito isso, de ver para acreditar. Às vezes, só ler uma descrição não sensibiliza tanto como uma fotografia. Nós não temos esses equipamentos (P4 SAVVIS).

É que aí diz que a polícia chega logo na hora. Aqui, eu já vi queixas, da própria polícia, que só tem uma viatura, não tem viatura disponível para... às vezes, está quebrada; às vezes, problema com viatura; não tem como dá essa assistência na hora (P6 NMVVD).

De acordo com a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, para o atendimento de mulheres agredidas sexualmente, o serviço de saúde deve estar estruturado com equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades de atendimento. Os materiais e equipamentos necessários devem ser os mesmos de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia, podendo ser incluídos, sempre que possível, equipamentos adicionais, como colposcópio e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas (BRASIL, 2012b).

A mesma norma técnica estabelece que os serviços de referência para situações de violência sexual devem realizar exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor da agressão e garantir que seja preenchida a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (BRASIL, 2012b).

Por sua vez, a Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios demonstra que a identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, tanto para comprovação material do crime alegado, como para identificação e responsabilização do autor (BRASIL, 2015b).

Apesar disso, segundo as narrativas, o SAVVIS do município pesquisado não dispõe de alguns aparelhos em bom estado de uso, como foco, e não realiza a coleta de material para identificação do autor da violência, demonstrando que a realidade desse serviço não está em conformidade com o que está previsto nas normas técnicas do Ministério da Saúde. Nesse âmbito, mostra-se imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, com intuito de propiciar condições para que os profissionais da RAMSV possam

oferecer atenção integral às mulheres agredidas e respectivas famílias (BRASIL, 2012).

Sobre as viaturas quebradas no setor policial, infere-se que as consequências dessa fragilidade coadunam com estudo realizado em Porto Alegre, o qual demonstra que esse setor, na prática, quando acionado, nem sempre responde aos pedidos de proteção com a rapidez e presteza necessárias, ou ainda, quando realiza o contato com a mulher, mostra-se incapaz de oferecer ajuda (MENEGHEL *et al.*, 2013).

Outro entrave da RAMSV, referido pelos profissionais, é a inexistência de serviços especializados importantes para garantir a segurança da mulher, como Casas-Abrigo. Segundo as narrativas, a mulher fica desamparada após a denúncia, pois quando ela não tem para onde ir, retorna ao mesmo ambiente de convivência com o agressor. Em algumas situações, ela recebe abrigo de algum parente, entretanto, conforme demonstrado na categoria “Percepções dos profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência sobre os atendimentos que fazem à essa usuária”, há casos em que ela não possui esse tipo de apoio familiar.

Além do referido serviço, segundo as falas dos participantes, há também fragilidade na RAMSV, devido à falta de vara específica para atender aos casos de violência doméstica. Sobre isso, houve narrativa de um caso de óbito, que ocorreu há cerca de seis anos, em que a mulher buscou ajuda, mas o agressor demorou a ser intimado. Na percepção dos entrevistados, foi a partir desse episódio que o juiz entendeu que não poderia realmente ultrapassar o prazo de 48 horas para deferir medidas protetivas de urgência, porque, até então, ele alegava a grande demanda de atendimentos. Para os entrevistados, ocorreu avanço em relação aos cumprimentos dos prazos, entretanto, ainda não é suficiente. Relataram que se fosse implantada uma Vara de Violência Doméstica no município no qual ocorreu a pesquisa, os atendimentos poderiam ser mais ágeis.

As fragilidades é porque a Rede, ela ainda é pequena, não é; a gente não tem abrigos, locais bem adequados para estar encaminhando (P10 CREAS).

Então, a gente tinha uma situação que, às vezes, é um entrave, e se a gente não tem um Abrigo, então, de certa forma, isso deixa a mulher desamparada (P6 NMVVD).

E, muitos desses casos acontecem, justamente porque não existe essa proteção. Por exemplo, aqui nós não temos ainda uma Casa-Abrigo, para as mulheres vítimas de violência (P3 AB).

E um outro ponto que eu sempre falo, é que nós não temos uma Casa de Acolhimento para mulheres vítimas de violência; então, às vezes, eu consigo sensibilizar essa mulher, e ela produz uma denúncia; e ela, às vezes, tem que voltar para o mesmo ambiente que o agressor, porque ela não tem para onde ir, muitas vezes. E, nesse caso específico, dessa usuária que eu lhe relatei, eu consegui que ela fosse morar na casa da avó, a avó acolheu super bem; porém, tem casos em que eles não têm, não têm onde acolher, e aí é bastante complicado; então, eu bato muito nessa tecla, de uma Casa de Acolhimento para mulheres vítimas de violência, que nós ainda não temos (P7 CAPS).

[...] quando tem caso de mulheres, como já aconteceu, de uma mulher que veio a morrer. Teve dois casos, que eu lembro. Mas, de um, que ela buscou, e realmente o agressor tinha sido intimado, na medida protetiva; mas, assim, demorou, foi no início do nosso Núcleo. Eu acho que depois desse tempo, que o juiz se deteve, assim, que não podia realmente passar do prazo de 48 horas. Porque ele alegava a demanda. É sempre isso. A gente não tem uma vara só para a questão de violência doméstica, infelizmente; a gente não tem juiz, juíza, principalmente; seria ótimo se fosse uma juíza, porque, de certa forma, a gente percebe, um pouco da dificuldade, quando não tem [...]. Então, a gente tendo juiz, sexo masculino; então, a gente... é claro, que ele avançou nessa questão dos prazos; mas como eu te falei, essa morte dessa mulher, quando aconteceu, há cinco anos atrás, seis anos, eu não me lembro bem; de certa forma, veio à tona para acordar (P6 NMVVD).

Dentro dos esforços do Estado brasileiro, para implementar políticas públicas de proteção às mulheres, está a Política Nacional de Abrigamento, a qual prevê a criação de locais, em geral denominados casa-abrigo, para aquelas mulheres que se encontram em situação de violência, com alto risco e vulnerabilidade (MIRANDA, 2017). Além disso, esses espaços oferecem apoio emocional, ajudam na busca por trabalho e geração de renda, bem como, dentro das condições, atuam no empoderamento das mulheres e desenvolvimento da autonomia delas (KRENKEL; MORÉ, 2017).

Na esfera do Judiciário, a Lei n. 11.340/2006 recomenda aos Tribunais de Justiça Estaduais e do Distrito Federal que criem os Juizados de Violência Doméstica e Familiar, para aplicação exclusiva e integral. Nesse caso, trata-se não apenas de criar nova seção, mas dotá-la de estrutura necessária para a competência civil e criminal para o processo, o julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Essa estrutura inclui a composição das equipes multidisciplinares que atuam de forma a assessorar os magistrados na tomada de decisões, particularmente aquelas relacionadas com as medidas protetivas (PASINATO, 2015).

Com fundamento nas políticas apresentadas, mostra-se salutar a percepção dos participantes desta pesquisa sobre a necessidade de criação de serviços especializados (casa-abrigo e varas especializadas em violência doméstica), previstos na Lei 11.340/2006, com intuito de oferecer atendimento humanizado e qualificado às mulheres (BRASIL, 2006).

Outro aspecto apresentado nos relatos como fragilidade da rede de atendimento diz respeito ao fato de os profissionais se considerarem como última barreira de defesa da mulher, de modo que não há tempo para fazer educação e reabilitação dos agressores. Descreveram que quando a mulher procura os serviços especializados, por exemplo o NMVVD, geralmente, não é a primeira vez que foi agredida, provavelmente, ela já não aguenta mais a repetição dos episódios de violência. Diante desse cenário, justificaram que quando são convocados para intervir nos casos de violência, já não há margem para diplomacia, não há tempo para fazer educação em saúde com o agressor, pois, nesses momentos, é necessária intervenção policial, do Judiciário e demais serviços da RAMSV.

Apesar disso, os profissionais mostram posicionamento a favor do acolhimento do autor da violência. Neste sentido, demonstraram que o cuidado deve ser integral e direcionado a todos da família, de forma que a mulher precisa ser retirada do ambiente de violência e ser colocada em local seguro e, por sua vez, o agressor precisa ser encaminhado aos serviços de saúde mental, como o CAPS, com intuito de que seja tratado e não reproduza o comportamento violento em outros relacionamentos.

[...] a gente ainda está aqui atacando as causas, e sendo a última fronteira, digamos, a última barreira de defesa da mulher; porque quando ela nos procura, certamente, não foi a primeira vez que ela foi vítima de violência, ela já não suporta mais. Então, eu lembro que eu tive uma conversa com o pessoal do Curso de História, e eu disse: "Doutor, porque o senhor não faz também um trabalho, de tentar conscientizar os agressores". Eu digo: "Olha, porque quando nós somos chamados, nós já somos chamados para o combate; então, se somos chamados para o combate, não tem mais margem para a diplomacia. Então, agora é hora de pedir de força, de pedir intervenção policial, de pedir intervenção do Judiciário, e tudo mais". Então, são todas essas dificuldades que a gente ainda enfrenta (P8 NMVVD).

Então, esse agressor, ele precisa ser, também, acolhido. Muitas vezes, ele tem, também, por exemplo, um transtorno de personalidade. Então, esse cuidado, ele deve ser integral, a toda família. A mulher precisa ser retirada desse ambiente e ser colocada num ambiente seguro; mas, esse agressor, também, ele precisa ser assistido; [...] nós precisamos acolher também isto; e precisamos encaminhar este agressor aos serviços de Saúde Mental, como os CAPS, por exemplo, para que seja feito esse acolhimento; porque se ele não for tratado, ele pode reproduzir esse comportamento em outros relacionamentos (P3 AB).

Na própria Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), art. 30, está previsto o desenvolvimento de trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados à mulher ofendida, ao homem agressor e aos familiares. Além disto, o art. 35, inciso V, institui a criação e a promoção de centros de educação e reabilitação para os agressores (BRASIL, 2006). Todavia, é recente e controversa a discussão sobre a intervenção junto ao homem autor da violência (BERNARDES; MAYORGA, 2017).

Por um lado, embora a responsabilização do autor da violência, dentro dos limites estabelecidos pela lei, seja importante para a mulher e a sociedade, apenas a privação da liberdade não se mostra suficiente para que ele interrompa a prática violenta, quando retornar ao convívio social. Nesse âmbito, há evidências que apontam para taxas expressivamente menores de reincidência entre autores de violência sexual que recebem atenção psiquiátrica e/ou psicológica adequada durante o período de cumprimento da pena. Seguindo essa vertente, a atenção especializada ao autor da violência, ainda que não possa garantir mudança de comportamento, não pode ser ignorada (BRASIL, 2012b).

Em contrapartida, o estudo de Nothaft e Beiras (2019) sobre a produção acadêmica nacional em relação ao tema de intervenções com autores de violência problematiza se as intervenções promovem modificações nas relações ou somente no aprendizado, pelos autores de violência, de como evitar o enquadramento nos delitos regidos pela lei. As principais questões que se mostram em aberto nas pesquisas se referem ao formato, à metodologia, à formação dos facilitadores e avaliação. Logo, confirma-se que há um longo trajeto até que se possa fazer avaliações aprofundadas dessas intervenções, tanto das ferramentas teóricas e metodológicas utilizadas, quanto das experiências em si.

Nas narrativas, sobressaiu-se ainda como fragilidade da RAMSV o número insuficiente de profissionais, na maioria dos serviços pesquisados: DEAM, CREAS, NMVVD e SAVVIS. A DEAM, segundo os relatos, conta com apenas uma delegada, que se responsabiliza também pela Delegacia do 2º Distrito, o que culmina, algumas vezes, com o atendimento das mulheres por delegado que não faz parte desse serviço especializado.

Em relação ao CREAS, as entrevistas mostraram que há apenas uma psicóloga, que além das solicitações do NMVVD, atende às demandas da Defensoria Pública e da Promotoria de Justiça. Por esse motivo, há dificuldades nesse serviço, em relação ao cumprimento dos prazos para elaboração dos pareceres sobre, por exemplo, solicitações de restrição ou suspensão dos horários de visitas ao menor, quando se trata de autor da violência que possui filho(s) com a mulher agredida. Por conseguinte, o atraso repercute no trabalho do aparelho que está aguardando o parecer.

Por sua vez, o NMVVD funciona com o trabalho de um defensor público que acumula o cargo de coordenador do serviço. As narrativas demonstraram que ao aumentar a responsabilidade de quem já é titular da Defensoria de Família, dificulta-se a agilidade do serviço.

Quanto ao número insuficiente de profissionais no SAVVIS, os profissionais relataram que por não ter médicos-peritos disponíveis o dia todo, às vezes, a assistência à mulher demora a iniciar, porque o perito está em outro atendimento. Sobre isso, avaliaram que a mulher que sofre violência em âmbito familiar precisa de atenção especial, e que esse contexto acaba desmotivando-a a prosseguir com os trâmites necessários para efetuar a denúncia. Com isso, os profissionais levantaram a problemática de que a mulher que é vítima de violência doméstica acaba sendo vítima novamente, dessa vez, do próprio sistema que não está estruturado o suficiente para recebê-la.

Dessa forma, percebeu-se nos relatos que o número insuficiente de profissionais, o tempo prolongado de espera, a dificuldade de deslocamento de um serviço a outro e a repetição da história de violência que causa a revitimização dos discursos, são fatores que fragilizam a RAMSV e têm como desdobramentos a desistência da mulher de efetivar a denúncia, bem como o desencorajamento para seguir os encaminhamentos propostos pelos serviços.

E fragilidade, eu acho que é a questão de falta de funcionário, tem pouca gente (P5 SAVVIS).

Bom, a fragilidade da Rede, no serviço da delegacia, é justamente esse, que eu acho que nós temos, praticamente, em todos os setores; às vezes, falta de pessoal. Hoje em dia, a Delegacia conta apenas com uma delegada, que sou eu, que trabalho na Delegacia da Mulher e na Delegacia do 2º Distrito. Então, muitas vezes, quando a mulher vem, vítima de violência doméstica, eu não sou a delegada plantonista, porque não posso estar de plantão todos os dias da semana. Então, a deficiência maior é essa (P11 DEAM).

[...] A gente teve, na semana passada, lá, conversando com a profissional psicóloga [que atua no CREAS], e ela alegou, que, realmente, é impossível responder a prazo, sete dias que a gente pede, uma demanda que não é só nossa, é de Promotoria, tem demanda de outros municípios, aqui, vários municípios, eles atendem no CREAS. Então, é complicado, porque lá é só um psicólogo para atender. [...] Então, assim, é por isso que o trabalho nosso [do NMVVD], às vezes, fica limitado, para dar logo a resolutividade; principalmente, quando é essa questão da restrição, ou suspensão, dos horários de visita ao menor (P6 NMVVD).

Equipamentos, quantidade de pessoal, é insuficiente; absolutamente, insuficiente. Isso eu não tenho dúvida. [...] Quantidade de profissionais para dar resposta, aqui, na Defensoria [...] (P8 NMVVD).

A gente tem muita carência. Para começar, profissional, também. Eu sou a única, o SAVVIS aqui funciona com uma médica [...] (P4 SAVVIS).

[...] às vezes, a mulher que sofreu violência, no ambiente familiar, precisa de uma atenção especial, e às vezes não encontra o médico. [...] que essas mulheres, muitas vezes, desistem, pelo constrangimento, pelo tempo de espera e pela revitimização dos discursos (P6 NMVVD).

Então, muitas vezes, essa perícia, ela não é imediata, a mulher tem que esperar a comunicação com o perito que, muitas vezes, não está no hospital. Então, às vezes, acaba que isso acaba frustrando um pouco as expectativas das mulheres, porque ela vem para a Delegacia, ela recebe o atendimento, eu tento localizar o perito, aí o perito: Ah, tal hora eu vou, tal hora eu estarei. Então, tudo isso acaba sendo desmotivante para a mulher, no aspecto da denúncia, de levar em frente. Ela já é vítima de violência doméstica, e acaba sendo vítima várias outras vezes, num sistema que não é tão estruturado para receber essa situação da violência doméstica (P11 DEAM).

De acordo com a Portaria nº 485/2014, a oferta dos serviços de referência da RAMSV deve funcionar em regime integral, 24 horas por dia, nos sete dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2014b). Neste sentido, o funcionamento do SAVVIS do município pesquisado, com apenas uma médica perita, além dos desdobramentos apontados, contraria o que está posto na referida portaria, uma vez que seria inviável que a mesma profissional cumprisse toda a carga horária do serviço sozinha.

O mesmo ocorre em relação à DEAM. O fato dela não ter uma delegada exclusiva para o serviço dificulta a proposta de atendimento qualificado que deve ser ininterrupta, nas 24 horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, em especial nas unidades que são únicas no município (BRASIL, 2010).

Além do mais, ser atendida por um delegado ou em uma delegacia que não foi preparada para esse tipo de demanda, também, dificulta as orientações e a incorporação da mulher na rede de atendimento, e vai contra a lógica de assistência intersetorial proposta pela Política de Enfrentamento da Violência contra a Mulher e pela Lei Maria da Penha (MACHADO *et al.*, 2020; BRASIL, 2006).

Outro ponto de desdobramento do número insuficiente de profissionais nos setores da rede de atendimento é o atraso em oferecer as respostas à mulher em situação de violência. Nesse aspecto, tomando como exemplo o setor policial, a falta de profissionais para atender à população compromete a qualidade do trabalho desenvolvido, provoca lentidão no processo de obtenção de provas e instauração do inquérito policial (SOUZA; SANTANA; MARTINS, 2018), assim como atrasa a execução das medidas protetivas (SOUZA; SOUSA, 2015).

Esse contexto contribui para compreensão de que, quando o trabalho é construído na perspectiva em rede, entaves em um setor gera, também, atraso em outro e, dessa forma, contribui para a morosidade da justiça e instalação do descrédito da sociedade sobre a eficácia da RAMSV, alimentando, ainda, o sentimento da sociedade de desvalorização dos trabalhadores (SOUZA; SANTANA; MARTINS, 2018).

Observou-se também nos relatos que os profissionais relacionaram a desistência da denúncia às fragilidades apresentadas na prática assistencial em rede. Nesse âmbito, estudo indica que os serviços recebem demandas que não conseguem atender satisfatoriamente, devido à inadequação da estrutura física, à quantidade insuficiente de profissionais, assim como à falta de qualificação desses trabalhadores e, por isso, mantêm a mulher em situação de revitimização (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Diante do tempo de espera, repetição dos relatos e constrangimento que as revitimizam, as mulheres se apresentam desmotivadas e o ato de denunciar o parceiro ou familiar agressor encontra caminhos confusos (ADAMES; BATISTA, 2017).

Para os profissionais, a fragilidade da rede também está no fato dos aparelhos não funcionarem em um mesmo complexo. Descreveram que, em vários momentos, a espera por atendimento na rede frustra as expectativas da mulher. Ela já se encontra em situação de vulnerabilidade, muitas vezes deixou os filhos pequenos em casa e/ou saiu do trabalho, e para fazer a denúncia, precisa ficar se deslocando em busca de atendimento nos serviços.

Dessa forma, segundo as narrativas, se os serviços funcionassem no mesmo local, para fazer, por exemplo, um pedido de divórcio, a mulher não precisaria sair da delegacia, e se deslocar para outro ponto da cidade a procura de atendimento na Defensoria Pública. Ela poderia apenas sair de uma sala e entrar em outra, e da mesma forma, poderia ocorrer com outros serviços, como o CREAS.

Eu acho que essa é a principal fragilidade que nós temos hoje; é, deveria funcionar tudo em um complexo único, a meu ver. [...] A Defensoria, a Delegacia da Mulher, deveriam funcionar num mesmo complexo, porque a mulher sai daqui, ela tem que ir lá na entrada da cidade, para fazer, às vezes, um processo de divórcio; quando, às vezes, era preciso só sair de uma sala e entrar em outra, e ter todo aquele atendimento num mesmo local. Da mesma forma, o atendimento psicológico, que eu preciso oficiar o CREAS, para ver o dia que está disponível, para ela ir. Então, a mulher, às vezes, ela trabalha, e tudo isso, digamos, que atrapalha um pouco a vida dela, e desmotiva. Então, a mulher, ela já está naquela situação de vulnerabilidade; às vezes, ela já deixou os filhos pequenos em casa, e ela tem que fazer esse deslocamento para o hospital, para esperar o perito; que, às vezes, demora, está em outro atendimento. [...] Então, 01:00 da manhã, eu tenho que encontrar um perito para fazer a perícia nela; [...] se ele estiver na UTI do Hospital, por exemplo, às vezes, ela vai, vai demorar meia-hora, 01 hora; às vezes, ela está ferida, machucada, ela diz: “Eu só quero ir para casa”. E aí, no outro dia, de manhã, ela tem que acordar, para ir procurar o perito, para fazer a perícia, para trazer na Delegacia, novamente, o papel preenchido. Então, realmente, para a vítima, é uma peregrinação, de órgão em órgão, para tentar finalizar esse atendimento. Eu acho que a falha, da Rede, hoje, é essa, de não dispor de tudo, num mesmo local, num mesmo ambiente (P11 DEAM).

As narrativas foram consistentes com estudo que objetivou analisar o acesso à atenção e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual, o qual demonstra que a precarização da estrutura física das instituições, a escassez de recursos materiais e humanos qualificados e o difícil acesso aos serviços, apesar dos encaminhamentos intersetoriais, impactam diretamente a lentidão dos atendimentos, fragilizam a

assistência prestada e favorecem a revitimização. Desta forma, essas lacunas desencadeiam exposições da mulher à violência institucional, fragmentam e fragilizam a proposta de atenção em rede (SILVA *et al.*, 2019).

Por fim, a carência de comunicação entre os serviços foi indicada também como aspecto que fragiliza a RAMSV. Houve relatos de que, após o atendimento da mulher em situação de violência, por exemplo no SAVVIS, esse setor não possui retorno de informações sobre os desdobramentos do caso. Apenas quando as vítimas são crianças, os profissionais do SAVVIS, ao reencontrarem os profissionais do Conselho tutelar, perguntam informalmente sobre os desfechos dessas ocorrências.

Outras narrativas mostraram que os profissionais do NMVVD chegam, por exemplo, ao CREAS, e identificam, ocasionalmente, alguma mulher que foi atendida no seu serviço. Ou então, os profissionais do Núcleo sabem, informalmente, que algumas mulheres, que estão sob medida protetiva, estão recebendo assistência no CAPS. Posto isso, os profissionais relataram inexistência de sistema ou banco de dados para que os serviços possam dar esse *feedback* uns aos outros. Nessas circunstâncias, os participantes da pesquisa referiram não realizar a oficialização das ocorrências de violência contra a mulher para os demais aparelhos da rede de atendimento, ou então tentar fazer, mas sem integração entre os setores da rede.

Sobre essa fragilidade, de acordo com os relatos, os profissionais da rede de atendimento não podem trabalhar isoladamente, é preciso estreitar os vínculos e capacitá-los, para que o atendimento à mulher em situação de violência tenha padronização, visto que uma das consequências da ausência de comunicação na rede, é o problema da mulher ter que contar repetidas vezes a história de violência para vários profissionais de diferentes serviços, tendo como consequência o adoecimento, por tantas vezes reviver na memória essa história.

A gente não tem nenhum retorno dessa paciente. [...] A gente perde o contato. [...] Às vezes, assim, quando o Conselho Tutelar, daquela cidade, volta aqui, às vezes, a gente pergunta do resultado da criança, se [o agressor] foi preso, como é que ela está. Mas, retorno, para o serviço mesmo, a gente não tem [...] (P5 SAVVIS).

E, aí, assim, eu vejo que a falha aqui é essa. [...] eu estou atendendo a mulher tal. Aí eu falo assim: “Não, mas eu conheço ela”. A gente já fez atendimento aqui. Um exemplo, como já aconteceu. Às vezes, eu chego no CREAS; aí, às vezes, fala: Ah, eu sei quem é essa mulher,

eu conheço, ela foi atendida. Às vezes, aqui, eu sei que tem uma assistida nossa, que é do CAPS. Aí, o que acontece? A gente não tem um sistema, Banco de Dados, alguma coisa do tipo, para dar esse *feedback* para o CAPS. Aí, o que acontece? Eu não notifico. Eu faço, informalmente, assim: Essa pessoa é atendida aqui, está sendo atendida, buscou medida protetiva. vocês conhecem? A gente... elas mandam a informação, cada um faz, a gente tenta fazer oficialização, notificação, mas não há integração. A gente percebe isso (P6 NMVVD).

Olha, eu acho que ainda é um pouco falho, deixa muito a desejar, os instrumentos de trabalho que a gente tem; e também, em termos de rede, de mais informação, de comunicação [...]. Então, ainda é falho, em termos de estreitar os vínculos; porque, assim, a gente não pode trabalhar em ilha, porque ela está vivenciando uma violência, só que não é só Saúde, são vários fatores que precisam estar se comunicando. Agora, eu não sei o que é que falta, se é intensificar as políticas públicas, se é capacitar os profissionais para falar a mesma língua, para não ficar na contramão, e não ficar repetitivo; porque é reviver o sofrimento da mulher, chegar para um profissional, contar uma história; chega para o psicólogo, conta a história; chega para o assistente, conta a história; chega para o pessoal que vai fazer o corpo de delito, a mesma história. Então, se todo mundo não estiver falando a mesma língua, ela acaba no adoecimento de reviver, e tudo. Então, eu acho que precisa melhorar (P1 AB).

E, ainda, existem claros de atuação; ou seja, vácuos, que a gente não consegue preencher. A rede, hoje, conversa muito pouco, antes se conversava um pouco mais. Eu até entendo que, cada um, sufocado na quantidade de trabalho que tem, mal consegue responder à demanda que recebe (P8 NMVVD).

A comunicação de caráter interprofissional e colaborativo entre as equipes da RAMSV oferece oportunidades aos profissionais para compartilharem entre eles as dúvidas e conquistas relacionadas ao cotidiano do trabalho, além de contribuir para resultados de saúde satisfatórios e maior contentamento das usuárias. Todavia, ela ainda se apresenta como desafio para os serviços conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Nessa direção, conforme observado nos recortes das entrevistas, quando a falta de comunicação se apresenta na rede de atendimento, constitui fragilidade que ocasiona o desconhecimento de alguns profissionais sobre os serviços e as ações disponíveis em outros setores e impede a construção de um projeto de intervenção efetivo para o caso (CALLOU; SAMPAIO, 2016). Com isso, essa problemática descaracteriza os fundamentos de um trabalho em rede, prejudicando a garantia do acesso das mulheres em situação de violência, aos direitos e serviços (TOJAL *et al.*, 2016).

Sobre a necessidade de um sistema para que os serviços possam compartilhar dados das ocorrências de violência, estudo aponta que a presença desse tipo de banco de dados, para que ocorra a integração entre órgãos da Segurança Pública e do Poder Judiciário, constitui-se importante ferramenta de investigação e execução do trabalho policial. Ademais, proporciona a elaboração de estatísticas criminais confiáveis, especialmente no tocante à violência de gênero (OLIVEIRA, GHISI, 2019).

Percebe-se, ainda, a necessidade de utilização de fluxogramas, para ter conhecimento sobre os desdobramentos dos encaminhamentos, de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento. Também, é preciso propor formas de registro unificado que reúna as observações específicas de todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2012b).

Por conseguinte, tensiona-se que os profissionais relataram que a possibilidade de realizar encaminhamentos para outros serviços, nas ocasiões que consideram mais graves, é uma potencialidade da rede de atendimento, mesmo com fluxo que não funciona adequadamente.

[...] tem como a gente encaminhar, a gente tem os números de telefones, de Conselho Tutelar, de Delegacia, de delegado; e se a gente precisar, de uma coisa mais grave, tem como a gente entrar em contato. Claro, que tem o fluxo que não corre como deveria, as dificuldades, mas a gente tem, pelo menos, um contato, a gente tem pelo menos um norte. Eu acho que isso é uma potencialidade (P5 SAVVIS).

Nessa abordagem, percebe-se que os profissionais, devido à restrita comunicação, ausência de fluxogramas e pela falta de retorno dos desdobramentos dos encaminhamentos, não conseguem perceber os impactos das ações na RAMSV. Logo, não possuem subsídios para avaliar a diferença de qualidade que o serviço poderia alcançar se todos os setores trabalhassem coletivamente, efetuando, de fato, um trabalho em rede (CALLOU; SAMPAIO, 2016).

Em vista disso, a efetividade do trabalho no domínio da rede de atendimento, visando atuação coletiva e compartilhada está intimamente relacionada com a qualidade das conexões e comunicações entre os profissionais e serviços, o que requer compromisso, responsabilização e atitude dos profissionais (BORTH *et al.*, 2018).

Nessa discussão, ao tempo em que os profissionais levantaram as fragilidades, apresentaram, com menor evidência, as potencialidades da RAMSV. Sobre isso, afirmaram que a mulher agredida pode ser cuidada, não somente nas unidades de atenção básica de saúde, mas em ambientes fora delas, por meio de ações que permitam potencializar a própria comunidade, como terapias comunitárias e outras estratégias que possam oferecer compartilhamento de experiências entre as mulheres. Comentaram, ainda, que as potencialidades estão relacionadas aos modos de operar de cada equipe de atenção básica.

Nessa direção, os relatos apontaram que as unidades de atenção básica possuem estrutura física razoável e a maioria disponibiliza carros para realização de visitas domiciliares. Conforme as narrativas, esses serviços são dispositivos potentes para fortalecer a rede de atenção psicossocial às mulheres em situação de violência, para dar voz às mulheres e acolhê-las.

[...] essa mulher, também, pode ser cuidada, não só na UBS, mas pode ser em ações extramuros de UBS, estar potencializando a comunidade; fazendo terapias na comunidade, alternativas na própria comunidade. Trazer as experiências para outras mulheres, então vai muito mais dos modos de operar da equipe (P2 CAPS).

[...] Estrutura física, nós temos as Unidades Básicas de Saúde, os equipamentos; nós temos, por exemplo, carros, quando precisamos fazer visitas domiciliares. A estrutura física não deixa muito a desejar. E equipamentos, talvez, falem alguns. [...] E o que nós precisamos é o quê? É fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial às mulheres vítimas de violência, dar voz a essas mulheres, acolher essas mulheres. Nós temos esses dispositivos que são potentes, principalmente, a Atenção Básica [...] (P3 AB).

As unidades de saúde da atenção básica são espaços importantes, não apenas de identificação, mas principalmente de acolhimento, intervenção e de produção de redes de suporte para mulheres em situação de violência, uma vez que possui potencial para desenvolver tecnologias sociais e de cuidado que auxiliem mulheres a se perceberem em situação de violação de direitos, podendo atuar na unidade e comunidade. Neste sentido, profissionais de saúde têm a possibilidade de se debruçar na constituição de novas formas do agir profissional ou no fortalecimento das práticas já existentes, que inauguram tecnologias próprias de cuidado singular dedicado às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (OLIVEIRA; FERIGATO, 2019).

Nesse contexto, as visitas domiciliares constituem dispositivo de grande relevância, no qual a equipe de atenção básica, especialmente o ACS, possui a oportunidade de construir relação de vínculo e confiança com as mulheres que residem na sua área de atuação, abrindo espaço para identificar e intervir em situações de violência doméstica (ARBOIT *et al.*, 2018). Desta forma, viabilizar as visitas domiciliares, por meio da disponibilização de carros nas unidades de atenção básica, é uma potencialidade da rede de atendimento, visto que amplia a possibilidade de alcançar as mulheres em situação de violência, especialmente as que residem no ambiente rural, em que o distanciamento, a ausência de transporte público de qualidade e as baixas condições socioeconômicas dificultam o acesso aos serviços (BORTH *et al.*, 2018).

Outro serviço identificado nos relatos, no contexto das potencialidades da RAMSV, foi o CAPS, por contar com a maioria de profissionais mulheres e oferecer acolhimento às usuárias de forma sensível. Conforme as narrativas, as potencialidades da rede de atendimento também estão relacionadas ao trabalho de alguns profissionais que possuem visão humanizada e que levantam a bandeira da igualdade dos direitos entre homens e mulheres. Os entrevistados argumentaram, ainda, que a Defensoria Pública e a DEAM, apesar das limitações, são atuantes, contam com o esforço dos profissionais e, assim como o CAPS, possuem a presença de mulheres nesses setores.

Nesse sentido, as narrativas mostraram que as potencialidades da rede de atendimento também estão na capacidade dos profissionais de fazer muito em relação à assistência às mulheres agredidas, apesar das fragilidades relatadas. Destaca-se que mesmo descrevendo as potencialidades, os profissionais enfatizaram que falta muito para se alcançar o fortalecimento da RAMSV e sensibilizar os profissionais e a sociedade, o que constitui uma luta diária.

Então, no nosso caso específico, aqui, do CAPS [...] e assim, a grande maioria dos profissionais são mulheres; então, acaba que esse acolhimento, ele existe, dessa forma bem sensível. [...] E os pontos, as potencialidades, é que já existe alguns profissionais que têm essa visão humana, que já levantam a bandeira da igualdade de direitos. E hoje temos uma Defensoria, que, dentro das suas limitações, ela é bem atuante; então, temos uma Assistente Social lá, que é bem parceira. E assim, tem toda a nossa força de vontade. Temos uma delegada, também, que é mulher, que é sensível; então, assim, em outras palavras, não é uma lesma. Mas, ainda falta muito, a gente ainda tem

que caminhar muito, justamente nesse caminho que eu lhe relatei, de fortalecimento da rede e de cada situação, em sensibilização dos profissionais, de profissionais, de pessoas; de sociedade, na verdade. É uma luta diária (P7 CAPS).

[...] as potencialidades que eu vejo no serviço é essa capacidade que a rede tem de fazer muito, com quase nada. Para você ver, eu te disse as condições, aqui [...]. Então, o que eu percebo, é que, a rede, apesar das deficiências, ela consegue fazer, vamos dizer, muito, com quase nada (P8 NMVVD).

Estudo realizado no município de Teresina (PI) que avaliou um serviço especializado no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, identificou que esse serviço, cujos profissionais responsáveis pelo acolhimento às vítimas são mulheres, preconiza a humanização do atendimento, os princípios da dignidade, não discriminação, do sigilo e da privacidade, evitando a exposição e o desgaste das vítimas (PINTO *et al.*, 2017).

Outro estudo que objetivou compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual, complementa que o atendimento realizado por profissional do sexo masculino, especialmente na realização do exame ginecológico, é um fator de sofrimento para as mulheres agredidas sexualmente que buscam atendimento na RAMSV (TRIGUEIRO *et al.*, 2018).

Em contrapartida, pesquisa realizada em uma cidade de São Paulo, com gestores e profissionais homens e mulheres, de serviços dos setores saúde, assistência social, segurança pública e judiciário, verificou predominância de visões estereotipadas dos profissionais em relação às mulheres, relacionadas, provavelmente, à alienação gerada pelo trabalho, evidenciando, dessa maneira, a necessidade de humanização dos atendimentos, independentemente do gênero do profissional, com o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos (VIEIRA; HASSE, 2017).

Sobre o esforço dos profissionais relatado nas entrevistas, observa-se que corrobora estudo realizado em município da Região Sul do Brasil, sobre as potencialidades e fragilidades da rede intersetorial de assistência à mulher em situação de violência sexual, que identifica o empenho profissional como potencialidade, ao se sobrepôr aos entraves encontrados na rede, dentre os quais: ausência de algumas categorias profissionais, estrutura física inadequada

e escassez de equipamentos para realizar os cuidados à mulher em situação de violência (TRENTIN *et al.*, 2020).

Destaca-se que a pesquisa em tela diverge de estudo que objetivou compreender a experiência de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência, o qual demonstra que os profissionais compartilham sentimento de frustração vivido decorrente das expectativas em relação à instituição. Eles gostariam que as políticas públicas fossem cumpridas, mas, na prática, constatam que isto não ocorre e sentem-se impotentes para mudar esta situação. Buscam, então, convencer-se de que não há mais nada a fazer para ajudar as mulheres vítimas de violência. Ou seja, ao se depararem com as limitações do serviço, tendem a resignar-se e justificam a impotência, atribuindo poder a um sistema que impede mudanças. A esse respeito, não se veem como protagonistas na RAMSV e concluem que não dispõem de alternativas (INCERPE; CURY, 2020).

Outra potencialidade relatada pelos profissionais foi a ampliação do número de serviços da RAMSV da cidade pesquisada. Explicaram que, no início da atuação do NMVVD, o CREAS não era estruturado como nos dias atuais e não havia alguns serviços que hoje fazem parte da rede pesquisada, como o CAPS III AD.

Os entrevistados também levantaram a possibilidade de abordagem à mulher em condição de violência de diversas formas. Argumentaram que existem profissionais para atendê-la no âmbito social, físico, psíquico e quanto aos aspectos específicos da área saúde da mulher.

É, as potencialidades, a gente vê que, de certa forma, tem boa intenção, a gente vê que aumentou, no sentido das possibilidades, por exemplo, o CREAS, quando a gente começou, no trabalho do Núcleo, não se tinha um CREAS estruturado, como tem hoje. A gente vê que precisa mais. É pouco, pela demanda que a gente tem, e das outras instituições. Você tinha o CAPS, não se tinha CAPS AD, CAPS... CAPS III, a gente vê que aumentou a questão da Rede, nesse sentido. Mas acaba que se torna, como é que diz, a desejar, diante das demandas (P6 NMVVD).

O que é que a gente tem de potencialidade? [...] no município tem bastante profissionais, que dá para abordar essa mulher de diversas formas; então, desde a parte do social, a parte psíquica, a parte da saúde, física, mental, saúde da mulher, a gente tem profissional para isso; eu acho que isso é uma potencialidade (P1 AB).

A estruturação da RAMSV inclui a implantação de serviços de diferentes áreas, como assistência social, justiça, segurança pública e saúde (BRASIL, 2011a). Esses serviços permitem que as mulheres tenham acesso a exames e atendimentos, percorrendo uma trajetória que pode incluir: Unidade de Atenção Básica, Unidades de Pronto-Atendimento, Instituto Médico Legal, Centros de Referência Especializados, Centros de Atenção Psicossocial, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, Defensorias Especializadas. Entretanto, tal itinerário, que permite suporte fundamental às mulheres, atendendo às diferentes demandas, tem sido considerado negativo por parte das usuárias (TRIGUEIRO *et al.*, 2018).

Em vista disso, o fortalecimento da RAMSV deve compreender ações voltadas não somente à ampliação da estrutura e dos serviços especializados, mas também à melhoria da qualidade do atendimento, integração e articulação de serviços e instituições (CARVALHO; BERTOLIN, 2016).

Outro serviço apontado nas narrativas como potencialidade da rede de atendimento foi o SAVVIS. Conforme os relatos, no período em que a implantação desse serviço esteve restrita à capital do Piauí, Teresina, as mulheres agredidas sexualmente em outros municípios desse estado tinham que percorrer longas distâncias para realizar perícia médica.

Os profissionais exemplificaram que mulheres que sofriam violência sexual nas cidades do interior do Piauí tinham que se deslocar longas distâncias para receber atendimento em Teresina. Diante dessas condições, os profissionais refletiram: “quem iria percorrer distâncias como essas para se expor e contar sua história de violência?” Além disso, os profissionais argumentaram que a implantação dos SAVVIS possibilitou o debate da violência sexual, que antes, praticamente, não existia em algumas cidades do Piauí.

Outro ponto destacado pelos profissionais, que torna esse serviço potente no enfrentamento da problemática em questão, é que ele, por estar localizado dentro de um hospital, facilita a coleta de exames, a administração de medicamentos e o acompanhamento psicológico, sendo todos esses serviços disponibilizados gratuitamente.

Potencialidade do serviço, eu acho, na verdade, que o sul do estado todo, também a gente tem outros lugares que tem um SAVVIS, eu acho que melhorou muito em ter esses SAVVIS nessas localidades, porque antes, a pessoa que morava lá em Corrente, por exemplo, tinha que ir

para Teresina; e eu acho que isso era uma dificuldade muito grande, porque quem iria se expor, nessa distância, para contar essa história toda? Sinceramente, eu não sei se eu iria. Então, ter esses SAVVIS, nos municípios, eu acho que facilitou muito a vida de muita gente, acabou que abriu muito espaço para esse debate sobre a violência sexual, que antes não existia de jeito nenhum. Ainda, precisa-se muito. E como a gente tem esse SAVVIS dentro de um hospital, também, eu acho que facilita o acompanhamento com psicólogo, facilita a coleta de exame, facilita a medicação, que é tudo de graça [...] (P5 SAVVIS).

A assistência nos serviços especializados no atendimento à mulher em situação de violência sexual, no âmbito do SUS, envolve a oferta gratuita de administração de medicamentos e realização de exames, e está prevista na Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012b). Embora a problemática da violência não seja exclusiva de mulheres com baixas condições socioeconômicas (TOJAL *et al.*, 2016), o acesso gratuito permite ampliar a possibilidade de reduzir danos para a saúde física e emocional de um número maior de mulheres em situação de violência (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012b).

Em vista da discussão apresentada, percebe-se que embora existam fragilidades na RAMSV pesquisada, houve avanço no que diz respeito à assistência à mulher que teve os direitos violados. Isso fica evidente quando o período atual é comparado ao momento anterior à implantação e estruturação de serviços, como Núcleo de Defesa da mulher, SAVVIS, CAPS AD e DEAM. Por meio dos relatos, percebeu-se que antes da existência desses serviços em municípios do interior do Piauí, as práticas de enfrentamento da violência contra a mulher eram extremamente reduzidas. A mulher, com intuito de obter assistência especializada, tinha que se deslocar para a capital do estado.

Dessa maneira, demonstra-se a importância de dar continuidade à criação e implementação de políticas públicas destinadas à população de mulheres, bem como a necessidade de engajamento de profissionais e gestores para realização de trabalho em conjunto e articulado, para alcançar resultados satisfatórios na oferta de assistência qualificada à mulher em situação de violência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa com profissionais de diferentes áreas do conhecimento permitiu visualizar o objeto de pesquisa sob diversos ângulos e favoreceu o alcance dos objetivos propostos, ao possibilitar a análise da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de um município do interior do estado do Piauí.

Os aparelhos que compõem a referida rede e que, na prática, são acionados para o atendimento à mulher em situação de violência são: Serviços de Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família), Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual/Hospital, Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica/Defensoria Pública, Centro de Referência Especializado em Assistência Social, Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, Delegacia convencional e Conselho Tutelar (quando a problemática envolve crianças e adolescentes). São acionados com menor frequência: Centro de Testagem e Aconselhamento e Centro de Referência de Assistência Social.

Essa rede possui diversas portas de entrada, sendo impossível identificar único fluxo que seja preciso e eficiente. Pelo contrário, o caminho a ser percorrido é longo, complexo, diverso e depende do contexto no qual a mulher está inserida, do serviço acessado, do acolhimento e das condutas dos profissionais. Algumas mulheres começam a trajetória pela Delegacia da Mulher, outras pelo Núcleo de Atenção à Mulher em Situação de Violência e há ainda aquelas que procuram os serviços de atenção básica ou Centros de Atenção Psicossocial, mas não revelam diretamente a problemática da violência.

Cada setor da rede (saúde, assistência social, segurança e justiça) apresenta ações específicas e problemas particulares que impactam a qualidade da assistência à mulher. Os serviços de atenção básica apresentam dificuldade em realizar o matriciamento dos casos de violência contra a mulher, demonstrando que os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família não estão devidamente articulados e apresentam práticas fragmentadas. Nesses aparelhos, os profissionais de saúde estão menos qualificados para identificação da violência psicológica e de outros tipos, que não seja a física.

Além disso, apesar de terem o cuidado de acessar os serviços da rede, por meio de ligação telefônica, para o compartilhamento dos casos, não há critérios de encaminhamento unificados nas unidades básicas de saúde, com fluxogramas previamente elaborados, condutas ou protocolos preestabelecidos. Deste modo, não há padronização dos atendimentos nos serviços de atenção básica no município pesquisado, de forma que a trajetória da mulher que se inicia em alguma das unidades, dependerá da experiência e do empenho de cada equipe no manejo do caso.

Em contrapartida, há maior efetividade de trabalho em equipe, no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial. Esse serviço possui um dia da semana específico para produção de diálogo entre os profissionais do setor, bem como para rever e estudar os projetos terapêuticos. Também ocorre compartilhamento dos casos por meio de ligação telefônica e acompanhamento da mulher, ao invés de encaminhá-la somente verbalmente ou por escrito.

No âmbito do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, a assistência às mulheres ou adolescentes que engravidaram durante o crime é realizada por profissionais que manifestam objeção de consciência relacionada ao abortamento legal. Com isso, contraria-se as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, dificulta-se que essas mulheres tenham acesso às informações sobre os direitos ao procedimento e inviabiliza-se, inclusive, o encaminhamento do caso para outros municípios que ofereçam essa possibilidade. Desta forma, priva-se as mulheres e adolescentes agredidas de um direito previsto em Lei.

Quanto ao manejo dos casos em que a mulher está sob ameaça de morte e não possui apoio de familiares ou amigos, as condutas dos serviços são diferenciadas. Alguns profissionais solicitam abrigo para mulher no alojamento da Polícia Militar e outros pedem ajuda ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social. Embora esse dado tenha demonstrado a preocupação dos aparelhos em criar estratégias, no sentido de amenizar a problemática da ausência de casas-abrigo no município, destaca-se o não compartilhamento de experiências entre os profissionais, devido à restrita comunicação intersetorial.

No Centro de Referência Especializado em Assistência Social, no que diz respeito à problemática estudada, e frente a outras demandas, como violência contra a criança e idoso, a assistência se limita ao atendimento dos casos em que a mulher possui filhos menores de idade. Portanto, permanece o

desafio para os profissionais desse setor de desenvolver ações de maior efetividade no enfrentamento à violência contra a mulher.

As percepções dos profissionais da rede sobre os atendimentos relacionados ao enfrentamento da violência contra mulheres enfatizaram a violência velada pelas mulheres, especialmente, nos serviços de atenção básica. Como motivos para violência velada, estão a violência psicológica cometida pelo agressor, que impede a mulher de ir à unidade básica de saúde, ou de solicitar ajuda na rede de apoio social; bem como a vergonha diante da sociedade; medo do agressor; e esperança de que ele mude de comportamento.

Nesse contexto, a mulher também não revela a condição de violência, devido às pressões sociais e à perda de apoio familiar, quando opta pela separação do agressor. Outros motivos são a vulnerabilidade emocional e a dependência econômica. Há, ainda, a legitimação da violência doméstica nas relações familiares e naturalização desse tipo de violência pela mulher, sendo todo o contexto apresentado permeado por influências culturais.

Dessa forma, a procura pela Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência é atravessada por conflitos e dúvidas, e mesmo quando as mulheres conseguem fazer a denúncia, permanece a possibilidade de desistência durante o processo, relacionada à insegurança das mulheres diante das medidas protetivas de urgência e à descrença na eficácia dos serviços.

Nesse âmbito, ocorre a carência de qualificação profissional para identificar os casos de violência velada, para lidar com as questões que estão envolvidas nesse contexto e atuar diante da desistência da denúncia pela mulher, embora essa seja situação previsível. Isso sugere a necessidade de educação permanente para sensibilização e transformação das práticas profissionais.

Apesar de os profissionais terem referido estratégias de acolhimento e atendimento em grupo com trabalho de educação em saúde e prevenção da violência, o foco dessas ações não é a identificação dos casos de violência velada, ou seja, quando isso ocorre, é, predominantemente, eventual. Destarte, os profissionais tenderam a admitir a presença da mulher em situação de violência velada nos serviços de saúde, nos territórios de atuação na comunidade, mas sem estratégias concretas para identificá-las.

Nesta pesquisa, as fragilidades da rede de atendimento se sobressaíram aos aspectos que a potencializam. As fragilidades se apresentaram intrincadas aos motivos que fazem a violência ser velada pelas mulheres e às questões que as fazem desistir de dar continuidade ao processo de denúncia. Nesse contexto, alguns entraves evidenciados pelos pesquisadores, como dificuldades no matriciamento, não foram apontados como tal nas entrevistas. Com isso, configura-se a necessidade de olhar coletivo para entender as particularidades da rede de cada local.

As fragilidades da rede reconhecidas pelos profissionais foram: contexto político vigente, redução de recursos destinados aos serviços, estrutura física inadequada para o acolhimento da mulher, equipamentos de trabalho obsoletos, danificados ou ausentes, quantidade insuficiente de profissionais, inexistência de serviços especializados (casa-abrigo, vara de violência doméstica) e ausência de rotina de comunicação interinstitucional entre os setores saúde, assistência social, jurídico e policial para discussões dos casos e das formas de operar os atendimentos.

Relacionado ao problema da restrita comunicação na rede, está a escassez de fluxogramas e de um sistema ou banco de dados para que os aparelhos possam dar *feedback* uns aos outros e compartilhar informações. Como consequência disso, ocorre a impossibilidade do retorno dos desdobramentos dos encaminhamentos aos serviços e o adoecimento da mulher, por tantas vezes ativar a memória da história de violência ao repeti-la. Frente a essas problemáticas, os profissionais não conseguiam perceber os impactos das ações na Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e, por conseguinte, não possuíam subsídios para avaliar a qualidade dos serviços.

Quanto às potencialidades da rede, merece relevo as possibilidades de trabalho das equipes de atenção básica, uma vez que possuem potencial para desenvolver tecnologias de cuidado nas unidades e na comunidade, além de a maioria disponibilizar carros para realização de visitas domiciliares, o que amplia a oportunidade de alcançar as mulheres em situação de violência, especialmente as que residem no ambiente rural. Neste contexto, também são aspectos relevantes: a presença de profissionais mulheres, trabalhadores que possuem

visão humanizada e que desenvolvem o trabalho com empenho, se sobrepondo às fragilidades da rede.

Outra potencialidade da rede está na ampliação do número de serviços. Na rede estudada, nos dias atuais, é possível prestar assistência às mulheres por meio de variadas possibilidades. Enfatiza-se que o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, mesmo apresentando entraves na assistência, representa avanço para o município pesquisado, diante da problemática da violência. Antes da implantação desta, as mulheres agredidas sexualmente e, portanto, fragilizadas emocionalmente, uma vez que optassem pela realização da denúncia, tinham que viajar para realizar laudo pericial, em serviço de referência na capital do Piauí. Outros benefícios resultantes da implantação desse aparelho no município são a oferta de realização de exames, a rápida administração de medicamentos e a facilidade de acesso das mulheres ao acompanhamento psicológico, por meio de encaminhamento, sendo todos esses serviços, no âmbito do SUS, gratuitos.

Frente à complexidade do fenômeno, tanto da violência como do trabalho em rede intersetorial, os fluxogramas apresentados não são as únicas formas possíveis de organização dos atendimentos às mulheres em situação de violência, na rede pesquisada. Acredita-se na potência desses serviços para traçar outras possibilidades de se comunicarem, conectarem-se e se articularem em rede, com objetivo de compartilhar saberes, delinear outros fluxogramas e ampliar a qualidade da assistência. Diante do exposto, pode-se afirmar ainda, que apesar das fragilidades da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência do município do estudo, os profissionais exercem papel importante no apoio e atendimento às mulheres agredidas.

Pondera-se que este estudo teve como limitação a não participação das usuárias dos serviços, assim como dos gestores, os quais poderiam acrescentar nuances que a experiência profissional se mostra limitada para contemplar. Ademais, enfatiza-se que o estudo em tela desvela algumas particularidades da realidade da assistência à mulher em situação de violência, no contexto do centro sul piauiense e, portanto, não é possível esgotar todas as possibilidades de compreensão dessa problemática.

A partir dessas considerações, recomenda-se, com o propósito de contribuir para o aprofundamento das discussões apresentadas, a realização de

novos estudos que possibilitem a compreensão mais abrangente acerca das facetas que a pesquisa em tela se mostrou limitada a responder, bem como estudos que contemplem o desenvolvimento do trabalho em rede, utilizando-se de métodos de intervenção.

Sugere-se, ainda, a possibilidade de reorganização dos serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência, de modo que possam estar situados em único local, no qual a mulher tenha acesso à assistência de saúde, social, policial e jurídica, com o compartilhamento de informações entre os serviços, por meio de um sistema de dados, para evitar a (re) vitimização dos discursos e facilitar o acesso da mulher aos aparelhos.

Ademais, a pesquisa aponta para necessidade de melhorias estruturais, número maior de profissionais, qualificação por meio de educação permanente, elaboração de fluxogramas e rotina de comunicação efetiva entre os setores que permita avaliar tanto os desdobramentos dos encaminhamentos, como os impactos das ações dos profissionais na rede. Esses dados projetam um longo caminho a ser percorrido por gestores e profissionais, com a intenção de oferecer uma rede de atendimento à mulher em situação de violência, com ações efetivas e ágeis.

Assim, espera-se que os dados da presente pesquisa possam servir de subsídios para reflexão dos profissionais envolvidos, bem como de gestores, para o aprimoramento da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, a fim de contribuir com a prevenção desse agravo, redução de danos às mulheres que tiverem os direitos violados e qualificação do serviço.

REFERÊNCIAS

- ADAMES, Bruna; BATISTA, Aline Pozzolo. A violência doméstica e a procura pelo sistema de justiça sob a ótica dos direitos humanos e da perspectiva de gênero. **Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 24, p. 177-203, 2017.
- ADAMES, Bruna; BONFÍGLIO, Simoni Urnau; BECKER, Ana Paula Sesti. Acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 2, p. 1-12, 2018.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças históricas na rede intersectorial de serviços voltados à violência contra a mulher—São Paulo, Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190486, 2020.
- AJAYI, Lady A.; SOYINKA-AIREWELE, Peyi. Key Triggers of domestic violence in Ghana: A victim centered analysis. **African Population Studies**, v. 32, n. 1, 2018.
- ALCANTARA, Mirian Conceição Moreira *et al.* Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher. **Rev Med Minas Gerais**, v.26, supl 8, p.313-317, 2016.
- ALVARENGA, Eric Campos *et al.* Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Rev NUFEN**, v.10, n.1, p.58-72, 2018.
- AMARAL, Luana Bandeira de Mello *et al.* Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Rev Estud Fem.**, v. 24, n. 2, p. 521-540, 2016.
- AMORIM, Érika Oliveira; NADER, Maria Beatriz. Violência contra a mulher: questionamentos frente ao silenciamento em cidades de pequeno porte. **Vozes, Pretérito & Devir: Revista de história da UESPI**, v. 7, n. 1, p. 121-135, 2017.
- ANDRADE, Luma Nogueira de. LGBTI+ no Brasil: o golpe de 2016 e a facada de 2018. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e190156, 2019.
- ARAÚJO, Alana Vasconcelos Castro *et al.* Representações sociais da violência contra a mulher: Atuação multiprofissional. **Summa Psicológica UST**, v. 15, n. 2, p. 190-195, 2018.
- ARBOIT, Jaqueline *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 506-517, 2018.
- BALBINOTTI, Izabele. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018.

BARAGATTI, Daniella Yamada *et al.* Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo1. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 26, e3025, 2018.

BARBOSA, Laís Barreto; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 2, p. 309-320, 2014.

BARROS, Érika Neves de *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 591-598, 2016.

BATISTA, Karina Barros Calife; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00140017, 2018.

BAPTISTA, Juliana Ávila *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, e20180508, 2020.

BERNARDES, Edilene Mendonça; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Defensoria Pública do Estado de São Paulo, participação social e acesso à justiça. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 269-275, 2019.

BERNARDES, João Paulo; MAYORGA, Claudia. Um Estudo Sobre Intervenções Junto a Homens Autores de Violência Doméstica Contra Mulheres. **Rev Psicol.**, v. 26, n. 1, p. 133-147, 2017.

BIGLIARDI, Adriana Maria; ANTUNES, Maria Cristina; WANDERBROOKE, Ana Claudia N. S. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. **Bol Acad Paul Psicol.**, v. 36, n. 91, p. 262-285, 2016.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud Av.**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BORBUREMA, Telma Libna Rodrigues *et al.* Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-13, 2017.

BORTH, Luana Cristina *et al.* Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1212-1219, 2018.

BOTT, Sarah *et al.* Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, 2002; 20 fev.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 nov. 2003.

BRASIL. Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jun. 2004. p. 1.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006a. 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... **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Ideal Gráfica e Editora, 2011a.

BRASIL. Presidência da República. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011c.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, 2011d.

BRASIL. Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011. Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social–NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social–SUAS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2011e.

BRASIL. Lei Federal nº 12.737, de 30 de novembro de 2012. Tipificação Criminal dos Delitos Informáticos – Lei Carolina Dieckmann. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2012, p.1, 3 nov. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Estratégicas, prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Decreto de Delegação de Competência. Brasília. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 12. Seção 1. p.59, Brasília, DF. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013a.

BRASIL. Lei 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2013, p.1, 2 ago. 2013b.

BRASIL. Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais. **Protocolo Mínimo de Padronização do Acolhimento e Atendimento da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar**. 2014a. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/cartilha_condege-Protocolo-M%C3%ADnimo.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 485 de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2014, p.32, 16 jun. 2014b.

BRASIL. Lei 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2015, p.31, 10 mar. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 2016, p.44-46, 24 maio 2016a.

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

BRASIL. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Resolve regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), a serem contempladas em resolução específica, e dá outras providências. **Plenário do Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, p.5, 2018a.

BRASIL. Câmara dos Deputados-55ª Legislatura – 4ª Sessão Legislativa. **Mapa da Violência contra a Mulher 2018**. Brasília: Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, 2018b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. Observatório da Mulher Contra a Violência.

Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres: pesquisa OMV/DataSenado. Brasília: Senado Federal, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.547, de 23 de setembro de 2020. Habilita Município a receber recurso financeiro de capital, para Construção de Centro de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 2020, edição 184, p.89, 24 set. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Consultas Equipes.** 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Consultas Equipes.** 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/classEstabelecimento/2203906970419>. Acesso em: 09 out. 2020.

CALLOU, Jayce Layana Lopes; SAMPAIO, Juliana. Rede de Atenção à Mulher e à Adolescente em situação de violência no município de Juazeiro/BA (RAMA/JUA): implantação, limites e desafios. *In:* SARDENBERG, C.M.B.; TAVARES, M.S. **Violência de gênero contra mulheres:** suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 223-245.

CAMPOS, Carmen Hein de. A CPMI da Violência contra a Mulher e a implementação da Lei Maria da Penha. **Rev Estud Fem.**, v. 23, n. 2, p. 519-531, 2015.

CAPELELINE, Chaiene de Jesus *et al.* Grupo reflexivo para mulheres vítimas de violência doméstica no poder judiciário de Rondônia. **Gênero & Direito**, v. 8, n. 3, p. 1-19, 2019.

CARDOSO, Fernanda Simplício; DE BRITO, Leila Maria Torraca. Possíveis impasses da Lei Maria da Penha à convivência parental. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 15, n. 2, p. 529-546, 2015.

CARNEIRO, Jackelyne Faierstein *et al.* Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v.19, n.2, p.243-255,2016.

CARVALHO, Jackeline Silva de. Lei Maria da Penha: um instrumento de proteção, prevenção e combate a violência doméstica e familiar contra à mulher (2006 a 2014). **Revista da Escola Judiciária do Piauí**, v. 1, n. 1, p.164-182, 2017.

CARVALHO, Grasielle Borges Vieira de; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins. Perspectivas para a humanização e ampliação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência: a casa da mulher brasileira. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 5, n. 1, p. 71-82, 2016.

CHANDAN, Joht Singh *et al.* Risk of cardiometabolic disease and all-cause mortality in female survivors of domestic abuse. **Journal of the American Heart Association**, v. 9, n. 4, p. e014580, 2020.

CHIAVERINI, Dulce Helena *et al.* **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO, Francisca Aline de Freitas *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres em situação de violência de gênero no estado do Ceará, 2008 a 2017. **Cadernos ESP**, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2019.

COIMBRA, José César; RICCIARDI, Ursula; LEVY, Lidia. Lei Maria da Penha, equipe multidisciplinar e medidas protetivas. **Arq Bras Psicol.**, v. 70, n. 2, p. 158-172, 2018.

COMPROMISSO E ATITUDE. **Alguns números sobre a violência contra as mulheres no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/alguns-numeros-sobre-a-violencia-contras-as-mulheres-no-brasil/>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CORDEIRO, Kátia Cordélia Cunha *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015.

COSTA, Milena Silva; SERAFIM, Márcia Luana Firmino; NASCIMENTO, Aissa Romina Silva do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 551-558, 2015.

COUTO, Vinicius Assis *et al.* Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. **Rev Estud Fem.**, v. 26, n. 2, e45859, 2018.

CRUZ, Mércia Santos; IRFFI, Guilherme. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2531-2542, 2019.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

DECKER, Michele R. *et al.* "You Do Not Think of Me as a Human Being": Race and Gender Inequities Intersect to Discourage Police Reporting of Violence against Women. **Journal of urban health**, v. 96, n. 5, p. 772-783, 2019.

DUARTE, Bruna Aparecida Rodrigues; DE BARROS JUNQUEIRA, Marcelle

Aparecida; GIULIANI, Carla Denari. Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 3, p. 401-411, 2019.

EBRAHIMI, Loghman; MOHAMADLOU, Maryam. Consequences of Domestic Violence against Women Referred to Health Centers in Zanjan: Qualitative Research. **Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal**, v. 9, n. 2, p. 1-8, 2019.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Rev Adm Pública**, v. 35, n. 1, p. 119-144, 2001.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estud Fem.**, v. 12, n. 1, p. 47, 2004.

FERREIRA, Rebeca Monteiro *et al.* Health characteristics of female victims of domestic violence housed in a state care shelter. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3937-3946, 2016.

FERREIRA, Carina Alexandra Salvador; FERNANDEZ FERNANDEZ, Roberto; ANES, Eugénia Maria Garcia Jorge. Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades hospitalares do norte de Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 15, p. 109-120, 2017.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP)**. San Pablo: Hucitec, 2003.

FREITAS, Camila Guarini de; SILVA, Roberta Barbosa da. A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 1, p.79-87, 2019.

FRUGOLI, Rosa *et al.* De conflitos e negociações: uma etnografia na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 201-214, 2019.

GALHARDO, Maria Eduarda Rezende; TEBAR, Wilton Boigues Corbalan. A defensoria pública como mecanismo de defesa do direito das mulheres. **ETIC- Encontro de Iniciação Científica**, v. 16, n. 16, p.1-18, 2020.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1879-1890, 2015.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00011415, 2016.

- GOMES, Nadirlene Pereira *et al.* Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 173-178, 2012.
- GUEDES, Alessandra *et al.* Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. **Global Health Action**, v. 9, n. 1, e31516, 2016.
- GUIMARÃES, Arleth Rose da Costa *et al.* Serviço de atendimento especializado a mulheres em situação de violência no Pará. **Revista do NUFEN**, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2011.
- GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicol Soc.**, v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015.
- GUIMARÃES, Anancyara Késia Moreira; GIULIANI, Carla Denari. Compreendendo o atendimento a mulheres vítimas de violência em um hospital universitário do triângulo mineiro. **Revista Relicário**, v. 3, n. 6, p.106-131, 2016.
- HASSE, Mariana; MELONI VIEIRA, Elisabeth, Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**, v.38, n.102, p.482-493, 2014.
- HOLANDA, Viviane Rolim de; HOLANDA, Eliane Rolim de; DE SOUZA, Maria Amelia. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 209-217, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi>. Acesso em: 09 out. 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
- INCERPE, Patrícia Regina Bueno; CURY, Vera Engler. Atendimento a Mulheres em Situação de Violência: A Experiência de Profissionais de um Creas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 3, p. 919-939, 2020.
- IVERSON, Katherine M.; DARDIS, Christina M.; POGODA, Terri K. Traumatic brain injury and PTSD symptoms as a consequence of intimate partner violence. **Comprehensive psychiatry**, v. 74, p. 80-87, 2017.
- KRENKEL, Scheila; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Violência contra a Mulher, Casas-Abrigo e Redes Sociais: Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 770-783, 2017.

LAWRENZ, Priscila *et al.* Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, e34428, 2018.

LENCHA, Bikila *et al.* Violência por parceiro íntimo e seus fatores associados entre mulheres grávidas em Bale Zone, sudeste da Etiópia: um estudo transversal. **PloS one**, v. 14, n. 5, pág. e0214962, 2019.

LEWIN, Ana Paula de Oliveira Castro Meirelles; PRATA, Ana Rita Souza. Da atuação da Defensoria Pública para promoção e defesa dos direitos da mulher. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 3, n. 3, p. 525-541, 2016.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Domestic violence: possibilities and limitations in coping. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n.6, p. 1421-1428, 2011.

LIMA, Larissa Alves de Araújo *et al.* Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. **Rev Enf Ref.**, v.6, n. 11, p. 139-146, 2016.

LIMA, Raissa Ribeiro. Segurança pública e violência contra a mulher: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 10, p. e2995-e2995, 2020.

LOURENCO, Lélío Moura; COSTA, Dayane Pereira. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. **Rev Interinst Psicol.**, v.13, n.1, p.1-18, 2020.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **J Hum Growth Dev.**, v.26, n.2, p.139-146, 2016.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al.* Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las mujeres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2901, 2017.

MACHADO, Lia Z. **Atender vítimas:** criminalizar violências, dilemas das Delegacias da Mulher. Brasília: UnB, Departamento de Antropologia, 2002. (Série Antropológica, n. 319).

MACHADO, Dinair Ferreira *et al.* Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 483-494, 2020.

MACHADO, Isadora Vier; ELIAS, Maria Lígia GG. Femicídio em cena. Da dimensão simbólica à política. **Tempo Social**, v. 30, n. 1, p. 283-304, 2018.

MADERS, Angelita Maria; ANGELIN, Rosângela. Direitos humanos e violência doméstica contra as mulheres: oito anos de encontros e desencontros no Brasil. **Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher**, n.32, p.41-58, 2014.

MARINHO, Paloma Abelin Saldanha; GONÇALVES, Hebe Signorini. As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. **HU Revista**, v. 42, n. 2, p.97-104, 2016.

MARQUES, Samara Silva *et al.* Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, e67593, 2017.

MARTÁNEZ-SAMORA, Jazmín *et al.* Propuesta de aplicación educativa en línea para crear diagramas E-R. **Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa**, v. 3, n. 6, p.1-17, 2016.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra a mulher, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200007, 2020.

MEDEIROS, Mariana Pedrosa de; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estud Pesqui Psicol.**, v.18, n.1, p. 384-403, 2018.

MEIRELLES, Ana Paula de Oliveira Castro *et al.* Da atuação da Defensoria Pública para promoção e defesa dos direitos da mulher. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 3, n. 3, p. 525-541, 2016.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 691-700, 2013.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saude Soc.**, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. *In*: SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006a.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 34. edição. Petrópolis: Vozes, 2015.

MIRANDA, Bruna Woinorvski de. A política nacional de abrigamento de mulheres em situação de risco e violência. **Gênero & Direito**, v. 6, n. 2, p.43-

68, 2017.

MISKOLCI, Richard; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Réplica: Desigualdades mortais: a fabricação de vidas precárias no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e190157, 2019.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trab Educ Saúde**, v.16, n.3, p.1039-1055, 2018.

MOREIRA, Laís de Araújo. Direito e gênero: a contribuição feminista para a formação política das mulheres no processo de (re) democratização brasileiro. **Gênero & Direito**, v. 5, n. 1, p.217-255, 2016.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al.* A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.10, n.2, p.273-279, 2006.

MORAES, Aparecida Fonseca; RIBEIRO, Letícia. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a "responsabilização" dos "homens autores de violência". **Sex., Salud Soc.**, n. 11, p. 37-58, 2012.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, 2008.

NOTHAFT, Raíssa Jeanine; BEIRAS, Adriano. O que sabemos sobre intervenções com autores de violência doméstica e familiar. **Rev Estud Fem.**, v. 27, n. 3, e56070, 2019.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; LIMA, Rebeca Fernandes Ferreira; MORAIS, Normanda Araújo de. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 956-969, 2017.

DE OLIVEIRA, Márcio; MAIO, Eliane Rose. “Você tentou fechar as pernas?” – a cultura machista impregnada nas práticas sociais. **Polêmica**, v. 16, n. 3, p. 1-18, 2016.

OLIVEIRA, Patrícia Peres de *et al.* Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 196-203, 2015.

OLIVEIRA, Alessandra Floriano da Silva; EMANUELLE, Tayssa; BARRETO, Carla Alessandra. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Revista Saúde em Foco**, n.11, p. 567-573, 2019.

OLIVEIRA, Carolina Mesquita; MOREIRA, Maria Ignez Costa. Os sentidos produzidos para a violência contra as mulheres a partir da perspectiva dos profissionais da delegacia especializada de atendimento à mulher de Betim-MG. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 3, p. 729-748, 2016.

OLIVEIRA, Ana Claudia Delfini Capistrano de; GHISI, Ana Silvia Serrano. Norma Técnica de Padronização e as Delegacias das Mulheres em Santa Catarina. **Rev. Estud. Fem.**, v. 27, n. 1, e46855, 2019.

OLIVEIRA, Roberval Passos de; NUNES, Mônica de Oliveira. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 4, p. 22-34, 2008.

OLIVEIRA, Lucas Nonato de *et al.* Violência doméstica e sexual contra a mulher: revisão integrativa. **Holos**, v. 8, p. 275-284, 2017.

OLIVEIRA, Maribia Taliane de; FERIGATO, Sabrina Helena. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad Bras Ter Ocup.**, v.27, n.3, p.508-521, 2019.

PASINATO, Wânia. Oito Anos de Lei Maria Da Penha. Entre Avanços, Obstáculos e Desafios. **Estud Fem.**, v. 23, n. 2, p. 533-545, 2015.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. spe., e32ne214, 2016.

PENSO, Maria Aparecida *et al.* O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

PEREIRA-GOMES, Nadirlene *et al.* Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p. 823-835, 2015.

PIAUÍ. Defensoria Pública do Estado do Piauí. Disponível em: <http://www.defensoria.pi.def.br/defensoria-integra-aco-es-de-combate-a-violencia-domestica/>. Acesso em: 10 out. 2020.

PINTO, Lucielma Salmito Soares *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1501-1508, 2017.

PRADO, Débora; SANEMATSU, Marisa. Femicídio: invisibilidade mata. **Fundação Rosa**, p. 13-32, 2017.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 787-807, 2014.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. **Interface-Comunicação, Saúde,**

Educação, v. 22, p. 1535-1547, 2018.

RASCH, Scheila Silva *et al.* Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 2, p.105-115, 2015.

RIO DE JANEIRO. Defensoria Pública do Estado (RJ). **Gênero, sociedade e defesa de direitos**: a Defensoria Pública e a atuação na defesa da mulher. Rio de Janeiro: Coordenação de Defesa da Mulher, CEJUR, 2017.

RODRIGUES, Vanda Palmarella *et al.* Relações familiares no contexto da violência de gênero. **Texto contexto - enferm.**, v.25, n.3, e2530015, 2016.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro *et al.* Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 109-116, 2020.

ROSA, Nailane Fabris; NASCIMENTO, Célia Regina Rangel. O CREAS PAEFI na perspectiva de mulheres vítimas de violência e profissionais: uma análise a partir da teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 3, p. 661-685, 2018.

RUSSO, Anna *et al.* **Imaging of violence against the elderly and the women.** *In*: SEMINARS IN ULTRASOUND, CT AND MRI, WB Saunders, 2019. p. 18-24.

SAMPAIO, Juliana *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1299-1311, 2014.

SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos *et al.* Concepções e práticas de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 1, p.21-38, 2014.

SANTOS, Ana Pereira dos; BEVILACQUA, Paula Dias; MELO, Cristiane Magalhães de. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 569-579, 2020.

SANTOS, Cristina Vianna Moreira dos; IRINEU, Bruna Andrade. Violência contra mulheres e promoção de saúde mental na comunidade. **Rev NUFEN**, v. 11, n. 1, p. 232-245, 2019.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 694-706, 2017.

SARAIVA, Renata Jabour *et al.* Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Ciencia y enfermeria**, v. 18, n. 1, p. 17-

27, 2012.

SCHEIN, Sílvia *et al.* Atenção à saúde da mulher vítima de violência: um recorte temporal. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 21, n. 2, p. 174-185, 2019.

SCHEK, Gabriele *et al.* Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 1, e1680016, 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 797-807, 2007.

SCOTT, Parry *et al.* Redes de enfrentamento da violência contra mulheres no Sertão de Pernambuco. **Rev Estud Fem.**, v.24, n.3, p.851-870, 2016.

SHEIKHBARDSIRI, Hojat; RAEISI, Ahmadsreza; KHADEMIPOUR, Gholamreza. Domestic violence against women working in four educational hospitals in Iran. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 35, n. 21-22, p. 5107-5121, 2020.

SILVA, Maria Cícera de Sá e; CLEONE, Mario. O impacto do CREAS no combate a violência contra a mulher. **Id on Line Rev Mult Psic.**, v.13, n.44, p.917-929, 2019.

SILVA, Juliana Guimarães *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 187-200, 2019.

SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3523-3532, 2015.

SILVA, Ana Fernanda Carnelosso *et al.* Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e35932363-e35932363, 2020.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm Foco**, p. 70-74, 2017.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015.

SIMOES, Aline Vieira *et al.* Identificação e conduta da violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos estudantes universitários. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 95-109, 2019.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no

setor saúde e na rede intersetorial. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 789-800, 2018.

SOLEIMANI, Robabeh; AHMADI, Reza; YOSEFNEZHAD, Azadeh. Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. **Psychology, health & medicine**, v. 22, n. 7, p. 845-850, 2017.

SOUTO, Rayone Moreira Costa Veloso et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2811-2823, 2017.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SOUSA, Yara Layne Resende. Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. **Rev SPAGESP**, v.16, n.2, p.59-74, 2015.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

SOUZA, Marjane Bernardy; SILVA, Maria Fernanda Silva da. Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. **Pensando Fam.**, v.23, n.1, p.153-166, 2019.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de; PERES, Aida Maris; MAFIOLETTI, Terezinha Maria. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Rev Enf Ref.**, v.5, n.2, e20003, 2020.

SOUZA, Rebeca Hennemann Vergara de; SOLAGNA, Fabrício; LEAL, Ondina Fachel. As políticas globais de governança e regulamentação da privacidade na internet. **Horiz Antropol.**, v.20, n.41, p.141-172, 2014.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SANTANA, Flávia Resende Moura; MARTINS, Thais Ferreira. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas públicas. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 4, p. 1-13, 2018.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; FARIA, Jaqueline Sanchez. Descrição dos serviços de psicologia em delegacias especializadas de atendimento às mulheres no Brasil. **Avances en psicología latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 253-265, 2017.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SOUSA, Yara Layne Resende. Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. **Rev SPAGESP**, v.16, n.2, p.59-74, 2015.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SANTANA, Flávia Resende Moura; MARTINS, Thais Ferreira. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas

públicas. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 4, p. 1-13, 2018.

SEDZIAFA, Alice Pearl; TENKORANG, Eric Y.; OWUSU, Adobea Y. "... he always slaps me on my ears": the health consequences of intimate partner violence among a group of patrilineal women in Ghana. **Culture, health & sexuality**, v. 18, n. 12, p. 1379-1392, 2016.

TAVARES, Márcia Santana. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, n. 2, p. 547-559, 2015.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e transformação da realidade**. Bahia: Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia, 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.

TELES, Maria Amélia de Almeida. A constituição de 88 e a cidadania das Mulheres. *In*: CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Constituição 20 anos**: Estado, democracia e participação popular: caderno de textos. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. 2009. p. 151-153. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2441/constituicao_20_anos_caderno.pdf?sequence=1. Acesso: 31 maio 2018.

TERRA, Maria Fernanda; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. **Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social**, v. 15, n. 3, p. 109-125, 2015.

TOJAL, Ana Lúcia Soares *et al.* Rede de enfrentamento à violência contra a mulher: situação dos serviços especializados no município de Maceió. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 3, n. 2, p. 13-22, 2016.

TRENTIN, Daiane *et al.* Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da declaração universal de bioética e direitos humanos. **Texto contexto - enferm.**, v.28, e20180083, 2019.

TRENTIN, Daiane *et al.* Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 4, e20190856, 2020.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira *et al.* Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. **Texto contexto - enferm.**, v.27, n.1, e6490015, 2018.

UNITED NATIONS. General Assembly. **Declaration on the elimination of violence against women**. Geneva: United Nations, 1994.

VAZQUEZ, Ana Carolina Brandão. Fascismo e O Conto da Aia: a misoginia

como política de Estado. **Rev katálysis**, v.22, n.3, p.597-606, 2019.

VENDRUSCOLO, Carine; HERMES, Jacqueline; CORRÊA, Paula. Consolidação do nasf na atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. **Inova Saúde**, v. 10, n. 2, p. 61-77, 2020.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; HASSE, Mariana. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 52-62, 2017.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza *et al.* Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3957-3965, 2016.

VIGANO, Samira de Moraes Maia; LAFFIN, Maria Hermínia Lage Fernandes. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. **História**, v. 38, e2019054, 2019.

WACHTER, Karin *et al.* Drivers of intimate partner violence against women in three refugee camps. **Violence Against Women**, v. 24, n. 3, p. 286-306, 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Respect women: preventing violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2019.

YAYA, Sanni; GHOSE, Bishwajit. Alcohol drinking by husbands/partners is associated with higher intimate partner violence against women in Angola. **Safety**, v. 5, n. 1, p. 5, 2019.

YU, Rongqin *et al.* Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. **PLoS medicine**, v. 16, n. 12, p. e1002995, 2019.

YAPP, Emma; KEYNEJAD, Roxanne; ORAM, Siân. Evidence-Based Interventions for Mental Health Consequences of Intimate Partner Violence. **Mental Health and Illness of Women**, p. 283-304, 2020.

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virginia; LIMA, Gabriela Quadros de. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando famílias**, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2013.

APÊNDICE A - Entrevista semiestruturada destinada aos profissionais da saúde, assistência social, segurança pública e justiça

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA E SOCIEDADE**

PARTE 1: DADOS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PROFISSIONAIS E A ATIVIDADE DE TRABALHO

Data: ____/____/____

1. NÚMERO DO ENTREVISTADO: _____

2. SEXO: F () M ()

3. IDADE: _____ anos

4. NATURALIDADE: _____

6. ESTADO CIVIL: Solteiro () Casado () Namorando ()
União Estável () Viúvo ()

7. RENDA FAMILIAR MENSAL

- Menos de 1 Salário Mínimo ()
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos ()
- Entre 3 e 5 Salários Mínimos ()
- Mais de 5 Salários Mínimos ()

8. ESCOLARIDADE: _____

9. CARGO PROFISSIONAL: _____

9. TIPO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO:

- Concursado ()
- Carteira Assinada ()
- Prestador de Serviço ()
- Bolsista ()

10. TEMPO DE SERVIÇO NA FUNÇÃO (ANO): _____

PARTE 2: DADOS SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1. Como ocorrem os atendimentos às mulheres em situação de violência?
 - a) Como as mulheres chegam a esse serviço
 - b) Profissionais e serviços oferecidos pela instituição
 - c) Serviços acionados para encaminhamento pela rede de atendimento
 - d) Comunicação entre os serviços
 - e) Documentação utilizada (BO, Protocolos, Notificação, outros)

2. Como se sente prestando esse tipo de assistência?
3. Quais são as políticas e documentos protocolares que norteiam sua atuação?
4. Como se apropria/apropriou desses conteúdos?
 - a) Graduação
 - b) Outras capacitações
5. Comente sobre as potencialidades e fragilidades dos serviços que prestam assistência às mulheres em situação de violência.
 - a) Estrutura física
 - b) Equipamentos
 - c) Quantidade de funcionários

APÊNDICE B - Termo de cessão para utilização de interpretação, imagem e som de voz e cessão de direitos conexos



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMILCAR FERREIRA SOBRAL
 PI 04, S/N Bairro Melladão - Floriano – PI - 64800-000 –
 Tel/Fax: (89)3522-4758 – 3522-2716
 Homepage: www.ufpi.br/floriano - E-mail:
 jakeliners22@hotmail.com
(Maiores de 18 anos)



Eu,....., telefone de n.....**(nome completo do pesquisado e contato telefônico)**, portador(a) da cédula de identidade RG nº, inscrito(a) no CPF sob o nº, residente e domiciliado(a) à, na cidade de, Estado....., autorizo por este instrumento, em caráter irrevogável e irrevogável, a Sr. (a) Cristianne Teixeira Carneiro CPF: 000.984.663-80, pesquisadora responsável, e o Sr. Francis Kanashiro Meneghetti, pesquisador assistente, inscrito no CPF: 259.563.678-22, o uso na pesquisa intitulada **“Análise da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”**, objeto deste termo de cessão, a utilizar o meu som de voz, sem fins, distribuição, exibição e reprodução em salas de projeção, totens, “CD-ROM” e quaisquer outros processos multimídia, Rede Internet (“*streaming*” e “*download*”), em artigos publicados em periódicos impressos e livros, bem como por qualquer outro meio, suporte, processo ou veículo existente ou que venha a ser desenvolvido. Autorizo, ainda, o uso de trechos coletados, transcritos a partir do registro do som de minha voz, para fins de divulgação dos resultados da referida pesquisa que terá como objetivo geral analisar a atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência sob a ótica de profissionais das áreas da saúde, assistência social, segurança pública e justiça, e através de entrevistas identificar ações realizadas pela Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência; como os profissionais se apropriam dos conteúdos das políticas e documentos protocolares que norteiam sua prática na Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, bem como identificar fatores

favoráveis e obstáculos à atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

Esta pesquisa tem como riscos previsíveis o constrangimento e a possibilidade de ter suas respostas identificadas por pessoas não ligadas à pesquisa, comprometendo o sigilo e o anonimato. Entretanto, os pesquisadores diminuirão os riscos, pois o(a) senhor(a) será entrevistado(a) de modo discreto e, caso deseje participar, o faremos em local reservado. Portanto, somente as pesquisadoras terão acesso às suas informações e os dados serão mantidos em confidencialidade, permitindo o sigilo (não contaremos a ninguém) e o anonimato (seu nome não irá aparecer), assim todos os instrumentos, questionários e termos, serão arquivados em local apropriado (armário trancado localizado na sala da pesquisadora responsável pelo estudo) por um período mínimo de cinco (5) anos. Para preservação da sua identidade usaremos códigos que serão registrados no instrumento de produção de dados. Ao final de cada encontro, a pesquisadora disponibilizará o áudio, gravado em aparelho *smartphone* Samsung, para que o sujeito da pesquisa possa reproduzi-lo e optar em retirar alguma informação que seja desconfortante ou constrangedora para ele.

Com a sua participação na pesquisa, trará os seguintes benefícios indiretos: pode-se contribuir para reconhecer as necessidades e lacunas relacionadas à atuação da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Portanto, cria-se a perspectiva de intervenções capazes de colaborar com o enfrentamento dessa problemática, com o interesse de permitir abordagem qualificada para aquelas mulheres que se encontram em situação de violência. Tais estratégias podem ser benéficas não apenas para mulheres, como também para famílias e comunidade.

Ao participar da pesquisa você terá os seguintes direitos: a) garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; b) liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para si; c) garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelas pesquisadoras.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) deve procurar a pesquisadora responsável Professora Cristianne Teixeira Carneiro (89) 3522-

4758 Floriano - PI. Caso não consiga contato presencial, pode deixar o recado no telefone (89) 99925-6920 – Profa Cristianne Teixeira Carneiro, (41) 9255-5053 – Prof. Francis Kanashiro Meneghetti, ligar em horário comercial, ou ainda através dos e-mails: cristianneteixeira@hotmail.com e francis@utfpr.edu.br.

Caso minhas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou meus direitos sejam negados deverei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do *Campus* Amílcar Ferreira Sobral na Universidade Federal do Piauí (CAFS/UFPI), localizado a PI 04, S/N, Meladão, Floriano-PI. Telefone: (89) 3522-2716 - E-mail: cepcafs@ufpi.edu.br.

Tendo em vista o caráter permanente da obra audiovisual, a presente autorização é concedida por todo o prazo e período em que a obra venha a ser explorada e exibida, sem qualquer limitação de tempo.

Declaro que presto o serviço de interpretação e concedo esta autorização bem como cedo os direitos conexos sem qualquer ônus para o pesquisador principal e sua equipe.

Local e Data

Nome do participante RG:

Nome testemunha RG:

Profa. Me. Cristianne Teixeira Carneiro, CPF: 000.984.663-80
Discente do Curso de Doutorado em Tecnologia e Sociedade - UTFPR
Pesquisadora Responsável

Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti, CPF: 259.563.678-22
Orientador do projeto
Pesquisador Assistente

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL – FLORIANO (PI)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: “Análise da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência” – Tese de doutorado.

Pesquisadores responsáveis: Profa. Me. Cristianne Teixeira Carneiro e Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Telefone para contato: (89) 99925-6920

Local de coleta de dados: Será realizada em uma sala ou outro ambiente cedido nos próprios locais de atuação profissional dos entrevistados, levando-se, para isso, em consideração, os aspectos relativos à estruturação e organização que permitam a manutenção da privacidade do profissional e a confidencialidade das informações fornecidas. Contudo, a decisão quanto ao ambiente será do participante; assim, esta poderá ser conduzida em outros locais, além das instituições, como locais públicos e residências, de modo que o entrevistado se sinta confortável durante todo o processo.

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa **Análise da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência**, sob responsabilidade dos pesquisadores **Cristianne Teixeira Carneiro** lotada no Colégio Técnico de Floriano – CTF/UFPI e **Francis Kanashiro Meneghetti** lotado na Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, tendo como objetivo geral analisar a atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência sob a ótica de profissionais das áreas da saúde, assistência social, segurança pública e justiça de um município do interior do Piauí, e específicos: Identificar ações realizadas pela Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência; Identificar como os profissionais se apropriam dos conteúdos das políticas e documentos protocolares que norteiam sua prática na Rede de Atendimento às

Mulheres em Situação de Violência; Identificar fatores favoráveis e obstáculos à atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

Para a realização deste trabalho, abordaremos o(a) senhor(a), individualmente, no seu local de trabalho, para que possamos agendar data, horário e local para realização da entrevista, sendo esclarecidos os objetivos, métodos e benefícios da pesquisa. Posteriormente, sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista, respondendo às perguntas que abordam: idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, cargo profissional, tipo de contratação de serviço, tempo de serviço na função e questões que envolvem sua experiência sobre a atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. Caso concorde, o(a) senhor(a) responderá as perguntas que serão gravadas em aparelho *smartphone* samsung, em local reservado. O horário e duração da entrevista serão determinados considerando-se a disponibilidade do(a) senhor(a), de forma a não comprometer suas atividades profissionais.

Esta pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes. Ainda assim, torna-se relevante, pois, como benefício indireto, possibilitará reconhecer as necessidades e lacunas relacionadas à atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. Portanto, cria-se a perspectiva de intervenções capazes de colaborar com o enfrentamento dessa problemática, com o interesse de permitir abordagem qualificada para aquelas mulheres que se encontram em situação de violência. Tais estratégias podem ser benéficas não apenas para mulheres, como também para famílias e comunidade. Além disso, será possível contribuir para as práticas de profissionais que atuam/atuarão na assistência às mulheres em situação de violência, já que, serão identificadas lacunas na atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

Vale ressaltar que a investigação possui riscos mínimos para o(a)s participantes, que poderão envolver o constrangimento ao ter que responder perguntas sobre sua atuação profissional na assistência às mulheres em situação de violência; contudo, os pesquisadores esclarecem que as informações que o(a) senhor(a) fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos instrumentos, na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem

apresentados e ficarão arquivados no gabinete da pesquisadora responsável, por um período mínimo de 5 anos, a contar da data da coleta, não sendo permitido que pessoas não ligadas à equipe de pesquisa tenham acesso ao material. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o(a) senhor(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Estão garantidas todas as informações que o (a) senhor(a) queira, antes, durante e depois do estudo.

O(A) senhor(a) terá os seguintes direitos: garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que as informações que o(a) senhor(a) fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) deve procurar a pesquisadora responsável pelo estudo, professora **Cristianne Teixeira Carneiro**, no seguinte endereço: Curso Técnico em Enfermagem, *Campus Amílcar Ferreira Sobral* na Universidade Federal do Piauí (CAFS/ UFPI), localizado à BR 343, Km 3,5, Bairro Meladão, CEP: 64.808-605, Floriano- PI. Caso não consiga contato presencial, pode deixar o recado no telefone (89) 99925-6920 ou ainda através do e-mail **crisnanneteixeira@hotmail.com**.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, por favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do *Campus Amílcar Ferreira Sobral* na Universidade Federal do Piauí (CAFS/ UFPI), localizado à PI 04, S/N, bairro Meladão, Floriano-PI, telefone 89-3522-2716 ou ainda através do e-mail cepcafs@ufpi.edu.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ (89)

_____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico por até 5 anos, após o qual o banco de dados não será mais utilizado.

Desta forma, assino este termo, juntamente com o(s) pesquisador(es), em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador(es).

Local e Data

Participante

Testemunha

Cristianne Teixeira Carneiro
CPF: 000.984.663-80

Francis Kanashiro Meneghetti
CPF: 259.563.678-22

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência

Pesquisador: Cristianne Teixeira Carneiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18101019.0.0000.5660

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - Campus Amílcar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.542.212

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulada "Análise da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência", que tem o pressuposto que a atuação da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência ocorre de modo desarticulado, não havendo comunicação efetiva entre os setores da saúde, assistência social, segurança e justiça. Trata-se de pesquisa do tipo exploratório descritiva, com natureza qualitativa dos dados primários, na qual poderão participar profissionais que prestam assistência às mulheres em situação de violência na Rede de Atenção Básica de Saúde de (equipe da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família), no Serviço Hospitalar (Hospital Regional Tiberío Nunes), no Centro de Referência Especializado de Assistência Social, na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e na 2ª Defensoria Pública Regional de), constituindo cinco instituições que compõem a rede institucionalizada de atendimento às mulheres em situação de violência de). A coleta ocorrerá no período entre Novembro e Dezembro de 2019, sendo baseada em entrevista semiestruturada, áudio-gravada em smartphones, tendo como foco os aspectos da atuação institucional na assistência à mulher em situação de violência. O estudo terá análise ocorrerá baseada na hermenêutica-dialética traçada por Minayo. O estudo apresenta orçamento de R\$ 1.902,19 e apresenta todos os Termos de Apresentação Obrigatória, o que comprova a viabilidade econômica, técnica e ética da pesquisa.

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,5
Bairro: Meladão **CEP:** 64.808-605
UF: PI **Município:** FLORIANO
Telefone: (86)3523-4619 **E-mail:** cepcafe@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL



Continuação do Parecer: 3.542/212

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atuação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência sob a ótica de profissionais das áreas da saúde, assistência social, segurança pública e justiça, no município de

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa prevê risco de constrangimento aos participantes, mas descreve estratégias consistentes para minimizar o risco. Quanto aos benefícios, a pesquisa assume que não apresenta benefícios diretos aos participantes, mas descreve claramente os indiretos que possibilitarão reconhecer as necessidades relacionadas à atuação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, o que estimula a qualificação da atuação profissional na assistência às mulheres em situação de violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a qualificação profissional na assistência às mulheres vítimas de violência, cujo método apresenta-se consistente e coerente com objetos propostos. A inclusão de profissionais de diferentes áreas (saúde, assistência social, segurança pública e justiça) fornece subsídios para estruturas essenciais da compreensão do fenômeno. Ainda obedece de maneira clara e robusta aos aspectos éticos e legais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados Carta de Encaminhamento, Termos de Anuência, Termo de Confidencialidade, Termo de Cessão, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Declarações dos Pesquisadores, em conformidade com a legislação vigente e de acordo com objeto/método da pesquisa. Vale destacar o uso de linguagem clara e objetiva dos Termos utilizados na ciência e anuência dos participantes, de forma a simplificar a compreensão e garantir o acesso ao conteúdo.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto de Pesquisa encontra-se em conformidade com os aspectos éticos e legais, previstos pelas Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,5
 Bairro: Meadilho CEP: 64.808-605
 UF: PI Município: FLORIANO
 Telefone: (88)3523-4819 E-mail: cepcafe@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL**



Continuação do Parecer: 3.542.212

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_1313574.pdf	21/08/2019 00:03:59		Aceito
Outros	Termo_de_Cessao.docx	21/08/2019 00:01:55	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RETIFICADO.docx	21/08/2019 00:00:05	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Retificado.docx	20/08/2019 23:59:47	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Outros	ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA.docx	24/07/2019 17:50:06	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Outros	Declaracoes_dos_pesquisadores.pdf	24/07/2019 17:32:30	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	24/07/2019 17:30:32	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.pdf	24/07/2019 17:29:46	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Outros	Curriculo_Cristianne.pdf	24/07/2019 16:02:55	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Outros	Curriculo_Francis.pdf	24/07/2019 15:58:36	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_Rosto_assinada.pdf	24/07/2019 15:48:07	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	23/07/2019 22:33:46	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_HRTN.pdf	23/07/2019 22:16:06	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Secretaria.pdf	23/07/2019 22:15:51	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Defensoria.pdf	23/07/2019 22:14:53	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_DEAM.pdf	23/07/2019 22:14:36	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_CREAS.pdf	23/07/2019 22:13:30	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	23/07/2019 22:08:27	Cristianne Teixeira Cameiro	Aceito

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,5

Bairro: Metrópoli

CEP: 64.808-605

UF: PI

Município: FLORIANO

Telefone: (89)3522-4619

E-mail: capc@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL



Continuação do Parecer: 3.542.212

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANO, 29 de Agosto de 2019

Assinado por:

AMANDO OLIVEIRA MATIAS

(Coordenador(a))

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,5

Bairro: Meiadão

CEP: 64.808-605

UF: PI

Município: FLORIANO

Telefone: (88)3522-4619

E-mail: cepcafe@ufpi.edu.br