

Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva



Instruments for articulating the network of attention to women in situation of violence: collective construction

Instrumentos para articulación de la red de cuidado de mujeres en situación de violencia: construcción colectiva

Laura Ferreira Cortes^a
Stela Maris de Mello Padoin^b
Daniela Dal Forno Kinalski^b

Como citar este artigo:

Cortez LF, Padoin SMM, Kinalski DDF. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e2016-0056. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>

RESUMO

Objetivo: Identificar as informações necessárias para a construção de instrumentos destinados a viabilizar a articulação de profissionais de serviços de atendimento com mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção.

Método: Estudo qualitativo, convergente assistencial, cujas informações foram produzidas de fevereiro a agosto de 2015 por meio de 10 encontros grupais, com 32 participantes do Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS, situado na Universidade Federal de Santa Maria. Utilizou-se a análise de conteúdo temática.

Resultados: Definiu-se o direcionamento do fluxo; os pontos para compor a rede; o que seria preciso comunicar entre os serviços: dados de identificação da mulher e da família, relato acerca da situação e a continuidade do cuidado.

Conclusões: Há necessidade de formalização institucional dos dispositivos construídos. A articulação entre os serviços requer comunicação, envolvimento e compromisso dos profissionais para garantir a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Assistência à saúde. Ação intersetorial. Comunicação interdisciplinar. Prática profissional.

ABSTRACT

Objective: This paper aims at identifying all the necessary information to build instruments which are designed to facilitate the professional integration of services to women in situation of violence with a view to the establishment of a network of attention.

Method: Qualitative study, convergent, whose information has been produced from February to August 2015 by 10 group meetings, with 32 participants from the Integrated Working Group to Confront Violence in Santa Maria-RS, located at the Universidade Federal de Santa Maria. Using thematic content analysis.

Results: It defined the flow direction; the points to compose the network; what it would take to communicate among services: identification of wife and family, report on the situation and the continuity of care.

Conclusions: There is a need for an institutional formalization of constructed devices. The articulation between the services requires communication, involvement and commitment of the professionals to ensure the continuity of care.

Keywords: Women's health. Violence against women. Delivery of health care. Intersectoral action. Interdisciplinary communication. Professional practice.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el contenido necesario para construir instrumentos para facilitar la integración de profesionales de servicios a mujeres en situación de violencia con miras a la creación de una red de atención.

Método: Estudio cualitativo, convergente, cuya información se produjo de febrero a agosto de 2015, durante 10 sesiones de grupo, con 32 participantes del Grupo de Trabajo Integrado para Contrarrestar la Violencia de María Santa-RS, que se encuentra en la Universidad Federal de Santa María. Se utilizó el análisis de contenido temático.

Resultados: Se definió la dirección del flujo; los puntos que componen la red; lo que se necesitaría para comunicar entre servicios: identificación de mujer y familia, informe sobre la situación y la continuidad de la atención.

Conclusiones: Existe una necesidad de formalización institucional de dispositivos construidos. La articulación entre los servicios requiere comunicación, participación y compromiso de los profesionales para asegurar la continuidad de la atención.

Palabras clave: Salud de la mujer. Violencia contra la mujer. Prestación de atención de salud. Acción intersectorial. Comunicación interdisciplinaria. Práctica profesional.

^a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

■ INTRODUÇÃO

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

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

Ao trabalho que ocorre de modo interligado entre os distintos setores e conjunto de serviços se atribui a qualificação de rede⁽²⁾. A rede de atendimento, ou de atenção às mulheres em situação de violência, é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como e à integralidade e humanização do atendimento. A rede é composta por serviços não-especializados, ou gerais e, especializados⁽³⁾.

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

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

Estes serviços compõem um grande mosaico, mas ainda pouco inter-relacionado. A atuação em rede requer um determinado modo de funcionamento, que não acontece apenas pela existência de um conjunto de serviços ou apenas serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial. Nesta configuração, os serviços não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar. Isso reforça a rota crítica das mulheres⁽⁴⁾. Quando as mulheres buscam apoio, muitas vezes é uma decisão tardia ou ambivalente e quando encontram assistências isoladas, com respostas diversas de suas demandas, tendem a interromper suas rotas⁽²⁾.

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

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

Neste sentido, há necessidade de estudos que aprofundem aspectos para contribuir com a transformação dessa realidade e que possam criar ferramentas interdisciplinares de intervenção a fim de contribuir com a articulação dos serviços a fim de compor a rede de atendimento. Com esta perspectiva este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: "Qual o conteúdo necessário para construir instrumentos a fim de viabilizar a articulação entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção?"

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

■ MÉTODO

Estudo qualitativo do tipo convergente assistencial, oriundo de tese de doutorado intitulada “Mulheres em situação de violência: construção coletiva de instrumentos para a construção do atendimento em rede”⁽¹⁰⁾, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi eleita como referencial metodológico devido à possibilidade de desenvolver ações conjuntas de pesquisa e de assistência de modo a direcionar a pesquisadora para a resolução ou minimização de problemas e ou introdução de inovações nas práticas de saúde⁽¹¹⁾. Esse cenário proporciona aos participantes a autonomia para transformação, justificando assim a escolha desse método.

A PCA foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, CAAE: 40350315.1.0000.5346, com o parecer nº 935.978. Os procedimentos éticos foram respeitados em todos os trâmites e momentos da pesquisa, sendo considerada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O cenário de desenvolvimento da PCA foi o Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS (GTIEV) que é um grupo intersetorial composto por profissionais de saúde, assistência social e segurança pública. O GTIEV reúne-se na Universidade Federal de Santa Maria, sem sala agendada quinzenalmente, sendo sua coordenação vinculada ao Hospital Universitário de Santa Maria. A inserção prévia da pesquisadora no GTIEV e algumas experiências profissionais com integrantes do grupo determinaram a escolha do espaço, caracterizando-se uma seleção por conveniência. Foi estabelecido como critério de inclusão: ser profissional ou acadêmico/a e participar do GTIEV. O critério de exclusão foi: estar ausente do trabalho no período da produção das informações, que foi de fevereiro a agosto de 2015. Participaram 32 pessoas de modo

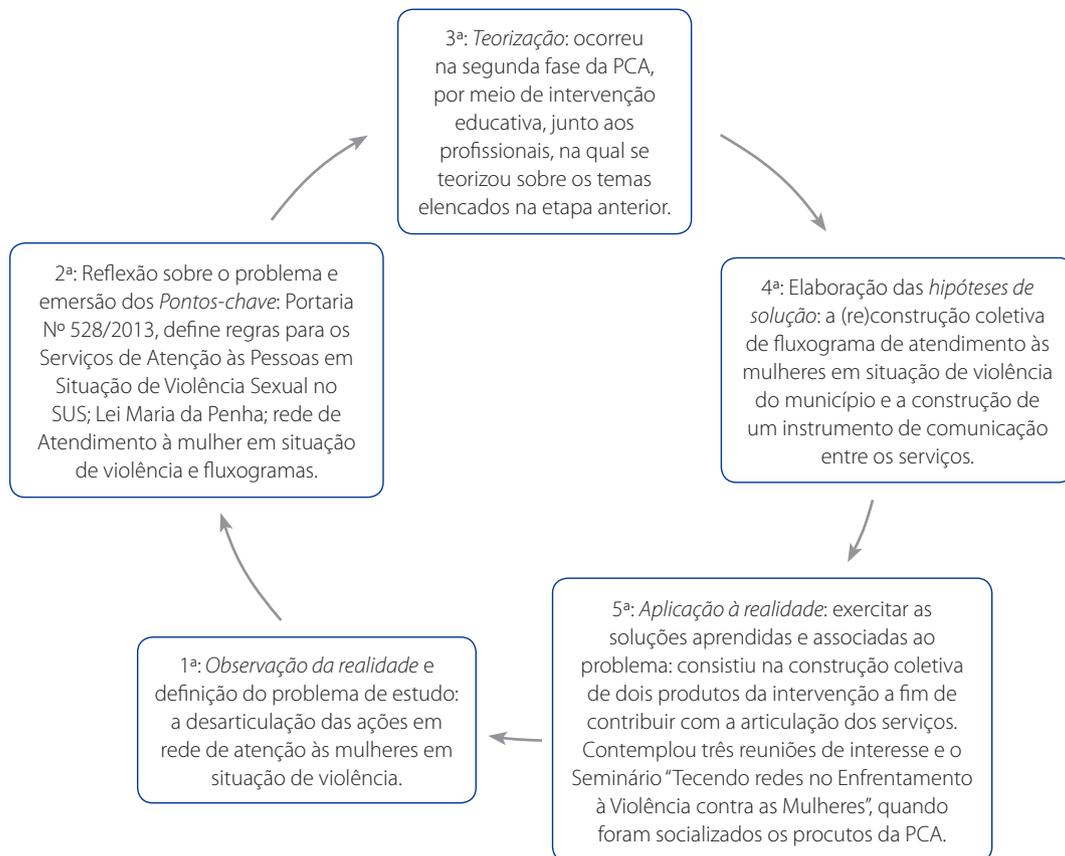


Figura 1 – Aplicação da Metodologia da Problematização no estudo

Fonte: ⁽¹²⁾

ativo, dessas três são acadêmicas, dos cursos de serviço social ou psicologia e 29 são profissionais: assistente social, psicóloga/o, enfermeira, técnica de enfermagem, farmacêutica, médica e policial.

Para produzir as informações foi utilizada a técnica do grupo convergente (GC) assistencial, bem como diário de campo. O GC que vem sendo utilizado na PCA com o objetivo de implementar projetos de prática assistencial e fazer abstrações desta prática com a finalidade de construir conhecimentos acerca dos temas emergentes⁽¹¹⁾, sendo recomendado pelas autoras do método. Foram realizados 10 encontros, quinzenalmente em sala previamente agendada, com duração aproximada de duas horas conforme pactuação com as participantes. A equipe de pesquisa foi composta pelas pesquisadoras principais, doutoranda, orientadora e três auxiliares de pesquisa.

Os encontros grupais foram planejados e desenvolvidos tomando-se como referência a Metodologia da Problematização (MP). Esta vem sendo empregada em estudos das áreas da educação, da saúde e da enfermagem e sua aplicação está embasada no Arco de Charles Maguerez⁽¹²⁾. Desenvolvido em cinco etapas (Figura 1).

Para a análise dos dados foi desenvolvida a análise de conteúdo temática⁽¹³⁾, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Realizou-se codificação cromática dos achados, sendo identificadas as ideias comuns e a relação das categorias entre si: 1) Fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência como dispositivo de fortalecimento para a construção da rede de atenção e 2) a articulação comunicativa para a construção da rede. Para a interpretação, articulou-se o material com a literatura indexada em bases de dados.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

A (re) construção coletiva do fluxograma foi realizada a partir da compreensão sobre a necessidade de se mate-

rializar um percurso instituído que representasse o acesso das usuárias aos serviços de atendimento. Foi identificado na fala das profissionais o entendimento que o fluxograma é um dispositivo de fortalecimento para a construção da rede de atenção. No entanto, compreenderam que somente esse desenho não é suficiente para que se construa a rede. Para as participantes a rede tem o foco no cuidado, de forma intersetorial.

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

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

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

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

O fluxograma descritor é utilizado em saúde para capturar os processos em curso, de modo que possa fornecer dados e informações substantivas o suficiente que validem determinadas análises e contribuam no planejamento. Consiste na representação gráfica do processo de trabalho, busca perceber os caminhos percorridos pelo usuário e sua inserção no serviço, quando procura assistência. Permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. Ao aplicá-lo é como se lançássemos luz em áreas de sombra, ainda não percebidas, que operam no sentido contrário a uma atenção centrada no usuário⁽¹⁴⁾.

O fluxograma de atendimento é considerado estratégia que favorece os encaminhamentos. Profissionais de saúde da atenção primária apontam que o estabelecimento de um fluxo e seu conhecimento contribui para direcionar os caminhos a serem seguidos e a própria busca por apoio na rede social⁽¹⁵⁾. O conhecimento dos serviços é determinado por meio dos fluxos de informação e comunicação existentes⁽¹⁶⁾. Para viabilizar o encaminhamento, atendimento e proteção das mulheres, é necessário assimilar o quanto a rede incorpora de parcerias e interconexões. É preciso buscar

estratégias de divulgação dos serviços que integram a rede, levando o conhecimento destes à população, por meio de mídia escrita, falada e/ou televisada⁽¹⁷⁾.

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

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

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

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

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

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

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

da rede de atenção. Considera-se esses como espaços de diálogo que agem como estruturas para a visibilidade e consequente resolutividade⁽¹⁷⁾.

A construção da rede é uma estratégia de ação nova, portanto, exige investir em capacitação e incentivo dos participantes, para que todos possam se comunicar de forma clara e ágil. Esse é um grande e permanente desafio, que requer a participação de amplos setores sociais como, a mídia, a educação, a saúde e os movimentos comunitários. É necessário prover informação que possibilite transformação, não apenas por meio de conhecimento formal, mas, por meio da promoção da cidadania como forma de enfrentamento à violência⁽¹⁶⁾.

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

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

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

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

Destaca-se que, para lidar com casos de violência, a rede é o modelo mais aceito pela literatura, e nele, "a entrada pode se dar em qualquer ponto, sendo a circulação

dos casos um trançamento entre os diversos pontos desse conjunto (os distintos serviços), entre os quais não há hierarquia de disposição e sim uma colocação horizontal nas relações entre si¹⁹⁽¹⁰⁴⁸⁾.

A reconstrução coletiva foi permeada por saberes das diferentes áreas envolvidas, representadas pelos diferentes serviços, cada um com seus pontos de vista acerca do funcionamento do fluxograma. Destaca-se que surgiram dúvidas sobre os pontos mais adequados para definir como sequência de encaminhamentos e atendimentos a serem realizados. Ao mesmo tempo foram emergindo necessidades de comunicações com outros serviços e até articulações institucionais entre Secretarias como a de Saúde e de Assistência Social, Delegacia da Mulher, Departamento Médico Legal, clínicas escola, a fim de se combinar aspectos a serem modificados conforme as possibilidades de cada serviço. Assim, as falas apontaram para a necessidade de os profissionais interagirem e, a partir do contato, da comunicação, conhecerem o trabalho dos diferentes serviços.

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

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

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

Um dos entraves para o encaminhamento das mulheres é o desconhecimento acerca do funcionamento dos serviços. Isso foi constatado em estudo realizado com profissionais que demonstram pouco conhecimento sobre o trabalho realizado no Centro de Referência e na DEAM, bem como sobre a articulação entre eles¹⁵. O processo de interação entre os vários setores que integram a rede só se consolidará por meio do conhecimento mútuo. Isso envolve informações sobre suas atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento¹⁷. Portanto, para superar essa barreira de comunicação é preciso um movimento de troca entre os serviços. Esse movimento precisa ser garantido e viabilizado pela gestão.

Ao seguir o processo de organização do fluxograma, compreenderam que a partir da necessidade da mulher

atendida no serviço, o profissional precisaria identificar direta ou indiretamente a situação de violência. Caso ele não identificasse pelo relato, a situação poderia ser identificada pelos aspectos clínicos da violência, inseridos no fluxograma como sinais de alerta, a citar: queimaduras, hematomas e fraturas, qualquer lesão em cabeça ou pescoço; lesões das mucosas oral, anal e vaginal, infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez. Manifestações tardias como dor no baixo ventre, hipertensão arterial, transtornos digestivos, insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade; choque, crise de pânico, ansiedade, confusão, autorreprovação, insegurança, culpa, abuso de álcool e drogas, depressão, tentativas de suicídio, disfunções sexuais, dentre outros.

Foi possível que as profissionais fizessem um movimento de reflexão a fim de imaginar possíveis situações da prática para aplicação do fluxograma e assim verificaram as possibilidades de utilização do mesmo de acordo com as atribuições de cada serviço. Nesse exercício, sugeriram a inclusão de clínicas escola, locais vinculados ao ensino e que prestam atendimento psicológico, social e jurídico, junto a outros serviços, como os de saúde mental. Observou-se a convergência da pesquisa e intervenção propostas com a necessidade de mudança e apropriação das profissionais acerca do processo de construção coletiva. Manifestaram satisfação em relação ao processo realizado.

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

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

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

A construção de uma rede demanda etapas complexas, um novo olhar para o mesmo problema, a utopia para plantar soluções e a superação do modo de trabalho setorizado e verticalizado¹⁶. Nesse sentido, o grupo discutiu a necessidade de garantir alguma forma de comunicação entre os serviços e coletivamente construíram um instrumento na tentativa de formalizar e articular o trabalho entre os serviços.

A articulação comunicativa para a construção da rede

Com vistas a refletirem acerca da comunicação entre os serviços e na possibilidade de construção de um instrumento que facilitasse a articulação, foram realizados alguns questionamentos em relação ao conteúdo necessário para facilitar o diálogo entre os serviços de atenção às mulheres em situação de violência. As participantes concluíram que é preciso comunicar ao outro serviço, ou seja, a referência, transferência do cuidado: os dados de identificação da mulher e família, bem como relato acerca da situação e o atendimento prestado e também no momento em que a mulher chega ao serviço. Em relação aos aspectos que é preciso saber após o encaminhamento ao outro serviço, a contrarreferência, referiram-se aos serviços acessados e sobre a continuidade do cuidado.

Dados de identificação da mulher (nome, idade, endereço, telefone dela e de familiares). (P5/hospital; P13/hospital; P15/hospital; P4/hospital; P17/ Secretaria de Assistência Social; P3/SES; P1/SMS; P2/SMS; P9/SMS)

Breve relato do caso e do atendimento: o que foi realizado, o que foi identificado; qual profissional que realizou o atendimento/acolhimento; Serviço que prestou o atendimento. (P5/hospital; P13/hospital; P15/hospital; P4/hospital; P17/ Secretaria de Assistência Social; P3/SES; P1/SMS; P2/SMS; P9/SMS)

Procedimentos realizados e encaminhamentos para outros serviços da rede conforme a necessidade. Se a mulher chegou, se foi atendida, o quê foi feito, se o tratamento foi seguido. (P5/hospital; P13/hospital; P15/hospital; P4/hospital; P17/ Secretaria de Assistência Social; P3/SES; P1/SMS; P2/SMS; P9/SMS).

A articulação entre os serviços precisa ser permeada pelo diálogo e contato com os profissionais. Quando questionadas sobre como fazer para que esse fosse instituído pelos serviços, apontaram a necessidade de serem feitos acordos institucionais. Nesse sentido, constatou-se a necessidade de dar continuidade na organização da rede de atendimento, a partir do que foi construído durante a PCA pelo GTIEV. Demonstraram o comprometimento com a continuidade do trabalho disparado a partir da PCA.

[...] é muito de como a gente faz, se a gente simplesmente envia um documento, e não se comunica, não dialoga junto, a gente tá fazendo aquilo que a gente não quer que

aconteça com este instrumento. [...] Então eu acho que a gente tem que ir aos serviços e conversar, conhecer as pessoas. [...] não tá pronto, a gente tá construindo. (P1/SMS)

O instrumento é a complementação do contato. Ele dá transparência, reafirma o acordo entre as partes [...]. Se não ela fica burocrática. [...] O documento também é uma forma de dizer que já teve uma intervenção, e outras pessoas, logo depois de nós, vão acessar e conhecer o histórico. (P9/SMS)

[...] O instrumento ele formaliza, é um documento, um registro de que aquilo aconteceu, porque não fica só no contato. [...] Mas o contato é fundamental, eu não vou receber um instrumento sem uma ligação. [...] (P13/Hospital)

Não precisa fazer um relato [extenso], colocando o que foi feito em uma linha, pra identificar, e onde e quem passou. [...] Telefone é o mínimo que tem que ter. [...] (P17/ Secretaria Assistência Social)

[...] eu acho que o roteiro de comunicação poderia ser um protocolo [...]. O protocolo tem que fazer, independente se é do CREAS, se sou eu ou ela. [...]. (P13/Hospital)

[...] tem que sentar com os pares [...]. No momento que o [nome do hospital] se organiza como microrrede, nós como macrorrede temos que nos organizar de uma forma que a discussão aconteça, que na verdade hoje não ocorre [...] definir o que compete a cada serviço, e de que forma as coisas vão ser encaminhadas [...]. Tem que deixar, assim amarrado, e claro, e descrito, porque as coisas só funcionam no momento em que estão bem claras, definidas, escritas no papel [...] o que compete pra cada um [...]. (P2/SMS)

A necessidade de construção da rede ficou explícita nas falas, do mesmo modo que as profissionais demonstraram compreender que essa é uma tarefa coletiva, que precisa envolver os serviços, por meio do diálogo e de definições institucionais sobre os papéis que cada um pode exercer na rede. Mesmo que não soubessem exatamente como operacionalizar essa construção, deixaram claro, que se apropriaram dessa compreensão, sendo esse um dos importantes resultados revelados pelo estudo. Nesse sentido, entende-se que para avançarmos na construção de uma rede potente para o atendimento contínuo a essas mulheres, é preciso o envolvimento da gestão e dos diferentes setores envolvidos. Para tanto, é premente a proposição de ações afirmativas, mecanismos de comunicação e articulação intersetoriais coordenados pelos municípios.

A composição de uma rede exige a articulação entre as ações particulares de cada serviço, o que somente ocorrerá quando a produção assistencial for minimamente compartilhada pelos diferentes serviços. Para isso há necessidade de definições institucionais que dialoguem entre si, serviços organizados em dinâmicas de atendimento que também possam convergir para aspectos compartilhados dessa assistência, assim como é preciso comunicação e interação entre os diversos profissionais envolvidos. Dessa forma, a rede será o modo de funcionamento em que cada serviço irá reforçar e acrescentar ações promotoras de um projeto de intervenção que seja comum aos serviços. Nessa perspectiva, as redes e as relações atreladas a ela são também pensadas a partir dos fluxos de informações, objetos e pessoas que nela transitam⁽²⁾.

É necessário superar a lógica do encaminhamento sem o compromisso com o acompanhamento dos casos e pautar as ações profissionais e institucionais na intersectorialidade. Para tanto, é preciso aprender como não restringir a organização do trabalho na lógica da racionalidade e funcionalidade. O trabalho em rede para além de adaptar-se, exige apreender, inventar e criar. Quando a instituição não consegue atender às demandas originadas de fenômenos complexos, tais como a violência contra as mulheres tende a fracassar⁽¹⁸⁾.

A concepção de trabalho integrado e intersectorial vincula-se ao entendimento de que essa tarefa é uma constante construção. A constituição de uma rede geralmente exige um movimento mais intenso e contínuo, para integrar diferentes atores e equipamentos sociais, seja por meio de uma rede informatizada ou não. Há necessidade de compartilharem um mesmo código de comunicação, o que significa ter a mesma compreensão das diferentes formas de violência. É preciso que os integrantes da rede ajam em sincronia frente à urgente demanda de intervenção. A formalização do trabalho em rede não é suficiente para manter as interconexões. É preciso que as próprias comunidades reconheçam o papel das parcerias em conexão. A implantação de uma rede não exige grandes investimentos do setor público ou privado, mas, mudança de olhar e uma visão mais atenta dos profissionais, visando integrar os serviços já existentes, contando com pessoas sensibilizadas e comprometidas⁽¹⁶⁾.

A garantia de ações intersectoriais é determinada pela monitoração de propostas com avaliação e supervisão sistêmicas a fim de qualificar os serviços prestados. Essas informações precisam ser utilizadas para garantir políticas públicas e melhorar as respostas das instituições. Buscar um trabalho em rede que integre os serviços existentes é desenvolver a gestão em redes, a partir de uma coordenação

intersectorial que estabeleça as vias para encaminhamentos e a continuidade da atenção⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que a criação de protocolos e fluxos de encaminhamentos para a violência contra as mulheres, pautados em critérios de classificação de risco e vulnerabilidades são recomendados pela literatura como estratégias para construção de condutas mais resolutivas. Para contribuir com o cuidado em saúde e enfermagem é importante a apropriação de novos saberes em diversas áreas do conhecimento a fim de que os profissionais que atendem essas mulheres apropriem-se do conhecimento, de discussões interdisciplinares e intersectoriais. A instituição da atenção integral, transversal e em rede está condicionada à transformação na forma de pensar, do saber-fazer e do saber fazer em comum⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, reforça-se a importância de espaços coletivos e interdisciplinares como o GT, cenário do estudo, bem como a necessidade de institucionalização de processos coletivos, intersectoriais de discussão e trabalho. É preciso garantir esses momentos desde a formação em saúde e nas demais áreas, com a finalidade de que ensino e serviço possam criar novas estratégias, recursos e ferramentas tecnológicas que inovem e contribuam com a construção da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contatou-se que há necessidade de formalização institucional dos dispositivos construídos nesta PCA, assim como a articulação entre os serviços requer o envolvimento e o compromisso dos profissionais com a comunicação e a garantia da continuidade do cuidado. Dialogar acerca da situação de violência, de sua família, dos atendimentos prestados e dos serviços percorridos é imprescindível para o acompanhamento.

O conteúdo produzido pela PCA subsidiou a mudança nas práticas em saúde e demais setores envolvidos com a problemática em questão, uma vez que contribuiu para o empoderamento das profissionais do GT acerca do tema e da necessidade de organizar espaços de articulação do GT com demais serviços envolvidos com o cuidado às mulheres. Atualmente, esses instrumentos foram incorporados a um Protocolo de Atendimento de Enfermagem em Saúde da Mulher que está em construção no município em questão.

No âmbito do ensino, destaca-se a contribuição em relação à necessidade de se criarem espaços interdisciplinares na formação em saúde, que possam dialogar sobre temas complexos como a violência. Esses necessitam envolver os saberes das ciências sociais, humanas e até mesmo

da área da comunicação, tecnologias da informação e informática, uma vez que para se trabalhar na lógica de construção de redes são necessários esforços integrados de diferentes áreas, que possam viabilizar a comunicação entre os setores envolvidos. O estudo apresenta como limitação a delimitação no cenário local e a dificuldade de manter o foco em alguns encontros, uma vez que os participantes era de diferentes setores, sendo os encontros permeados pela interação.

■ REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório anual socioeconômico da mulher. Brasília (DF); 2013.
2. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersectorial. *Athenea Digital*. 2012 [citado 2016 out 10];12(3):237-54. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al/1110-pdf-pt>.
3. Presidência da República (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
4. Sagot M. The critical path of women affected by family violence in Latin America: case studies from 10 countries. *Violence Against Women*. 2005;11(10):1292-318.
5. Meneghel SN, Barrios F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;7(4):743-52.
6. Vieira LB, Souza IEO, Tocantins FR, Pina-Roche F. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(5):865-73.
7. Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):77-84.
8. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1230-40.
9. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1037-50.
10. Cortes LF. Mulheres em situação de violência: construção coletiva de instrumentos para a construção do atendimento em rede [tese]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2017.
11. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
12. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia e Educação*. 2012 [citado 2016 out 10];3(2): 265-87. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/rfe/article/view/2363/2635>.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
14. Franco TBF. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz - MG. In: Merhy EE, Franco TB, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
15. Gomes NP, Erdmann AL, Mota LL, Carneiro JB, Andrade SR, Koerich C. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. *Mundo Saúde*. 2013;37(4):377-84.
16. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;11(Supl):1313-22.
17. Menezes PRMM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. *Saúde Soc*. 2014;23(3):778-86.
18. Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Rev Eletr Enf*. 2015 [citado 2016 out 10];17(4):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>.
19. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2014 [cited 2016 Sep 28];385(9977):1567-79. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7).

■ Autor correspondente:

Laura Ferreira Cortes

E-mail: lferreiracortes@gmail.com

Recebido: 26.12.2016

Aprovado: 18.04.2017